

La chirurgie des escarres en gériatrie au C.H.R de Montpellier

Introduction

Les escarres du patient âgé alité posent des problèmes chirurgicaux spécifiques du fait de l'état général précaire. Nous avons mis en place un protocole de traitement médical préopératoire qui comprend la prise en charge thérapeutique des pathologies de base de ces patients, le conditionnement des escarres une fois qu'elles sont constituées, l'utilisation d'un support mécanisé du type surmatelas, lit à air ou lit fluidisé. Cette préparation permet d'aboutir à un conditionnement optimal. Les actes chirurgicaux parfois longs peuvent alors être réalisés avec des résultats positifs.

Matériels et méthodes:

Nous avons étudié sur une période de 5 ans de 1991 à 1995, 110 patients porteurs de 246 escarres. La plupart des techniques chirurgicales de fermeture ont été utilisées, la cicatrisation dirigée après débridement chirurgical, la fermeture directe par rapprochement, différents types de greffe cutanée et lambeaux de couverture. Sur 110 patients, 67 étaient des hommes (60.9%) et 43 des femmes (39.0%), plusieurs d'entre eux porteurs d'escarres multiples. L'escarre talonnière était plus fréquemment rencontrée (29.6%), suivie par l'escarre sacrée (28.8%).

Résultats

Sur 246 escarres, 219 ont été traitées chirurgicalement ; 47 par débridement + cicatrisation dirigée, 3 par fermeture directe avec une déhiscence, 108 par greffes cutanées avec 77.5% de bon résultat, 61 par lambeaux avec 83.6% de bon résultat.

Discussion

Les différentes techniques opératoires utilisées ont donné globalement des résultats satisfaisants. La réparation par lambeaux donne un apport de tissu épais qui diminue le taux de récurrence, cependant les greffes en pastilles donnent des résultats efficaces avec une technique simple. L'excision "a minima" des saillies osseuses infectées a été souvent pratiquée.

Centre hospitalier Universitaire
Hôpital Lapeyronie
Service des Brûlés, Montpellier

BRULURES ET PLI ROULE ASPIRE RYTHME (technique L.P.G.) : 4 ANS D'EXPERIENCE

J.P. GAVROY*, J. DINARD*, M. COSTAGLIOLA**, D. ROUGE**, O. GRIFFE***, L. TEOT***, F. STER*

* CRM du Docteur J. STER - 34240 LAMALOU LESBAINS - **Centre des Brûlés "Félix Lagrot" - CHU RANGUEIL - 31054 TOULOUSE

*** Centre Régional des Brûlés Hôpital LAPEYRONIE - 34295 MONTPELLIER

Le massage est depuis de nombreuses années proposé pour améliorer les propriétés mécaniques de la peau cicatricielle après brûlure. Les cicatrices hypertrophiques qui sont la traduction des dérèglements du processus de cicatrisation dermique, surviennent fréquemment dans la suite des brûlures.

Ce tissu altéré dans ses propriétés mécaniques (glissement, élasticité) et esthétiques (couleur, relief), peut, durant 1 à 2 ans après cicatrisation apparente, être modifié dans son évolution par des techniques de mécanisation spécifiques : la compression régule le nombre des fibres collagènes et leur orientation, des techniques manuelles visent à décoller la peau du plan profond par l'application de pressions tangentielles aboutissant à la formation d'un pli cutané. Ces méthodes, à condition d'être douces, sans tension brutale, permettent un modelage du collagène.

L'appareil LPG vise à obtenir discrètement un décollement de la peau par aspiration, évitant une agression oblique du nouvel épiderme.

Notre étude a porté sur les effets de cet appareil sur l'élasticité cutanée, le décollement, l'état inflammatoire, et l'état articulaire de la région sous-tendue par la brûlure.

Quatre tests cliniques ont été utilisés : le test de glissement, le test d'étirement, le test de vitropression et le test d'amplitude articulaire.

Ces tests ont été associés à une étude échographique.

Nous avons comparé les résultats sur ces différents paramètres obtenus par :

- la technique LPG continue,
- la technique LPG pulsée,
- le massage manuel classique.

Ces résultats démontrent, d'une part, la complémentarité du pli roulé rythmé LPG et du pli roulé par aspiration continue et, d'autre part, leur supériorité sur le massage manuel.

Ces méthodes semblent en effet, plus que le massage manuel, concilier efficacité sur la mobilisation du collagène et innocuité sur l'épithélium superficiel. Par ailleurs, ce compromis associé à une moindre agressivité vasculaire, déclenche beaucoup plus tardivement des phénomènes douloureux et permet plus facilement d'obtenir l'adhésion du patient au traitement.