

PRISE EN CHARGE D'UNE PERTE DE SUBSTANCE TRAUMATIQUE ETENDUE DE PLEINE EPAISSEUR DE LA PAROI ABDOMINALE : RECONSTRUCTION PAR LA METHODE DE CICATRISATION DIRIGEE COMBINEE A LA GREFFE DE PEAU EN MILIEU AFRICAIN.

MANAGEMENT OF EXTENSIVE TRAUMATIC FULL-THICKNESS ABDOMINAL WALL DEFECT: RECONSTRUCTION USING THE DIRECTED HEALING METHOD COMBINED WITH SKIN GRAFTING IN AN AFRICAN SETTING.

N¹ Keïta, N¹ Yabre, Y¹ Ouattara, LGH¹ Belemlilga, C¹ Zare

Service de Chirurgie Générale et Viscérale ; Département de Chirurgie, Service de Chirurgie Générale et Viscérale Centre Hospitalier
Universitaire Sourô SANOU (Bobo-Dioulasso ; Burkina Faso).

Correspondant : Keïta Namori, Chirurgien Général, Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU, Bobo-Dioulasso. E-mails :
borikeita@yahoo.fr ou ibrahimaboubacar962@gamil.com. Téléphone : +226 60824744 ou +226 79817918.

DOI : [10.67573/RZXS2813](https://doi.org/10.67573/RZXS2813)

Résumé :

Nous rapportons notre expérience de la prise en charge d'un patient de 19 ans victime d'un accident de la circulation routière en ville. Il a présenté un traumatisme ouvert abdomino-pelvien grave. Il a présenté une plaie contuse, souillée de débris telluriques et délabrante de la paroi abdominale antérieure et pelvienne. Après le parage chirurgical, on nota une importante perte de substance cutané-musculaire de la sangle abdominale de 10% de la surface corporelle. La prise en charge initiale chirurgicale dans le cadre d'un damage control encadré par une réanimation efficace a permis d'obtenir un excellent résultat fonctionnel et esthétique de la paroi abdominale antérieure de l'abdomen. La cicatrisation totale a été obtenue au bout de six mois, au prix de deux reprises chirurgicales pour des parages itératifs au bloc opératoire et une cicatrisation dirigée complétée par une greffe de peau mince. Au recul de 19 mois, il est apparu une éventration cicatricielle.

Mots-clés : Perte, substance, paroi abdominale, greffe, peau

Abstract:

We report our experience in the treatment of a 19-year-old patient. Who was victim of a road traffic accident in the city. He presented severe open abdominopelvic trauma, with a contused wound, soiled with telluric debris, and deteriorating the anterior abdominal and pelvic walls. After surgical debridement, there was significant loss of cutaneous and muscular substance of the abdominal wall, representing 10% of the body surface area. Initial surgical management, within the framework of controlled damage management supported by effective resuscitation, resulted in an excellent functional and aesthetic result of the anterior abdominal wall. Complete healing was achieved after six months, after two surgical revisions for repeated debridement in the operating room and directed healing supplemented by a thin

skin graft. At 19 months' follow-up, a cicatricial incisional hernia appeared.

Keywords: Loss, substance, abdominal wall, Skin graft

Introduction

Les traumatismes de l'abdomen sont un réel problème de santé publique [1], en Afrique, leur incidence est faible de l'ordre de 0,24 à 01,3%, mais ils demeurent très graves, car responsables d'une mortalité pré et hospitalière importante [1, 2]. Ces lésions touchent surtout les hommes, d'un âge moyen compris 20 et 30 ans et essentiellement lors des accidents de la circulation routière [1, 2]. En outre, les pertes de substances étendues de la paroi abdominale sont très rares, et surviennent fréquemment lors des exérèses tumorales ou au décours d'une irradiation [3]. Si toutes les causes de pertes de substances (PDS) étendues de la paroi abdominale partagent les mêmes difficultés stratégiques de reconstruction pariétale [3-5], les moyens de couvertures après une perte de substance (PDS) étendue et souillée de débris telluriques post traumatiques offre peu de possibilités thérapeutiques en urgence.

Le but de cette observation clinique est de décrire notre stratégie diagnostique, thérapeutique et l'évolutif devant une PDS étendue de la Paroi abdominale (PA) dans un contexte africain subsaharien.

Observation

K.A. 19 ans, sans antécédents pathologiques, chauffeur de taxi-moto (tricycle) dans la ville de Banfora située à 80 km du centre de référence la ville de Bobo-Dioulasso. Référé par le centre hospitalier régional de Banfora le 24/05/2023 pour un traumatisme grave ouvert abdomino-pelvien. Il a été reçu à H 4 de son traumatisme survenu au décours d'un accident de la circulation routière. En ce qui concerne le mécanisme, il s'est agi

d'une collision entre un camion et un tricycle en circulation. Le patient conducteur du tricycle a été écrasé et traîné sur une courte distance sous les roues du camion.

A son admission en urgence à H 4 du traumatisme, le patient présentait un mauvais état général, une conscience normale avec un score de Glasgow 15, un état de choc hémorragique ayant nécessité des mesures de réanimation immédiatement, ce qui a permis de stabiliser le patient au bloc opératoire. Ainsi, le bilan lésionnel a noté : une plaie délabrante de pleine épaisseur de la paroi abdominale, fortement souillée de débris telluriques, et une éviscération de l'épiploon et des anses grêles (fig.1). La plaie se prolongeant sur le pubis, les racines des cuisses et le scrotum avec exposition du cordon spermatique droit et son testicule nécrosé. Ailleurs, l'examen des autres appareils et systèmes était sans particularité.

En urgence, dans le cadre d'un damage control chirurgical, il a été réalisé un parage de la plaie pariétale, une exploration et toilette, puis drainage de la cavité péritonéale. L'exploration n'a pas objectivé de lésions des viscères intraabdominaux. Il a été réalisé une réintégration des anses et suture aponévrotique qui était par endroit mise à nu après une excision du muscle grand droit dévitalisé dans sa portion distale. Par ailleurs, au niveau du scrotum droit, il a été réalisé un parage et une tentative de conservation du testicule droit. A la sortie du bloc le patient a été transféré en réanimation. Au troisième jour en post opératoire, l'état général du patient est aggravé par un choc septique et une plaie fortement purulente, nauséabonde et recouverte d'asticots. Le patient sous traitement de réanimation et une antibiothérapie avec de la Piperacilline + Tazobactam, a été reconduit au bloc opératoire. L'exploration a retrouvé des nécroses musculo-aponévrotiques portant sur les portions distales du grand droit et des muscles obliques externes, internes et

transverses. La perte de peau nécrosée a été estimée à 10% de la surface corporelle (fig.2). Nous avons réalisé une nécrosectomie large de tous les tissus musculo-aponévrotiques de vitalité douteuse, un curetage des confins pour extirper les débris telluriques. Le testicule droit aussi était nécrosé, il a été réalisé une orchidectomie droite. Après deux semaines d'hospitalisation en réanimation sous tri-antibiothérapie et des pansements quotidiens, l'évolution a été favorable. Le patient a été admis au service de Chirurgie Générale et Viscérale, où se sont poursuivis les pansements quotidiens de la plaie au sérum physiologique jusqu'à l'obtention de bons tissus de granulations de la plaie au bout de trois mois (fig.3). Nous avons opté pour une cicatrisation dirigée dans un premier temps jusqu'à l'obtention d'une bonne évolution clinique avec une épidermisation de 80% de la plaie (fig.3). Dans le but d'accélérer et d'obtenir une cicatrisation de qualité, nous avons réalisé une greffe de peau mince (fig.4). Au bout de six mois, la cicatrisation était totale (fig.5). L'évolution était satisfaisante sans plaintes exprimées par le patient qui est redevenu autonome. L'évolution au recul de 19 mois, est marquée par l'apparition d'une éventration inguinale gauche (fig.6) avec un collet d'environ 10 cm. Le patient est en attente de sa cure d'éventration avec prothèse.

Discussion

Les PDS post traumatiques de plein épaisseur de la paroi abdominale dans les séries africaines sont rares [1, 2] et très graves [5]. La PDS peut être : superficielle lorsqu'elle se limite au fascia superficialis et profond si elle entame la sangle musculo-aponévrotique avec le fascia transversalis et le péritoine pariétal. La plaie pénétrante peut atteindre un viscère plein et/ou son pédicule source d'hémopéritoine ou des viscères creux (péritonite) ou plusieurs viscères à la fois. Les mécanismes et les circonstances de survenue sont nombreux et déterminent l'étendue de la destruction

pariétale. Il peut s'agir des tumeurs, des plaies balistiques, des écrasements pariétaux lors des accidents de la circulation routière ou de travail, des complications infectieuses pariétales de chirurgie digestive ou gynécologique, une nécrose radique ou une infection bactérienne [4-7]. Le diagnostic clinique et de gravité est orienté en fonction des circonstances de survenue, mais, dans un contexte de traumatisme abdominal violent, c'est au décours d'un parage chirurgical que la PDS étendue de la paroi abdominale est constatée.

La mortalité initiale est élevée au cours des traumatismes abdominaux en Afrique, dépassant les 12% du fait des infections et/ou des défaillances viscérales [1, 2]. Le pronostic vital et fonctionnel s'est amélioré grâce aux progrès de la réanimation [5], encadrant une chirurgie rapide intégrant le concept de damage control chirurgical. Le but du traitement est de maintenir le patient en vie et les viscères abdominaux dans la cavité péritonéale, de restituer la fonction de la sangle musculo-aponévrotique et d'apporter un tissu de couverture adéquat et robuste afin de permettre une réinsertion socio-professionnelle du patient. Les moyens et les techniques sont nombreux, mais partagent les mêmes difficultés du choix de la méthode et la stratégie thérapeutique la plus adaptée et la plus simple [3, 4, 5, 7]. Mais, les indications chirurgicales dépendent de la taille de la PDS, son étendue, sa localisation et du contexte clinique [7]. Aussi, l'expérience du chirurgien est déterminante, surtout pour lever les lambeaux musculo-aponévrotiques pédiculés : meilleurs choix de couverture [6] dont, le lambeau du tenseur du fascia lata, le lambeau pédiculé antérolatéral de cuisse etc. [4, 6, 7]. Le lambeau peut être unilatéral ou bilatéral et/ou en complément d'une plaque de synthétique [5-7] pour prévenir une éviscération. Le risque infectieux contre-indique la réalisation des lambeaux [5] et peu de techniques étant envisageables, seule la cicatrisation dirigée combinée à une greffe de peau est proposée.

Cette technique a aussi l'avantage de laisser peu de séquelles esthétiques voire fonctionnelles majeures [5, 6, 8]. Par contre, elle est certes simple, mais très contraignante, car elle requiert d'énormes sacrifices, notamment financiers à cause des nombreux pansements, souvent sous anesthésie générale. Cette situation contraste avec la faiblesse des ressources financières dans notre contexte.

Conclusion : Les PDS traumatiques étendues et profondes de la paroi abdominale sont graves. Un bon pronostic exige une réanimation efficace et des méthodes chirurgicales adaptées en urgence. La classique cicatrization dirigée combinée à la greffe de peau est une méthode chirurgicale qui garde toujours son indication et garantit un bon résultat fonctionnel et esthétique, surtout dans nos pays limités par l'absence de chirurgiens plasticiens.

Références :

1. Rahehinantenaina F, Rakotomena SD, Rajaonarivony T, Rabetsiahiny LF, Rajaonahary TMA, Rakototiana FA, Hunald FA, Rakoto RHN. Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen : analyse rétrospective sur 175 cas et revue de la littérature. Pan African Medical Journal. 2015;20:129 doi:10.11604/pamj.2015.20.129.5839
2. Belemlilga GLH, Zaré C, Yabré N, Keita N, Benao BL, Somé OR, Sanon BG. Traumatismes de l'abdomen en milieu Africain: Aspects épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques. European Scientific Journal.2020;16(21):132-41.
3. May P, See LA, Masson V, Binder JP, Debrosse D, Revol M. Chirurgie des pertes de substance des parois du tronc (thorax et abdomen). 2013.
4. Moullot P, Philandrianos C, Gonnelli D, Casanova D. Reconstruction d'une perte de substance de pleine épaisseur de la paroi abdominale sous-ombilicale par un lambeau fasciocutané antérolatéral de cuisse pédiculé. Ann Chir Plast Esthet. 2012;923:p4
5. Lazar CC, Mure JP, Denis MH, Auquit Auckbur I, Milliez PY. Total abdominal wall reconstruction. Management of full-thickness losses of the abdominal wall after a long ischemic compression. Annales de chirurgie plastique esthétique.2006;51:91-93.
6. Lepivert JC, Alet JM, Michot A, Pélissier P, Pinsolle V et al. Reconstruction de la paroi abdominale par un lambeau propeller issu de l'artère épigastrique supérieure : cas clinique. Ann Chir Plast Esthet. 2014;1026:p4 <http://dx.doi.org/10.1016/j.anplas.2014.04.003>
7. Bounajma S, Elaissaoui I, Sabur S, Hafidi J, El Mazouz S, Gharib N. Reconstruction d'une perte de substance de pleine épaisseur de la paroi abdominale sous-ombilicale par deux lambeaux de Tenseur de fascia lata. Journal Marocain des Sciences Médicales. 2017.21;4:47-9.
8. Revol M, Servant JM, Cicatrization dirigée. Encycl Méd Chir – Techniques Chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. 2010 ;45-050:10p.

ANNEXE



Figure 1 : aspect de la lésion à l'admission avant le parage (24/05/23).



Figures 2 : aspect de la lésion après le second parage (11/06/23)

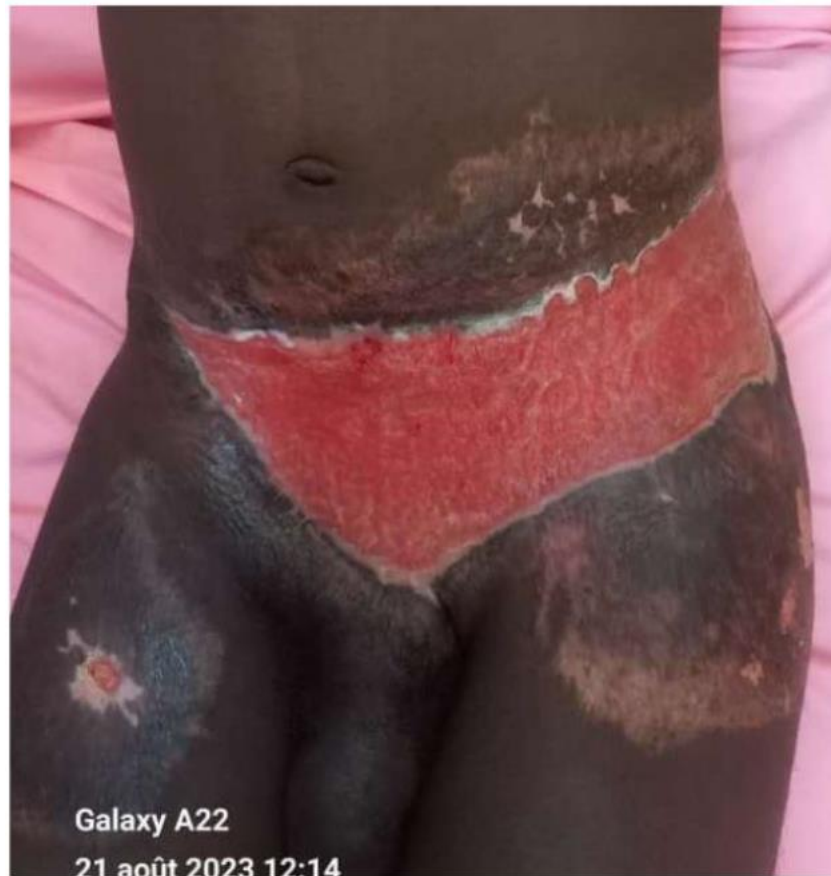


Figure 3 : bourgeonnement de la plaie à trois mois de l'accident (21/08/23)



Figure 4 : aspect de la greffe de peau mince (02/10/23)



Figure 5 : cicatrisation totale des lésions (08/01/24)



Figure 6 : Eventration inguinale cicatricielle (01/12/24)