



Amputations du membre supérieur : aspects esthétiques et ethniques

P. Knipper, V. Mitz

Quand on évoque l'amputation, on pense parfois à un geste simple qui permet de solutionner des situations chirurgicales souvent complexes. Mais l'amputation garde une mauvaise image tant pour le patient que pour le chirurgien. Elle est généralement associée, pour ce dernier, à un sentiment d'échec. On demande souvent au chirurgien de justifier son action mutilatrice. Pour cela, il évoque la fatalité, la notion de gravité ou d'infection jugulée voire la nécessité de sauver une vie. Nous voudrions parler également du patient et évoquer les aspects esthétiques et ethniques de l'amputation au niveau du membre supérieur. Ces deux aspects, bien que surprenant dans ce contexte de chirurgie difficile, nous sont apparus fondamentaux pour qu'une amputation retrouve une vraie fonction pour un patient ébranlé dans son environnement personnel, social et culturel...

ETHIQUE DE L'AMPUTATION, ESTHÉTIQUE DE L'AMPUTÉ

Il existe différentes formes d'éthique. Elles se distinguent par leur objet (comme la bioéthique ou l'éthique des affaires), ou par leur fondement culturel (qui peut être la religion, la tradition propre à un pays ou un système idéologique). Dans tous les cas, l'éthique vise à répondre à une question fondamentale : "Comment agir au mieux ?". Nous pourrions, par analogie, envisager pour le patient amputé la même question : "Comment vivre au mieux ?". Parce que le vrai problème quand on évoque l'amputation n'est pas l'amputation elle-même mais le corps amputé. Le problème n'est pas l'objet sectionné (mise à part

les problèmes techniques de réimplantation) mais le sujet qui reste. Un doigt amputé n'est pas un corps amputé. Comment vivre au mieux quand le corps est mutilé ? Le patient a le droit et, parfois, le devoir de vivre mieux pour lui et pour son entourage.

Paradoxalement, parler d'esthétique de l'amputation semble inapproprié mais, selon notre expérience, c'est par une esthétique retrouvée que le patient mutilé peut vivre mieux. Dire que l'esthétique est une fonction serait paraphrasé le docteur Raymond Vilain, un de nos grands maîtres français de chirurgie plastique. Mais dire qu'une fonction doit aussi être esthétique c'est honorer ce génie qui a su nous enseigner tout simplement que l'esthétique d'une réparation était nécessaire à la fonction. Plus explicitement, vous pouvez faire une reconstruction très sophistiquée après une amputation d'un doigt ; si celle-ci n'est pas "belle", le patient en limitera l'utilisation. Par exemple, pour qu'un transfert d'orteil soit utilisé par le patient et montré, il faut que la reconstruction soit "acceptée" par le patient. Dans ce processus d'acceptation (qui reste long et complexe), la notion d'esthétique est fondamentale. La main ayant une fonction sociale, sa représentation appartient au langage de notre société comme notre peau ou notre physique. La main blessée signe la maladie qu'elle soit acquise ou congénitale. Redonner un joli visage à cette main maltraitée peut aider le patient à se réintégrer.

De nombreuses publications nous ont déjà conforté dans cette idée [1, 2, 3] mais nous avons trois images concrètes qui peuvent expliciter l'apport de l'esthétique dans le processus de reconstruction d'un patient amputé.



AMPUTATION DE PULPES SUR PLUSIEURS DOIGTS

Nous avons utilisé différentes techniques de reconstruction (fig. 1). Le travail scientifique consistait à analyser le résultat fonctionnel de chaque reconstruction et de les comparer. Finalement c'est l'aspect esthétique final de la pulpe reconstruite qui a valu la bienveillance des patients et des chirurgiens.

TRANSFERT D'ORTEIL

Technique que les chirurgiens de la main connaissent bien (fig. 2). Le premier reproche

du patient reste l'aspect esthétique final du pouce reconstruit bien qu'il s'agisse d'une technique de reconstruction très sophistiquée. Nous avons le souvenir de ce gendarme du GIGN que nous avons reconstruit par un transfert d'orteil très long et difficile techniquement. Il avait pu poursuivre à carrière au sein de son unité et il avait fini sa carrière comme instructeur. Le challenge fonctionnel était réussi. Le paradoxe est qu'il continuait à cacher son transfert d'orteil quand il venait aux consultations de contrôle et, le plus souvent avec un gant. Il aimait bien préciser qu'il s'agissait d'un gant spécial d'intervention et, donc, de protection !

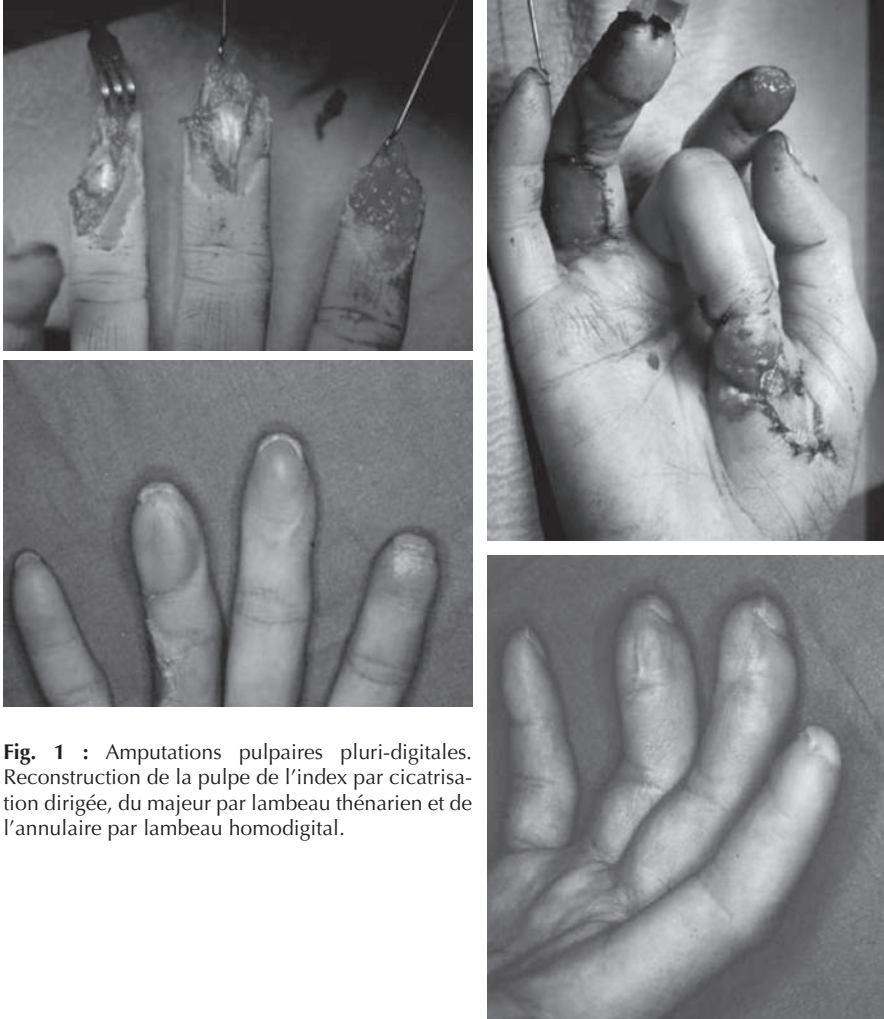


Fig. 1 : Amputations pulpaire pluri-digitales. Reconstruction de la pulpe de l'index par cicatrisation dirigée, du majeur par lambeau thénarien et de l'annulaire par lambeau homodigital.



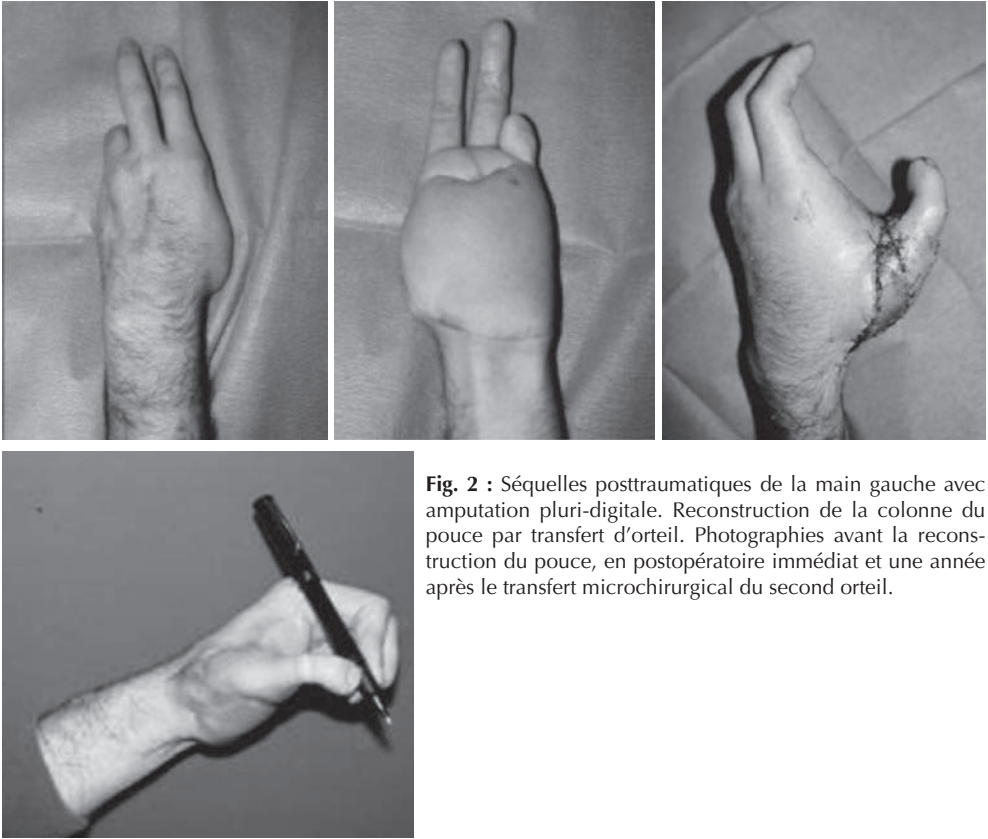


Fig. 2 : Séquelles posttraumatiques de la main gauche avec amputation pluri-digitale. Reconstruction de la colonne du pouce par transfert d'orteil. Photographies avant la reconstruction du pouce, en postopératoire immédiat et une année après le transfert microchirurgical du second orteil.

AMPUTATION ESTHÉTIQUE DU 4^e RAYON SELON LEVIET [4] (fig. 3)

Le ring finger, ou doigt d'alliance [5] : une blessure digitale et narcissique ! Rien de plus bête que de s'arracher un doigt à cause d'une alliance ou d'une bague décorative, et précieuse, en tentant de franchir un mur, un grillage ou bien au travail quand une machine traîtresse empoigne une main non protégée !

Nous avons, avec Liverneaux, publié une classification de ces arrachages malencontreux afin de définir une stratégie de réparation : entre la réimplantation urgente au moyen de greffons microveineux jusqu'à l'amputation esthétique en urgence ou secondaire selon la technique superbe de Leviet !

Notre maître Raymond Vilain a beaucoup combattu et a insisté pour que les alliances

métalliques fussent fendues par un bijoutier astucieux et coopérant ! Mais rien n'y fait : beaucoup de compatriotes restent fidèles à cette marque de pseudo-fidélité, qui grève nos mains fragiles à la rupture par piquets, crochets, pointes assaillantes et agressives ! Donc, d'abord la prévention !

En cas d'accident, la réimplantation si difficile, et entraînant un long arrêt de travail chez le travailleur manuel, n'est pas forcément la bonne stratégie mais en urgence, difficile de préconiser une amputation esthétique avec ostéotomie intracarpienne !

Ci-joint quelques exemples (fig. 3) : une réimplantation réussie d'un stade 4 ; un exemple de main esthétique à 4 doigts ; une radiographie d'une amputation avec ostéotomie intracarpienne avec sa vis.



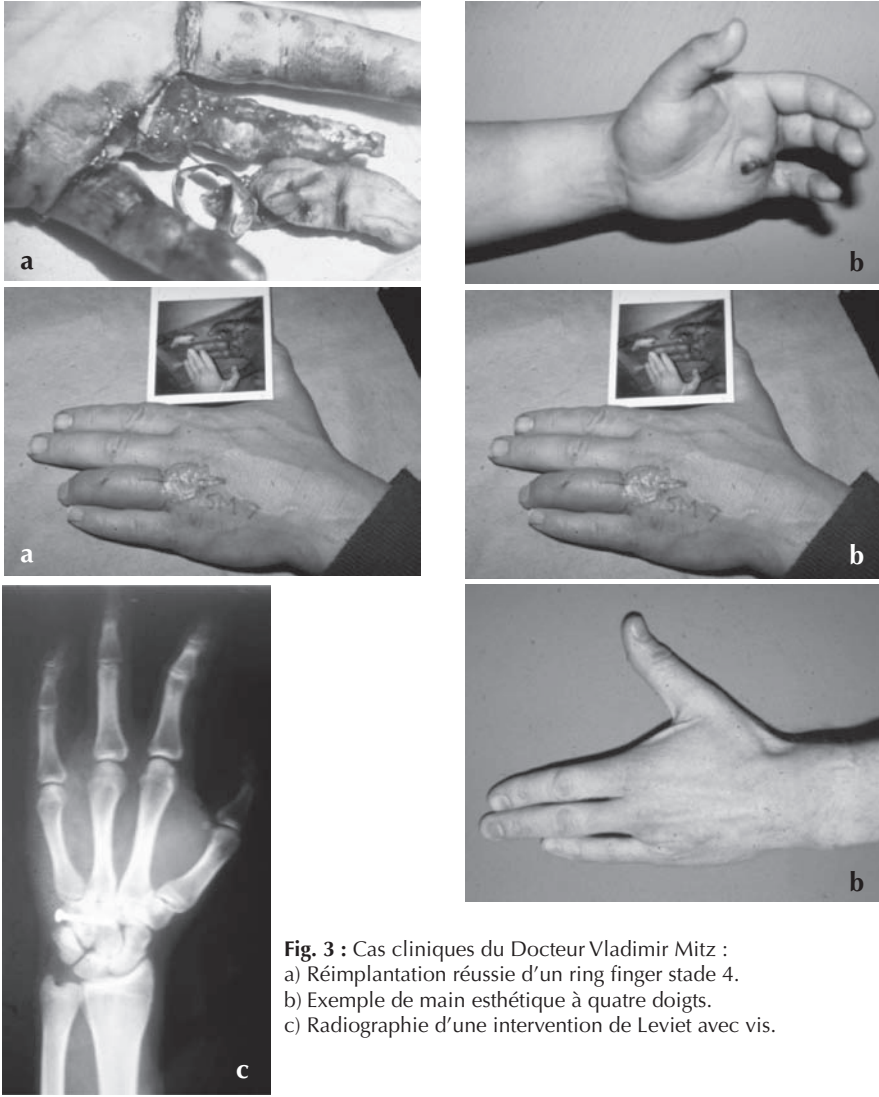


Fig. 3 : Cas cliniques du Docteur Vladimir Mitz :
a) Réimplantation réussie d'un ring finger stade 4.
b) Exemple de main esthétique à quatre doigts.
c) Radiographie d'une intervention de Leviet avec vis.

4

En conclusion, la réimplantation reste un chef-d'œuvre microchirurgical avec ses propres séquelles : raideur, œdème prolongé mais l'intense satisfaction de ne pas avoir tout perdu. La technique de Leviet demeure une solution esthétique secondaire, parfois acceptée par le patient averti et astucieux. En urgence, la bataille pour conserver un moignon digital se défend mais impose une greffe ou un lambeau de couverture de la 2^e phalange (P2).

Ici, esthétique et fonction doivent être tranquillement expliquées à un patient furieux et désolé !

Ces cas cliniques concrets qui animent notre quotidien face à l'amputation du membre supérieur devraient nous inciter à regarder l'esthétique non pas comme une fin mais comme le moyen d'une finalité. La finalité n'est pas de faire "beau" pour faire de l'esthétique mais d'essayer de comprendre que la



plus belle des reconstructions faillira si le membre reconstruit n'est pas utilisé. Pour que le patient soit vraiment "reconstruit", il faut que la reconstruction soit comprise, acceptée et réappropriée par ce patient. Pour que le corps soit réparé, il faut que la reconstruction soit aimée au sens du partage, de la confiance voire de la sensibilité. Platon disait : "L'esthétique est esthésique", du grec "aesthesis" qui signifie sensibilité. Ne dit-on pas que si la réimplantation n'est pas sensible, elle a peu d'intérêt sur le plan fonctionnel. Nous parlons peut-être d'une sensibilité dite de "protection" ou "épicrotique" mais qui parle de la sensibilité comme une émotion ? La sensibilité d'une réimplantation est une émotion et, comme telle, elle appartient au patient. Pour qu'une réimplantation soit réussie, il faut qu'elle soit fonctionnelle. Et pour qu'elle soit fonctionnelle, il faut que le patient l'utilise. Pour qu'il l'utilise, il doit pouvoir la montrer. Pour la montrer, il faut qu'il l'accepte et l'aspect esthétique reste important dans cette acceptation. Le chirurgien plasticien ne culpabilise pas quand il parle d'esthétique car, pour lui, l'esthétique n'est qu'un moyen pour traiter son patient et non une finalité. Seule la finalité du geste esthétique appartient au patient. Trop souvent, la chirurgie esthétique est galvaudée car mal interprétée. N'ayons pas honte de parler d'esthétique devant une amputation au niveau du membre supérieure car, qu'il s'agisse d'une réimplantation ou du modelage du moignon, la finalité de votre geste chirurgical appartiendra au patient. Le patient sera ravi si votre intervention lui apporte quelque chose de fonctionnel mais il sera heureux s'il peut l'utiliser "normalement". Ainsi, penser esthétique devant une amputation c'est déjà préparer la fonction.

ETHNOCHIRURGIE DE L'AMPUTATION

Il reste difficile d'évoquer en totalité, et dans cet article, la transcription ethnique des amputations au sens large du terme et dans les différents groupes ethniques. Le sujet est trop large et sortirait du cadre de cette présentation. Nous ne pouvons pas présenter les amputations rituelles digitales comme chez les "Yakusa" au Japon ou les différentes mutila-

tions ethniques qui appartiennent au monde de l'anthropologie [4]. Nous ne pouvons pas présenter les amputations punitives des membres de certains conflits armés ("Long sleeve, short sleeve" en Sierra Leone ou, aujourd'hui, l'amputation des lèvres et des oreilles au Nord-Kivu en République Démocratique du Congo). Nous allons plus simplement évoquer quelques interprétations ethniques devant les amputations du membre supérieur que nous pouvons observer dans notre pratique courante.

L'ethnologie est une science humaine qui relève de l'anthropologie, et dont l'objet est l'étude explicative et comparative de l'ensemble des caractères sociaux et culturels des groupes humains. L'éthnochirurgie est différente de l'anthropologie de la chirurgie. Elle se veut être un domaine de recherche partageant objets et méthodes, tant avec la chirurgie qu'avec l'anthropologie. Mais l'éthnochirurgie veut surtout comprendre l'interprétation (ou le vécu) du geste chirurgical chez un patient par rapport à son contexte culturel d'une part, aux systèmes culturels d'interprétation et de traitement de la maladie d'autre part [6].

Les interrogations, devant une amputation au niveau du membre supérieur, se situent à différents niveaux. Le chirurgien doit comprendre le retentissement et l'interprétation de l'amputation sur son patient quand il a une histoire ou une origine culturelle différente. Le patient doit intégrer l'amputation dans son environnement social, culturel voire ethnique et réfléchir sur l'opportunité d'une reconstruction dans ce même environnement.

Depuis longtemps, les anthropologues se sont intéressés aux causes des maladies des populations ou des ethnies dites primitives. George Murdock, par exemple, classifiait les étiologies en causes naturelles (traumatisme, vieillesse, etc.) et en causes surnaturelles (sorcellerie, etc.). George Foster préférait les classer en causes personnelles (soit humaine due au sorcier ou soit non humaine due à un esprit) et en causes impersonnelles qui font référence à la nature, à l'environnement. L'amputation répondra aux mêmes étiologies pour le patient étranger que l'on pourra rencontrer aux urgences en France ou à l'étranger et en fonction de ses origines. Il conviendra d'accepter l'interprétation du patient sur l'origine de l'ac-



cident qui a “produit” son amputation. Cette acceptation et cette compréhension de la part du soignant engendrera une meilleure communication, et donc un environnement plus favorable à la prise en charge thérapeutique. Par exemple, devant une amputation digitale sur un lieu de travail, votre interprétation sera simple : “accident de travail”. Un défaut de protection sur une machine, l’oubli d’une sécurité ou tout simplement l’accident “bête” vont expliquer le drame. Statistiquement, notre système industriel produit un certain nombre d’accidents par machine. Il ne faut pas chercher une étiologie surnaturelle à cela. D’ailleurs, les efforts de prévention conduisent à réduire le nombre d’accidents de ce type. Cependant, l’interprétation de l’accident ne sera peut-être pas la même chez votre patient africain, par exemple, ayant une culture distincte. Il pourra évoquer la fatalité, la notion de “sort” jeté sur lui ou une punition de la part d’un génie de la forêt par exemple. Cela peut prêter à sourire. Mais peu importe l’explication ou l’interprétation de l’accident qu’en fera ce patient de culture différente. Le plus important pour le patient est, avant tout, de comprendre pourquoi il a eu tel accident ou telle maladie. La compréhension permettra une meilleure acceptation et favorisera l’efficacité du traitement. Prenons l’exemple classique de ce patient africain qui se présente avec une amputation traumatique d’un doigt. L’interprétation classique pour lui sera un sort que lui aura jeté quelqu’un. Notons au passage qu’aujourd’hui le patient africain n’ose pas vraiment en parler (probablement par peur d’être ridicule ou pas compris en France). L’action thérapeutique se fera évidemment au niveau médical mais devra respecter une prise en charge thérapeutique plus traditionnelle de l’accident. En effet, la biomédecine traite la partie visible de la maladie et la médecine traditionnelle explique le traitement. Surtout, la médecine traditionnelle apporte des explications sur l’accident car le patient cherche toujours à savoir pourquoi son doigt a été amputé et pourquoi c’est lui qui a eu l’accident ! Peu importe si vous croyez ou pas à toutes ces interprétations traditionnelles. Le plus important est que le pa-

tient intègre son accident dans sa propre histoire et que l’explication traditionnelle rétablisse l’ordre des choses. “Comprendre” les causes de son accident, c’est déjà en commencer le traitement.

Ces interprétations éthnochirurgicales sont importantes dans notre pratique quotidienne de chirurgien de la main. En effet, toutes ces interprétations sur l’origine de la maladie, sur le corps, sur les croyances propres à chaque culture, nous permettent de mieux appréhender le patient quand il est face à un traumatisme. Il est, par exemple, difficile pour le patient africain d’accepter l’amputation même si son pronostic vital est engagé. Il faudra faire le maximum (comme pour tout patient par ailleurs) et il faudra le montrer pour que le patient soit persuadé que l’on a tout essayé. Il ne faut pas voir cela comme une exigence particulière de la part de ce patient mais comme une façon adaptée de montrer son travail. Parfois, le plus important pour le patient n’est pas ce que l’on a vraiment fait mais ce que le patient a pu voir (ou cru voir !). Il n’évalue pas toujours la difficulté de la microchirurgie pour une réimplantation et il peut être très critique sur une cicatrice résiduelle hypertrophique. Le plus important n’est pas ce que nous donnons au patient mais c’est ce qu’il reçoit. Respectons-le car la finalité de notre fonction (de thérapeute) : c’est sa guérison.

Le transfert d’orteil représente un autre exemple classique d’éthnochirurgie. Les patients de confession musulmane éprouvent une grande réserve devant le prélèvement d’un orteil pour la reconstruction du pouce. Il convient de la respecter !

Nous avons également le souvenir, lors d’une mission chirurgicale au Nord du Bénin, d’un jeune patient Peul qui présentait un phlegmon très avancé avec un sepsis étendu de la main et du carpe de la main droite. Nous étions au village et dans des conditions d’exercice très précaires. L’indication d’une amputation était évidente dans ce contexte. Il a fallu négocier avec la famille, les guérisseurs et le chef du village pour amputer le patient. Après deux jours de “palabres”, l’argument décisif que j’ai pu proposer était de démontrer



que le patient cicatriserait plus vite après l'amputation et qu'il pourrait ainsi retravailler plus vite. Tout c'est très bien déroulé ensuite.

Un autre exemple d'éthnochirurgie est fourni par l'expérience de l'amputation des doigts ou des orteils à Madagascar. Quels que soient les motifs, le patient malgache refuse l'amputation car un doigt ou un orteil manquant représente, ou fait évoquer, la lèpre. Dans cette maladie qui sévit encore beaucoup à Madagascar, l'absence des extrémités signe la maladie. Quel que soit l'état d'un orteil, ou d'un doigt, le patient malgache préférera le garder. Il ne s'agit pas là du respect de l'intégrité du corps que l'on peut observer dans d'autre religion ou ethnie mais de la simple image du lépreux que le patient veut éviter. A l'opposé, le malgache accepte la circoncision qui pourrait entrer dans le cadre d'une "amputation" corporelle rituelle. Pour des raisons de transmission intergénérationnelle, le père ou le grand-père mange le bout de prépuce sectionné après l'intervention ! Dans le même ordre d'idée, et toujours à Madagascar, un fragment corporel amputé est toujours remis à la famille après l'intervention.

Pour finir sur ces quelques exemples pratiques, nous voudrions évoquer un cas clinique peu fréquent mais caractéristique que l'on observe aujourd'hui dans nos consultations hospitalières, et notamment parisiennes. Cela reste particulier mais nous semble très évocateur de la notion d'éthnochirurgie, c'est-à-dire d'une prise en charge chirurgicale qui prend en compte l'environnement, les circonstances et le patient selon ses origines et sa culture. Il s'agissait d'un jeune patient immigré en situation illégale. C'était un "vrai" adulte mais il n'avait que 16 ans. Nous disons adulte parce que son histoire personnelle, sa nationalité et sa culture en faisaient un vrai adulte. Concrètement, il s'agissait d'un jeune pakistanais qui avait fait un long périple pour entrer en France par l'intermédiaire d'un réseau de clandestins. Dans ce contexte, il avait toutes les raisons d'être qualifié d'adulte même si l'on respecte son statut d'enfant dans notre société occidentale. Ce patient s'était présenté à la consultation avec un traducteur et un

accompagnant d'une Organisation Non Gouvernementale (ONG) d'aide aux immigrés. Le patient présentait des séquelles post-traumatiques de la main droite avec amputation de l'annulaire et il avait un auriculaire non fonctionnel et "pendant". Il présentait un lambeau un peu épais sur le bord ulnaire du poignet. L'histoire racontait qu'il s'agissait d'une blessure par arme. La demande d'intervention était très "appuyée" par l'accompagnant de l'ONG. L'ONG (volontairement ou involontairement) voulait que le patient soit opéré pour qu'il y ait une prise en charge de la part de notre système hospitalier français. Cela semblait faciliter les démarches administratives pour que le patient reste en France. S'il s'agissait d'un patient lambda, soit on ne ferait rien, soit on amputerait le cinquième doigt complètement inutile, gênant sur le plan fonctionnel et inesthétique pour ce jeune garçon. Après avoir expliqué nos motivations chirurgicales au patient, il a refusé l'amputation. On l'a immédiatement accepté. Il voulait seulement que l'on retouche une cicatrice. Il avait bien compris qu'il fallait qu'il se fasse opérer mais refusait ce qui était évident par ailleurs pour nous : enlever ce bout de doigt pendant qui gênait la fonction de la main. La retouche d'une simple cicatrice nous semblait inutile dans ce contexte. Nous nous sommes trouvés devant le dilemme suivant : fallait-il tout simplement refuser de l'opérer ou fallait-il accéder à sa demande ? C'est en considérant le contexte, son histoire, et sa culture que nous avons décidé de faire "quelque chose" pour lui. Nous ne sommes pas persuadés que l'intervention fut la meilleure solution. En effet, nous avons exprimé à l'accompagnant de l'ONG que le fait de l'opérer risquait de le mettre dans une situation de dépendance (par rapport à notre système de santé) et que cela ne lui apporterait rien de plus sur le plan de sa propre santé. Nous avons vite compris que cette intervention "justifiait" (cautionnait) également le rôle de cette même ONG. Nous étions devenus les garants d'une demande qui avait pris un visage humanitaire mais qui n'était pas justifiée au regard de notre propre culture chirurgicale. Nous avons quand même décidé de le "toucher" (sensibilité de protec-



tion ? sensibilité épicritique ?) par acte d'humanité. Ce geste chirurgical était simplement un geste d'amitié qui voulait montrer au patient que l'on ne pouvait pas faire grand-chose pour sa main mais que l'on faisait le maximum pour lui. Nous lui avons simplement "tendu" la main... Un mois après l'intervention, le patient était complètement cicatrisé mais le jeune pakistanais "mimait" une raideur de l'index et commençait à nous culpabiliser comme si l'intervention était responsable de la raideur de ce doigt. Nous nous étions trompés. Il ne fallait probablement pas l'opérer mais à qui la responsabilité ? La seule chose que nous retiendrons de cette anecdote est que : "on ne touche pas le corps sans l'accord" [7], et que notre action thérapeutique ne doit pas se résumer au seul geste de chirur-

gie. Prendre en compte l'environnement d'une intervention, comme l'amputation ou sa reconstruction, c'est remettre le patient au centre de sa propre guérison...

CONCLUSION

L'amputation reste un geste essentiel de reconstruction, notamment au niveau du membre supérieur. Une prise en charge intégrant le respect, des dimensions ethniques et esthétiques, semble fondamentale pour une meilleure acceptation, voire une guérison du patient amputé.

"La santé, c'est la vie dans le silence des organes" précisait René Leriche. Un doigt perdu reste silencieux mais l'amputation peut grogner longtemps. Il faut l'écouter...

RÉFÉRENCES

[1] BARBATO BD, LEBLANC P, LEMERLE JP. Thumb reconstruction by pollicization of an index finger stump combined with a wrap-around flap from the big toe. *J Hand Surg Br* 1997 Apr; 22(2): 274-6.

[2] GUELMY K, BARBATO B, MALADRY D, MITZ V, LEMERLE JP. Reconstruction de la pulpe des doigts par transfert d'hémi-pulpe de gros orteil. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1996; 82(5): 446-52.

[3] SLEILATI F, MALADRY D, DOURSOUNIAN L, LEMERLE JP. Thumb reconstruction for aesthetic reasons using an exteriorised microvascular pedicle. *Br J Plast Surg* 2003 Jul; 56(5): 509-14.

[4] LEVIET D. Translocation of the fifth finger by intracarpal osteotomy. *Ann Plast Surg*. 1986 Sep; 17(3): 228-38.

[5] MITZ V. Replantation of the ring finger. *Rev Prat* 1994 Nov 15; 44(18): 2456-60.

[6] CHIPPAUX C. Sociétés et mutilations ethniques. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris* 1982, Volume 9, N° 9-4, pp. 257-65 ?

[7] KNIPPER P. Ethnochirurgie ou réflexions sur le regard de l'autre, en mission. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2011 Dec; 11(6): 385-7.

