

# MISE AU POINT

## CHIRURGIE DES ESCARRES CONSTITUEES DE LA CEINTURE PELVIENNE

G. MEHAJI<sup>1</sup>, M. DIOURI<sup>1</sup>, D. AMRANI<sup>1</sup>, S. FNINI<sup>2</sup>, EH. BOUKIND<sup>1</sup>

1. Centre National des Brûlés (P34), 2. Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (P32),  
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

### RESUME

L'escarre est une pathologie fréquente d'étiologie variée dont la prise en charge médicochirurgicale multidisciplinaire n'est pas toujours simple. Ce travail a pour but d'illustrer l'approche chirurgicale la mieux adaptée à travers 3 cas porteurs d'escarres de la ceinture pelvienne traités chirurgicalement dans le Service de Chirurgie Plastique du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

La reconstruction fait appel essentiellement aux lambeaux musculo-cutanés (LMC) : gluteus maximus (GM), tensor fasciae latae (TFL) et les ischio-jambiers.

Les suites opératoires sont généralement satisfaisantes tandis que le contrôle à long terme permet d'évaluer la qualité de la cicatrice et l'absence de récurrence.

Mots clés : escarres, ceinture pelvienne, traitement chirurgical

### ABSTRACT

The ulcer is a common pathology of varied etiology whose multidisciplinary medical and surgical management is not always simple.

The aim of this work is to illustrate the best surgical approach through a series of 3 patients presenting ulcers of pelvic girdle treated surgically in the department of plastic surgery in Ibn Rochd hospital centre of Casablanca. The reconstruction uses essentially the musculocutaneous flaps (LMC) : gluteus maximus (GM), tensor fasciae latae (TFL) and hamstring grafts.

The patients had an uncomplicated recovery, while the long-term control measures quality of the scar and lack of relapse.

Key words : ulcer, pelvic girdle, surgical treatment

### INTRODUCTION

L'escarre constituée est une complication et un constat d'échec pour l'équipe soignante qui n'a pas su mettre en route les mesures de prophylaxie chez des patients à haut risque (troubles temporaires ou définitifs de motricité et/ou sensibilité locale).

Le but de la cure chirurgicale est d'assurer un parage des tissus dévitalisés, d'apporter une couverture matelassante par lambeaux épais bien vascularisés et de prévenir ainsi complications et récurrences.

### APPROCHE THERAPEUTIQUE

L'approche thérapeutique du patient porteur d'escarre constituée (tableau I) est en fonction du terrain, des antécédents ainsi que de la taille, le siège et la profondeur de la perte de substance : classification clinique de Colin et coll (tableau I) (1, 2, 3).

Tableau I. Classification clinique des escarres d'après Colin & al

Lésion	Stade	Colin et al. (1989)
Réversible	I	Erythème
	II	Phlyctène Désépidermisation
Irréversible	III	Escarre constituée Nécrose, plaque noire sèche atteignant toutes les couches cellulaires Ulcération A. avant débridement : couennes nécrotiques avec dépôts fibrineux, inflammation ou infection B. après débridement : apparition des tissus de granulation
	IV	
	V	

Avant toute indication chirurgicale, il faudrait distinguer le type de patient (2, 4) :

\* L'escarre accident : au décours d'une pathologie aiguë suite à une immobilisation prolongée (5) chez un sujet jeune et actif qui marche. Elle est chirurgicale après guérison ou rémission.

\* L'escarre maladie : englobe :

- Le sujet âgé grabataire avec de multiples facteurs de risque intrinsèques (classification de Norton : tableau II) (8) : le traitement est non chirurgical se suffisant de soins locaux.

- L'escarre du handicap médullaire : (5, 6)

1. Escarre aiguë survenant après l'accident en réanimation nécessitant chirurgie avant rééducation.

2. Escarre du récidiviste chez un tétra ou paraplégique mal pris en charge et/ou non coopérant présentant des facteurs de risque.

Il faudrait savoir contre-indiquer une chirurgie quand le risque opératoire est estimé supérieur au bénéfice à long terme (2).

Tableau II. Echelle d'évaluation des risques d'escarre selon Norton

---

Echelle de Norton : évalue 5 catégories :

- l'état général
- l'état physique
- l'activité
- la mobilité
- l'incontinence

chaque catégorie évalue le risque par un score de 1 à 4 (1 étant le score le + à risque)

---

L'origine multifactorielle de l'escarre impose le traitement de tous les facteurs de risque (7, 8, 9) intrinsèques propres au patient et extrinsèques liés à l'environnement (1, 6), pouvant vouer le processus chirurgical à l'échec par :

• Bilan clinique

L'état nutritionnel : l'évaluation doit être répétée afin de permettre le dépistage, la quantification et surtout la surveillance de l'efficacité de la renutrition (1, 2, 6, 8, 9, 10, 11).

La maigreur : une perte de poids > 10% en 6 mois est un signe de dénutrition (1).

L'obésité : favorise la macération.

Les incontinenes sphinctériennes :

- L'incontinence urinaire doit être contrôlée par la mise en place d'une sonde urinaire, s'il existe une fistule avec l'urètre il faut s'en occuper avant les escarres et si besoin faire une dérivation type Bicker (2).

- La lutte contre l'infection (10) en cas d'incontinence fécale se fait par recueil des selles par appareillage voire des colostomies temporaires (2, 11).

L'état local : détersion mécano-chimique (9, 10) de l'escarre au lit du malade si besoin des parages au bloc opératoire ; les pansements pro-inflammatoires occlusifs sont changés quotidiennement jusqu'à obtention d'une escarre "propre" : une poche granulomateuse, en phase de bourgeonnement prête à la chirurgie. L'utilisation d'antiseptiques est réservée aux escarres infectées purulentes.

L'état psychiatrique : toute pathologie doit être traitée et stabilisée avant l'intervention car elle peut conditionner le résultat chirurgical et le nursing post opératoire surtout en présence d'une famille non motivée et de bas niveau socio-économique (2, 3).

• Bilan biologique

Hémogramme : rechercher une anémie, une lymphopénie (1).

CRP : évaluer l'intensité de l'hypercatabolisme (1).

Albuminémie : déceler une hypoalbuminémie : signe de dénutrition (1).

Glycémie : rechercher un diabète inconnu ou déséquilibré. Le pronostic évolutif des escarres chez le patient diabétique dépend de l'état vasculaire locorégional (1).

Hémocultures : en cas de fièvre et de suspicion d'un état septicémique (7).

Fonction rénale, natrémie, dosage des micronutriments...à la recherche d'une carence nécessitant une supplémentation.

• Bilan radiologique

Radiographie du bassin voire une TDM en cas de suspicion d'ostéoarthrite septique coxo-fémorale (7).

APPROCHE CHIRURGICALE

L'approche thérapeutique se fait donc en fonction des éléments sus-cités tandis que l'approche chirurgicale est la même quelleque soit la localisation de l'escarre (1).

L'intervention comprend inéluctablement 2 étapes successives en un seul temps opératoire (2, 3, 4, 5, 10) le plus souvent :

Une excision "carcinologique" (2) de tous les tissus nécrotiques macroscopiquement infectés ou douteux. En ce qui concerne l'excision osseuse elle doit être faite à minima en excisant les saillies osseuses exposées et les zones ostéitiques éventuelles (4, 6, 11) sans laisser d'arête osseuse pouvant créer un point de compression sous le lambeau.

Quant à l'escarre ischiatique, il faut éviter l'ischiectomie qui déséquilibre la station assise et peut aggraver des escarres controlatérales (2, 4).

La reconstruction chirurgicale fait appel, en dehors des PDS petites et/ ou superficielles, aux lambeaux musculocutanés (LMC) pédiculés de la ceinture pelvienne (5). Ils permettent d'apporter sur la PDS un tissu épais richement vascularisé, assurant un matelassage musculaire durable et une couverture cutanée trophique. Ils sont prélevés au niveau de la même région anatomique n'altérant pas les fonctions motrices locorégionales chez des sujets déjà fragilisés (2, 12).

Le choix du LMC se fait en fonction de la localisation de l'escarre :

• Les escarres sacrées

Le procédé de choix est le lambeau GM (2, 5, 7, 10, 11, 12) utilisé en rotation ou avancement en VY. Son

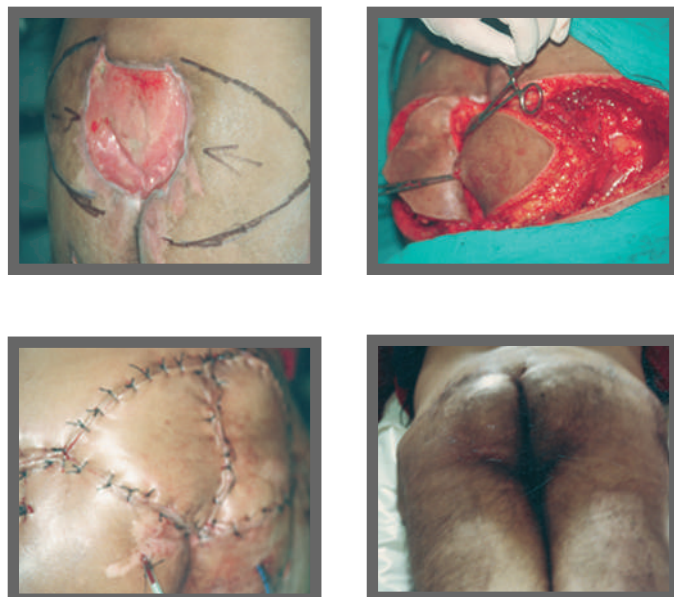


Fig. 1. K, 22 ans, alitement prolongé : complications neurologiques de lupus. Escarre sacrée reconstruite par 2 lambeaux musculo-cutanés d'avancement en VY du grand dorsal

prélèvement est uni ou bilatéral selon le diamètre de la PDS. Le lambeau GM en rotation est souvent utilisé en 1ère intention pour ménager au mieux les muscles fessiers en cas de récurrence. Tandis que le Lb d'avancement en VY est un excellent moyen de sauvetage des escarres multiprises.

On peut utiliser 2 VY se rejoignant sur la ligne médiane en cas de vastes PDS (fig. 1) (12).

Le prélèvement unilatéral d'une grande partie de GM est sans conséquences fonctionnelles ce qui le fait préférer au prélèvement bilatéral chez les patients susceptibles de se remettre debout.

D'autres Lb peuvent être utilisés dans le traitement des escarres sacrées chirurgicales : Lb LLL de Dufourmentel, Lb de Griffith, Lb de Hill (2).

• Les escarres trochantériennes

La couverture par lambeau TFL de l'escarre trochantérienne « très chirurgicale » car lit d'arthrite coxofémorale (10), constitue l'intervention préférée par de nombreux auteurs (2, 5, 7, 11) qu'il soit prélevé en rotation (fig. 2) ou en îlot cutané. Ce Lb est peu délabrant, de réalisation rapide et couvre d'importantes PDS.



Fig. 2. J, 35 ans, paraplégique depuis 3 ans : escarre trochantérienne latérale gauche reconstruite par lambeau de rotation du TFL

D'autres Lb peuvent être utilisés secondairement : Lb musculaire ou MC du vaste latéral ou du droit antérieur ; Lb cutanés locaux : LLL, plastie en Z....

• Les escarres ischiatiques

En 1ère intention, ils font l'unanimité pour la cure des escarres ischiatiques (2, 4, 5,11) :

- Le Lb GM musculaire (chef inférieur retourné) ou MC (en îlot vasculaire) pour les PDS loin de l'anus : de réalisation simple et apporte un bon matelassage bien centré sur la totalité de l'ischion.
- Le Lb d'ischiojambiers (semi tendinosus / biceps fémoris) (7) musculaire ou musculocutané en VY (fig. 3) s'adapte mieux à des escarres plus importantes et plus proches de l'anus : l'utilisation des 2 muscles ou d'un seul (biceps fémoris) est à évaluer au cas par cas.

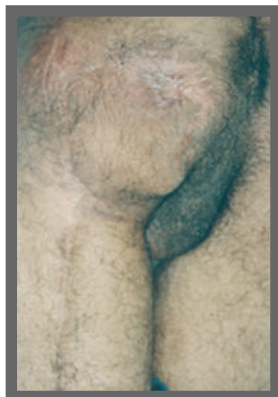
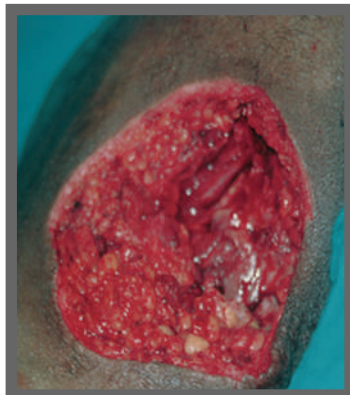


Fig. 3. Y, 30 ans, paraplégique rééduqué : sur chaise roulante. Escarre ischiatique gauche reconstruite par lambeau musculo-cutané d'avancement en VY des ischiojambiers

Comme dans la littérature, les Lb gracilis et scrotal sont utilisés en 2ème intention et en cas de récurrence avec complications urétrales (4).

Les procédés présentés dans cette étude sont ceux de première intention utilisés dans la littérature, d'autres types de Lb dits de « rattrapage » sont également décrits.

Comme indication de rattrapage et quelle que soit la localisation :

Les Lb musculaires greffés peuvent être une alternative. Les greffes de peau mince et les Lb cutanés purs sont peu utilisés pour manque de fiabilité et d'épaisseur.

• Les escarres multiples

La présence de plusieurs escarres entraîne des difficultés de nursing et le pronostic dépend de l'état général du patient (1) souvent en dénutrition majeure avec des complications urologiques et risques infectieux vitaux nécessitant une prise en charge multidisciplinaire (2, 9, 10) : réanimation, dérivation urinaire, colostomie temporaire puis chirurgie de reconstruction.

Le problème posé chez ces patients n'est pas tant le choix de la technique chirurgicale mais la séquence thérapeutique.

Dans notre série, l'intervalle d'un mois a été respecté pour le traitement d'une escarre à la fois afin de décharger correctement la zone reconstruite (9), certains auteurs préconisent un intervalle de 15 jours (11).

COMPLICATIONS

Les complications immédiates (séromes, hydromes, infection postopératoire) lors d'une chirurgie d'escarre bien conduite sont rares et peuvent être en majorité réglées médicalement ou par un geste simple au lit du patient (1, 4, 7, 11), tandis que les nécroses partielles et les désunions importantes nécessitent une reprise chirurgicale.

Les complications générales sont craintes essentiellement en cas de dégradation de l'état général (11).

Concernant l'antibiothérapie, les avis sont partagés : certains l'instaurent systématiquement en période périopératoire (2, 3, 10) comme dans notre service, d'autres ne préfèrent l'instaurer qu'en cas de signes généraux d'infection ou d'ostéarthrite septique prouvée (7).

En revanche, les récurrences évaluées en moyenne à 30% dans la littérature (2, 6) sont considérées le plus souvent : un échec bactériologique nécessitant une reprise chirurgicale quand elles sont précoces et un échec mécanique quand elles sont tardives et où la chirurgie se discute au cas par cas (2).

#### • La dégénérescence maligne

Une escarre chronique présente depuis de nombreuses années (en moyenne plus de 10 ans) est suspecte de dégénérescence carcinomateuse : ulcère de Marjolin (2, 13).

Cette cancérisation suspectée cliniquement est confirmée par l'examen anatomopathologique des biopsies chirurgicales imposant un bilan d'extension locorégionale et générale suivi d'un bilan d'opérabilité (2).

## CONCLUSION

L'intérêt du traitement chirurgical et de la collaboration médico-chirurgicale multidisciplinaire n'est plus à prouver dans la prise en charge de l'escarre constituée de la ceinture pelvienne.

Néanmoins, le meilleur traitement de l'escarre reste sa prévention.

## REFERENCES

- Ribnik P, Barrois B, Poirier P. Escarres talonnières. EMC, Podologie 2000 ; 27-070-A-92.
- Rimareix F, Delpit X, Bauer T, Lortat-jacob A. Traitement chirurgical des escarres. EMC, Tech Chir Ortho-Traum 2007; 44-072.
- Sorensen JL, Jorgensen B, Gottrup F. Surgical treatment of pressure ulcers. Am J Surg 2004 ; 188 : 42-51.
- Rimareix F, Lortat-jacob A. Etude comparative de 2 techniques chirurgicales dans le traitement de l'escarre ischiatique chez le handicapé moteur. Ann Chir Plast Esthet 2000 ; 45 : 589-96.
- Foster RD, Anthony JP, Mathes SJ, Hoffman WY, Young D, Eshima I. Flap selection as a determinant of success in pressure sore coverage. Arch Surg 1997 ; 132 : 868-73.
- Schryvers OI, Stranc MF, Nance PW. Surgical treatment of pressure ulcers : 20-year experience. Arch Phys Med Rehabil 2000 ; 81 : 1556-62.
- Lechapelain L, Fyad JP, Beis JM, Thisse MO, André JM. Chirurgie précoce de l'escarre pelvienne versus cicatrisation dirigée dans une population de médullo-lésés. Ann Réadaptation Méd Phys 2001 ; 44 : 608-12.
- Teot L. Chirurgie des escarres. JPC 1998 ; 12 : p25.
- Bocchi A, Dominici MM, Taglia M, Caleffi E, Dominici C. Clinical and nursing protocol in the treatment of the decubital ulcers. Ann Ital Chir 2007 ; 78 : 119-24.
- Stamate T, Budurca AR. The treatment of the sacral pressure sores in patients with spinal lesions. Acta Neurochir Suppl 2005 ; 93 : 183-7.
- Rogissart F, Malka G, Guyenne C. Les escarres fessières : notre attitude thérapeutique au cours des dix dernières années (à propos de 32 cas). Ann Chir Plast Esthet 1997 ; 42 : 247-52.
- Chen TH. Bilateral gluteus maximus V-Y advancement musculocutaneous flaps for the coverage of large sacral pressure sores : revisit and refinement. Ann Plast Surg 1995 ; 35 : 492-7.
- Chraïbi H, Dereure O, Teot L, Guillot B. The diagnostic and treatment of carcinomas occurring at the sites of chronic pressure ulcers. J Wound Care 2004 ; 13 : 447-8.