

## Chapitre 7 : Chirurgie des parties molles

### **Polyvalence du lambeau inguinal pédiculé de Mac Gregor en chirurgie reconstructrice**

Kossoko H<sup>1</sup>, Assi Djè Bi Djè V<sup>1</sup>, Allah KC<sup>1</sup>, Yéo S<sup>1</sup>, G Dietlin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie de la main et brûlologie, au CHU de Treichville, 01 BP V 3 Abidjan 01, Côte-d'Ivoire

**Introduction.** Les techniques de couverture des pertes de substance font appel à des lambeaux. Les auteurs rapportent leur expérience de l'usage du lambeau inguinal pédiculé de Mac Gregor, et mettent en exergue la fiabilité et la polyvalence ce type de lambeau en chirurgie reconstructrice.

**Patients et méthodes.** Une étude rétrospective de 19 lambeaux pédiculés de Mac Gregor ont été réalisés pour la reconstruction, de la main et du membre supérieur, et des organes génitaux masculins entre le 21 mars 2005 et le 21 mars 2017.

**Résultats.** Treize hommes (68,4%) et six femmes (31,6%) étaient opérés, dont 14 adultes (73,7%) et cinq enfants (26,3%). L'âge moyen était de 25,5 ans, avec des extrêmes d'un an et 67 ans. Six mains droites (31,5%) et dix mains gauches (52,6%), un avant-bras (5,3%), une amputation totale de la verge (5,3%) et une perte de substance de l'urètre pénien (5,3%) étaient reconstruites. Le temps de sevrage du lambeau était supérieur à trois semaines dans 78,9% des cas. La reconstruction était faite en urgence, dans les 24 premières heures dans trois cas (15,8%) et au-delà de cinq jours dans 16 cas (84,2%). Le lambeau était uni et homolatéral dans 100% des cas. Le lambeau est resté viable dans son utilisation à la main et au membre supérieur dans 14 cas (73,7%). La nécrose totale du lambeau a été observée dans, trois cas de reconstruction de la main (15,8%), et une reconstruction urologique (5,2%). Au recul faible de six mois, nos résultats ont été satisfaisants dans 79% des cas contre 21%

d'échecs total. La morbidité du site donneur était acceptée par tous nos patients.

**Discussion.** Le lambeau de Mac Gregor est simple et fiable, avec une morbidité faible et de nombreux avantages, pour des indications élargies. Il est utilisé sous forme pédiculée, en ilot, expansée, et libre. Il reste le lambeau de choix dans la chirurgie de la main, en urgence ou en chirurgie réglée.

**Conclusion.** Les indications usuelles du lambeau inguinal pédiculé de Mac Gregor sont la reconstruction des pertes de substances traumatiques de la main. C'est un lambeau simple et fiable, avec une morbidité moindre et une excellente autoplastie.

Mots-clés: Lambeau inguinal; main; perte de substance; polyvalence, reconstruction

---

### **Notre expérience dans la réparation des escarres chez les blessés médullaires avec verticalisation des patients**

Kibadi K<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unité de Chirurgie Plastique Reconstructive et Esthétique, Chirurgie des Brûlures, Chirurgie de la Main et des Nerfs Périphériques & Microchirurgie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Une escarre est une nécrose ischémique des tissus compris entre une saillie osseuse et une surface de contact. La cause de cette ischémie est la compression prolongée exercée en général par le poids du patient immobile sur un plan dur. Dans la majorité des cas, il s'agit de patients paraplégiques.

Les auteurs illustrent par des cas cliniques leur protocole de prise en charge comportant un volet médical, chirurgical et de kinésithérapie.

Pour le volet médical, ils cherchent d'abord à améliorer l'état général (lutter contre la dénutrition, les troubles hydroélectrolytiques, l'anémie, l'infection...). Quant à la prise en charge chirurgicale, après la détersion de l'escarre par des soins locaux à la solution KIBADI, la couverture de l'escarre est pratiquée

(excision en monobloc de l'escarre et couverture par un lambeau myo-cutané). Le troisième volet de kinésithérapie vise à obtenir l'autonomie du patient ou sa verticalisation. Mais les limites et les difficultés sont nombreuses (prévention, récurrence, pauvreté, désespoir).

Mots-clés : Escarres, Blessés médullaires, Réparation, Cliniques Universitaires de Kinshasa

### **Couverture d'une volumineuse escarre sacrococcygienne : case report**

Tiemdjo H<sup>1</sup>, Biyo D<sup>1</sup>, Edjogo B<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Centre de Chirurgie de la Main et de Paralysies de Douala, Douala, Cameroun

Nous rapportons l'observation d'un patient de 40 ans séropositif admis dans notre centre dans un tableau d'altération de l'état général avec une volumineuse escarre sacrococcygienne et talonnières évoluant depuis 2 mois environ. L'histoire de la maladie retrouve une paraplégie d'installation subaiguë d'origine infectieuse pour laquelle il était hospitalisé depuis lors dans un hôpital de référence du pays.

Le traitement chirurgical a consisté en la réalisation d'un lambeau musculo-cutané d'avancement V- Y de grand fessier pour l'escarre sacrococcygienne et des débridements pour les escarres talonnières. La chirurgie a été encadrée par un traitement médical bien suivi, un régime alimentaire riche en protéine et en fibres et surtout d'un nursing strict. L'évolution a été favorable avec cicatrisation complète des escarres, une récupération progressive des déficits neurologiques et le patient poursuit sa rééducation actuellement.

La survenue d'escarres doit être la hantise chez les patients paraplégiques ou tétraplégiques et prévenue par un nursing correct. Une chirurgie bien encadrée par un traitement médical et nutritionnel permet d'apporter une solution. Ce bon résultat prouve au besoin que cette prise en charge est possible dans notre contexte.

Mots clés : escarre, chirurgie, lambeau, grand fessier

### **Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du poignet et de la main**

Coulibaly NF<sup>1</sup>, Dembele B<sup>1</sup>, Ba A<sup>1</sup>, Gueye AB<sup>1</sup>, Fall K<sup>1</sup>, Ndiaye A<sup>1</sup>, Sane AD<sup>1</sup>, Dieme CB<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Service d'Orthopédie Traumatologie CHU le DANTEC Dakar Sénégal

**Objectifs.** Présenter notre prise en charge des ostéo-arthrites tuberculeuses du poignet et de la main. **Introduction.** Les ostéo-arthrites tuberculeuses représentent une localisation rare de la tuberculose. Leur diagnostic est souvent tardif, aboutissant à des séquelles irréversibles.

**Patients et méthode.** Il s'agissait d'une étude rétrospective de Janvier 2005 à Mai 2017. Huit patients, 6 hommes et 2 femmes âgés en moyenne de 30 ans (extrêmes 17 et 62 ans) étaient concernés. Le délai de consultation moyen était de 9 mois (extrêmes 4 et 16 mois). Pour 4 patients, il s'agissait d'une ténosynovite pure (au poignet n= 3 ; digital n=1) et pour les 4 autres, une ostéo-arthrite proprement dite du poignet. Deux patients présentaient une tuberculose pulmonaire et un autre, un mal de Pott. Le traitement a été étudié ainsi que l'évolution basée sur l'existence de récurrence ou non. La fonction était évaluée selon la Mayo Wrist score et sur l'enroulement des doigts.

**Résultats.** Le traitement consistait en un débridement dans 7 cas et un évidement dans 1 cas. Chez tous les patients, l'aspect de synovite était présent. Chez 3 d'entre eux, nous notions des grains riziformes. L'examen anatomopathologique retrouvait un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse dans 6 cas, sans nécrose caséuse dans 1 cas. La bactériologie a été contributive dans 2 cas. Une chimiothérapie anti-tuberculeuse a été instituée chez tous pour une durée de 6 mois (n= 1), 9 mois (n= 5) et 12 mois (n= 2). Au recul moyen de 5 ans (extrêmes 32 mois et 8 ans), nous n'avons pas observé de récurrence chez 7 patients. Chez le dernier, le traitement est en cours. La fonction du poignet était excellente dans 4 cas, moyenne dans 3 cas avec un enroulement complet des doigts dans 6 cas, incomplet dans 1

cas. **Conclusion.** Le traitement des ténosynovites tuberculeuse repose sur le débridement et la chimiothérapie antituberculeuse. Appliqué précocement, il permet d'obtenir d'excellents résultats.

Mots clé : ténosynovite, ostéo-arthrite, tuberculose, poignet, main, grains riziformes

## **Chirurgie des larges pertes de substance du cuir chevelu : nos possibilités thérapeutiques et nos limites**

Kibadi K<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unité de Chirurgie Plastique Reconstructive et Esthétique, Chirurgie des Brûlures, Chirurgie de la Main et des Nerfs Périphériques & Microchirurgie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Le cuir chevelu présente des particularités anatomiques et physiologiques. Les facteurs des contraintes sont la forme du crâne, l'inélasticité et la couverture chevelue. Les facteurs des facilités sont l'espace décollable et le sous-sol dur, la richesse vasculaire et les cicatrices dissimilées.

Les auteurs rapportent leur approche thérapeutique, leurs possibilités thérapeutiques ainsi que leurs limites. Leur approche thérapeutique consiste : la suture simple si la perte de substance du cuir chevelu est de moins de 3 cm de large, voire plus encore en cas de scalp très souple. En présence des larges pertes de substance, ils pratiquent des divers procédés de couverture par des lambeaux. La greffe de peau mince est réalisée souvent en cas de pathologie tumorale néoplasique ou en cas d'urgence mais à condition que les lésions ne soient pas trop profondes (périoste intact) et un sous-sol bien vascularisé (un bon tissu de granulation). Les différentes techniques de réparation du cuir chevelu sont à leur portée. Mais les auteurs semblent être limités pour les larges exérèses carcinologiques en toute sécurité et leurs couvertures, les différentes possibilités de couverture offertes par l'expansion cutanée.

Mots-clés : Cuir chevelu, Pertes de substance, Chirurgie, Possibilités thérapeutiques, Limites

## **Pressothérapie et orthèses de posture chez les brûlés**

Le Luc-Renault P<sup>1</sup>, Thellier V<sup>1</sup>, Arramy F<sup>1</sup>, Jean-Pierre M<sup>1</sup>, François M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Rééducateurs en chirurgie de la main et des brûlés, CHU de Grenoble, SOS Main Grenoble, France

Le rééducateur, un professionnel indispensable dans le suivi de la cicatrisation des brûlures de deuxième et troisième degrés, dès la phase d'épidermisation à J 5 ou dès la prise de greffe, et pendant toute la phase de cicatrisation proprement dite pouvant aller jusqu'à J+ 18 mois, voire plus. L'objectif principal du rééducateur dès l'épidermisation : Prévenir la rétraction et l'attraction intradermique pouvant entraîner des brides, des raideurs et des déformations articulaires.

La rééducation pendant l'épidermisation sera donc essentiellement portée sur : - La mobilisation douce passive et active en Capacité Cutanée Maximale (CCM) - Les postures manuelles et les orthèses de posture en CCM - En cas de greffe de peau, on attend que celle-ci ait prise avant toute mobilisation et posture - En cas de lambeau, on attend qu'il soit autonome.

Dès la phase de cicatrisation ou de prise de greffe, de nouveaux objectifs : Prévenir l'Hypertrophie, l'Attraction et la Rétraction et les Adhérences. C'est le concept HARA (kinebrul.com).

Trois champs d'action pour les rééducateurs : - Poursuite de la mobilisation douce avec éducation thérapeutique du patient - Poursuite des postures manuelles et des orthèses de posture en CCM - Mise en place de la pressothérapie : gants, manchons, bas, brassières,... pour lutter contre l'hypertrophie et les cicatrices chéloïdes Cette prise en charge à visée préventive dans un premier temps est indispensable au patient car l'enjeu est de taille. Les rétractions et adhérences peuvent entraîner à court terme une incapacité fonctionnelle majeure dans tous les gestes de la vie quotidienne, et à plus long terme des séquelles graves et irréversibles de raideurs et déformations.