

# La greffe cutanée dans les amputations tibiales ouvertes



Equipe de chirurgie vasculaire CHU de Nantes

Equipe de la Tourmaline St-Herblain

# Chirurgie vasculaire – CHU de Nantes

Année 2009

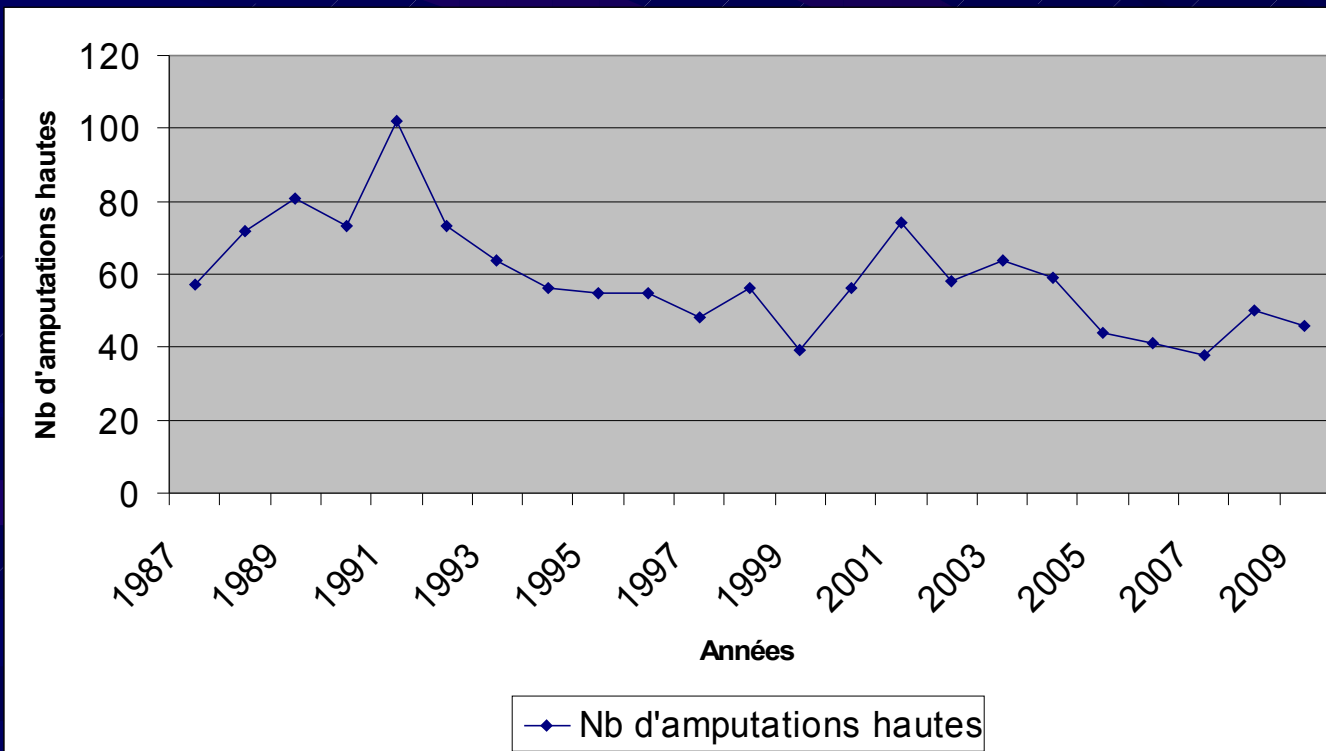
- Nombre de patients hospitalisés : 1571
- Nombre de patients opérés : 2025 (y compris HDJ et autres services)
- Interventions membres inférieurs : 941
  - endovasculaires : 439
  - pontages : 502

# Chirurgie vasculaire – CHU de Nantes

Amputations majeures en 2009

- fémorales : 29

- tibiales : 18



# Indications des amputations en chirurgie vasculaire

- Absence de possibilité de revascularisation (endovasculaire ou conventionnelle) ou échec de revascularisation:
  - ➡ ischémie + douleurs non calmées par les morphiniques
- Infections non contrôlées (ostéites)
- Amputations dites « de confort » (patients grabataires, douloureux, non calmés par les antalgiques)
- Le niveau d'amputation est défini par l'oxymétrie statique étagée

# Intérêt d'une amputation tibiale ouverte

- Conserver l'articulation du genou et permettre un meilleur résultat fonctionnel
- L'amputation est réalisée en tissu subschémiq (l'aponévrose est refermée, seuls les tissus sous-cutanés et la peau sont ouverts)
- Une suture risquerait d'entraîner une nécrose par traction sur les tissus ischémiques
- La cicatrisation est dirigée

# Inconvénients de la cicatrisation dirigée dans les amputations tibiales ouvertes

- Cicatrisation longue
- La plaie se chronicise entraînant une hyperkératose des berges (cicatrice hypertrophique ou rétractile)
- Douleur liée au pansement
- Retard de l'autonomie du patient (prothésisation intermédiaire difficile et/ou douloureuse)
- Retard de la prothésisation définitive
- Risque infectieux
- Risque d'évolution de l'artérite controlatérale
- Coût





# Amputations tibiales ouvertes

- Plus la durée de cicatrisation est courte, meilleure sera sa qualité, permettant d'optimiser le résultat fonctionnel de la prothétisation définitive
- depuis 2 ans, une nouvelle stratégie thérapeutique en lien avec le centre de rééducation et de réadaptation de la Tourmaline est mise en œuvre pour accélérer la cicatrisation des amputations tibiales ouvertes : la greffe cutanée en filet, précédée d'une cure de thérapie par pression négative (TPN) afin de préparer le site receveur.

# Greffe cutanée en filet sur amputations tibiales ouvertes (indication de la TPN)

- Bilan de la plaie à un mois post amputation
- Si plaie peu exsudative, bourgeonnante et sans exposition d'éléments nobles, une greffe est programmée après une cure de TPN
- La TPN prépare le site receveur à la greffe cutanée
- La TPN favorise l'angiogénèse, réduit la colonisation bactérienne, diminue l'œdème, favorise la détersion de la plaie, et favorise la formation d'un tissu de granulation uniforme
- une ou plusieurs cures de TPN sont parfois nécessaires



# Mise en place de la TPN



# La greffe cutanée en filet

- C'est un fragment de tissu complètement séparé de son site donneur pour être fixé à un site receveur destiné à le revasculariser spontanément
- La greffe cutanée est possible si la plaie est superficielle, propre, non hémorragique et n'exposant pas d'éléments nobles
- La prise de la greffe se fait alors par néovascularisation à partir de la profondeur
- L'épithélialisation se fait à partir des mailles du filet

# Technique chirurgicale:

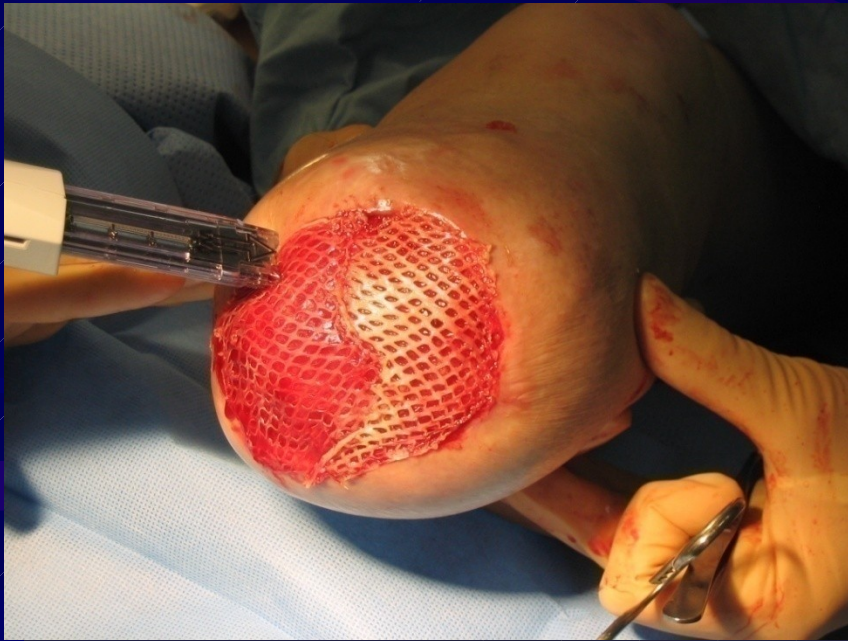
Curetage du site receveur pour aviver les berges et préparer le sous-sol à la greffe cutanée





# Technique chirurgicale:

Fixation de la greffe par des agrafes pour la solidariser au sous-sol



# Prise en charge post greffe au sein du service

## ➤ **Prise de greffe (site donneur)**

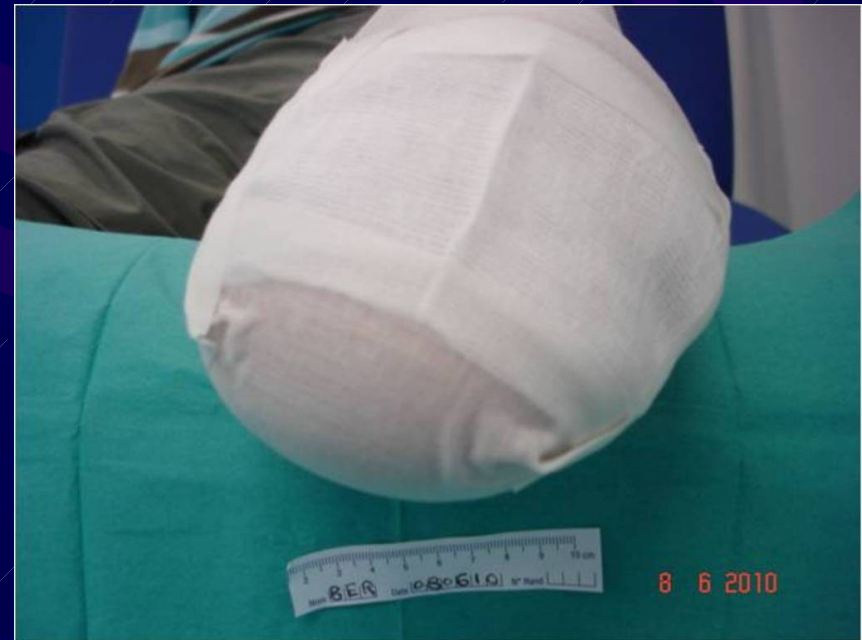
- *A l'air à J1*
- *Découper le pansement gras au ras de la prise de greffe*
- *Talquer pour assécher la zone*



# Prise en charge post greffe au sein du service

## ➤ Greffe cutanée (site receveur)

- *1<sup>er</sup> pansement à J3, afin de favoriser l'adhérence de la greffe*
- *Ablation délicate du pansement gras*
- *Nettoyage soigneux de la greffe*
- *Application d'une compresse de gaze tissée imbibée de sérum physiologique*
- *Le pansement est quotidien jusqu'à cicatrisation complète*



*NB : le patient reste en chirurgie vasculaire jusqu'au 1<sup>er</sup> pansement de greffe, puis est transféré à la Tourmaline*



# Cas clinique n°1

- Mr P. 53 ans
- **Facteurs de risque** : tabac, dyslipidémie, AOMI
- **Histoire** :

*Ischémie du membre inférieur droit avec douleurs de décubitus depuis décembre 2009 (patient amputé tibial gauche en 2004, appareillé et autonome)*

*Le 17/02/10 : échec de recanalisation avec majoration de la douleur*

*Le 19/02/10 : amputation tibiale droite*

# 2 cures de TPN entre le 12 et le 28 Mars 2010



# Cas clinique n°2

- Mr C. 66ans
- **Facteurs de risque** : diabète, HTA, tabac, dyslipidémie, AOMI
- **Histoire** :
  - *Gangrène humide pied droit + hyperthermie*
  - *8/12/09 : PFP droit + amputation transmétatarsienne pied droit*
  - *Ischémie critique chronique du membre inférieur droit avec échec de revascularisation*
  - *23/12/09 : amputation tibiale droite*
  - *23/04/10 : greffe de peau*



4 cures de TPN entre le 24.02.10 et le 22.04.10



Greffe J



# Cas clinique N°3

- Mr D. : 58 ans
- **Facteurs de risque** : artériopathie stade IV
- **Histoire** : *nécrose de l'extrémité des orteils du pied gauche. L'angio IRM montre une thrombose poplitée gauche et absence de revascularisation possible.*
- Amputation tibiale gauche le 26/02/2008



Cicatrisation 4 mois post-amputation





# Conclusion

- Une collaboration entre le CHU et le CRR de la Tourmaline a permis de mettre en place cette nouvelle stratégie thérapeutique
- Réduire le temps de cicatrisation
- Améliorer la qualité de vie du patient
- Peut-on envisager d'élargir les indications de cette thérapeutique à d'autres types d'amputations ou à des troubles trophiques ischémiques?

