

CHIRURGIE PLASTIQUE EN SITUATION PRÉCAIRE

Patrick KNIPPER

25, rue de Bourgogne - 75007 Paris — Hôpital Saint Antoine - 75012 Paris
Email@docteur-knipper.com

INTRODUCTION

La chirurgie plastique en situation précaire est l'exercice de cette spécialité en situation difficile. Elle se caractérise par la pratique de la chirurgie plastique dans un environnement nouveau et pénible, par un lieu d'exercice précaire, par des pathologies rencontrées particulières et par la nécessité de connaître de nombreux horizons de la chirurgie plastique (chirurgie de la main, chirurgie des séquelles de brûlures, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie maxillo-faciale, etc...).

Vous allez partir pour la première fois et vous vous posez diverses questions sur cette nouvelle aventure : quelles pathologies vais-je rencontrer ? Quelles seront les conditions opératoires ? Quelles techniques vais-je devoir utiliser ? Quel matériel vais-je devoir emporter ? etc...

Cet article va essayer de répondre simplement à vos questions en vous apportant des solutions que nous avons trouvées dans nos missions. Ce que vous allez lire aujourd'hui, vous pourrez l'écrire demain et, nous l'espérons, en l'améliorant. Nous avons voulu rassembler, dans ces quelques lignes, l'expérience de plusieurs missions de chirurgie plastique effectuées dans différents pays : Congo, Togo, Bénin, Nigéria, Arménie, etc...

Une analyse rétrospective de 100 patients opérés en mission nous a suggéré 6 techniques chirurgicales qui nous ont permis de traiter 86 % des cas. Nous allons vous exposer, simplement, ces six techniques avec des schémas thérapeutiques pratiques.

LE CONCEPT DE CHIRURGIE PLASTIQUE EN SITUATION PRÉCAIRE

1 Définition ?

La chirurgie plastique est une spécialité chirurgicale bien définie. Le terme "chirurgie plastique" englobe l'aspect reconstructeur, le pôle purement esthétique et la dimension esthétique d'une même spécialité. Par exemple, la reconstruction d'un sein, après son ablation pour un cancer, va être qualifiée de chirurgie reconstructrice. Le traitement d'une hypertrophie mammaire sera nommée chirurgie plastique puisqu'il modifie plus la plastique du sein. Mais un sein reconstruit doit avoir une jolie plastique voire une belle esthétique. **La chirurgie plastique c'est reconstruire l'esthétique.** Si "l'esthétique c'est déjà la fonction", la fonction devrait être esthétique.

En Europe, les services de chirurgie plastique prennent des orientations différentes suivant les pathologies qu'ils rencontrent. Par exemple, un service qui va recevoir des traumatismes de la main sera plus orienté vers la chirurgie plastique de la main et la microchirurgie. Un service qui prendra en charge surtout des brûlés sera plus spécialisé dans les

greffes de peau et le traitement des séquelles de brûlures, voire l'utilisation de l'expansion cutanée.

La chirurgie plastique en situation précaire est l'exercice de la chirurgie réparatrice en situation difficile. Elle est plus couramment appelée "chirurgie plastique humanitaire". Nous préférons le terme "en situation précaire" puisqu'il est plus général et plus réel. Le qualificatif "humanitaire" donne souvent, en mission, une connotation triomphaliste (le grand blanc qui vient faire de la grande chirurgie...).

De surcroît, tout geste médical devrait être humanitaire, quelque soit son lieu géographique. Le chirurgien n'a pas besoin de partir en mission pour faire de l'humanitaire. La chirurgie plastique humanitaire est faite en France tous les jours par des chirurgiens plasticiens. Nous pouvons être humain sans faire de "l'humanitaire" mais, paradoxalement, nous pouvons aussi faire de l'humanitaire sans être humain. En effet, il arrive que certains "volontaires" confondent occupation humanitaire et tourisme humanitaire.

La chirurgie plastique en situation précaire se caractérise par plusieurs points :

- Un environnement nouveau et difficile,
- Un lieu d'exercice précaire,

- Des pathologies rencontrées particulières,

- L'application de tous les champs de la chirurgie plastique (chirurgie de la main, traitement des brûlures et de leurs séquelles, séquelles traumatologiques, chirurgie maxillo-faciale, etc...)

@ **L'environnement est insolite** puisque la mission chirurgicale se fait dans un pays nouveau, voire dans une structure inhabituelle (dispensaire...). L'exercice est, également, inaccoutumé puisqu'il se fait en groupe avec une équipe comprenant plusieurs personnalités, parfois très différentes. L'équipe regroupe des chirurgiens qui peuvent parfois appartenir à des "écoles" chirurgicales opposées, etc... L'environnement sera particulier par son climat et par les conditions de vie distinctes du quotidien.

@ **Le lieu d'exercice est souvent précaire** tant par les conditions réelles d'exercice (bloc opératoire peu performant, coupures électriques fréquentes, stérilité quasi inexistante, etc...) que par le déroulement de la mission (patients non convoqués, diagnostics erronés, malades non préparés, pansements non faits, etc...).

@ **Les pathologies rencontrées sont peu communes** et d'autres sont observées à des stades évolutifs que l'on n'observe plus dans notre pratique quotidienne. Par exemple, le Noma (cancrum oris) et l'ulcère de Buruli n'existent pas en Europe. Les séquelles de brûlures, que l'on rencontre également en Europe, sont dans ces pays très impressionnantes. Les malformations congénitales ou tumorales observées sont à des stades très avancés.

@ **Le chirurgien plasticien devra appliquer sa spécialité dans des domaines très différents** comme la chirurgie réparatrice de la main, la chirurgie des brûlures et de ses séquelles, la réparation des malformations congénitales de la face, la reconstruction maxillo-faciale de certaines affections tropicales, le rétablissement fonctionnel des membres, la fermeture de la paroi abdominale après une importante exérèse tumorale, etc...

La chirurgie plastique, c'est reconstruire l'esthétique et, cela, même en "humanitaire". **La chirurgie esthétique humanitaire** reste, pour beaucoup, un concept inconcevable. Comment peut-on parler

d'esthétique dans une mission humanitaire ? Le chirurgie esthétique est, encore, qualifiée de chirurgie superficielle pour des patients non malades. A l'opposé, le chirurgien dit "humanitaire" fait de la "vraie" chirurgie et sur des patients qui en ont vraiment besoin.

Nous rappellerons, simplement, qu'il ne nous appartient pas de décider ce qui est important pour un patient ou ce qui ne l'est pas. Notre rôle est de répondre à sa demande quelle que soit sa provenance, quelle que soit sa croyance. Il est, probablement, plus glorifiant pour le chirurgien de dire que son intervention a été indispensable sur le plan fonctionnel, mais la finalité de son intervention devra être la satisfaction de ce patient. Et si l'esthétique est déjà la fonction, pourquoi la fonction ne pourrait-elle pas être esthétique ? Ce sont les patients, en mission, qui nous ont appris que l'esthétique était, pour eux, aussi importante que la fonction ou qu'elle en faisait entièrement partie et, cela, quel que soit le pays.

Au cours d'une mission, nous avons le souvenir de cette jeune arménienne avec une séquelle importante de brûlure de la face dorsale de la main. Il existait une grande cicatrice hypertrophique sans réel retentissement fonctionnel. Nous avons expliqué, avec l'aide du traducteur, qu'il ne fallait rien faire et que, si on enlevait cette cicatrice, la peau dorsale serait tellement tendue que la patiente ne pourrait plus fermer la main. Notre explication était claire et recevait l'approbation du traducteur et de la patiente. Le lendemain, la jeune fille s'est présentée à la consultation. Elle voulait que nous lui enlevions la cicatrice et elle nous expliquait qu'elle avait bien compris notre résistance mais qu'elle préférait une main plus jolie, même si elle ne pouvait plus la fermer.

Nous avons, également, pu observer une motivation esthétique dans la reconstruction d'un coude chez un jeune Béninois qui présentait des séquelles de Buruli. L'ulcère de Buruli (Mycobacterium ulcerans) est au troisième rang des infections à mycobactéries chez le sujet sain après la tuberculose et la lèpre. La plupart des malades sont des femmes et des enfants qui vivent dans des régions rurales à proximité de cours d'eau ou de terrains humides. L'ulcère de Buruli sévit dans les régions marécageuses des

régions tropicales et subtropicales d'Afrique (pays situés en bordure du Golfe de Guinée), d'Amérique latine, d'Asie et du Pacifique occidental. Atteignant surtout les membres, cette affection détruit progressivement, et sans douleur, la peau et le tissu cellulaire sous cutané, voire les tissus sous-jacents. Au stade de séquelles, la maladie présente des zones cicatricielles fibreuses, rétractées avec de nombreuses déformations associées.

C'est une de ces déformations que nous avons observée chez ce jeune béninois. Il présentait une rétraction du coude droit avec une importante zone fibreuse qui tapissait, surtout, la face antérieure. Nous avons entièrement libéré ce coude par une exérèse chirurgicale large. La perte de substance a été "couverte" par un lambeau musculo-cutané pédiculé de grand dorsal. Nous avons retrouvé une très bonne mobilité de ce coude et les suites opératoires ont été simples. Nous étions assez satisfaits d'avoir rendu ce coude fonctionnel car, avec un coude actif, ce jeune béninois pouvait travailler au champ et, par conséquent, pouvoir envisager de créer une famille. Le symbole de cette intervention était très fort pour l'équipe: nous avons rendu la fonction au coude de ce jeune garçon et cela devait permettre la création d'une famille.

Mais le lambeau était encore un peu gros et il n'était pas très esthétique. Nous avons expliqué au patient que, avec le temps, ce lambeau s'affinerait. Mais comment expliquer "l'atrophie secondaire" d'un muscle. De plus, l'ulcère de Buruli est indolore. Après l'intervention, le patient ressentait forcément quelques douleurs. Si notre intervention semblait réussie, nous étions pour le patient un peu maudits.

Enfin, dans le Noma, la réparation de certaines mutilations faciales garde une finalité (souvent non avouée) esthétique bien que l'on utilise des techniques de reconstruction très sophistiquées. Le Noma, ou Cancrum oris, est une gingivo-stomatite ulcéro-nécrotique d'origine infectieuse qui touche, aujourd'hui, surtout les enfants d'Afrique ("the noma belt") sur un terrain associant dénutrition, mauvaise hygiène bucco-dentaire et tares diverses. La mortalité a été considérablement réduite par les antibiotiques et l'apport

alimentaire. Au stade de séquelles, cette terrible affection laisse d'importantes destructions du visage.

Nous avons le souvenir de cette jeune togolaise, accompagnée par des religieuses du nord du Nigeria, qui vivait seule en dehors de son village et qui était fréquemment violée. Elle présentait des séquelles faciales importantes de Noma sous la forme d'une fente béante et nauséabonde qui progressait de la commissure labiale jusqu'à la région temporale. Le pouvoir des religieuses étant resté vain, elles décidèrent de nous la présenter.

Finalement, il n'y avait pas de réel retentissement biologique et physiologique hormis l'atteinte de la mastication. Elle s'alimentait parfaitement avec une alimentation liquide (à base de manioc) et elle ne semblait pas présenter de carence alimentaire. Pourquoi l'avons-nous opéré ? Pour la fonction ! Pour la reconstruction ! Nous croyons qu'elle a été contente de pouvoir refermer un peu plus sa bouche et de bouger, même timidement, sa mandibule. Nous croyons, surtout, qu'elle a été heureuse de retrouver un visage qu'elle n'aura, peut-être, plus besoin de voiler... Nous croyons que la guérison peut aussi être l'objet de cette satisfaction.

Ces quelques expériences nous ont incité à réfléchir sur la vraie finalité de nos missions de chirurgie en situation précaire. La chirurgie plastique n'est qu'un remède dans un champ thérapeutique très vaste. Guérison, fonction... sont probablement les représentations de notre propre satisfaction. Mais qu'en est-il de la disparition d'une douleur ? Qu'en est-il des viols jugulés par un visage regagné ? Qui peut donner la vraie définition de la guérison ?

La chirurgie esthétique humanitaire a su nous enseigner que l'esthétique est une technique au service de la fonction réparation et qu'il était inutile de justifier l'esthétique par la reconstruction puisque l'esthétique appartient, à part entière, à cette reconstruction. Est-ce que le traitement d'une lèvre fendue, chez une petite fille asiatique, est un geste réparateur ou un geste esthétique ? Vous pensez, probablement, que cela sera un geste réparateur parce que c'est plus "porteur" ou parce que vous allez reconstruire la sangle musculaire. Cette enfant voudra, probablement, une lèvre plus belle, plus esthétique. Ce sera alors une intervention esthétique. Mais peu importe la motivation puisque votre technique sera la même et que vous essayerez de la faire la mieux possible voire la plus esthétique possible. Nous voyons bien

que seule la motivation première de l'intervention permet de qualifier d'esthétique ou de plastique cette intervention, alors que votre geste technique sera identique. Tout cela démontre que, finalement, nos définitions sont peu importantes au regard de la simple satisfaction de notre petite asiatique qui, nous l'espérons, sera une "belle" satisfaction.

En pratique, et toujours paradoxalement, nous avons appris à **ne pas faire de la chirurgie esthétique mais à être esthétique dans notre chirurgie** et, cela, même en mission dite humanitaire.

2 Chirurgie plastique en situation précaire : Pourquoi ?

Parce que nous sommes dans ce domaine bien précis de l'offre et de la demande. Nous pourrions nous demander si la demande a précédé l'offre ou si l'offre a suscité la demande. Nous pensons que les pathologies observées dans ces pays sont très anciennes et qu'elles n'ont pas attendu la chirurgie plastique pour exister.

D'autre part, la chirurgie reconstructrice est fort ancienne puisque dans certains papyrus, datant de plusieurs siècles avant Jésus Christ, des techniques de reconstruction faciale étaient déjà décrites. Par exemple, nous avons retrouvé dans l'Edwin Smith Papyrus des descriptions de reconstructions nasales par des lambeaux jugaux. A cette époque, l'adultère était puni par l'amputation de la "pyramide" nasale. Des chirurgiens éclairés ont, alors, proposé des reconstructions par des lambeaux de peau environnante. Aujourd'hui, ces procédés sont encore utilisés. Tout cela devrait renforcer notre humilité dans notre "humanitaire", dans notre "humanité"...

Alors pourquoi, aujourd'hui, nous parlons beaucoup plus de chirurgie plastique en situation précaire ?

- En premier lieu, parce que **la chirurgie plastique semble répondre parfaitement aux pathologies rencontrées** dans les pays du tiers monde : malformations congénitales de la face ou des membres, séquelles tégumentaires à la suite de maladies tropicales ou après des brûlures, pathologies tumorales diverses, séquelles fonctionnels des membres post-traumatiques, etc...
- En second lieu, parce que **la chirurgie plastique existe, aujourd'hui, en tant que spécialité bien individualisée**. Auparavant, au cours

des missions humanitaires, les chirurgiens appliquaient les techniques qu'ils connaissaient et les missions chirurgicales restaient moins bien définies dans leur domaine d'application. Elles n'en restaient pas moins efficaces mais l'activité chirurgicale était plus large. Le chirurgien opérait tous les patients quand il connaissait la technique adaptée. Tout naturellement, les missions humanitaires se sont spécialisées comme la chirurgie s'est spécialisée.

- En troisième lieu, parce que **cette spécialité est facile à "exporter"** : l'instrumentation chirurgicale est peu sophistiquée et facile à transporter ; la chirurgie des téguments est moins sensible à l'infection ; le résultat est rapidement visible et obéit souvent à la loi du "tout ou rien" : si un lambeau nécrose, c'est tout de suite et la sanction sera immédiate ; le suivi des patients opérés n'est pas très compliqué et facile à gérer ; l'enseignement des techniques est plus aisé parce que le geste chirurgical est plus "visible" et, donc, plus accessible à sa compréhension.

- En quatrième lieu, parce que **il existe des équipes bénévoles pour faire ce genre de missions** : infirmières, anesthésistes et chirurgiens.

- Et pour finir, parce que nous opérons beaucoup d'enfants dans les missions de chirurgie plastique. L'enfance blessée est insupportable mais elle semble inévitable. Les rêves de ces enfants seraient-ils, définitivement, inconcevables ? La médecine peut redonner des années à leur vie, la chirurgie plastique va redonner de la vie à ces années. **Redonner du rêve à un enfant sans visage c'est, peut-être, mettre un visage sur nos rêves de chirurgien.**

3 Chirurgie plastique en situation précaire : Pourquoi ?

Les missions sont proposées à tous les patients des pays ou des institutions qui en font la demande. Généralement, elles s'adressent aux pays en voie de développement (par exemple, certains pays d'Afrique) ou à certains pays en difficulté économique (par exemple, certains pays de l'Est). Les équipes essaient de traiter les patients dans tous les domaines de la chirurgie plastique ou elles orientent leur mission sur une pathologie spécifique comme le Noma au Nigeria, les fentes labio-palatines en Asie, l'ulcère de Buruli au Bénin ou la

chirurgie de la main en Arménie. Le but reste de soigner des patients qui, dans tous les cas, n'auraient jamais eu la possibilité d'accéder à de tels soins dans leurs pays.

4 Chirurgie plastique en situation précaire : Par qui ?

Une mission de chirurgie réparatrice est organisée par un chirurgien plasticien ou par une organisation humanitaire. L'organisation bénévole peut être spécialisée dans la chirurgie plastique (comme **Interplast-France**) ou elle peut intégrer la chirurgie plastique dans ses différents projets (comme **UMAF**, Unions des Médecins Arméniens de France, ou Médecins du Monde).

La composition des équipes est variable en fonction des missions. Une mission peut comprendre un seul chirurgien si la structure qui l'accueille possède déjà l'environnement chirurgical pour les interventions. Inversement, une mission peut être composée d'une équipe complète pour être entièrement autonome. Une mission **d'Interplast-France** est généralement composée de deux chirurgiens, deux infirmières de bloc opératoire, un anesthésiste avec son infirmière et un coach. La présence de deux chirurgiens permet d'opérer sur deux blocs opératoires, de pouvoir s'aider sur d'importantes interventions, de poser des indications collégiales et de se relayer en cas de problème (maladie, etc...). La présence d'un coach est relativement récente dans nos missions mais se révèle très précieuse. En effet, le coach prend en charge tous les problèmes d'intendance, s'occupe de la logistique et assure la coordination avec les autorités qui reçoivent l'équipe. Cela peut paraître un peu luxueux d'avoir un coach dans une mission dite humanitaire mais l'expérience nous a montré que le temps consacré à la gestion de l'intendance et le temps passé à "discuter" avec les représentants locaux est très important au cours d'une mission. Nous préférons préserver ce temps pour les patients.

5 Chirurgie plastique en situation précaire : Avec qui ?

Une mission de ce type concerne les patients locaux, nécessite l'aide du personnel et des médecins sur place et se pratique sous couvert d'une autorité locale. D'autres acteurs peu-

vent intervenir mais ils vont différer suivant les pays.

- Le patient et sa maladie :

L'action chirurgicale n'est possible que si il existe des patients qui en expriment la nécessité et si les chirurgiens locaux en expriment le souhait. Une mission existe si les patients subsistent.

La notion de "patient" reste une entité bien européenne. En effet, le concept de "patient" fait fusionner, dans nos contrées, l'être à sa maladie. En Afrique, par exemple, le malade et la maladie demeurent bien distincts.

En Afrique, le malade appartient à une famille, à un village, voire à une ethnie. Il ne sera pas atteint par hasard. Le malade a une histoire qu'il faudra apprendre à écouter. De plus, le malade n'est pas toujours celui que l'on voit ou que l'on croit. Le malade que l'on vous présente n'est peut-être que le représentant d'une famille et c'est peut-être la famille qui est "malade".

La maladie peut, aussi, appartenir à une famille ou à une peuplade. La maladie n'est probablement pas là par hasard et elle a son histoire. Il faudrait la comprendre mais nous n'avons ni le temps ni les facultés pour pouvoir l'assimiler. En effet, il y a toujours une "raison" à l'accident qui arrive au patient ou à la maladie qui le touche. Le patient a probablement traversé, à tort, le "lieu des génies" ou bien il a mangé, toujours à tort, de la viande de perdrix. Dans certains villages, il existe des "lieux" où il est interdit de passer à certaines heures de la journée. Le fait de transgresser cette règle peut expliquer l'accident ou la maladie. Certaines familles ne doivent pas manger de la viande de perdrix ou de cochon. Transgresser la règle peut, également, expliquer l'accident ou la maladie. Il y a toujours une raison aux choses et cela peut expliquer cette allure "fataliste" que l'on peut observer.

Nous ne restons que des techniciens de surface, alors que le mal peut venir des "profondeurs" de la forêt. Comment peut-on soigner avec une simple greffe de peau le visage d'un enfant qui est "mangé" par sa grand-mère... La maladie, en Afrique, n'appartient pas toujours au patient et le malade n'est pas toujours le patient.

Il est donc souvent difficile d'opérer "la maladie" et il est encore plus difficile, pour nous, de soigner un mal que l'on ne voit pas. Il serait très prétentieux de croire que l'on peut vraiment traiter par un lambeau un mal que l'on ne connaît pas. Cependant, les familles accep-

tent de plus en plus les traitements occidentaux dits modernes pour des pathologies qu'ils "connaissent" depuis toujours. Si leur point de vue a "évolué", nous devrions également apprendre à mieux "voir" le patient et nous devrions essayer de soigner son histoire autant que sa plaie. Nous devrions, surtout, témoigner un peu plus de modestie car le flot de nos techniques ne peut rien contre les dieux des rivières. Nous ne pouvons rien sans l'aide de la famille, sans l'aide du chef de village ou du guérisseur local. On ne touche pas le corps sans l'accord. Et, ici, l'accord de la famille, du "groupe" ou du "guérisseur", est aussi précieux que l'indication thérapeutique d'une équipe occidentale. Il vaut mieux respecter notre répertoire médical et laisser le guérisseur composer ses gammes locales. Nous sommes médecins et, en tant que tels, nous devons agir en médecin. C'est ainsi que le patient nous voit et c'est ainsi que l'on sera le plus efficace pour lui. Pour traiter l'aspect plus "transparent" de la maladie, c'est le guérisseur qui aura le vrai pouvoir et qui saura mieux appréhender le "zima". Pour mieux guérir, le traitement devra être pluridisciplinaire et le chef d'orchestre ne sera pas toujours celui que l'on croit.

Par ailleurs, les patients font preuve d'un grand courage en acceptant nos pratiques qui peuvent être, parfois, un peu surprenantes voire intrigantes. En effet, imaginez la scène que l'on peut proposer à ces enfants venant d'un petit village lointain et qui entrent, pour la première fois, dans un bloc opératoire. Imaginez leurs pensées quand ils voient un "scialitique" dirigé sur eux et quand ils voient tous ces individus déguisés en bleu s'agiter selon un rituel bien compliqué. Imaginez leurs regards quand ils voient le chef de cette secte qui leur parle dans un drôle de dialecte et, surtout, avec un "masque" d'une tribu inconnue. Ce chef est appelé chirurgien, mais quel est son pouvoir ?

La mise en scène de certaines thérapeutiques locales semblent folkloriques à nos yeux. Acceptez l'idée que les scènes que nous leur proposons soient, également, originales. Mais dans les deux cas, la mise en scène est efficace dans le traitement et, donc, pour le patient. C'est pour cela que nous acceptons une prise en charge des patients avec l'accord local et avec l'aide des thérapeutiques locales. La finalité reste la guérison du patient. Peu importe si cette guérison résulte d'une belle greffe ou si les méchants dieux de la forêt sont partis.

Rappelons, pour finir, qu'en France, la fente labiale était encore qualifiée, et il n'y a pas

si longtemps, de "bec de lièvre". Ce rapprochement vient de nos campagnes où l'on pensait que la femme, qui avait un enfant porteur d'une fente labiale, avait croisé un "animal maléfique"... Le dieu de la rivière n'est pas plus ridicule que le lièvre de nos campagnes. Il nous semble important de respecter l'influence de cet environnement dans tout programme thérapeutique. Et puis, n'oublions pas que "l'influence peut guérir".

- Les médecins locaux :

La présence des patients est une condition nécessaire mais non suffisante. En effet, il est inconcevable de croire que l'on peut traiter des patients dans un pays sans l'accord et l'aide des médecins locaux et, cela, pour plusieurs raisons :

Premièrement, il serait inconvenant de traiter leurs patients sans leur avis.

Deuxièmement, il paraît difficile d'arriver dans un pays sans prévenir les médecins, de traiter leurs patients isolément et de partir sans assurer le suivi post-opératoire. Généralement, une des premières difficultés dans les missions est représentée par le recrutement des patients. En effet, ce recrutement est d'abord soumis à l'identification première des cas difficiles à opérer et celui-ci ne peut être assuré que par les médecins qui travaillent sur le terrain. Puis, quand une mission s'achève, il est indispensable que les médecins locaux puissent assurer le suivi des patients.

Troisièmement, le but d'une mission de coopération étant l'échange, voire la formation, il paraît logique de travailler en étroite coordination avec les collègues qui habitent sur place. Une des finalités dans ce type de mission devrait être la formation des collègues étrangers aux techniques que nous pratiquons. L'idéal serait de leur enseigner des techniques chirurgicales bien précises pour qu'ils puissent les appliquer ensuite. Il existe différentes voies dans les principes de cet enseignement chirurgical humanitaire. **Selon notre expérience, nous avons évolué vers un enseignement plus modeste mais plus ciblé et nous avons favorisé l'apprentissage des techniques sur place.**

En effet, nous préférons former les chirurgiens sur place car l'enseignement local permet d'appliquer des techniques parfaitement adaptées aux pathologies rencontrées et il permet de voir si la technique enseignée est immédiatement pratiquée. Le fait d'être sur place permet, de plus, d'adapter un geste chirurgical aux vraies conditions d'exercice. Par exemple, l'utilisation d'un drainage dans une intervention est un principe qui

peut être admis et enseigné quel que soit le pays.

Mais, en pratique, l'utilisation du drainage conventionnel avec le vide n'est pas applicable en Afrique et, cela, pour des raisons économiques. Il convient, donc, d'appliquer un drainage plus manuel avec des seringues. Cet exemple souligne le fait qu'entre la théorie d'une technique et son application sur le terrain, il existe parfois une distance que seule la pratique locale pourra combler.

Nous avons, également, appris à modérer notre ambition dans l'enseignement des techniques chirurgicales. En effet, toujours selon notre expérience, nous préférons montrer une ou deux techniques précises pour une pathologie définie plutôt que de vouloir enseigner tout un programme qui, finalement, reste difficilement assimilable et souvent plus théorique. Comment voulez-vous qu'un chirurgien, aussi doué soit-il, puisse intégrer une spécialité en si peu de temps ? Nous préférons cibler notre enseignement sur une ou deux techniques qui pourront être appliquées pratiquement et de manière fiable. Par exemple, pour traiter les séquelles de brûlures au niveau de la main nous privilégions l'utilisation des greffes de peau totale associées à une plastie simple pour les commissures. Il existe de nombreuses techniques de reconstruction très sophistiquées pour traiter ce type de séquelles mais leurs enseignements et leurs applications demeurent plus délicates. La greffe de peau est une technique qui semble moins prestigieuse mais qui reste un geste relativement simple à enseigner et un traitement très efficace et, cela, quel que soit le pays.

- Le personnel paramédical local :

Il existe généralement beaucoup de gentillesse et de dévouement dans le comportement des équipes qui nous accueillent. Le personnel paramédical s'investit considérablement et il présente une grande attention à toutes les techniques de soins que nous présentons.

Cependant, un sentiment que beaucoup d'entre nous ont déjà ressenti est cette impression d'avoir été parfaitement compris quand on donne des explications ou quand on montre une technique alors qu'en pratique le message n'est absolument pas passé. Il est important de le souligner car cela nous a appris à ne rien négliger, et surtout, dans le suivi postopératoire. Plutôt que de déléguer un pansement, nous préférons le faire. **Un pansement fait n'est plus à faire.**

Nous avons, également, appris que le vol des médicaments et des pansements était très fréquent dans certaines missions

et que le seul moyen pour qu'un traitement prescrit soit suivi était soit de le donner au patient lui-même (en lui collant, par exemple, ses antibiotiques sur la peau avec un adhésif pour qu'il puisse les saisir tout seul), soit de le donner à la maman quand il s'agit d'un enfant. Rien ne remplace une maman. Cependant, un jour nous aurions préféré qu'une maman soit moins "maman". En effet, nous avons opéré, au Togo, une petite fille pour des séquelles de brûlure. Après l'opération, nous avons demandé à la maman de faire des soins simples : laver simplement les plaies avec de l'eau et mettre un pansement. Forts de notre confiance en la maman, nous lui avons fourni le matériel nécessaire. Nous avions raison d'avoir confiance en elle car elle a suivi exactement ce que nous lui avons demandé de faire. Elle a bien lavé les plaies, et même deux fois par jour. Le seul problème fut notre manque d'expérience et de perspicacité. En effet, le grand problème, en Afrique, c'est l'eau. N'ayant pas d'eau courante, la maman lavait les plaies depuis plusieurs jours avec la même eau et cela avait entraîné une infection locale. Depuis, nous préconisons le minimum de pansement en postopératoire pour limiter l'infection.

Quel que soit le pays, l'institution ou le bloc opératoire où nous avons fait une mission, nous avons toujours rencontré un être exceptionnel en compétence voire en dévouement. Qu'il s'agisse d'un infirmier très doué ou d'une infirmière très maternelle, je crois avoir toujours eu le sentiment de voir quelqu'un de bien. On ne le trouve pas toujours immédiatement, mais il est là et il faut savoir l'identifier car il sera précieux pour toute la mission et il restera le point de transmission fondamental entre l'équipe et les patients. Dans le même ordre d'idée, nous avons toujours rencontré un médecin brillant, voire un chirurgien étonnant qui savait appliquer des techniques surprenantes mais tellement efficaces. On apprend beaucoup de ses frères de sang.

- Les autorités et les formalités locales :

Généralement, les missions sont organisées sous le couvert du Ministère de la Santé du pays hôte. Même quand la mission est entièrement financée par des dons privés et qu'elle est organisée dans une structure non hospitalière, il est de bon ton de la faire sous l'autorité locale. Cela présente cependant quelques avantages : facilité dans l'obtention des visas, des autorisations locales, voire dans la simple exécution du geste chirurgical. En effet, ne soyez pas choqués

quand le Ministère de la Santé de certains pays du tiers monde vous demandera vos diplômes, voire votre curriculum vitae complet, pour vous autoriser à opérer. Par exemple, dans un pays de l'océan indien, j'ai dû présenter mon CV complet, un certificat de l'ordre des médecins français certifiant que j'étais autorisé à exercer et, même, une photocopie de mon baccalauréat. Initialement, cela m'avait légèrement agacé mais finalement les autorités locales devaient avoir des raisons louables. Effectivement, certains médecins européens, interdits d'exercice dans leur pays, profitent de la couverture humanitaire pour venir se "chauffer" dans un pays du Sud (Comores) et certains médecins originaires d'un pays du tiers monde profitent d'une mission spécialisée pour rentrer "au pays" avec une spécialité usurpée (Croix rouge, Médecins du Monde).

En plus du Ministre de la Santé et de ses collaborateurs (ils sont parfois nombreux), le directeur de l'hôpital, qui reçoit l'équipe étrangère, est un personnage "très important". Il serait fort désobligeant de ne pas le saluer comme il faut savoir se présenter au chef des institutions religieuses locales, aux chefs de district, voire à toute une série de représentants qui représentent... Vous comprenez immédiatement l'intérêt d'un coach dans nos équipes. En rencontrant toutes ces autorités locales, il soulagera l'équipe médicale d'un temps précieux. Néanmoins, ces rencontres restent indispensables puisqu'elles obéissent à une courtoisie internationale de salutations et puisqu'elles permettent parfois de nouer des liens qui favoriseront d'éventuelles nouvelles missions.

Dans le même ordre d'idée, nous avons compris qu'il existe certaines "formalités" locales qui permettent de faciliter les missions humanitaires dans ces pays. Sans trahir de grands secrets, il est admis que les "cadeaux" sont toujours les bienvenus. Le cadeau peut être le "supplément" que l'on donne au douanier pour qu'il nous laisse récupérer notre matériel chirurgical en zone de dédouanement. Cela peut être du matériel chirurgical que l'on "offre" au fameux directeur de hôpital pour le remercier de nous laisser opérer. Le cadeau peut être tout simplement de l'argent que l'on offre à un chef de district pour qu'il nous autorise l'accès à son territoire, etc...

Nous croyons que le respect de ces règles locales et de ces institutions est indispensable. Sans les favoriser, nous devons les accepter car nous n'avons aucun pouvoir pour les combattre et aucun droit. Notre

seul objectif est de traiter le mieux possible et le maximum de patients pendant la durée de notre séjour. Nous devons accepter la règle. Si, pour traiter un enfant, il faut l'opérer, nous l'opérerons. Si, pour pouvoir opérer cet enfant, il faut faire un "cadeau", nous devons le faire si nous en avons les moyens. De toutes façons, le matériel chirurgical que l'on va donner à un hôpital, même s'il est orienté dans une clinique, restera dans le pays et sera, par conséquent, un cadeau au pays. Nous n'avons pas la compétence pour changer les "règles" locales qui existent depuis si longtemps et qui font partie d'une tradition locale.

Nous avons également appris, surtout en Afrique, que tout a un prix même s'il est modique et que tout se paye même si c'est avec quelques fruits ou avec un poulet. Cela est peut-être mieux. D'une part, le patient garde ainsi une certaine dignité : il peut vous remercier et c'est important de pouvoir dire Merci. Et d'autre part, nous savons que "l'investissement" dans un traitement participe fortement à son efficacité, et cela quel que soit le pays...

ORGANISATION DE LA MISSION

1 La mission, avant :

Avant de partir en mission, un minimum de préparation s'impose.

Une mission peut s'envisager réellement quand les autorités du pays concerné ont accepté de recevoir une équipe étrangère, quand le financement est trouvé et quand l'équipe médico-chirurgicale est définie.

Nous avons appris des équipes humanitaires allemandes la rigueur du "time schedule check list". Un compte à rebours, ponctué de réunions, démarre 12 mois avant le départ. Sans démarrer si tôt, nous vous conseillons, toutefois, de vraiment commencer à envisager les préparatifs vers le sixième mois avant le départ.

Time schedule check list

- **J-6 mois** : composition de l'équipe, vérification du financement de la mission et des accords passés avec le pays.

- **J-4 mois** : réunion de l'équipe, contrôle de la liste du matériel nécessaire (en anesthésie et en instruments chirurgicaux) et du consommable. Définir les rôles : qui s'occupe des produits pour l'anesthésie ? Qui fait les boîtes de chirurgie ? Qui va à l'ambassade pour les visas ?, etc...

- **J-2 mois** : contrôle du matériel, visa. Prévoir une dernière petite réunion avant le départ, si possible.

- **J-1 mois** : Contrôler les billets d'avion et contacter la compagnie aérienne pour commencer à négocier la prise en charge des excédents. Certaines compagnies offrent les excédents à titre humanitaire. Si les excédents ne sont pas offerts, essayer de répartir les charges sur les différents membres de l'équipe. De plus, certains produits d'anesthésie (comme les morphiniques) peuvent poser des problèmes à la douane. Les arrivées étant souvent facilitées par un représentant local et le passage de la douane étant plus "fluide", nous vous conseillons de garder sur vous les produits "délicats". A l'opposé, le dédouanement secondaire étant un service différent et fait généralement le lendemain, les négociations seront plus difficiles...

- **J-1 semaine** : Faire envoyer les colis à destination par la compagnie aérienne ou par un transporteur (Par bateau, c'est moins onéreux). Vérifier, sur le site des affaires étrangères, les dernières données politiques sur le pays. Définir les derniers rendez-vous avant le départ et faire les ultimes préparatifs...

Surgical Check list

■ Pour la consultation :

- Un carnet d'observation + stylo (s). L'idéal est d'avoir un carnet avec des pages à deux feuillets. Cela permet de laisser, dans le dossier du patient, un exemplaire avec une trace de votre passage...

- Un appareil de photographie et/ou un polaroïd qui permet de faire, dès la consultation, une prise de vue immédiate et de l'agrafer à l'observation.

Le polaroïd a plusieurs avantages :

- Il permet de reconnaître les patients secondairement. En effet, à l'étranger les patients se "ressemblent" beaucoup. Par exemple, dans le nord du Nigeria, rien ne ressemble plus à un Noma qu'un autre Noma, surtout si les enfants sont du même âge et de la même ethnie.

- Il permet d'apprécier réellement l'importance des lésions, ce qui permettra de faire une programmation plus précise du temps opératoire quand, le soir, l'équipe se réunit pour programmer la journée suivante. En effet, pendant la consultation, l'enthousiasme chirurgical agrémenté d'une certaine euphorie de la découverte, ne permet pas d'apprécier sereinement les choses. Nous avons souvent tendance à dire : "là, il y aura un grand dorsal", "ici, nous ferons une ostéotomie et un lambeau

local", etc... En fait, les temps opératoires sont plus précis et il n'est pas rare de devoir ajouter un geste, ou deux, ce qui peut allonger l'intervention d'une heure. En fin de journée, certains patients devront être reportés.

- Il restera dans le dossier médical. L'idéal serait de laisser, également, un polaroïd du post-opératoire.

- Enfin, il permet d'offrir à certains patients leur photographie et cela est, parfois, plus important pour eux que tout votre investissement chirurgical.

- Un champ bleu pour faire un fond pour les photographies,

- Feutres (pour les dessins et pour écrire le nom des patients), règle (ruban mesureur),

- Petite lampe pour l'examen endonasal, endobuccal, etc...

- Badges pour l'identification de l'équipe auprès des patients et du personnel local,

- Piles de secours (pour les appareils de photographie, lampes d'examen, etc...)

- Divers : en fonction de vos habitudes et des spécialités, etc...

■ Pour les interventions :

- Valise ou sac adapté pour transporter le matériel médico-chirurgical,

- Gants stériles et non stériles,

- Lunettes de protection,

- Tenues de bloc personnelles : trois tenues en coton, avec protection pour les chaussures ou sabots de bloc, masques, calots (nous vous conseillons le "bandana" en coton qui absorbe mieux la sudation frontale), etc...

- Témoins de stérilisation,

- Savon chirurgical ou savon de Marseille, brosses chirurgicales, etc...

- Sarraus : les sarraus à usage unique sont chers et lourds à transporter ; préférez les sarraus locaux,

- Envisagez une lampe frontale, avec les piles de rechange (les coupures d'électricité sont fréquentes dans certains hôpitaux d'Afrique),

- Prévoir, si possible, un tensiomètre avec gonflage manuel qui servira de garrot pour des gestes sur la main et une bande pour vider le membre,

- Bétadine, Dakin (pour les piqûres per-opératoires) +/- kit de test sérologique HIV +/- traitement contre une contamination éventuelle, etc...

■ Matériel Consommable :

- Bétadine ou Chlorexidine, rasoirs, feutres ou crayon blanc (pour les peaux très sombres), Xylocaïne adr-

naline, seringues + aiguilles pour l'infiltration, lames de bistouri, antibiotiques, champs opératoires stériles (mais onéreux et, surtout, très volumineux à transporter) ou champs locaux (mais souvent de mauvaise qualité car usés...), fils de sutures résorbables (n'oubliez pas le Vicryl, rapide pour les enfants) et non résorbables, canules d'aspiration, redons et flacons mais volumineux (on peut remplacer le flacon de vide par une seringue bloquée en aspiration avec une pince à champ), compresses stériles et non stériles, tulle gras, sparadrap, Elastoplast, pommade ophtalmique +/- antibiotiques, antiseptique buccal (pour la chirurgie maxillo-faciale), antalgiques pour la période post-opératoire, etc...

■ Matériel Chirurgical :

- Boîtes de chirurgie plastique de base : au moins trois boîtes seront nécessaires pour l'enchaînement des interventions (prévoyez vos propres témoins de stérilisation),

- Boîtes de chirurgie spécifique à la spécialité : boîte de chirurgie de la main avec moteur, broches, ciment, etc... si la mission présente une nette orientation pour le membre supérieur (n'oubliez pas une main de plomb ou équivalent plus léger) ou boîte maxillo-faciale avec écarteur spécifique, scie adaptée (mais la scie de Gillies reste superbe), etc si le programme est orienté sur la face (par exemple, sur le Noma).

■ Personal Check list

- Passeport en cours de validité avec le visa,

- Carnet de vaccination (voir les consignes pour chaque destination),

- Photocopie des papiers civils,

- Lettre d'invitation par les autorités locales (en cas de contrôle, dans un pays "militarisé", ce type de lettre peut faciliter les déplacements ou le passage des contrôles routiers),

- Assurance personnelle (accident, rapatriement...) : pensez à payer votre billet d'avion avec votre carte bancaire,

- Vérifier que votre assurance professionnelle couvre votre activité humanitaire, qui reste professionnelle, dans le pays. Demandez une confirmation écrite.

- Permis de conduire international. Pour une location, préférez une compagnie internationale (même si cela est plus cher) à une petite compagnie locale. Suivant les pays, ne pas hésiter à prendre un chauffeur local.

- Trousse personnelle de médicaments : antalgiques, antiseptiques, antibiotiques, antispasmodiques et antiseptiques intestinaux. N'oubliez pas la protection et les lunettes solaires, et une lotion contre les moustiques. Pensez aux sachets "d'hydratation", riches en sels minéraux, que nous vous conseillons de prendre systématiquement dans les pays très chauds.

- Trousse de toilette personnelle. Si l'hébergement sur place n'est pas dans un hôtel, prévoyez : deux serviettes de taille moyenne plutôt qu'une seule plus grande (avec deux clous et une corde pour la suspension des serviettes), une moustiquaire (prévoir quelques clous pour l'accrocher), un spray contre les moustiques, un petit flacon d'eau de Javel, pour un petit nettoyage local, etc...

- Tenue vestimentaire habituelle pour les pays chauds : léger en coton, etc... Deux remarques : pour les pays de l'Europe de l'Est, prévoyez une veste pour les rencontres officielles et pour les pays dits "chauds", évitez, si possible, le look baroudeur avec les tenues type "guerre du golf"... En Afrique, les rencontres dites officielles n'imposent pas la veste aux étrangers mais une tenue correcte soulignera votre respect à l'égard de vos hôtes.

- Prise électrique internationale +/- kit de connection internet international si vous prévoyez votre ordinateur portable (mais attention au matériel informatique dans les pays très chauds et humides),

- Appareil de photographie de petite taille,

- Lampe de poche,

- Montre avec alarme,

- Petit kit de voyage pour le bricolage (tournevis, pince...) ou un bon couteau suisse,

- Livres, musique, autres effets personnels, etc...

- Devises locales,

- Petits cadeaux pour les enfants (ballons, stylos, crayons de couleurs, etc...)

2 La mission, pendant :

Ce chapitre existe mais il est laissé, volontairement, vide parce que nous pensons qu'il vaut mieux rêver sa mission plutôt que de la vivre. Vous décrire le déroulement d'une mission serait vous priver de ces quelques moments de rêve.

Chaque mission est singulière. Une mission ne se raconte pas ; elle se prépare, elle se vit (souvent, trop vite) mais elle ne peut pas être entièrement retra-

cée. Seul votre imaginaire saura remplir, aujourd'hui, la distance qui vous sépare du lointain dispensaire.

Alors, commencez à rêver votre prochaine mission...

3 La mission, après :

Au retour, la mission ne se raconte pas mais elle va s'exprimer par quelques récits et quelques anecdotes. Sa principale expression restera photographique. En effet, seule la photographie signera votre voyage, seule la cicatrice signera votre passage.

Un compte rendu est demandé à l'équipe pour permettre à la mission suivante de prévoir les prochaines interventions. En effet, de plus en plus, nous privilégions des missions dans le même pays pour favoriser le suivi des patients et assurer une formation locale continue du personnel médical et paramédical. De plus en plus, nous essayons d'équiper l'équipe locale d'un appareil photographique numérique pour pouvoir recevoir les résultats post-opératoires et pour pouvoir les conseiller, par internet, sur des cas précis qu'ils ont sur place et qu'ils nous présentent avec leurs images numériques.

L'analyse scientifique de la série effectuée est souvent "biaisée" par le nombre de cas, la disparité des pathologies rencontrées, la diversité des stades observés, la variété des techniques exposées, le faible recul, etc... Toutefois, la publication scientifique aura l'avantage de nous obliger à faire une analyse avec une certaine rigueur scientifique, à faire une certaine

autocritique et à remettre en question, parfois, notre réelle efficacité, etc...

4 La mission, en pratique :

Avant de partir en mission dans un pays en voie de développement, les premières interrogations se focalisent le plus souvent sur le type de pathologies que l'on va rencontrer. Cependant, après l'énumération des classiques et diverses pathologies tropicales observées, le chirurgien ne sait toujours pas répondre à sa propre interrogation : Comment vais-je faire quand je serai là-bas et quelle type de technique vais-je utiliser ?

Nous allons essayer de répondre, pratiquement, en proposant 6 techniques chirurgicales qui nous ont permis de traiter 86% des patients en mission. Le reste des pathologies rencontrées répondront aux autres techniques classiques de chirurgie réparatrice. Le but, ici, n'est pas d'exposer toutes les techniques chirurgicales mais, seulement, d'énoncer les plus utiles et les plus fiables.

Une analyse rétrospective de 100 patients opérés en mission de chirurgie plastique humanitaire nous a suggéré **6 techniques chirurgicales :**

- 1) Les plasties d'allongement cutané type "plastie en Z" (et dérivés) : 32%,
- 2) la technique de J. Delaire pour le traitement des fentes labio-maxillaires et leurs séquelles : 26%,
- 3) les greffes de peau : 14%,
- 4) le lambeau pédiculé du muscle grand pectoral : 9%,

- 5) le lambeau pédiculé du muscle grand dorsal : 4%

- 6) et, le lambeau pédiculé inguinal : 1%.

Nous avons utilisé ces différentes techniques dans des conditions, parfois, difficiles tant au niveau des conditions locales qu'au niveau des patients. La pratique de ces procédés nous ont orienté vers le **concept des 4F pour une technique chirurgicale appliquée en situation difficile.**

- F comme **Faisabilité** : une intervention doit être faisable dans des conditions précaires et par un seul chirurgien.

- F comme **Fiaibilité** : une technique doit être fiable. L'échec est mal vécu, surtout par l'entourage tant professionnel que familial.

- F comme **Familiarité** : le procédé doit être familier à l'opérateur. Il est mieux appliqué quand la situation est difficile.

- F comme **Facilité** : une technique doit rester facile à enseigner : Travail en coopération = Transmission de l'information.

Les techniques chirurgicales présentées, ici, nous ont semblé répondre à ce concept.

Conseils Pratiques

Un des buts de la chirurgie reconstructrice est de reconstruire l'étui cutané en fermant les pertes de substance. Quand il n'y en a pas, le chirurgien plasticien s'arrange souvent pour en créer une. C'est un peu cela la chirurgie reconstructrice : "boucher" des trous en créant d'autres trous qu'il faudra également "boucher", en produisant d'autres trous...

Devant une perte de substance cutanée, nous conseillons différentes propositions thérapeutiques en allant, générale-

ment, du plus "simple" au plus "compliqué" :

Du plus simple au plus compliqué :

1) l'abstention thérapeutique (il faut savoir dire non quand les conditions locales contre-indiquent la réussite thérapeutique : l'échec est mal vécu en mission et, surtout, difficilement justifiable)

2) la cicatrisation dirigée,

3) la greffe de peau,

4) le lambeau.

Quand on fait un lambeau :

1) lambeau local (plastie d'allongement cutané),

2) lambeau régional (lambeau pédiculé de la même région ; par exemple, un lambeau hétéro-digital),

3) lambeau à distance, qui peut être pédiculé comme le lambeau inguinal ou qui peut être libre comme le lambeau de grand dorsal transféré micro-chirurgicalement.

Pour finir sur ces modestes conseils (*que je vous conseille d'oublier rapidement*), nous rappelons qu'une cicatrisation dirigée peut être compliquée à réaliser et qu'un lambeau libre peut parfois être plus simple dans son exécution. **Il est, parfois, plus facile de faire une technique compliquée.**

En effet, l'avantage d'un lambeau libre (bien qu'étant une solution thérapeutique très sophistiquée) est qu'il résout immédiatement les grosses reconstructions pluri-tissulaires et qu'il évite les différents temps opératoires de certains lambeaux pédiculés. Il obéit surtout, en cas d'échec, à la sanction immédiate. Nous sommes, donc, instantané-

ment fixés sur la réussite de l'intervention et nous pouvons ainsi reprendre le patient en proposant une autre solution. A l'opposé, un lambeau pédiculé peut être magnifique en post-opératoire immédiat mais il peut, également, se nécroser secondairement. Une peau "colorée" étant plus clémente, la souffrance veineuse sur un lambeau restera plus discrète et laissera le temps au chirurgien de prendre son avion du retour, sans grande souffrance...

LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

1 Les plasties d'allongement cutané

Indications

Si il n'y avait qu'une technique à connaître en chirurgie plastique, ce serait la plastie en Z. Plus généralement, tous les gestes qui permettent d'allonger une rétraction, voire une réelle bride cutanée, sont bien indiqués en chirurgie plastique humanitaire. En effet, nous rencontrons beaucoup de séquelles de brûlure avec leurs inévitables retractions cutanées. Les retractions concernent toutes les parties du corps. Elles peuvent être spectaculaire en péri-articulaire. Leur traitement en sera d'autant plus efficace. Les retractions peuvent être post-traumatiques (surtout sur les membres), post-infectieuses ou secondaires à des infections tropicales comme le Noma (notamment au niveau du visage).

Plastie d'avancement simple pour traiter une rétraction commissurale :

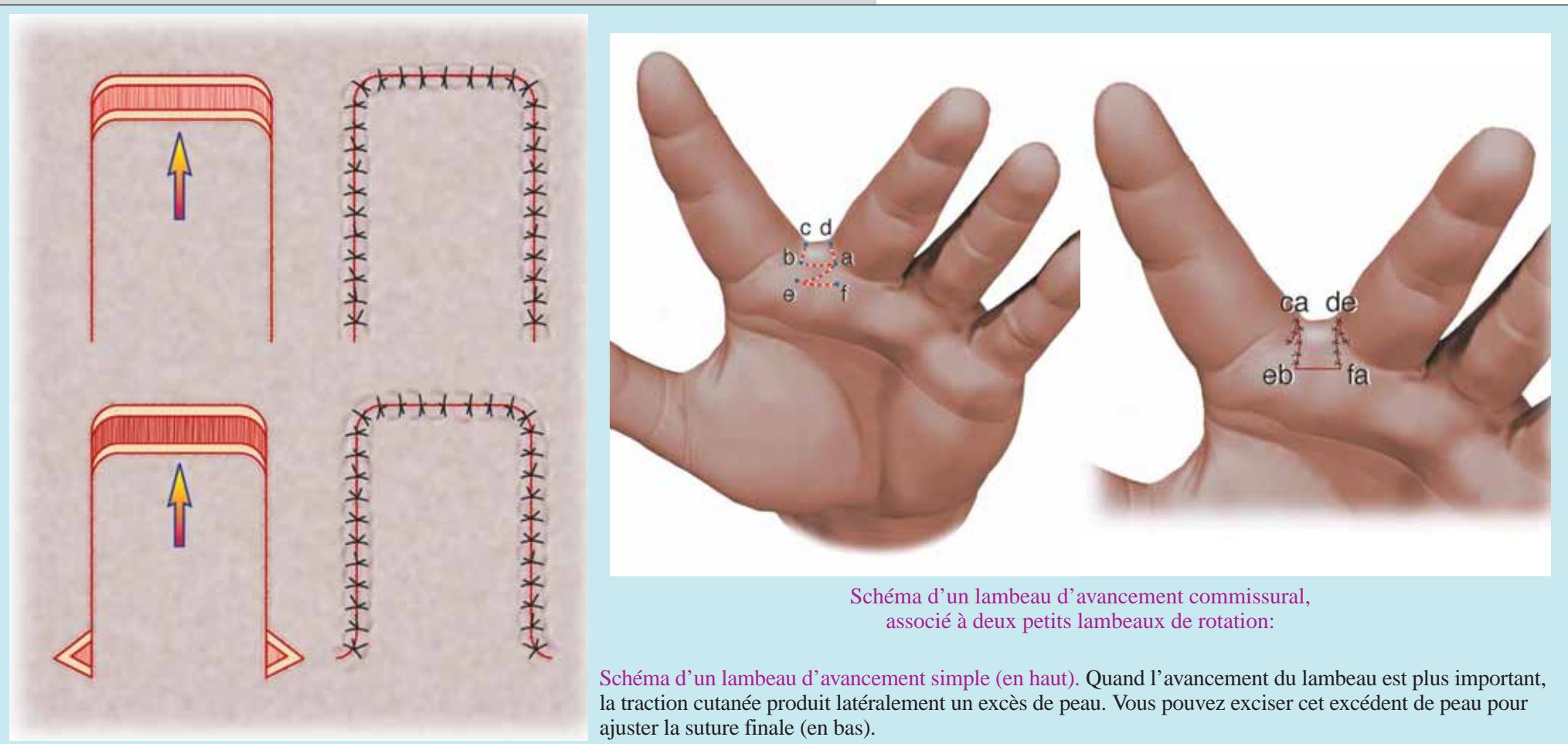


Schéma d'un lambeau d'avancement commissural, associé à deux petits lambeaux de rotation:

Schéma d'un lambeau d'avancement simple (en haut). Quand l'avancement du lambeau est plus important, la traction cutanée produit latéralement un excès de peau. Vous pouvez exciser cet excédent de peau pour ajuster la suture finale (en bas).

Plastie d'avancement type UY :

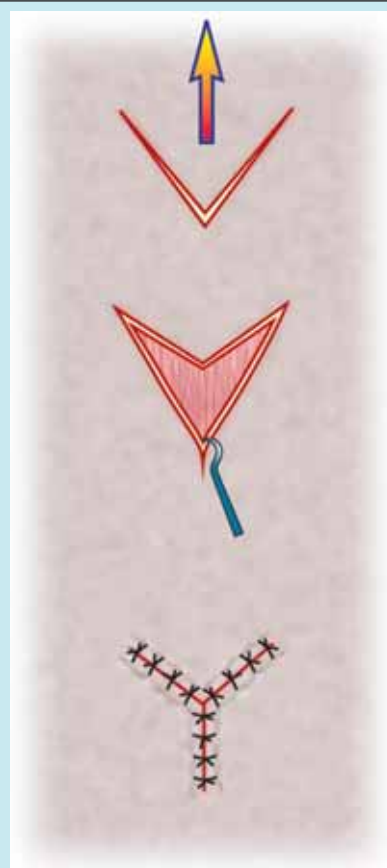


Schéma d'une plastie en VY :
L'incision cutanée représente un V. Sous l'effet de la traction cutanée, le V se transforme en Y. Cela permet un allongement cutané.

Plastie d'avancement type YU :

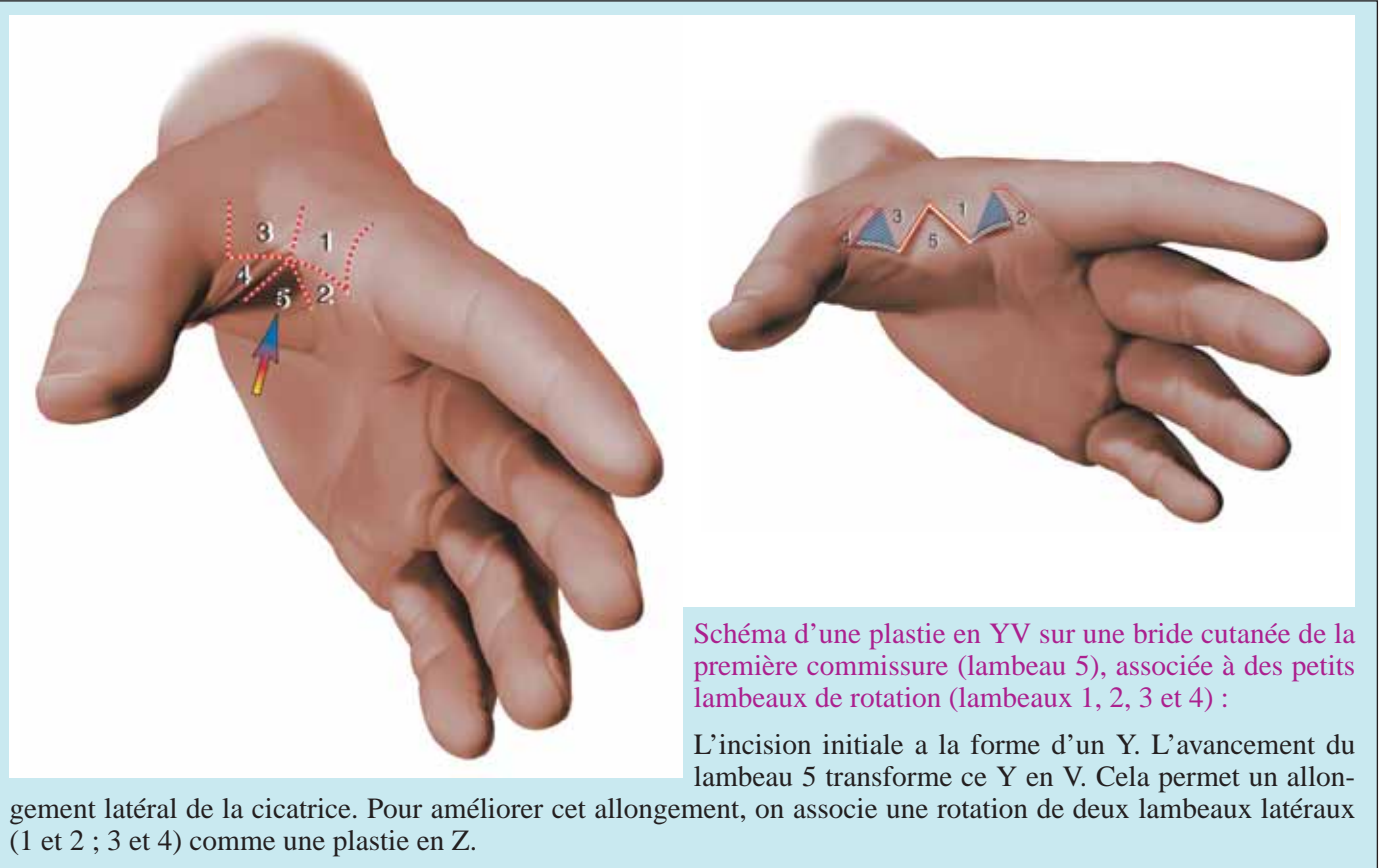


Schéma d'une plastie en YV sur une bride cutanée de la première commissure (lambeau 5), associée à des petits lambeaux de rotation (lambeaux 1, 2, 3 et 4) :

L'incision initiale a la forme d'un Y. L'avancement du lambeau 5 transforme ce Y en V. Cela permet un allongement latéral de la cicatrice. Pour améliorer cet allongement, on associe une rotation de deux lambeaux latéraux (1 et 2 ; 3 et 4) comme une plastie en Z.



Traitement de plusieurs brides rétractiles des doigts et du poignet (après une brûlure accidentelle) par des plasties en YV et des plasties en Z

Plastie par rotation type plastie en Z :

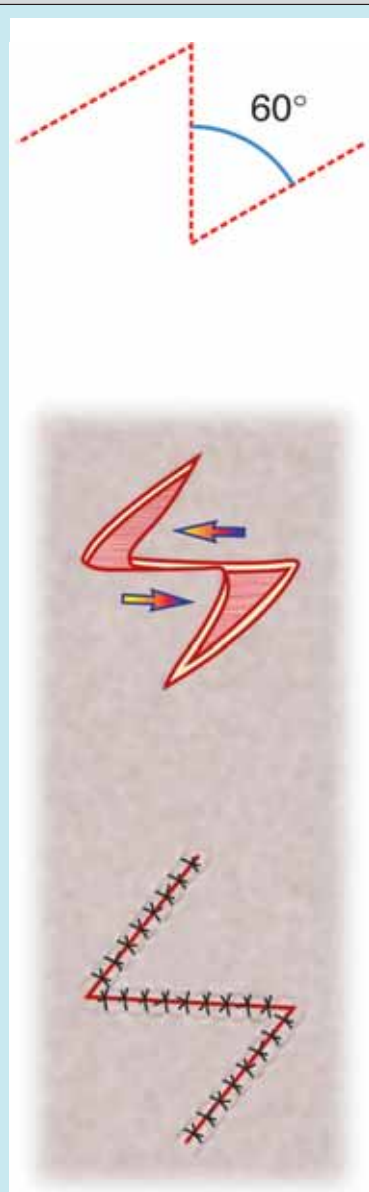
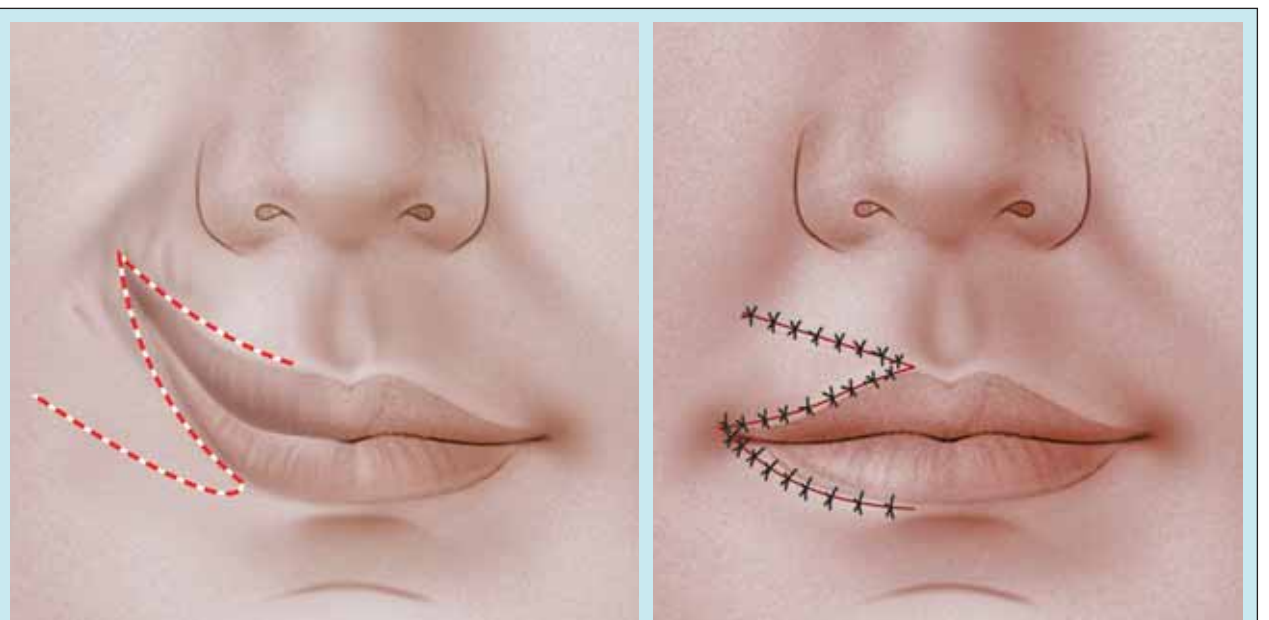


Schéma de la plastie en Z
Le schéma de base propose un "Z" avec des traits de longueur égale et un angle, entre le trait central et les traits latéraux, d'environ 60 degrés. Cela reste variable en fonction de chaque environnement cutané et vous pouvez faire un angle de 30 degrés ou un angle de 90 degrés. En théorie : plus l'angle est grand, plus la cicatrice s'allongera. Le trait central du "Z" représente la cicatrice à enlever ou la bride à corriger. Quand vous avez dessiné le trait central, vous tracez deux traits équivalents sur les côtés (haut).
Après l'incision, et si votre indication est bonne, la traction cutanée va placer spontanément les deux lambeaux cutanés dans leur nouvelle position. Ils se croisent par un mouvement de rotation (milieu).
En fin d'intervention, les lambeaux cutanés initiaux se sont croisés et donnent la forme d'un "Z" inversé ou "en miroir". La peau est "relâchée" dans le sens de l'ancienne cicatrice (bas).

Exemples



Traitement d'un mal perforant plantaire par un simple lambeau de rotation plantaire.



Traitement d'une rétraction commissurale par une plastie en Z

Plasties d'allongement



Séquelles de brûlure avec une bride rétractile de la région axillaire gauche limitant l'abduction du bras. La bride est sectionnée et la perte de substance axillaire est couverte par un lambeau cutané de rotation. Le lambeau cutané, venant de la région parascapulaire, va effectuer une rotation pour venir sur la région axillaire homolatérale.

En pratique

Il s'agit d'une plastie cutanée d'allongement qui permet d'agrandir une cicatrice ou une bride responsable d'une rétraction sur la peau.

Le principe de base est d'utiliser la peau saine environnante pour l'interposer dans une bride (ou une cicatrice) quand elle est coupée. Cela permet d'allonger la bride (ou la cicatrice) et, par conséquent, de diminuer la traction qu'elle engendrait.

En fonction des schémas proposés, une plastie d'allongement cutané prend un nom différent : plastie en Z si le schéma représente un Z, plastie en VY si la forme de l'incision cutanée passe de la forme d'un V à la forme d'un Y, etc...

Les schémas de la littérature sont souvent compliqués mais ils peuvent être parfaits sur le plan mathématique. Ils sont souvent peu réalisables en pratique voire faux. Cependant, le tissu cutané est plus clément avec l'opérateur et plus facile à travailler. Le chirurgien doit, toutefois, bien repérer avant la peau saine environnante qu'il va pouvoir utiliser. En effet, l'application des schémas géométriques reste souvent utile mais il est encore plus efficace de palper la zone opératoire pour chercher, avec le toucher, la peau saine qui sera la plus mobile autour de la bride. La chirurgie plastique est avant tout un geste plastique.

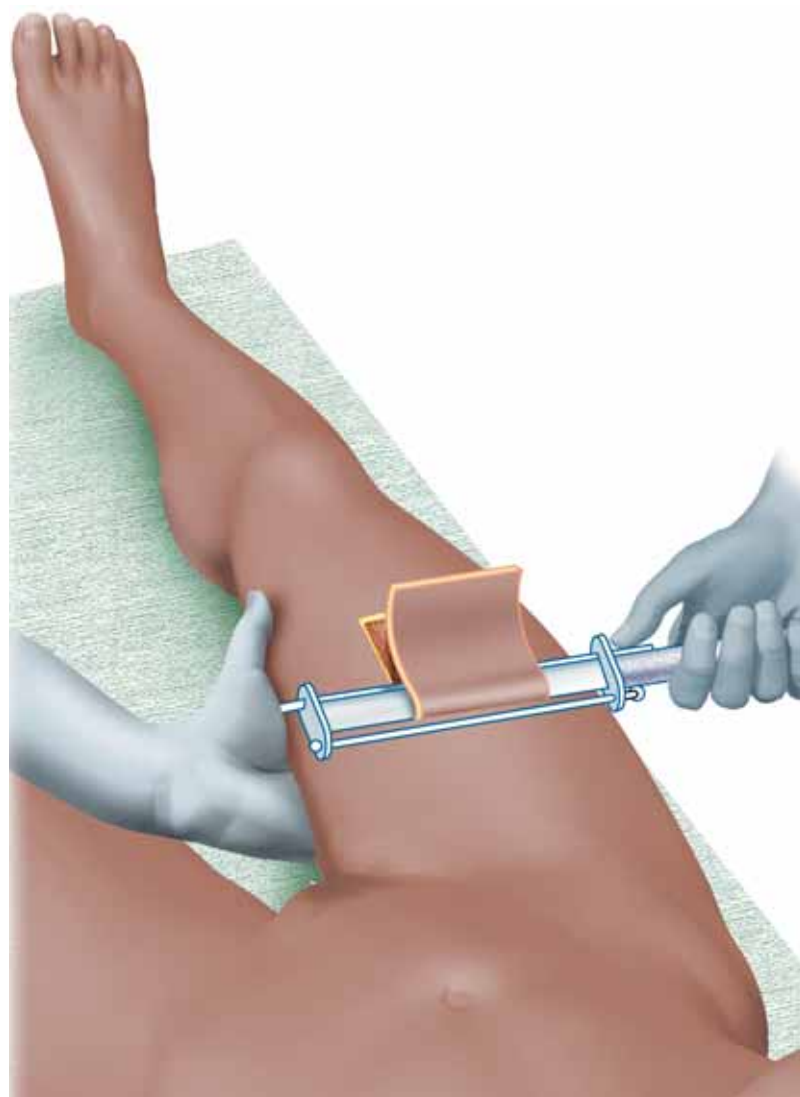
Nous simplifierons ainsi les données classiques en proposant deux types de plastie d'allongement cutané :

- **la plastie par avancement** quand la peau est simplement décollée et avancée (exemple : la plastie en VY),
- **la plastie par rotation** quand le lambeau de peau décollée est déplacé sur la perte de substance par un mouvement de rotation. Dans la littérature les plasties par rotation peuvent prendre différentes qualifications : plastie de translation, plastie de transposition, plastie en IC, etc...

Mais quelle que soit la spécificité du dessin de la plastie réalisée, le principe de base reste identique : la palette de peau emprunte un mouvement de rotation sur le côté pour venir combler la perte de substance (exemple : la plastie en Z qui associe la rotation de deux lambeaux en même temps).

Quel que soit le dessin du lambeau, **n'oublions pas** qu'il s'agit de lambeau cutané dit "au hasard", à savoir qu'il

n'est pas vascularisé par une artère bien individualisée. Alors, il faut rester prudent et respecter le ratio 2/1 c'est-à-dire que la longueur de la palette cutanée ne doit pas être supérieure à deux fois la largeur de la base du lambeau. Ici aussi, la clinique vient moduler la théorie. Ainsi, une zone bien vascularisée comme la face permettra un ratio de 3/1 alors qu'une région cicatricielle demandera plus de précaution et préférera un ratio de 1/1.



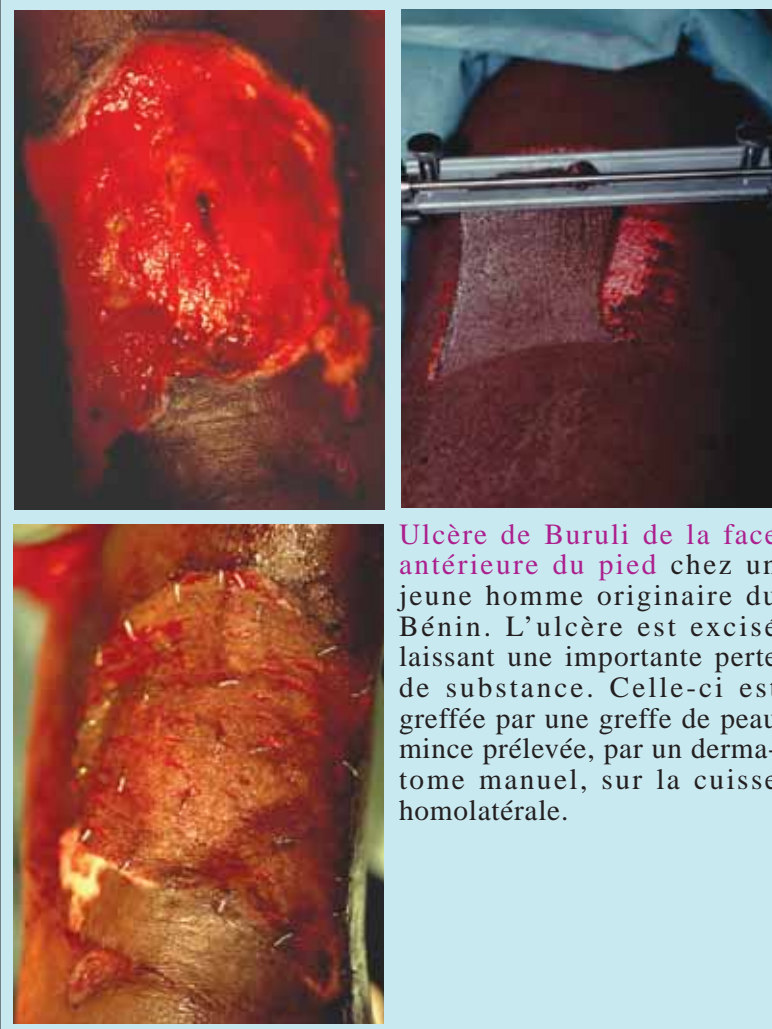
2 Les greffes de peau

Indications

Au cours des missions, la demande de reconstruction concerne, le plus souvent, des pathologies au stade de séquelles. Dès que le traitement engendre une grande perte substance cutanée ou que les conditions ne permettent pas l'utilisation d'une plastie cutanée

locale, il existe une très bonne indication aux greffes de peau. Qu'il s'agisse d'une greffe de peau totale ou d'une greffe de peau mince, le bénéfice pour le patient reste irremplaçable. Contrairement aux idées reçues, la greffe de peau est une technique sophistiquée qui devrait garder tout le respect que l'on accorde, généralement, à une vraie technique chirurgicale. Trop souvent, le chirurgien plasticien se lance dans une reconstruction par un

Exemple



Ulcère de Buruli de la face antérieure du pied chez un jeune homme originaire du Bénin. L'ulcère est excisé laissant une importante perte de substance. Celle-ci est greffée par une greffe de peau mince prélevée, par un dermatome manuel, sur la cuisse homolatérale.

Greffes de peau



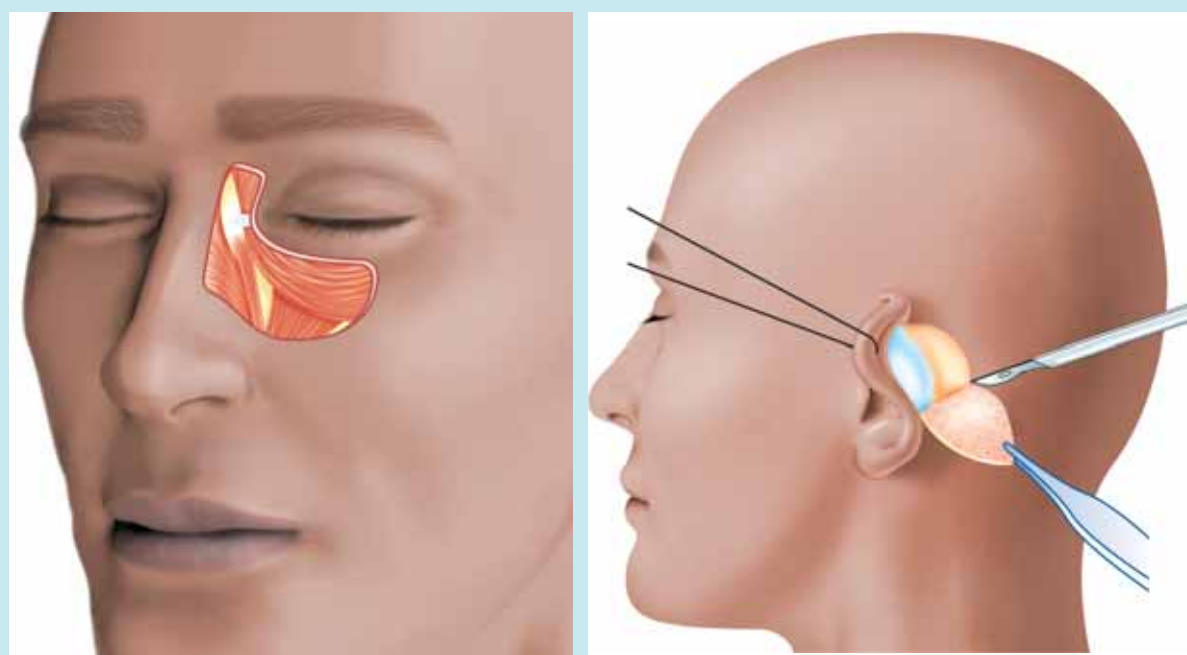
Brûlure importante du membre inférieur. Parage et couverture par une greffe de peau mince. L'importance de la surface à couvrir nous a conduit à utiliser des greffes "en filet". Pour cela, nous prélevons des greffes de peau mince et nous les transformons en filet (avec un "expanseur" de greffe) pour augmenter leur surface de couverture.

Grefe de peau totale :

Sites de prélèvement



Prélèvement de la greffe de peau totale



Une greffe de peau totale est prélevée "en totalité". Sa dimension est adaptée à la perte de substance à couvrir. Sa texture doit être appropriée à la région receveuse. Le prélèvement cutané doit permettre une fermeture simple du site donneur.

Préparation de la greffe de peau totale :



Le dégraisage de la greffe est un geste capital et qui doit être minutieux. Il s'agit du temps le plus important de la technique. Chaque lobule graisseux oublié sera un obstacle à la colonisation de la greffe par les "bourgeons" vasculaires. Le dégraisage s'effectue tangentiellement jusqu'au derme qui doit laisser apparaître une couleur blanc nacré. Un coup de ciseau trop prononcé incisant la greffe n'est pas grave. Il est préférable d'inciser ponctuellement une greffe plutôt que laisser de la graisse sur la face profonde du derme.

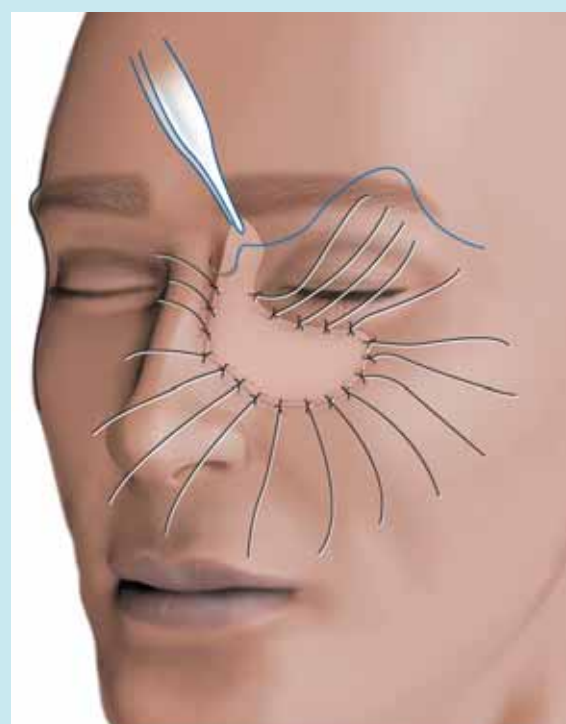
Plus le site receveur est de mauvaise qualité, plus la greffe est "dégraissée". Mais plus la greffe est dégraissée plus elle est fine et, par consé-

quent, plus elle risque de se rétracter.

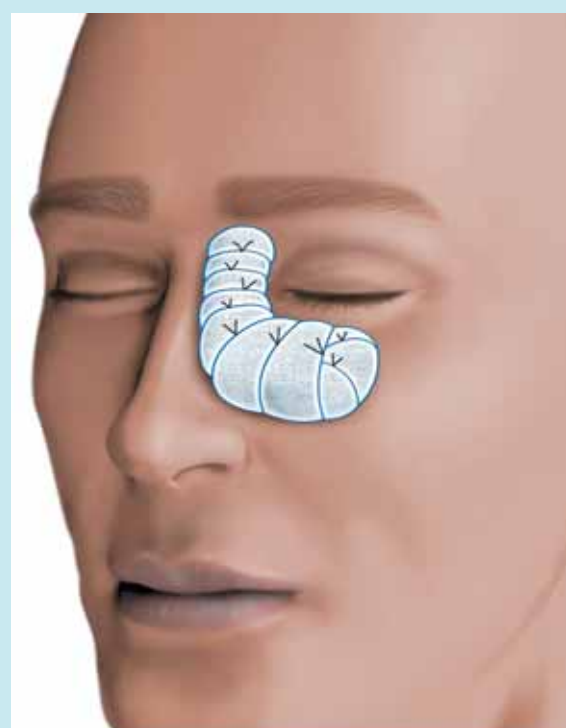
A l'opposé, sur un site receveur de bonne qualité, une greffe de peau totale "prend" plus facilement. Donc, il n'est pas nécessaire de trop l'affiner ; par conséquent, elle ne se rétractera pas.

En pratique, une commissure chez un enfant est une excellente indication pour une greffe de peau totale : "sous-sol" de bonne qualité, greffe souple qui ne se rétractera pas et qui n'entraînera pas de rétraction secondaire de cette zone périorificielle.

Pansement avec un "Bourdonnet" :



Une greffe de peau totale vit, initialement, avec l'eau que vous lui aurez donnée (par imbibition). La greffe étant colonisée par sa face profonde, elle ne devra pas bouger et devra rester bien appliquée. Cela est possible par la technique du bourdonnet : appliquer un tulle gras sur la greffe, mettre une compresse dépliée et bien mouillée en la moulant sur la zone receveuse, serrer les fils de suture périphériques pour maintenir la compresse sur la greffe. Le bourdonnet est laissé en place trois jours. Son ablation doit être minutieuse : il faut éviter de soulever la greffe qui peut adhérer à la compresse.



Le bourdonnet est indispensable quand la zone receveuse est concave. Le pansement moulant permet d'appliquer la greffe sur la concavité. En revanche, une zone receveuse convexe maintient plus facilement une greffe de peau et ne rend pas indispensable un bourdonnet.

Exemple



Patient congolais présentant des séquelles de brûlure de la main droite avec une "disparition" complète des commissures. Les commissures interdigitales sont recrées en respectant les éléments vasculo-neuro-tendineux et les pertes de substance sont couvertes par des greffes de peau totale.

lambeau trouvant dans le terme de "lambeau" toute la justification de son intervention. Dans la réparation d'une perte de substance, l'on devrait toujours proposer les techniques les plus simples avant d'envisager des techniques plus compliquées.

La greffe de peau appartient, donc, aux propositions thérapeutiques dites simples mais elle demeure une technique dont les détails dans sa réalisation en font une véritable technique chirurgicale.

Quand les surfaces à couvrir sont importantes et/ou que le "bourgeon" (tissu de granulation) est de qualité médiocre, la greffe de peau mince est une bonne indication. Il est également possible de transformer une greffe de peau mince en une greffe mince dite "en filet" pour augmenter la surface de couverture. Une greffe de peau mince "prend" plus facilement mais présente le désavantage de se rétracter à long terme.

A l'opposé, quand la perte de substance est dotée d'un "beau sous-sol" (tissu bien vascularisé ou bourgeon de bonne qualité) et/ou quand la greffe ne doit pas se rétracter secondairement (zone périarticulaire ou péri-orificielle), la greffe de peau totale sera préférée.

En pratique

Greffe de peau mince :

■ Installation et prélèvement de la greffe :

- Position sur la table : le patient est sur le dos. Nous préleverons la greffe sur la face interne et/ou antérieure de sa cuisse. On "graisse" la zone de prélèvement avec du tulle gras. Une main du chirurgien passe sous la cuisse et "pinçe" la peau par dessous pour la tendre la partie antérieure de la cuisse. Avec son autre main, l'opérateur prélève la greffe avec un dermatome manuel.

- La difficulté dans la prise d'une greffe de peau mince reste l'appréciation de l'épaisseur de la greffe. Avec l'habitude, le réglage de la lame sur le dermatome permet de choisir l'épaisseur de sa greffe. Mais, au début, l'opérateur ressent une certaine difficulté à doser

l'épaisseur du prélèvement cutané. Au cours du prélèvement, si vous apercevez de la graisse, voire du muscle, vous êtes trop profond. Si votre greffe se présente comme du papier de cigarette et qu'elle se déchire, vous êtes trop superficiel. L'idéal est d'apercevoir un "piqueté" rouge sur un fond blanc. Vous êtes, alors, dans le bon plan : le plan dermique. Après la prise de greffe, la zone donneuse est hémorragique ; il

convient, alors, d'appliquer rapidement un pansement gras légèrement compressif.

■ Pansement sur la zone donneuse :

Appliquer un corticotulle ou des compresses vaselinées et faire un pansement humide, légèrement compressif sur la zone donneuse.

Mettre la greffe dans du sérum physiologique.

■ Mise en place de la greffe :

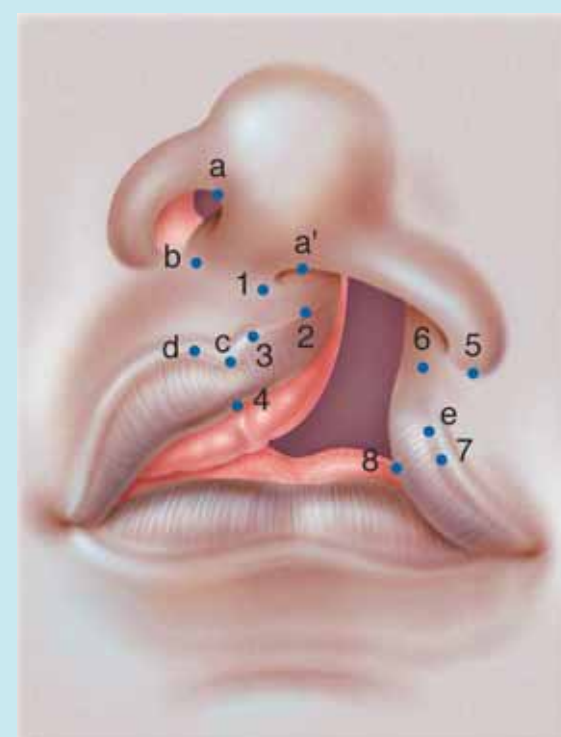
La greffe est appliquée sur la zone receveuse en faisant bien attention de ne pas se tromper de côté ! Elle est "découpée" sur mesure et fixée par des fils ou des agrafes en périphérie. Le pansement associera tulle gras, compresses très humides, compresses sèches au dessus voire un pansement moulant (cf pansement avec bourdonnet plus bas).

3 La technique de J. Delaire pour le traitement des fentes labiales

Indications

Au cours de chaque mission, il n'est pas rare de voir des fentes labio-palatines congénitales. Il n'est pas rare, également, de voir des fentes

Points de repères



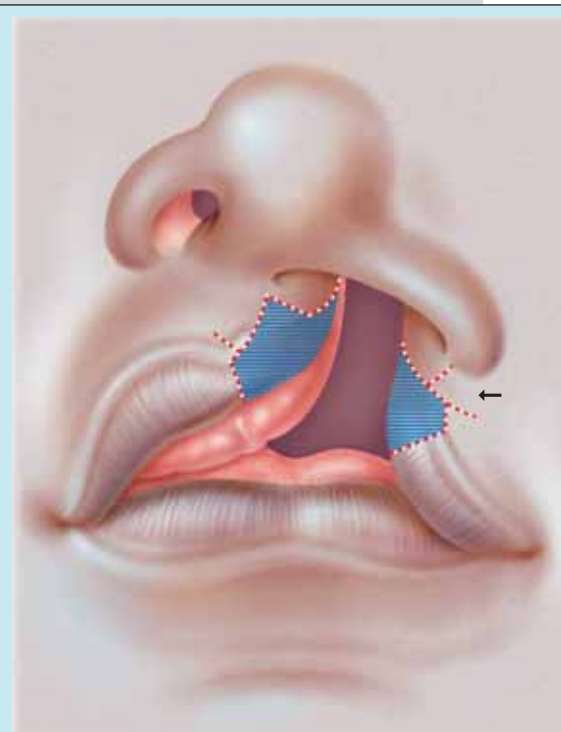
Courage : ne vous laissez pas impressionner par ces quelques repères en apparence compliqués. Il y a des passages difficiles dans l'apprentissage d'une technique opératoire. Ici, la seule difficulté est de se concentrer sur ces quelques repères anatomiques pendant 15 minutes. Vous les appliquerez avec assiduité la première fois et, ensuite, cela vous paraîtra beaucoup plus facile.

Pour atteindre l'art il faut savoir surpasser, voire oublier, la technique. Vous connaîtrez, alors, le bonheur de faire une jolie lèvre à ces enfants...

Alors courage !!!

- a : Angle supérieur de la narine du côté sain.
- a' : Angle supérieur de la narine du côté fendu.
- b : base de la columelle du côté sain.
- c : jonction cutané-muqueuse au milieu du philtrum.
- d : jonction cutané-muqueuse, en regard de la crête philtrale, du côté sain.
- 1 : point situé dans le prolongement du bord de la columelle, du côté fendu, à une distance de a' égale à b-a.
- 2 : point situé dans le prolongement de b-1, à la jonction cutané-muqueuse.
- 3 : point situé à la jonction cutané-muqueuse du côté fendu, à une distance de c égale à d-c.
- 4 : point situé à la jonction du vermillon et de la muqueuse humide à une distance du frein médian de la lèvre supérieure égale à c-3.
- 5 : point situé à l'union du bord de l'aile nasale et de la lèvre, du côté fendu.
- 6 : point situé à la jonction cutané-muqueuse, la ligne 5-6 étant perpendiculaire à celle-ci.
- 7 : point situé à l'endroit où l'ourlet cutané-muqueux commence à décroître (à environ 2 à 3 mm de e).
- 8 : point situé à la jonction du vermillon et de la muqueuse humide en regard du point 7.

Incisions cutané-muqueuses

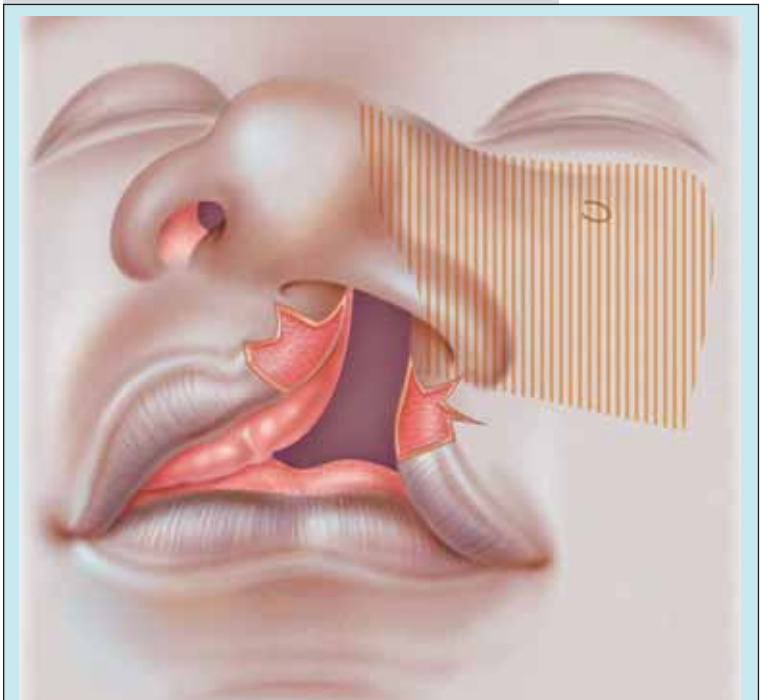


L'incision cutané-muqueuse suit le tracé décrit.

Nous conseillons un tracé comportant un petit triangle externe au-dessus de l'ourlet cutané-muqueux (→) quand les

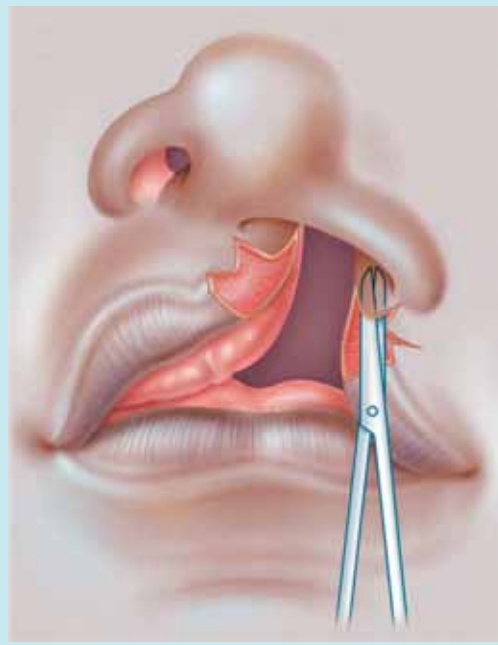
berges cutanées sont très rétractées et que l'ourlet est peu accentué. La taille de ce triangle sera adaptée à la différence de hauteur entre le côté fendu et le côté sain.

Libération des muscles naso-géniens



La libération s'effectue en sous périostée, depuis les os propres du nez et le rebord orbitaire inférieur (au dessous du trou sous-orbitaire) au sommet de l'os malaire et à l'apophyse pyramidale du maxillaire.

Repérages des muscles

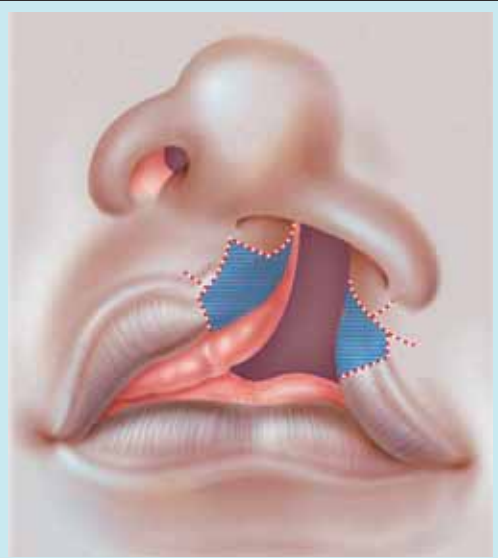


- 1 : représentation schématique du muscle transverse du nez
- 2 : représentation schématique du muscle releveur superficiel
- 2' : représentation schématique du muscle releveur profond
- 3 : septum cartilagineux
- 4 : extrémité inférieure du muscle transverse exposé lors de la dissection
- 5 : chef externe de l'orbiculaire
- 6 : muscle myrtiliforme
- 7 : chef interne de l'orbiculaire

Exemple



Sutures cutanéomuqueuses



Pour finir, nous vous conseillons :

- de traiter une fente unilatérale partielle comme une fente complète.
- de traiter une fente bilatérale selon les mêmes principes que le traitement d'une forme unilatérale mais de façon bilatérale. Cependant, il n'existe pas de muscle sur le bourgeon médian.

Exemple



Fente labiale droite chez un enfant du Togo (Mission Interplast-France). Résultats avant et après une plastie labiale selon la technique de J. Delaire qui est une adaptation de la technique de R. Millard (grand lambeau de rotation-avancement).

Séquelles naso-labio-palatines chez une jeune indienne opérée dans l'enfance et d'une fente labio-palatine gauche. Résultats avant et après une reprise chirurgicale selon la technique de J. Delaire.



déjà opérées avec tout leur cortège de séquelles tant fonctionnels qu'esthétiques. La demande des parents, paradoxalement, se fait ici surtout dans un but esthétique. Suivant les pays, cette malformation congénitale peut côtoyer un certain animisme traditionnel local.

La réparation esthétique est donc importante mais l'aide du "guérisseur" nous semble, également, très précieuse dans certains cas. Nous entendons encore aujourd'hui, en France, parler de "bec de lièvre". Les mythes sont finalement plus résistants que certains germes hospitaliers.

Le chirurgien, tout en conservant cette dimension "spirituelle" à la réparation, doit quand même penser à la fonction en essayant de rendre un bon équilibre physiologique aux muscles naso-labiaux. La réinsertion des muscles sur la ligne médiane permettra de

remodeler la face pendant la croissance. Il n'existe pas de perte de substance au sens propre du terme. En effet, les "soudures" médianes musculaires n'ont pas pu se réaliser pendant la croissance, un peu comme une voile dont l'écoute lâche et qui se rétracte sous l'action du vent. Le but de l'intervention chirurgicale sera de réinsérer les muscles sur la ligne médiane comme le marin borde sa voile pour que son bateau puisse avancer.

En pratique

Le principe de cette réparation repose sur :

- **Un tracé des incisions cutanéomuqueuses** que nous empruntons à l'excellente et très pratique technique de J. Delaire. Cette technique est une adaptation de la technique de R. Millard (grand lambeau de rotation-avancement),

- **Un repérage des muscles**, de part et d'autre de la fente, et du pied du septum sur lequel seront insérés les muscles,

- **Une libération des muscles naso-géniens** de leurs insertions profondes sur le maxillaire, ceci pour permettre leur bon déplacement en dedans et leur suture (sans tension) au septum nasal, au périoste de l'épine nasale et aux muscles du côté opposé.

- **Reconstitution des plans** muqueux, musculaire et cutané par des sutures fines.

4 Le lambeau pédiculé du muscle grand pectoral

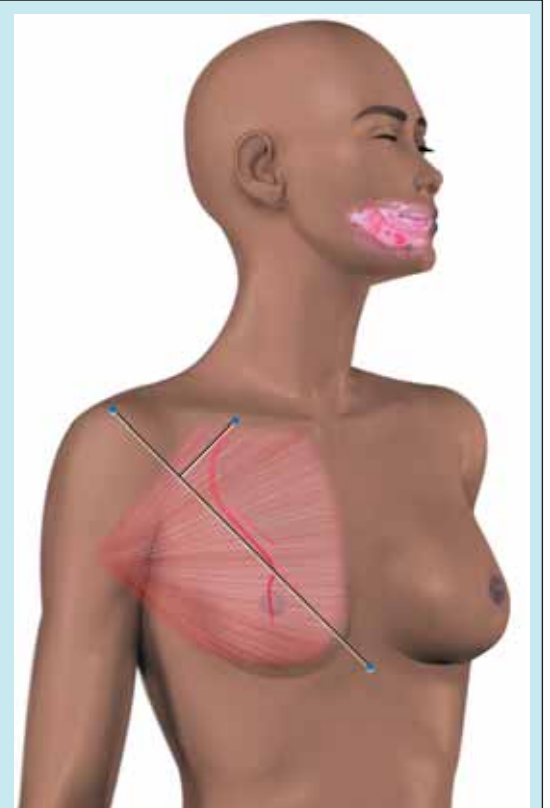
Indications

La principale indication de ce lambeau, en mission, est la reconstruction faciale. Qu'il

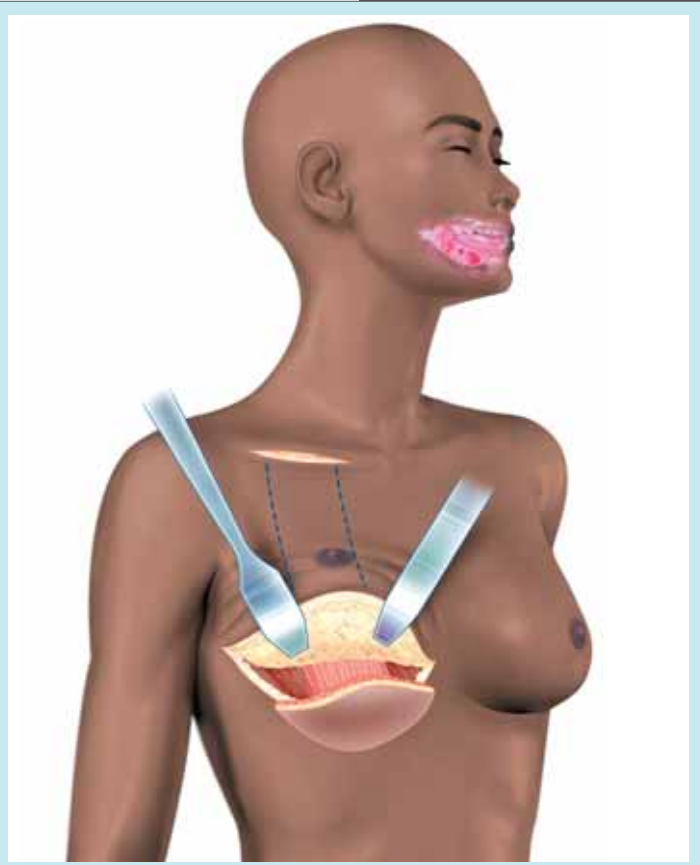
En pratique : Dessin du lambeau et repères anatomiques

L'intervention s'effectue en décubitus dorsal.

Pour repérer la projection du pédicule principale, nous vous proposons de tracer une ligne entre l'acromion et la xyphoïde. Puis vous pouvez dessiner une ligne perpendiculaire (à cet axe acromio-xyphoïdien) qui passe par le milieu de la clavicule. Cependant, le vrai repérage s'effectue en opératoire quand vous aurez soulevé la palette cutanée et que vous aurez abordé la face profonde du muscle grand pectoral. Vous percevrez alors le véritable trajet du pédicule et vous pourrez envisager l'incision du muscle de part et d'autre de ce pédicule avec plus de précision.



Dissection du lambeau



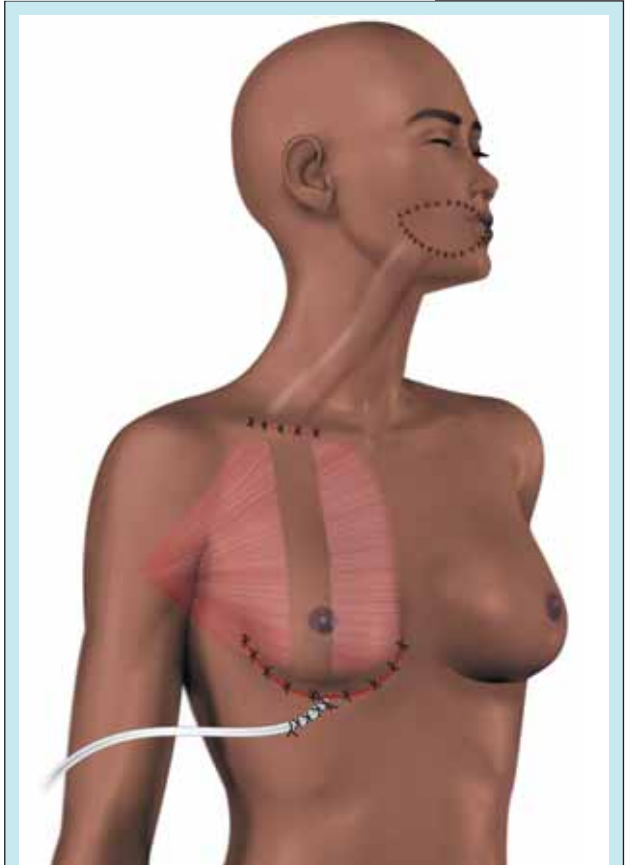
Après l'incision de la palette cutanée, repérez le bord inférieur du muscle et passez dessous. La dissection est facile à faire avec le doigt entre le muscle et le grill costal. Il faut voir le pédicule, sur la face profonde du muscle. Il convient, également, d'exposer la face antérieure du muscle qui est un plan facile à exposer.

Dissection du pédicule



Quand le pédicule est individualisé, le muscle est sectionné de part et d'autre, en créant une bande musculaire jusqu'à la clavicle (qui sera le point de rotation). La bande musculaire est extériorisée par une incision cutanée, le long de la clavicle.

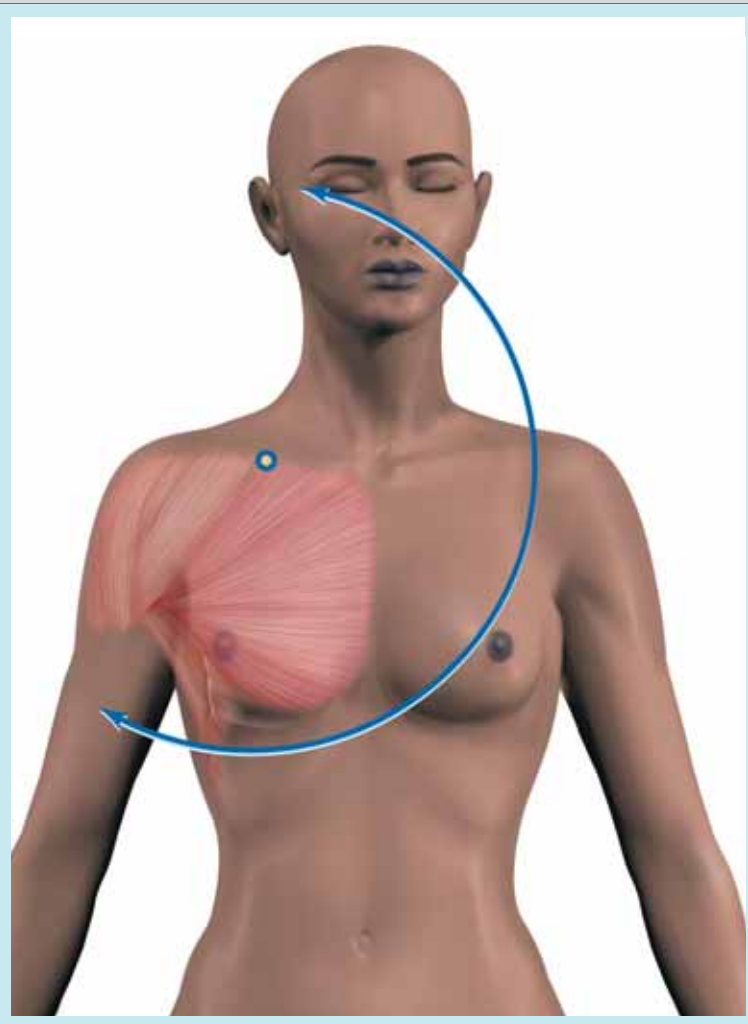
"Tunnélisation" du lambeau



Le lambeau chemine sous la peau cervico-faciale pour atteindre la face. Attention au risque de compression du pédicule, à ce niveau, si le "tunnel" est trop petit.

s'agisse de séquelles traumatiques, carcinologiques ou de séquelles de Cancrum oris (ou Noma), le lambeau de grand pectoral est un lambeau fiable qui peut apporter du muscle et de la peau. Dans sa version sous-cutanée, il laissera un minimum de cicatrices sur la face antérieure du thorax (ce qui n'est pas négligeable en Afrique au vue de la grande fréquence des chéloïdes). La palette cutanée peut être prélevée dans le sillon sous-mammaire ce qui diminuera, de surcroît, la rançon cicatricielle. Il s'agit d'un lambeau pédiculé. Nous devons donc faire "glisser" son pédicule sous la peau cervicale et faciale (dans la plan du lifting). Certaines équipes extériorisent ce pédicule pour augmenter la fiabilité du lambeau en limitant la compression sur le pédicule. Il s'agit d'un lambeau relativement facile à enseigner mais qui nécessite une bonne vision du pédicule en peropératoire et, donc, un bon éclairage (attention à la qualité de l'éclairage dans certains blocs et prévoyez une lampe de poche en cas de coupure électrique !).

Arc de rotation du lambeau du muscle grand pectoral



Exemple



Jeune fille togolaise présentant des séquelles de Noma au niveau de la face. La perte de substance jugale a été reconstruite par un lambeau musculo-cutané pédiculé de muscle grand pectoral (Mission Interplast-France).

5 Le lambeau pédiculé du muscle grand dorsal

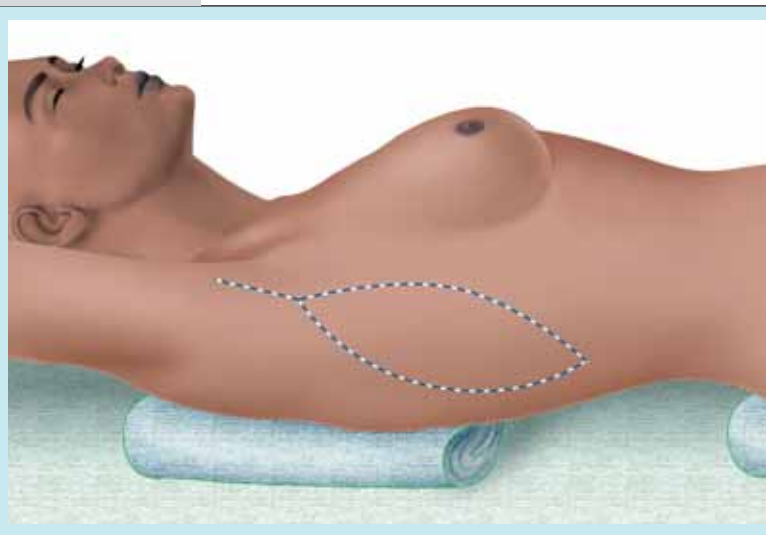
Indications

Le lambeau de muscle grand dorsal est d'une grande fiabilité dans sa version pédiculé et son "champ" d'action est assez large. Il peut apporter beaucoup de muscle et une

grande palette cutanée. Il peut atteindre la région faciale mais son pédicule peut parfois "brider" et nécessite, alors, une dissection sous-cutanée importante pour le passage du pédicule. Il peut également atteindre très facilement la face antérieure du thorax, la partie supérieure de l'abdomen, le dos et le membre supérieur (jusqu'au coude).

Sa version libre (nécessitant des anastomoses microchirurgicales) reste réalisable, même en situation dite précaire, avec

Installation



Décubitus dorsal avec un drap roulé sous l'épaule et sous la fesse. Vous pouvez garder le bras dans le champ opératoire ou le maintenir sur un repose bras. Il faut bien dégager le creux axillaire pour la dissection du pédicule thoraco-dorsal.

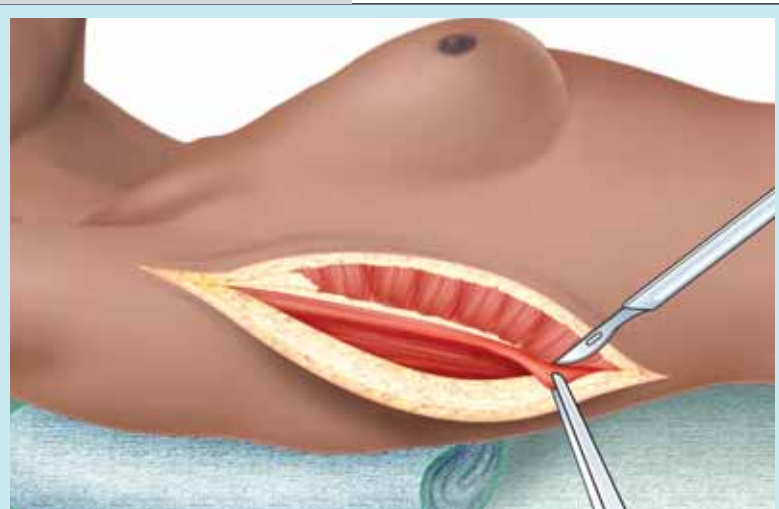
Ici, le schéma montre un lambeau de grand dorsal dans sa version musculo-cutanée avec la représentation de sa palette cutanée.

des lunettes grossissantes (3,5). Le lambeau libre présente l'avantage d'un apport pluri-tissulaire sur mesure mais les aléas de tout geste microchirurgical, d'autant plus que la fréquence de la drépanocytose rend un peu plus risqué le transfert libre (dans ce cas, l'anoxie est très mal vécue par le lambeau).

En pratique

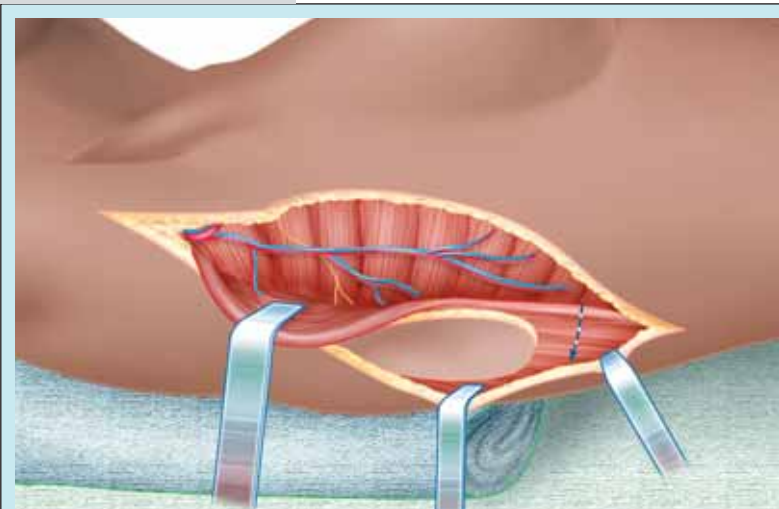
Le lambeau de muscle grand dorsal peut être musculaire pur ou musculo-cutané. Dans les deux cas, la dissection est identique. Cependant, dans la version musculo-cutanée, il faut prendre une palette de peau en regard du muscle.

Dissection du lambeau



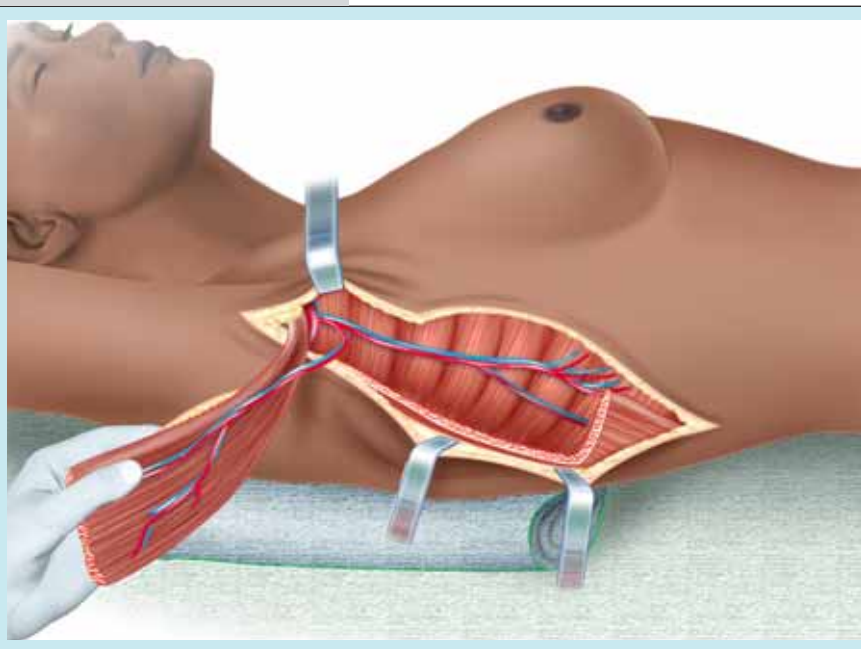
Incisez en regard du bord antérieur du muscle grand dorsal. Allez chercher ce bord antérieur. Exposez la face antérieure du muscle. Le décollement est facile au doigt et permet de visualiser le pédicule du muscle que l'on voit "courir" sous le fascia.

Section du muscle



Quand le pédicule est individualisé, vous pouvez sectionner le muscle pour isoler le lambeau autour de son pédicule vasculaire. Le schéma représente, sur le thorax, le pédicule du muscle grand dentelé qui peut être prélevé en même temps que le lambeau du muscle grand dorsal.

Dissection du pédicule

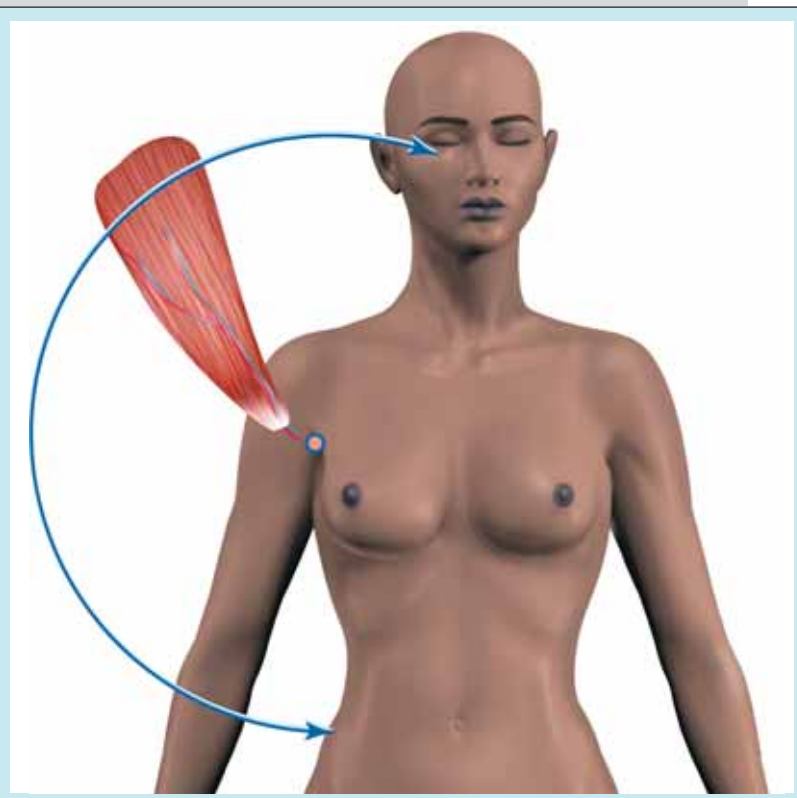


Pour pouvoir mobiliser au maximum le lambeau, vous devez libérer le pédicule en le disséquant le plus haut possible.

Il faut lier le pédicule du muscle grand dentelé. Ce schéma montre que le pédicule du muscle grand dorsal et le pédicule de muscle grand dentelé sont unis par un tronc commun.

Pour augmenter la mobilisation du lambeau, vous pouvez sectionner l'insertion tendineuse du muscle sur l'humérus.

Arc de rotation du lambeau de muscle grand-dorsal

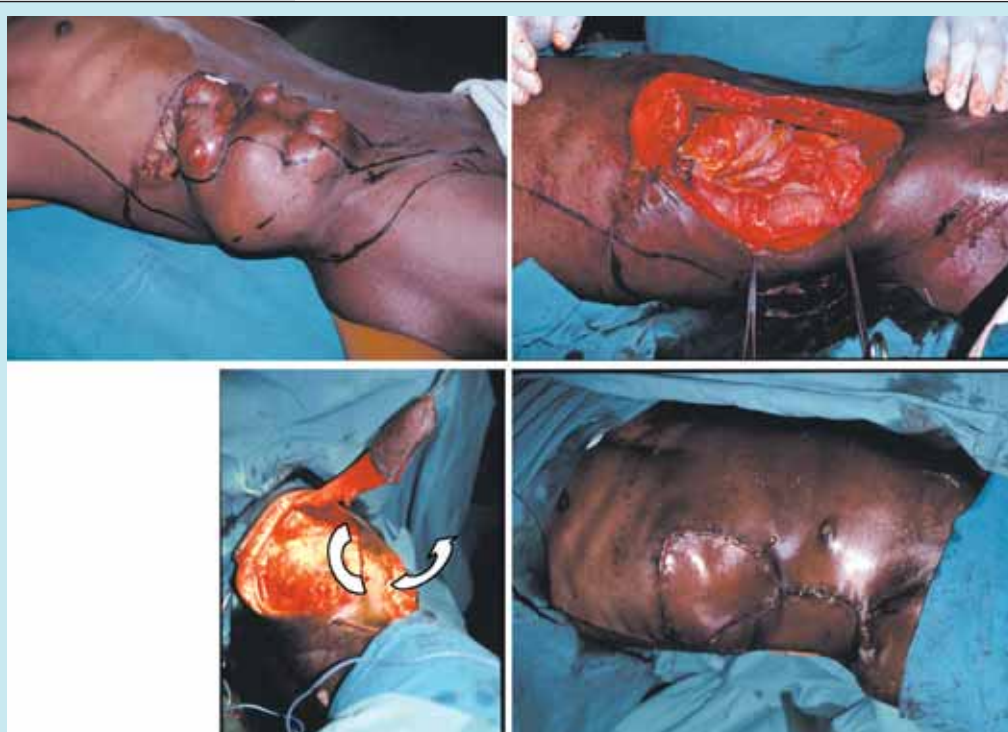


Exemple



Jeune homme nigérien présentant des séquelles de brûlure au niveau du coude droit. Après la libération du coude, la perte de substance est couverte par un lambeau musculo-cutané de muscle grand-dorsal homolatéral.

Exemple



Homme du nord du Togo (Afagnan) présentant une importante tumeur abdominale. La fermeture de la perte de substance a nécessité un lambeau pédiculé de muscle grand-dorsal homolatéral.

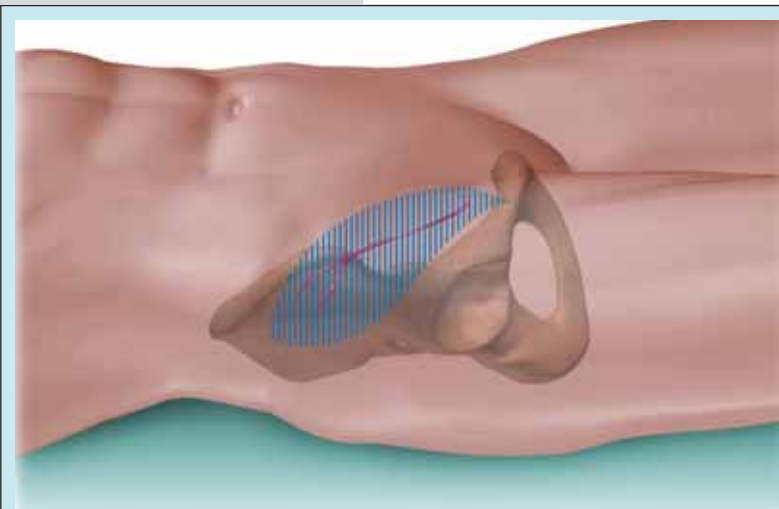
6 Le lambeau pédiculé inguinal

Indications

C'est un lambeau qu'il faut, absolument, connaître. Avec la plastie cutanée en Z et le lambeau du muscle grand dorsal, c'est "le" lambeau qu'il faut maîtriser. Il permet surtout, de manière fiable, de couvrir

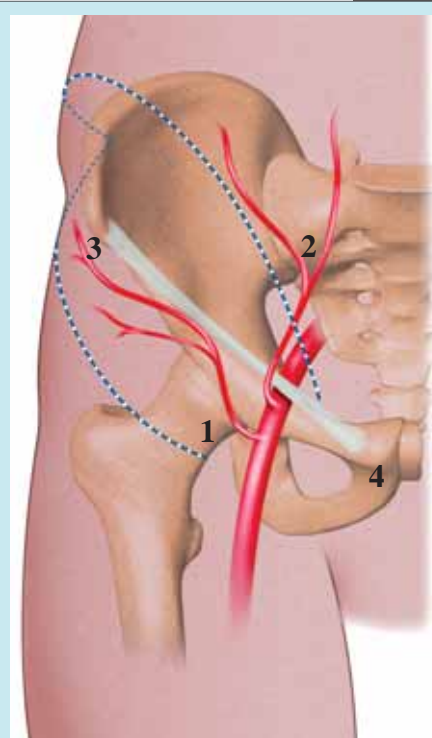
toutes les pertes de substance de la main et de l'avant-bras, et cela, même en présence de surinfection locale. Il présente, cependant, l'inconvénient d'un deuxième temps chirurgical de sevrage. Ce temps, réalisé 15 à 20 jours après, est relativement facile à expliquer à l'équipe locale qui reste. Nous conseillons, toutefois, de faire ce genre de lambeau en début de mission pour pouvoir en assurer le sevrage personnellement.

En pratique : Installation



Décubitus dorsal avec un petit champ sous la fesse homolatérale. La palette cutanée sera prélevée en regard du pédicule.

Repères anatomiques

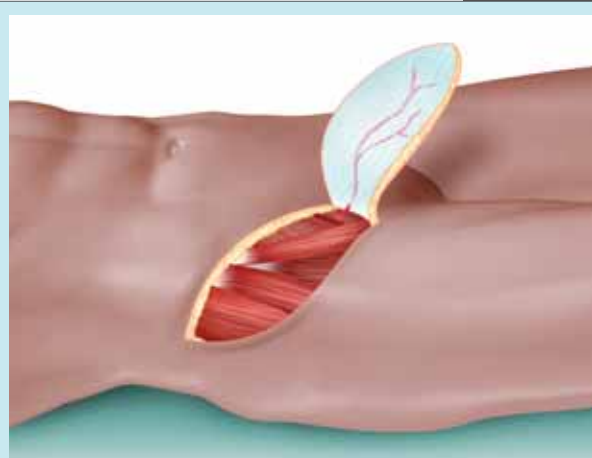


Repères :

- 1) Artère circonflexe iliaque superficielle ; elle naît de l'artère fémorale, 1 à 3 cm sous l'arcade crurale.
- 2) Artère épigastrique superficielle.
- 3) Epine iliaque antéro-supérieure.
- 4) Epine du pubis.

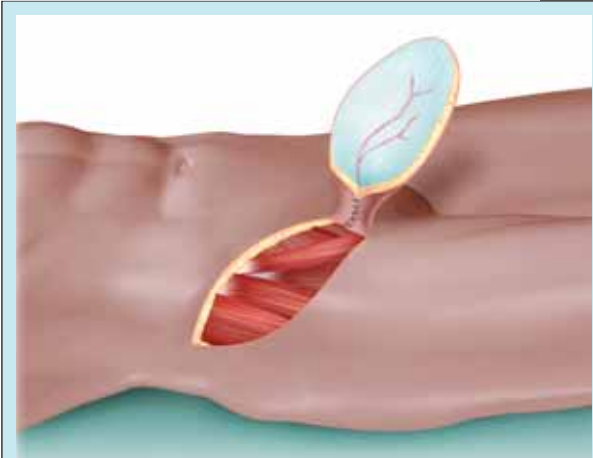
En pratique, vous pouvez tracer une ligne entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis. Un tiers de la palette cutanée sera dessinée au dessus de cette ligne et deux tiers seront dessinés au dessous.

Dissection du lambeau inguinal



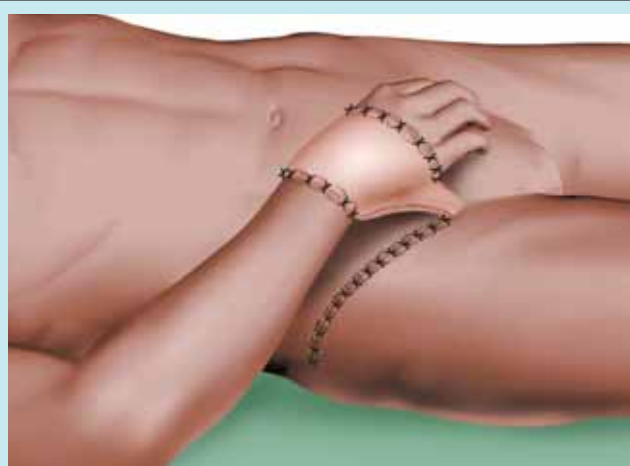
Commencez la dissection par l'extrémité distale de la palette. Il est plus facile de repérer le plan de dissection qui passe sur l'aponévrose musculaire. Ensuite, nous vous conseillons de passer sous l'aponévrose du muscle couturier pour garder le pédicule dans le lambeau. Nous vous suggérons, également, de ne pas poursuivre la dissection jusqu'à l'artère fémorale pour éviter de sectionner le pédicule.

"Tubulisation" du lambeau inguinal



Tubulisation : Le but est de créer un pédicule en forme de "trompe", et cela plaît énormément en Afrique ! Le pédicule ainsi créé permettra une mobilisation plus aisée de la main et il facilitera les pansements. Il s'agit, toutefois, d'une technique impressionnante pour le patient et pour l'entourage tant paramédical que familial. C'est une technique qui nécessite beaucoup d'explications.

Pansement



Nous ne suggérons pas de bandage particulier. Nous préférons laisser le bras libre. Nous expliquons, seulement, au patient (et à l'équipe soignante) que "c'est solide" et que le lambeau ne va pas "s'arracher" pendant le sommeil. Il faut rassurer le patient sur la solidité des sutures. Nous ne faisons plus de pansement compliqué qui entoure le bras et la main. Nous ne conseillons pas les gros points de suture entre la peau de l'abdomen et la main pour soulager une éventuelle traction de la main sur les sutures. La meilleure contention reste une bonne explication sur le principe de l'intervention et sur le "montage". Nous favorisons, au contraire, un petit pansement pour permettre une mobilisation quoti-

dienne du poignet, du coude et le l'épaule. Nous avons le souvenir de cette patiente qui, terrorisée par cette intervention, avait gardé son bras "figé" pendant une quinzaine de jours. Ses ongles étaient enfoncés dans la peau de l'abdomen et son épaule avait perdu sa mobilité.

CONCLUSION

La chirurgie plastique en situation précaire

est l'exercice de la chirurgie réparatrice en situation difficile et dans un pays dit en voie de développement. Tous les champs d'application de la chirurgie plastique sont concernés et ils nécessitent, par conséquent, une connaissance assez large de cette spécialité.

Cependant, après plusieurs missions, quelques techniques nous ont semblé être très utiles. Elles ne pourront pas tout résoudre mais elles nous ont permis de traiter la plupart de

nos patients. Avant de partir, nous vous conseillons donc de connaître, surtout: la plastie cutanée dite en Z, la technique de la greffe de peau, le lambeau du muscle grand pectoral, le lambeau du muscle grand dorsal et le lambeau inguinal.

La chirurgie plastique est une spécialité facile à exporter et elle s'adapte bien quelles que soient les circonstances. Une mission s'effectue en équipe et en coopération totale avec tous les acteurs locaux. La finalité de cette coopération reste la formation.

Vous donnerez autant que vous recevrez, et vous recevrez beaucoup. Vous aurez, toutefois, souvent l'impression de faire peu devant le grand nombre de patients à traiter. Mais n'oubliez pas que "le peu qui reste va au delà de ce qui passe"...

Bonne Mission.

Exemple



Femme togolaise présentant des séquelles d'infection de la face dorsale du poignet droit. Dans l'enfance, et suite à une lésion, le guérisseur local a appliqué des "herbes" responsables d'une importante infection locale. Depuis, elle a grandi avec cet "accolement" complet de la main sur l'avant-bras. Nous avons libéré l'articulation du poignet par une exérèse de la rétraction cutanée dorsale et par une arthrolyse. La perte de substance cutanée dorsale a été couverte par un lambeau inguinal homolatéral.

SITES INTERNET

- Site de l'association Interplast - France : <http://monsieur.wanadoo.fr/interplast>
- Site pour les conseils météorologiques : www.meteo.fr/meteonet
- Site pour les conseils diplomatiques : www.diplomatie.gouv.fr/voyageurs
- Site pour les conseils santé : www.traveling-doctor.com
- Site du S.O.S Mains de l'HEGP : www.sos-mains.com
- Site de la société française de chirurgie plastique : www.plasticiens.org
- Site du Journal Maîtrise d'orthopédie : www.maitrise-orthop.com
- Site du docteur Patrick Knipper : www.docteur-knipper.com

BIBLIOGRAPHIE

■ Si la mission est orientée sur la Main, nous vous conseillons :

- Le "Green", avec ses deux tomes, mais il est trop lourd pour le voyage...
- "La main traumatique", de M. Merle, G. Dautel, 1992, Editions Masson. Le tome I est sur l'urgence : il est bien pour les gestes techniques sur la main et les doigts, et pour la description des lambeaux.

Le tome II concerne la chirurgie secondaire et le poignet traumatique : il est pratique pour la chirurgie secondaire des tendons (pathologie fréquente, en mission) et pour les techniques de transferts tendineux (séquelles traumatiques, lèpre...)

■ Si la mission est orientée sur le Loma, nous vous conseillons :

- Pour la reconstruction nasale : "La réparation des pertes de substance du nez chez l'adulte" de M. Revol, D. Guinard, J. Bardot, M. Texier. Rapport du 38^e Congrès de la société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, 1994, Editions Masson.
- Pour la reconstruction orbito-palpébrale : "Plasties et Reconstructions orbito-palpébrales" de D. Montandon, G. Maillard, S. Morax, L. Garey. Editions Médecine et Hygiène, Genève, 1988.

- Pour la reconstruction des lèvres : "Chirurgie des lèvres", Monographies de chirurgie réparatrice, sous la direction de J. Lévigat, 1991, Editions Masson.

■ Si la mission est orientée sur les Fentes labio-palatines, nous vous conseillons :

- "Chirurgie des lèvres", Monographies de chirurgie réparatrice, sous la direction de J. Lévigat, 1991, Editions Masson.

■ Dans tous les cas, nous vous conseillons :

- "Flaps in Limb Reconstruction", de A. Masquelet, A. Gilbert, 1995, Editions Martin Dunitz.