

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

F. M. O. S.

Année universitaire : 2014-2015

N° /...../

Thèse

**Greffe de peau dans le service de chirurgie
« B » du CHU du Point « G »**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2015 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par : Monsieur OUSMANE DIENTA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (*DIPLOME D'ÉTAT*)

Jury

Président : Professeur Ousmane FAYE

Membre : Docteur Hamady TRAORE

Co-directeur: Docteur Birama TOGOLA

Directeur : Professeur Nouhoum ONGOIBA

DEDICACES :

Je rends grâce à Dieu le Tout Puissant et très Miséricordieux, Seigneur des Hommes, l'Absolu, le Roi du jour dernier, le Sauveur, l'Unique. C'est à toi que nous implorons pardon, guide nous vers le droit chemin.

Je rends grâce au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui). Nous te témoignons notre respect et notre gratitude pour tout ce que tu as fait pour l'humanité.

Je dédie ce travail

A mes grands-parents paternels et maternels

A mon grand-père M'Ba Dienta pour toute la tendresse, et la protection reçues auprès de toi.

A mon père Mabayon Dienta et à ma mère Aissata Dienta

Votre courage, votre intégrité, votre sens élevé du travail bien fait, du devoir bien accompli ont été et seront toujours un modèle pour moi. Votre investissement moral et matériel pour le bon accomplissement de ce travail fait de vous des parents exemplaires.

Je vous suis reconnaissant et vous dédie ce modeste travail, témoignage de ma tendresse et de ma profonde affection pour vous.

A mes frères et sœurs : Mamadou, Sadio et Mariam

Vous avez tous de loin ou de près participé à l'aboutissement de ce travail. Votre soutien moral et matériel n'a pas failli durant toutes ces longues années d'étude.

Puisse ce travail constituer un motif de fierté pour chacun de vous.

A ma fiancée Aissata Konta : sois rassurée de mon profond amour.

A mes cousins Issa Dienta, Baba Dienta, Ousmane Konta, Mamadou Konta : Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté.

A mes oncles et tantes: Kamaye Dienta : tu m'as soutenu pendant les moments difficiles de ma vie d'élève, recevez ici toute ma profonde reconnaissance.

A mes tantes merci pour tous les services que vous m'avez rendus.

A mes cousins et cousines de Bamako et d'ailleurs :

A mes Belles sœurs et beaux-frères :

A mes nièces et neveux :

A tous mes collègues de services de chirurgie B du CHU Point-G pour leur collaboration et leur esprit d'équipe.

A tous mes collègues de la FMOS : Dr Lamine Traoré, Dr Saran Traoré, Dr Kadiatou Diawara, Int Moussa Diawara, Int Ibrahim Yattara, Interne Madani Ouane, Interne Bacary Camara

Tout au long de ces longues années d'étude, vos conseils, vos soutiens moraux, et encouragements n'ont pas fait défaut. Tous mes remerciements et ma sincère gratitude.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mes maîtres du service de chirurgie « B »

Pr Filifing Sissoko

Pr Nouhoum Ongoiba

Dr Bréhima Coulibaly

Dr Birama Togola

Dr Drissa Traoré

Dr Siaka Diallo, Dr Guidéré Tembély, Dr Bengaly Bréhima, Dr Ba Babou

Dr Sanogo Souleymane, Dr Siby Oulematou

Merci pour m'avoir accepté au sein du service et de la qualité de l'enseignement reçu.

Recevez ici tout le témoignage de mon profond respect et estime.

Aux secrétaires et majors : Mesdames Bengaly Ramata, Touré Mama et Boiré Assétou.

Tout au long de ce travail, votre disponibilité, votre expérience a été d'un apport inestimable.

Soyez rassurer de ma profonde gratitude.

A tout le personnel infirmier et aux aides-soignantes du service de chirurgie « B » toute ma reconnaissance.

A tout le personnel du service de chirurgie B, merci pour votre contribution et votre disponibilité. Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

A mes aînés D.E.S de chirurgie : Dr Coulibaly Mamadou, Dr Keita Mamadou, Dr Doumbia Arouna, Dr Bathio, Dr Dena Bazin. Merci pour la formation. Recevez ici tous mes remerciements et mon profond respect.

A mes compagnons internes : Lassana Keita, Bacary Camara, Adama Traoré, Aboubacar Dienta. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi tout au long de ce travail.

Mes remerciements et mes vœux de bonne guérison vont à tous les malades que nous avons eu à prendre en charge durant ce travail.

A la famille Dienta à Sabalibougou pour l'estime et l'affection que vous m'avez toujours apportée.

A la famille Dienta à Dia pour les encouragements et les bénédictions.

A tous les professeurs de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie pour leur disponibilité

A tous les étudiants de la faculté que j'ai eu à côtoyer de loin ou de près.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Pr Ousmane Faye

Maitre de conférence, agrégé en dermatologie.

PhD en santé publique et science de l'information biomédicale

**Chef de service de dermatologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
(CNAM)**

Vice Doyen à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Votre participation à ce jury ne nous surprend guère car malgré vos multiples occupations, vous avez bien voulu présider ce travail. Votre assiduité, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines irréprochables font de vous un encadreur admiré des étudiants et très sollicité. Vous constituez une référence en dermatologie au Mali. Recevez par ce travail cher maître l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Docteur Hamady Traoré

Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale

Maître Assistant à la FMOS

**Responsable de l'ONG Horizon vert dévolu pour la prise en charge du « Noma » et des
« fentes labio-palatines »**

Cher maître

Vous nous faites un honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre générosité et votre importante contribution dans la prise en charge des enfants souffrant de pathologies bucco-dentaires font de vous un maître exemplaire, respecté et un modèle à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre respect.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Dr Birama Togola

Maître Assistant en chirurgie générale à la FMOS

Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Votre simplicité, votre disponibilité, votre franchise et votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré par les étudiants. Nous vous prions d'accepter nos sincères reconnaissances et notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Pr Nouhoum Ongoiba

Professeur agrégé en chirurgie, en anatomie humaine et organogénèse

Spécialiste en chirurgie pédiatrique

Spécialiste en chirurgie plastique

Praticien hospitalier au CHU du point G

Cher maître,

C'est un grand honneur et privilège de vous avoir comme directeur. Nous avons appris auprès de vous la patience, la tolérance et le don de soi pour l'accomplissement des tâches assignées. Votre rigueur scientifique, votre détermination du travail bien fait, votre courage font de vous un exemple d'enseignant. Recevez ici cher maître mes remerciements les plus sincères.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CNAM : Centre National d'Appui et de lutte contre la Maladie

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HTA : Hypertension Artérielle

HID : Hernie Inguinale Droite

NFS : Numération Formule Sanguine

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMI : Œdème des membres inférieurs

UV : Ultra-Violet

SAT : Sérum Anti Tétanique

Sommaire

I. Introduction -----	14-16
• Définition et intérêt	
• Objectifs	
II. Généralités -----	17-39
1. Rappels atomiques et physiologiques de la peau	
2. Rappels sur les dermatoses nécessitant une greffe de peau	
3. Contres indications de greffe de peau et risques	
III. Méthodologie -----	40-42
1. Lieu de l'étude	
2. Présentation du service de chirurgie B	
3. Type et durée de l'étude	
4. Critères d'inclusion	
5. Méthode	
6. Tests statistiques	
IV. Résultats	43-54
V. Données iconographiques	55 -58
VI. Discussion	59 -66
VII. Conclusion	67
VIII. Recommandations	68 -69
Référence	70 -72
Annexes	73 -79

I. Introduction :

La greffe de peau est un acte chirurgical qui consiste à implanter un greffon ou un lambeau de peau recueilli en un endroit du corps du patient [1]. Ce greffon peut comprendre l'épiderme et la partie superficielle du derme (peau mince) ou bien toute l'épaisseur de la peau (peau totale). On distingue plusieurs types de greffe de peau :

Grefe de peau mince : le prélèvement se fait avec une lame de bistouri ou à l'aide de dermatome électrique ou manuel. Il permet de recueillir la couche superficielle sur une épaisseur de 150 à 300 microns. La prise du greffon dépend de sa stabilité. Ce type de greffe de peau est indiquée dans les ulcères des membres, les chéloïdes, les angio-dermites nécrosantes.

Grefe de peau totale : elle conserve sa texture originale et provoque peu de rétraction cicatricielle. Ce type de greffe est indiqué dans la prise en charge des brûlures du troisième degré, les pertes de substance dermo-épidermiques d'origines diverses (traumatismes, cancer de la peau).

Peau cultivée : Bien que la méthode ne soit pas encore d'usage courant, de nombreuses expériences cliniques ont été consacrées à la culture de kératinocytes isolés par trypsinisation d'un petit greffon de peau mince.

La greffe de peau est réalisée chez les patients ayant une perte de substance importante dont l'étiologie est variée. En France dans le service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique du professeur Servant sur 1190 interventions pratiquées 698 soit 58 % représentaient les lésions dermatologiques nécessitant une greffe de peau [2]. Pour Caron J [3] en 2003 en France, 83% des lésions nécessitant une greffe de peau sont localisées au niveau des jambes. MOSTI G et al. en 2005 en Italie avait pratiqué une autogreffe dermo-

epidermique chez tous les malades [4]. EL Mazay et al. [5] en 2007 au Maroc avait réalisé 76% de greffe de peau totale pour des lésions de brûlure de la main. Au Mali selon l'étude de Ba [6] réalisée au CNAM (ex institut Marchoux) en 2008, la greffe de peau a représenté 16,16% des techniques chirurgicales utilisées. Selon Dakouo E [7] au Mali en 2008 dans une étude réalisée sur la prise en charge des ulcères nécrotiques, 62 % des malades ont bénéficié d'une greffe de peau mince. La pratique de la greffe de peau est généralement réalisée dans des services de chirurgie plastique ou de dermatologie.

Au CHU du Point «G» le service de chirurgie «B» en plus de ses activités de chirurgie viscérale, pratique depuis plusieurs années la greffe de peau. Cependant aucun travail n'a été entrepris sur cette activité chirurgicale.

Le but de ce travail était d'analyser la pratique de la greffe de peau dans le service de chirurgie «B» du CHU du Point «G» de Bamako.

Objectifs de l'étude :

1. Objectif Général :

Etudier la greffe de peau dans le service de chirurgie « B » du CHU point G.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ayant des lésions nécessitant une greffe de peau.
- Décrire les aspects cliniques et topographiques des lésions nécessitant une greffe de peau.
- Déterminer les différentes indications et les résultats de greffe de peau.

GENERALITES

I. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DE LA PEAU

A. Rappels anatomiques : [8,9]

La peau est une membrane souple et résistante, parcourue par de nombreux plis (dermatoglyphes). Elle recouvre le corps des espèces humaines et animales. Elle a une épaisseur qui varie environ de 1 à 2 mm C'est l'organe le plus lourd de l'organisme avec 3,5 kg pour un homme de 70 kg et le plus étendu avec 2m² de superficie.

La surface de la peau présente :

- Des pores, des sillons, des crêtes et des tiges pilaires.

1- L'épiderme et ses annexes :

1.1-Epiderme:

L'épiderme est un épithélium malpighien, pluristratifié. Il constitue la couche la plus superficielle de la peau. Son épaisseur est variable 50 à 100µm selon la région anatomique plus fine aux paupières et scrotum « 50µm » et peut atteindre un millimètre à la plante des pieds. Histologiquement on y trouve quatre types de populations cellulaires : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans et les cellules de Merkel. Mais la population kératinocytaire est la plus dominante. Elle est organisée en quatre couches successives, de dehors en dedans on observe :

- **La couche cornée** : est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse et est constituée de kératinocytes dépourvus de noyaux.

- **La couche granuleuse** : comporte 1 à 4 assises de cellules caractérisées par la disparition des noyaux et l'apparition de grosses granulations basophiles cytoplasmiques

- **la couche épineuse** ou corps muqueux de Malpighi : c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de kératinocytes polygonales. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface.

- **la couche basale** : c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale. Cette couche germinative faite de kératinocytes souches est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogenèse (les mélanocytes) et les cellules de Langerhans (sentinelle immunologique).(figure 1)

Schéma de la structure de la peau :

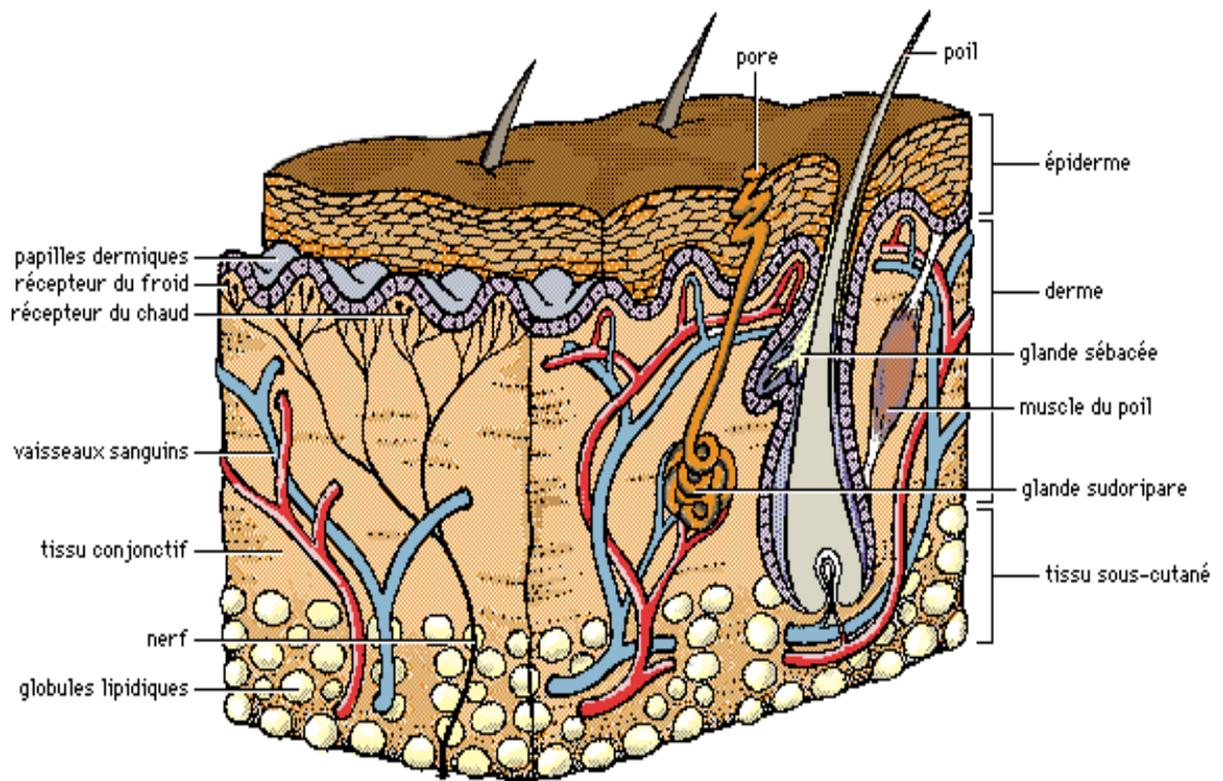


Fig. 1 : Coupe histologique de la peau [Glossaire encarta 2005] [9]

1.2 Les annexes cutanées épidermiques :

Elles comportent les follicules pilo-sébacés, les glandes sudorales, et les ongles. Les follicules pilo-sébacés : constituent une unité physiologique comportant le poil dans son follicule et la glande sébacée.

1.2.1 Glandes sébacées : Les glandes sébacées se forment à partir d'une invagination de la gaine folliculaire externe du follicule pileux embryonnaire. Elles se présentent sous forme de sacs accolés aux follicules pileux.

1.2.2 Les glandes sudorales : sont de deux types : les glandes eccrines et les glandes apocrines.

Les glandes eccrines : les plus nombreuses (trois millions environ) sont formées par un peloton sudoripare situé dans la région dermo-hypodermique qui se prolonge par un tube excréteur. La sécrétion sudorale (sueur) est formée de 99% d'eau plus des constituants plasmatiques.

Les glandes apocrines : sont localisées surtout dans les régions axillaires et ano-génitales. Les produits sécrétés s'éliminent par un canal excréteur qui débouche dans l'entonnoir folliculaire d'un poil axillaire ou génital.

1.2.3 Follicule pileux : le follicule pileux comme son nom l'indique représente le poil dans son follicule. Le poil comporte trois parties essentielles :

Une partie vivante appelée bulbe responsable du renouvellement pileux. Une partie isthmique et une 3^{ème} partie appelée tige formée de cellules cornées mortes.

1.2.4 Les ongles : Anatomiquement l'ongle comprend 3 régions distinctes :

La racine, la tablette sous laquelle se trouvent le lit unguéal et le bord libre.

La racine est partiellement recouverte par le repli sus unguéal proximal ou repli postérieur qui se prolonge par les replis sus unguéaux latéraux.

En distalité du repli proximal se trouve l'éponychium qui recouvre une partie de la lunule (c'est le croissant pale). En distalité la face ventrale du bord libre de la tablette se trouve au contact d'un repli épidermique épais appelé hyponichium. Les ongles poussent en moyenne de 0,1mm par jour plus vite en été qu'en hiver et plus vite aux doigts qu'aux orteils.

2. La jonction dermo-épidermique ou la membrane basale:

Elle comporte une zone d'échange assez lâche formée d'un réseau de fines fibrilles séparant l'épiderme du derme laissant passer dans les deux sens différentes substances chimiques dont en particulier les éléments de nutrition de l'épiderme. La membrane est un feuillet vivant comprenant 3 couches de la superficie à la profondeur: **la lamina lucida, la lamina densa, les fibrilles d'ancrage.**

3. Le derme :

C'est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale, de fibres conjonctives et d'éléments cellulaires (fibroblastes). Le derme est divisé en deux parties : le derme papillaire et le derme réticulaire.

4. La circulation cutanée : Elle est assurée par un réseau très abondant et complexe. Les artères traversent le tissu adipeux fournissant un premier réseau dermique profond. Dans le derme elles donnent des collatérales terminales aux annexes pilo-sébacées et aux glandes sudorales : arrivées au derme superficiel ces artérioles s'épanouissent en un plexus sous papillaire d'où sont issues les artérioles pré capillaires terminales. Le système veineux de retour commence au niveau du plexus sous papillaire : ces veinules vont se réunir pour former des veines plus larges en suivant un trajet parallèle aux voies artérielles.

5. Innervation cutanée :

La peau présente un système d'innervation complexe qui va jouer un rôle important dans la défense de l'organisme. Les terminaisons sensibles de la peau sont situées à différents niveaux : épiderme, derme et hypoderme.

Elles sont constituées par un réseau de fibres terminales libres et par des corpuscules récepteurs : corpuscules de Meissner, de Krause, de Merkel de Vater Paccini.

6. Les muscles de la peau :

La peau contient des muscles et ce sont surtout des muscles lisses auxquels appartiennent en premier lieu les muscles pilo-moteurs. Ces muscles se retrouvent au niveau des vaisseaux du derme et des glandes sudoripares.

7. L'hypoderme :

Il est situé sous le derme. Il constitue la couche la plus profonde du tissu cutané. Il s'agit d'un tissu graisseux formé de lobules graisseux séparés par des cloisons fibreuses conjonctives et vasculo-nerveux.

B. Rappels physiologiques : [10]

La peau joue plusieurs fonctions entre autres :

1-La protection :

Elle résume toutes les fonctions de la peau, notamment :

- La protection contre les agressions mécaniques (épiderme, derme et hypoderme).
- La protection contre les agressions chimiques grâce à la sécrétion de sébum et de sueur.
- La protection contre les rayons UV du soleil par l'intermédiaire des cellules à mélanine situées dans la couche basale qui s'opposent à la pénétration des UV.

2-L'échange :

Elle peut se faire de deux façons :

-Voie trans-épidermique

-Voie-folliculo-sébacée.

Cette voie de pénétration percutanée concerne différents éléments, dont les médicaments sous forme de pommade (topiques à usage externe).

3-La sensibilité :

Avec principalement trois types de sensibilités:

La sensibilité nociceptive

La sensibilité tactile

La sensibilité thermique

4. L'excrétion :

La peau peut être assimilée à :

- Une glande à sécrétion interne (histamine)
- Une glande à sécrétion pigmentaire (mélanine)
- Une glande à sécrétion externe (sueur, sébum)

5. La thermorégulation ou maintien de la température corporelle

Pendant le froid on note une vasoconstriction avec augmentation de la température corporelle et pendant la chaleur une vasodilatation avec ouverture des pores, la sueur déverse sur la surface cutanée entraînant une diminution de la température corporelle.

II. Rappels sur les dermatoses nécessitant une greffe de peau

1. Tumeurs bénignes cutanées

1.1 Les tumeurs épidermiques

1.1.1 Verrue séborrhéique ou kératose séborrhéique [8]

- **Définition :** ce sont des anomalies banales et bénignes de la maturation des cellules basales de l'épiderme à l'origine de la formation de papules ou de plaques surélevées extrêmement délimitées à surface rugueuse.

Les verrues séborrhéiques sont fréquentes autour de la cinquantaine, à égalité de sexe.

➤ **Clinique :**

Au début de leur apparition, on voit essentiellement une ou plusieurs petites papules de coloration noirâtre sessile ou pédiculées disséminées sur le corps.

A un stade un peu avancé, elles forment des enduits squamo-kératosiques, gras peu adhérents, facilement détachable avec l'ongle ou une curette sans saigner.

Elles sont de consistance dure, onctueuse avec une surface rugueuse. La taille varie de quelques mm à plusieurs cm.

➤ **Histologie**

Les verrues séborrhéiques sont composées d'un mélange de petites cellules basales et de kératinocytes matures.

➤ **Traitement** : repose sur l'exérèse –suture et si la lésion est grande ; on fait une greffe de peau.

1.1.2 Les Nævus épidermiques ou Hamartomes épidermiques [11]

➤ **Définition :**

Ce sont des dysembryoplasies (anomalie embryonnaire) hyperplasiques, touchant l'épiderme et aussi les annexes plus ou moins étendue, mais circonscrite, permanente ou très lentement évolutive. Les nævus épidermiques sont des hamartomes cutanés de distribution souvent linéaire et unilatérale suivant les lignes de Blaschko. Présents dès la naissance ou apparaissant tôt dans l'enfance. Ils engendrent d'importants préjudices esthétique et psychosocial.

➤ **Traitement :**

L'exérèse chirurgicale est le seul traitement définitif des nævus épidermiques. Une excision avec fermeture par suture simple, par greffe de peau, par lambeau ou par cicatrisation dirigée sera décidée en fonction du type de lésion.

1.1.3 Les tumeurs fibreuses [9,12]

Les chéloïdes

➤ **Définition :** Ce sont des tumeurs bénignes caractérisées par une prolifération fibroblastique. Cette prolifération peut être primitive sans cause ou secondaire à un traumatisme.

➤ **Clinique :**

Ce sont des formations intradermiques, saillantes de consistance très ferme, à surface lisse, parfois bosselée, télangiectasie, de forme allongée ou ovale, assez souvent spontanément sensibles ou prurigineuses. Elles siègent sur n'importe quelle partie des téguments et tout particulièrement sur les régions pré sternales, scapulaires et brachiales. On distingue :

- **Les chéloïdes provoqués**, secondaires à des traumatismes divers, à une vaccination, à des brûlures et à des lésions inflammatoires.
- **Les chéloïdes spontanées** plus fréquentes chez le mélanoderme, elles peuvent prendre des dimensions importantes et devenir invalidantes " maladie chéloïdienne".

➤ **Histologie:**

À l'examen macroscopique la chéloïde apparaît formée d'un tissu fibreux blanchâtre dur. En microscopie la chéloïde est constituée de tissus fibreux denses, mais elle contient en plus des faisceaux épais de collagène hyalin.

➤ **Traitement :**

Il est difficile. La cryothérapie et les injections intra lésionnelles de corticoïdes peuvent réduire le volume des chéloïdes. Les résections chirurgicales endochéloïdiennes et la compression forte par divers procédés ont donné souvent des résultats satisfaisants. Lorsque la chéloïde est de grande taille ; on fait une exérèse suivie d'une greffe de peau.

1.2 Les cellulites nécrosantes : [13]

➤ **Définition :** c'est une infection dermo-hypodermique avec nécrose des tissus. Ce sont des infections graves spécifiques à un mélange d'anaérobies et d'aérobies qui provoquent une nécrose du tissu sous cutané, comprenant habituellement l'aponévrose.

➤ **Etiologies :** essentiellement

- le streptocoque pyogène (groupe A). Le streptocoque pyogène est à lui tout seul incapable de provoquer des cellulites graves il y a toujours association des anaérobies.
- Les autres streptocoques, les bacilles anaérobies gram - et cocci anaérobies gram + et les bactéroïdes.

Ces germes atteignent le tissu sous cutané à partir d'infection contiguë ou d'une plaie régionale.

➤ **Les localisations :**

Les membres sont plus atteints, après érysipèle ou une plaie qui s'est surinfectée ou après une maladie veineuse ou artérielle chronique.

➤ **Clinique :**

On note un œdème ou une dermite ocre tout autour de la cellulite, on remarque une ulcération dont les bords sont peu réguliers, durs ou pas, à fond sale nécrotique purulent, avec dépôts de fibrine.

Cette ulcération nécrotique s'accompagne le plus souvent d'une altération de l'état général avec souvent une déshydratation une fièvre surtout si elle est étendue et le plus souvent d'anémie, d'où la gravité avec une mortalité avoisinant les 30% si une prise en charge correcte n'est pas instaurée rapidement.

On note des adénopathies inguinales et souvent des varices sur le trajet des vaisseaux.

➤ **Complications :**

La diffusion de l'infection à tout l'organisme responsable d'une septicémie, la nécrose des os, responsable d'amputation.

➤ **Traitement :**

- **Traitement médical :** c'est l'antibiothérapie générale, par la pénicilline G seule (12 à 20 millions d'UI par 24 heures en perfusion continue ou en 4 à 6 perfusions par 24 heures) reste encore le traitement de choix.

La posologie doit tenir compte du poids, en particulier pour les malades obèses, et de l'état rénal. Après 2 à 4 jours, l'apyrexie doit être obtenue et les signes locaux doivent s'améliorer. Le relais peut alors être pris par des antibiotiques oraux, pénicilline V (3 à 6 millions d'UI/24 h en 3 prises quotidiennes) ou mieux amoxicilline (3 à 4 g/24 h en 3 prises quotidiennes), poursuivis jusqu'à la disparition des signes locaux (entre 10 et 20 jours). Les macrolides sont également utilisés à la posologie de 2g et plus.

- **Traitement chirurgical** : On réalise d'abord plusieurs séances de cicatrisation dirigée jusqu'à la formation du bourgeon charnu comblant la perte de substance, puis la greffe de peau.

2. LES DERMATOSES MALIGNES

2.1 Le carcinome spinocellulaire ou carcinome épidermoïde [2, 8, 12]

➤ **Définition :**

C'est une tumeur maligne de la peau d'origine kératinocytaire développée à partir de la couche de malpighie susceptible de donner des métastases viscérales. C'est un cancer à développement très rapide.

➤ **Les facteurs favorisants :**

Ils sont dominés par l'exposition solaire : les ultraviolets (kératose actinique), rayons X, les hydrocarbures polycycliques (les goudrons), l'arsenic, les cicatrices (les cicatrices anciennes), certaines génodermatoses (albinisme), les dermatoses à localisation buccale (lichen plan buccal), puvathérapie (psoriasis), les immunosuppresseurs, les précancéreuses.

➤ **Les aspects cliniques :**

Le carcinome spinocellulaire au départ se présente comme un petit épaissement cutané qui évolue le plus souvent en placards à extension latérale et verticale c'est-à-dire envahit les tissus sous-jacents.

Plus tard on peut noter un nodule qui se recouvre de croûtes, le décollement de ces croûtes donnent des ulcérations douloureuses et le plus souvent purulents ; la surface de l'ulcération est irrégulière. Cette lésion évolue et s'étend très vite. Les dimensions varient de quelques mm à plus de 20cm.

Les localisations sont : les régions photo exposées telles que le visage, le front, les oreilles, la main, et exceptionnellement les organes génitaux.

➤ **L'histologie :**

Elle varie en fonction du degré de différenciation.

Le carcinome spinocellulaire se définit histologiquement comme une prolifération de cellules de grande taille organisée en lobules ou en travées plus ou moins anastomosées, souvent mal limitées, de disposition anarchique. Une différenciation kératinisante sous forme de globes cornés est fréquente. Il existe de nombreuses mitoses et des atypies cytonucléaires. La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme au sein d'un stroma inflammatoire. Le caractère peu différencié et l'existence d'un certain degré de neurotropisme sont des facteurs de mauvais pronostic. Selon le degré d'infiltration du derme et de franchissement de la membrane basale, on parle de carcinome in situ, de carcinome micro invasif ou de carcinome invasif.

➤ **Les formes cliniques :**

- Epithélioma pseudo glandulaire ou dyskératosique ou (adéno-acanthome de Lever)
- Epithélioma bowénoïde :
- Epithélioma trabéculaire :
- Epithélioma à cellules fusiformes :

➤ **Traitement :**

Il est essentiellement chirurgical. La principale technique consiste à l'exérèse suivie de suture ou de réparation par plastie (greffe de peau). Les autres moyens chirurgicaux sont constitués par l'électrocoagulation, la cryothérapie, la chimiothérapie à base d'antimitotique surtout dans les formes étendus.

2.2. Mélanome malin ou tumeur noire [9, 14, 15]

➤ **Définition**

C'est une tumeur maligne cutanée d'origine mélanocytaire (cellules qui fabriquent le pigment mélanique), dont la diffusion par voie lymphatique et hémotogène détermine des métastases d'évolution fatale.

Le mélanome est certainement favorisé par l'exposition aux rayons ultraviolets.

➤ **Etiologie:**

C'est une tumeur dont la fréquence est en croissance. Elle a doublé en dix ans en Scandinavie [15].

Le principal facteur étiologique du mélanome est le rayonnement ultraviolet.

C'est une tumeur rare chez l'enfant et l'adolescent. L'incidence maximum est entre 30 et 50 ans.

La localisation au dos est fréquente chez l'homme, et les jambes chez la femme.

La majorité des mélanomes surviennent de novo sur une peau indemne de lésions préalables (environ 20% d'entre eux), cependant l'existence d'un nævus pigmentaire géant, un nævus congénital est retrouvé le plus souvent.

➤ **Diagnostic clinique**

Il repose sur l'analyse morphologique d'une lésion cutanée habituellement pigmentée et sur l'histoire de cette lésion rapportée par le malade, selon une notation alphabétique appelée ABCDE (A= asymétrique, B= bords irréguliers, C= couleur inhomogène, D= lésion >6 mm, E= extension).

➤ **Histologie :**

L'histogénèse des mélanomes suit la théorie biphasique, qui postule que les mélanomes évoluent : horizontalement en nappe, au-dessus de la membrane basale (phase intra-épidermique) puis dans le derme superficiel (phase micro invasive), et dans une deuxième phase « verticalement » pénétrant profondément le derme (phase invasive). Le mélanome a donc en règle :

- Une composante intra-épidermique faite de mélanocytes qui constituent une nappe (mélanomes lentigineux) ou des thèques (amas plus ou moins globulaires de mélanocytes) irrégulières le long de la basale, avec souvent un envahissement des couches superficielles de l'épiderme ;

- Une composante dermique invasive associée à une inflammation

L'examen histologique permet d'affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur : c'est en règle évident, car les mélanocytes tumoraux produisent du pigment mélanique et la formation de thèques est évocatrice. La mise en évidence du pigment mélanique, l'utilisation de marqueurs phénotypiques (protéine S100, anticorps monoclonal HMB45) peut être utile dans les mélanomes peu différenciés.

Il permet ensuite d'affirmer la malignité de la tumeur, ce qui pose parfois des problèmes dans les tumeurs débutantes intra épidermiques ou dans certaines formes de nævus (nævus de Spitz, nævus de Clark).

Il permet enfin d'évaluer le degré d'invasion de la tumeur en profondeur et de mesurer son épaisseur (indice de Breslow) qui est le principal facteur pronostique.

Le risque métastatique est nul en phase intra-épidermique, très faible en phase micro invasive, très élevé en phase invasive et ce d'autant plus que l'invasion est profonde.

➤ **Classification anatomo-clinique :**

La classification anatomo-clinique utilisée tente de résumer l'infinité des profils évolutifs du mélanome en 6 grandes catégories :

- Le mélanome superficiel extensif, (60 à 70 % des cas) d'évolution initialement horizontale, puis assez rapidement verticale ;
- Le mélanome nodulaire (10 à 20 % des cas) d'évolution très rapidement verticale ;
- Les mélanomelentigineux qui ont une évolution horizontale pendant des mois et années ;

- Le mélanome acral (2 à 10 % des cas) des paumes, plantes et ongles ;
- Le mélanome de Dubreuil (5 à 10 % des cas) des zones cutanées atrophiques dégradées par des expositions solaires régulières pendant des décennies (visage du sujet âgé) ;
- Les mélanomes des muqueuses.

Plus la phase horizontale est longue, plus on a du temps pour faire le diagnostic avant l'invasion verticale. Il est donc habituel de trouver les mélanomes nodulaires à un stade invasif et les mélanomes de Dubreuil à un stade intra-épidermique. Cependant à invasion tumorale identique toutes ces formes anatomo-cliniques ont le même pronostic.

➤ **Diagnostic différentiel** se fait avec :

- Les histiocytobromes pigmentés caractéristiques par leur consistance en pastille.
- Les angiomes thrombosés qui peuvent donner à confusion avec un petit mélanome nodulaire.

➤ **Traitement du mélanome malin :**

La chirurgie est le seul traitement du mélanome. Les lésions superficielles sont traitées par exérèse simple, tandis que les lésions en phase de croissance verticale doivent bénéficier d'une exérèse large avec marge et fermeture par greffe ou lambeau.

3. Le traitement des brûlures étendues du troisième degré :

Il est chirurgical et repose sur l'excision des brûlures jusqu' en tissu sain suivie d'une autogreffe de peau qui est le plus souvent un greffon dermo-épidermique mince. Lorsque les brûlures sont à la fois profondes et étendues, la survie du patient dépend de la réalisation du geste chirurgical sans délai. C'est le principe de l'excision-greffe précoce dont la pratique a permis l'augmentation significative de la survie des patients [16].

4. LA BRIDE CICATRICIELLE : [17].

Les brides cicatricielles constituent des cicatrices défectueuses, séquellaires sur le plan esthétique et fonctionnel.

Il importe de savoir les prévenir et, devant une bride constituée, de choisir la technique adaptée à sa correction.

Il faut différencier bride cicatricielle et cicatrice globalement rétractile : la rétraction des tissus est un phénomène inhérent à la cicatrisation, et lié au rôle du myofibroblaste dont l'activité est plus ou moins persistante au niveau de la cicatrice. Cette rétraction est homogène et limitée dans les zones dites "équilibrées", comme le dos ou le cuir chevelu. Ailleurs elle se fera préférentiellement dans une direction et aboutit au placard cicatriciel rétractile. C'est le type de cicatrice que l'on observe quand une surface étendue a été laissée en cicatrisation avec souvent une composante hypertrophique au centre de la zone rétractile. Les brûlures sont souvent responsables de ce résultat cicatriciel.

La bride cicatricielle réalise un aspect particulier, elle est formée par un repli cutané présentant un bord libre qui constitue le grand axe de la cicatrice, et deux versants latéraux de part et d'autre.

Ces deux versants sont constitués de peau souple ou cicatricielle participant à la rétraction, ou bien un versant est souple et l'autre cicatriciel.

La bride cicatricielle résulte donc plus d'une cicatrice linéaire consécutive à une suture mal orientée de deux berges, soit après exérèse en fuseau, soit en limite d'une greffe ou d'un lambeau, voire après simple incision sans sacrifice cutané. Cette cicatrice linéaire va constituer une ligne, dans l'axe de laquelle s'organise la rétraction, et qui est inextensible. Selon sa localisation, et surtout son orientation, cette cicatrice peut être ou non responsable d'un effet de bride.

Plusieurs zones cutanées sont soumises à des sollicitations mécaniques importantes, où l'élasticité est indispensable dans une direction déterminée. Ceci est particulièrement vrai au niveau des plis de flexion en regard des articulations (aisselle, poignet, creux poplité, paume de la main, plis de flexion des doigts et commissures interdigitales). Dans ces zones une importante laxité est nécessaire perpendiculairement au pli, afin de permettre l'extension complète du segment d'aval. La cicatrice croisant perpendiculairement ce pli, limite la mobilité en extension par disparition des qualités locales de l'élasticité cutanée dans l'axe de cette cicatrice.

La bride ainsi constituée peut être plus ou moins serrée selon le degré de limitation de l'extension.

D'autres zones à la face peuvent être le siège de brides quand la cicatrice est orientée perpendiculairement aux lignes de tension cutanée, elle peut alors constituer un cordon inextensible s'opposant à la mobilisation cutanée sous l'action des muscles peauciers ou du squelette facial. L'existence d'une surface à concavité marquée est également un facteur prédisposant quand elle est croisée par une cicatrice.

Parmi ces zones à risque de bride à la face citons :

- les cicatrices verticales sur le canthus interne ou externe, sur la paupière supérieure, le sillon labio-mentonnier, les commissures labiales, la partie médiane de la lèvre inférieure sous la ligne cutanéomuqueuse, le cou.

- les cicatrices horizontales en région naso-génienne ou génienne basse, dont l'effet de bride se révèle lors de la mimique et du sourire.

PREVENTION :

La bride cicatricielle résulte principalement d'une mauvaise orientation d'un axe d'incision ou d'une suture dans certaines zones. Elle est donc souvent évitable. Mieux vaut une cicatrice plus longue et bien orientée, qu'une cicatrice courte mal orientée, qui risque de devenir beaucoup plus visible par l'effet de bride qu'elle provoque.

Certains grands principes peuvent donc être rappelés :

- ne jamais franchir perpendiculairement un pli de flexion, arrêter si possible l'incision avant le pli ou, si celui-ci doit être franchi, toujours briser la cicatrice à son niveau par un tracé en baïonnette ou en Z.
- orienter les cicatrices parallèles aux lignes de moindre tension dans l'axe des plis cutanés.
- quand l'orientation cicatricielle risque d'être mauvaise, la briser par un ou plusieurs Z repartis sur sa longueur.
- étendre l'exérèse en peau saine, pour reporter les limites d'une greffe dans une unité fonctionnelle anatomique et briser les contours de la zone greffée.
- pas de cicatrisation dirigée au niveau des plis de flexion ou du canthus, préférer une greffe ou un lambeau.

TRAITEMENT :

La bride est une indication opératoire formelle, aucune amélioration spontanée n'est possible. Au contraire, les contraintes mécaniques ne pourront que l'aggraver voire provoquer des ulcérations sur la bride.

- Le choix de la technique dépend de la qualité de la peau de part et d'autre de la bride et de la sévérité de celle-ci :
 - si les deux versants sont souples, c'est une bonne indication à une plastie en Z d'allongement.

L'effet d'allongement maximal est obtenu lorsque les triangles sont équilatéraux (60°). Il est proportionnel à la longueur du bras médian du Z. Cet allongement est toujours obtenu au prix d'un raccourcissement dans un axe perpendiculaire. Cette plastie n'est donc pas réalisable quand la bride siège en zone globalement rétractile, qui ne permettra pas l'échange des lambeaux du Z.

On peut réaliser des plasties en Z plus petites et en série afin de limiter la rançon cicatricielle. On peut aussi planifier une plastie en Z à 4 ou 6 lambeaux. L'avancement en VY permet aussi d'obtenir un allongement si la laxité latérale est bonne, mais il ne change pas l'orientation de la cicatrice qui conserve le même axe et expose à la persistance ou la récurrence de l'effet de bride.

- si un versant est souple et l'autre cicatriciel, la peau cicatricielle ne pourra être mobilisée dans une plastie d'échange. Il faut interposer un ou des triangles de peau souple, dans des incisions ouvrant la bride perpendiculairement, pour gagner de la longueur et obtenir le relâchement souhaité. Ceci est réalisé par un Z asymétrique (la plastie en IC décrite pour les séquelles de brûlures dérive du même procédé). La plastie en trident trouve ici son indication classique, elle associe deux plasties en Z asymétriques opposées à un avancement en VY. Trois triangles cutanés souples vont s'interposer perpendiculairement à la bride, et l'effet d'allongement s'additionne.

- quand la bride est entourée de part et d'autre de peau cicatricielle, l'allongement ne peut être obtenu par des lambeaux locaux, car il existe également une rétraction transversale. Le déficit cutané est toujours plus important que l'examen ne le laisse supposer. Tout le tissu cicatriciel devra être excisé jusqu'en peau saine, et au-delà en unité anatomique. Les plans sous-cutanés cicatriciels participant à la rétraction devront aussi être excisés ou relâchés par des incisions étagées, pour éviter une rétraction secondaire. Le recours à une greffe est nécessaire, habituellement en peau totale qui rétracte peu, plus rarement un lambeau à distance.

5. Les pertes de substance post chirurgicale

III. Les Contre-indications de la greffe de peau :

Il s'agit essentiellement de l'infection, d'une tumeur évolutive avec comme **risques** l'hématome, le saignement et le rejet du greffon.

METHODOLOGIE

1. Lieu de l'étude :

Le Centre Hospitalier Universitaire du Point « G » est l'un des quatre hôpitaux nationaux du Mali. C'est un centre de référence de 3ème niveau. Il est situé à 8km du centre-ville de Bamako au nord sur la colline du point « G ». Au niveau de ce CHU sont référés les malades de la ville de Bamako et ceux de l'intérieur du pays. Il compte actuellement quinze services répartis en plusieurs spécialités, parmi lesquelles le service de chirurgie « B » et vingt-cinq pavillons d'hospitalisation.

2. Présentation du service de la chirurgie « B » :

Le service de chirurgie « B » a vu le jour en décembre 1978 avec l'arrivée du Professeur **ABDEL KARIM KOUMARE**. Il compte trois salles de première catégorie de deux lits chacune, deux salles de deuxième catégorie de quatre lits chacune, deux salles de troisième catégorie de six lits chacune et une salle de chirurgie cardiaque de quatre lits, un bloc opératoire pour les patients programmés et un bloc d'urgences commun à tous les services de chirurgie.

3. Type et durée de l'étude :

Il s'agissait d'une étude

Rétrospective : de 1980-2013 au cours de la quelle 46 patients ont été recensés

Prospective : 2014 pendant la quelle 4 patients ont été colligés et l'étude a été réalisée dans le service de chirurgie B, sur une période de 35 ans allant de janvier 1980 à décembre 2014.

4. Critères d'inclusion :

Tous les malades ayant subi une greffe de peau et hospitalisés dans le service de chirurgie « B ».

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les Patients dont les lésions n'ont pas nécessité de greffe de peau ;
- Les malades dont les dossiers médicaux étaient incomplets
- Les malades ayant subi une greffe de peau en dehors du service de chirurgie « B »

5. Méthode :

Nous avons établi une fiche d'enquête corrigée par le Co- Directeur puis par le Directeur de thèse. Un pré-test a été effectué sur un échantillon de 10 dossiers pour valider le questionnaire qui comportait :

- les renseignements socio-administratifs,
- les aspects cliniques et topographiques des lésions à greffer
- les indications et le traitement réalisés
- le suivi postopératoire.

Nous avons étudié les paramètres sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques, les indications et le suivi postopératoire immédiat.

6. Tests statistiques :

La collecte et la saisie des données a été fait sur le logiciel Excel version 2010.

L'analyse des dossiers a été faite sur le logiciel Epi-info (6) version pour Windows.

Les données ont été exprimées sous forme de pourcentage ou de moyenne pour les paramètres quantitatifs. Les tests de chi², de Student (t) ou de Yates de Fisher ont permis de comparer les résultats entre eux et avec d'autres auteurs. Une probabilité $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats

Au cours de la période d'étude, nous avons recensé 50 patients ayant bénéficié d'une greffe de peau représentant 0,20% des interventions chirurgicales du service de chirurgie « B ».

1. Aspects sociodémographiques :

1-1 Fréquence des malades selon l'année

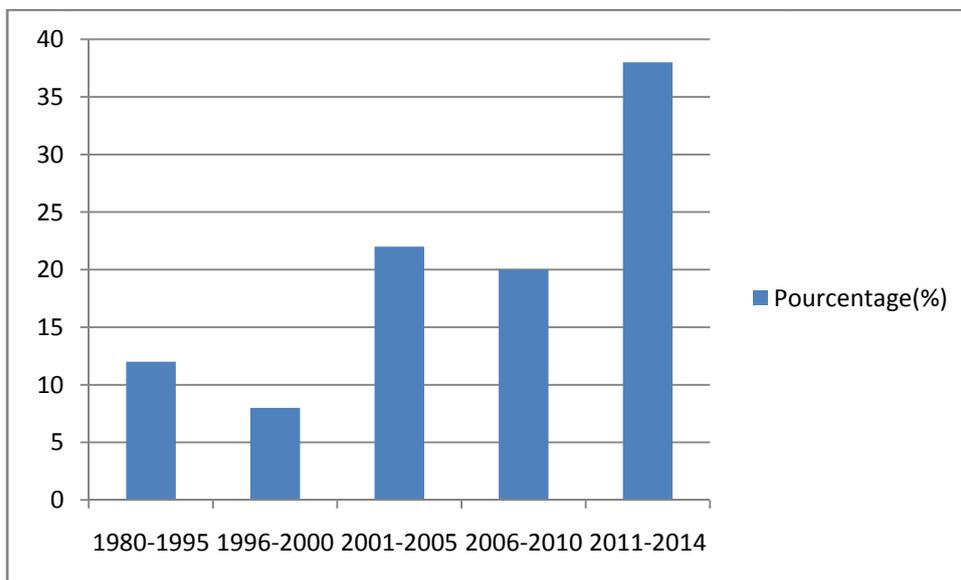


Fig.2 : Répartition des patients selon l'année de recrutement

La fréquence de greffe de peau a augmenté entre 2011-2014 avec 38% des cas.

1-2 Fréquence selon le sexe

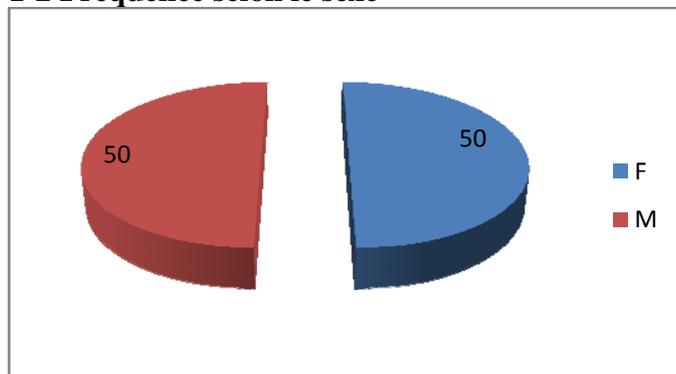


Fig. 3 répartition des malades selon le sexe

Il avait autant de femme que d'homme dans cette étude avec un sexe ratio à 1.

Tableau I : répartition des patients selon l'âge:

Age (année)	Effectif	Pourcentage (%)
<15	18	36,00
15 - 40	21	42,00
41 - 60	6	12,00
> 60	5	10,00
Total	50	100,00

L'âge moyen était de 25,25 ans, un Ecart type= 19 et des extrêmes de 2 ans et 80 ans.

Tableau II : répartition des patients selon la profession :

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateurs	9	18,00
Commerçants	2	4,00
Comptables	1	2,00
Etudiants	14	28,00
Enfants	11	22,00
Chauffeurs	4	8,00
Ménagère	9	18,00
Total	50	100,00

Les étudiants étaient les plus représentés avec 28% de l'effectif.

Tableau III : répartition des patients selon l'ethnie :

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	14	28,00
Peulh	8	16,00
Dogon	3	6,00
Malinké	10	20,00
Sonrhäi	4	8,00
Sarakolé	9	18,00
Senoufo	1	2,00
Ouladaoud	1	2,00
Total	50	100,00

Les bambaras avec 28% suivis des malinkés avec 20% ont été les plus représentés.

Tableau IV : répartition des patients selon la provenance :

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	29	58,00
Gao	2	4,00
Kayes	3	6,00
Koulikoro	3	6,00
Sikasso	1	2,00
Ségou	4	8,00
Mopti	7	14,00
Mauritanie	1	2,00
Total	50	100,00

Plus de la moitié des patients provenait de la ville de Bamako avec 58%.

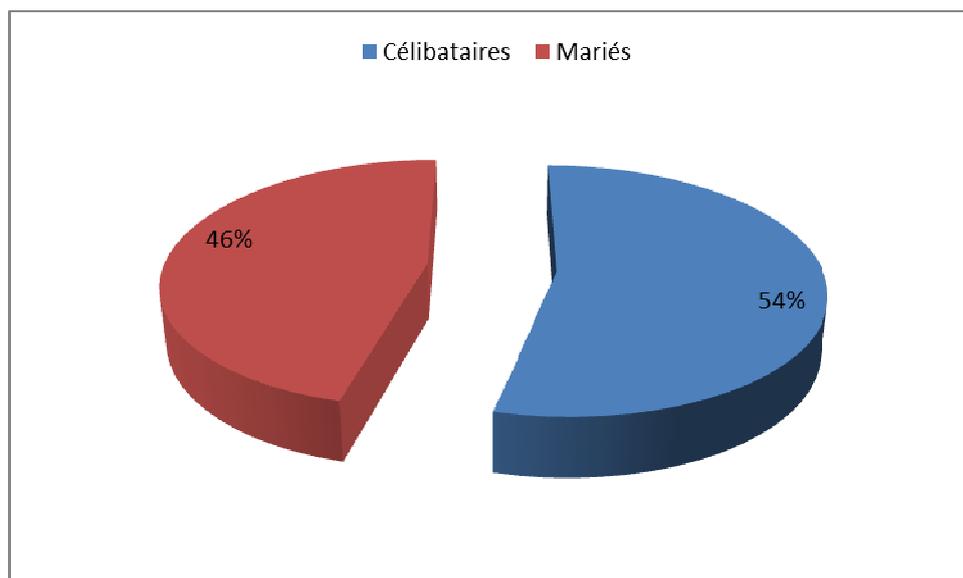


Fig. 4 : Répartition des malades selon le statut matrimonial

Les célibataires ont représenté 54% des patients.

Tableau V: répartition des patients selon le niveau d'étude scolaire

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisé	28	56
Primaire	9	18
Secondaire	6	12
Universitaire	7	14
Total	50	100

Les non scolarisés ont représenté 56% des patients.

2. Aspects cliniques des lésions à greffer :

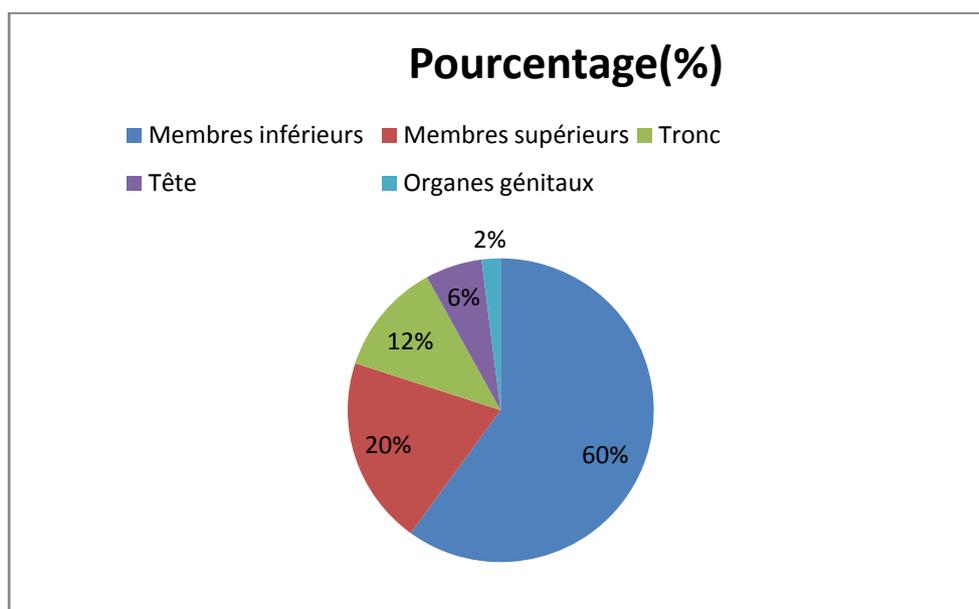


Fig. 5 : Répartition des patients selon la topographie de la surface greffée

Les lésions à greffer siégeaient au niveau des membres inférieurs dans 60% des cas.

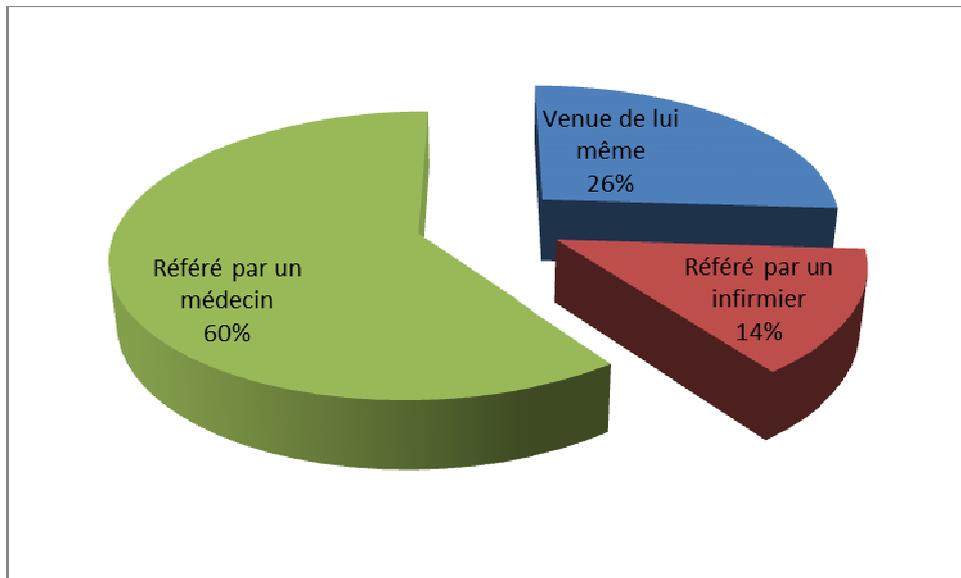


Fig. 6 : Mode référence des patients

La majorité des patients soit (60%) étaient référés par un médecin.

Tableau VI : répartition des patients selon le motif de consultation :

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Brides cicatricielles	18	36,00
Plaie ulcéro- nécrotique	15	30,00
Brûlure de 3 ^{ème} degré	2	4,00
Chéloïde	1	2,00
Fente labiale + plaie	1	2,00
Tuméfaction	8	16,00
Mélanome	2	4,00
Ischémie de la jambe gauche	1	2,00
Réalisation de la Greffe de peau	1	2,00
Morsure de serpent	1	2,00
Total	50	100,00

Les brides cicatricielles étaient le motif de consultation le plus fréquent avec 36%.

Tableau VII : répartition des patients selon la durée d'évolution de la lésion :

Evoluant depuis	Effectif	Pourcentage (%)
1mois-3mois	19	38,00
4mois-1an	20	40,00
Plus 1 an	11	22,00
Total	50	100,00

La durée moyenne d'évolution des lésions était de 1 an avec les extrêmes de 2jours et 19 ans

Tableau VIII : répartition des patients selon le traitement symptomatique :

Traitement symptomatique	Effectif	Pourcentage(%)
Antalgique	10	20,00
Anti-inflammatoire	16	32,00
Antihistaminique	1	2,00
Corticoïde	10	20,00
Traitement traditionnel	6	12,00
Aucun traitement	7	14,00
Total	50	100,00

Les anti-inflammatoire étaient les médicaments les plus fréquemment prescrits avant la consultation chirurgicale avec 32% des cas.

Tableau IX : répartition des patients selon les antécédents médicaux :

Antécédent	Effectif	Pourcentage(%)
Epilepsie	4	8,00
Diabète	3	6,00
Asthmatique	1	2,00
Bilharziose	2	4,00
Brûlure thermique	14	28,00
Epigastralgie	2	4,00
HTA	1	2,00
Mutisme	1	2,00
OMI	1	2,00
Sans antécédent	21	42,00
Total	50	100,00

OMI : œdème des membres inférieurs HTA : hypertension artérielle

La majorité des patients (42%) n'avait aucun antécédent particulier.

Tableau X : répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux :

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Brides cicatricielles	1	2,00
Exérèse de la tumeur	1	2,00
Fracture	1	2,00
Greffe de la peau	3	6,00
HID	1	2,00
Varice	1	2,00
Imperforation anale	1	2,00
Sans antécédent	41	82,00
Total	50	100,00

HID : hernie inguinale droite

Un antécédent de greffe de peau était observé chez 6% des patients.

Tableau XI : répartition des patients en fonction de l'état général selon l'indice de Karnovsky :

Karnovsky en pourcentage	Fréquence	Pourcentage (%)
90	40	80,00
70	7	14,00
60	3	6,00
Total	50	100,00

La majorité des patients avait un bon état général

Tableau XII : répartition des patients en fonction de l'état des Conjonctives :

Conjonctive	Fréquence	Pourcentage (%)
Bien colorée	39	78,00
Moyennement colorée	9	18,00
Pâleur	2	4,00
Total	50	100,00

Les conjonctives étaient bien colorées chez 78% des patients.

Tableau XIII : répartition des patients en fonction de la température (°c) :

Température (°c)	Fréquence	Pourcentage(%)
37	19	38,00
38	17	34,00
39	14	28,00
Total	50	100,00

Une fièvre était observée chez 62% des malades

Tableau XIV : répartition des patients en fonction des signes fonctionnels :

Signes Fonctionnels	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur	17	34,00
Douleur + Fièvre	10	20,00
Limitation des mouvements	14	28,00
Prurit	9	18,00
Total	50	100,00

Les signes fonctionnels fréquemment signalés étaient la douleur et la limitation des mouvements avec 62%.

Tableau XV : répartition des patients en fonction des signes à l'inspection :

Inspection	Effectif	Pourcentage (%)
Brides cicatricielles	20	40,00
Brûlure de 3 degré	2	4,00
Fente labiale + plaie	1	2,00
Plaie ulcéro- nécrotique	21	42,00
Tumeur	6	12,00
Total	50	100,00

Tableau XVI : répartition des patients en fonction des signes à la palpation :

Palpation	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur+ suppuration	16	32,00
Douleur+ chaleur locale	10	20,00
Tuméfaction	5	10,00
Limitation des mouvements	18	36,00
Sans particularité	1	2,00
Total	50	100,00

La palpation a trouvé une douleur chez 52% des patients.

Tableau XVII : répartition des patients en fonction de la mensuration de la perte de substance (cm²)

Surface de la lésion (cm²)	Effectif	Pourcentage (%)
0-5	6	12,00
5-10	15	30,00
10-15	14	28,00
15-20	10	20,00
20-25	3	6,00
25-30	2	4,00
Total	50	100,00

La surface moyenne de la perte de substance était de 13,25 cm² et des extrêmes de 3cm² et 30 cm²

Tableau XVIII : répartition des patients en fonction de la consistance de la lésion :

Consistance	Effectif	Pourcentage (%)
Dure	15	30,00
Ferme	2	4,00
Molle	6	12,00
Plaie	27	54,00
Total	50	100,00

Dans 54% des cas les lésions étaient des plaies ulcéro-nécrotiques.

3- Données paracliniques :

3-1 Biopsie de la lésion (tumeur) :

Dans 22% des cas, nous avons réalisés une biopsie de la lésion.

3-2 Radiographie de la lésion à la recherche de localisation secondaire :

La majorité des patients ont fait une radiographie soit : (70%).

3-3 Echographie de la lésion à la recherche de localisation secondaire :

Dans 14% des cas les patients ont effectué une échographie de la lésion.

3-4 TDM de la lésion à la recherche de localisation secondaire:

Dans 8% de cas, les patients ont fait une TDM (tomodensitométrie).

4- Diagnostic :

Tableau XIX : répartition des patients selon les indications de la greffe de peau :

Indications	Effectif	Pourcentage (%)
Brides cicatricielles	20	40,00
Brulure de 3ème degré	3	6,00
Plaie ulcéro-nécrotique	16	32,00
chéloïde	2	4,00
Tumeur maligne	7	14,00
Ulcère de Buruli	1	2,00
Fente labiale + plaie	1	2,00
Total	50	100,00

Les brides cicatricielles ont constituées 40% des indications des greffes de peau.

5- Bilan d'opérabilité :

Un bilan biologique pré opératoire constitué de la numération formule sanguine, la créatininémie, la glycémie, du taux de prothrombine, du groupe sanguin-rhésus, du temps de céphaline kaolin était systématiquement réalisé pour tous les patients.

Pour les tumeurs malignes seul un patient a bénéficié d'une chimiothérapie néo-adjuvante

6. Aspects thérapeutiques :

Tableau XX : répartition des patients selon le traitement chirurgical effectué :

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage (%)
Exérèse + greffe de peau totale	6	12,00
Exérèse + greffe de peau mince	3	6,00
Greffe de peau mince	31	62,00
Greffe de peau totale	9	18,00
Greffe de peau totale et mince	1	2,00
Total	50	100,00

Une greffe de peau mince a été réalisée chez 62% des malades.

Type d'anesthésie

Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale.

Tableau XXI : répartition des patients selon les suites opératoires immédiates

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Simple	47	94,00
Infection	3	6,00
Total	50	100,00

Les suites opératoires ont été simples dans 94 % des cas.

Tableau XXII : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée en (jour)	Effectif	Pourcentage (%)
1-15	23	46,00
15-30	11	22,00
31 - 45	5	10,00
> 45	11	22,00
Total	50	100,00

La durée moyenne d'hospitalisation était de 28 jours avec des extrêmes de 4 et 90 jours

Tableau XXIII : répartition des patients selon la qualité esthétique

Qualité esthétique	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne	42	84,00
Satisfaisante	8	16,00
Total	50	100,00

La qualité esthétique était jugée bonne dans 84% des cas.

V. Données iconographiques



Photo 1 : Plaie ulcéro-nécrotique avec perte de substance consécutive à une ischémie du membre inférieur (Photo prise 12 janvier 2014 par moi)



Photo 2 : greffe de peau totale de la face dorsale du pied (prise le 5 février 2014 par moi)



Photo 3 : Perte de substance post-opératoire après exérèse d'une tumeur solide maligne de la fesse (prise 12 mars 2014 par moi)



Photo 4 : Greffe de peau mince de la fesse (prise le 10 avril 2014 par moi)



Photo 5 : Plaie ulcéreuse avec perte de substance secondaire à une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs (prise le 10 février 2014 par moi)



Photo 6 : greffe de peau mince de la face antérolatérale du pied droit (prise le 14 mars 2014 par moi)

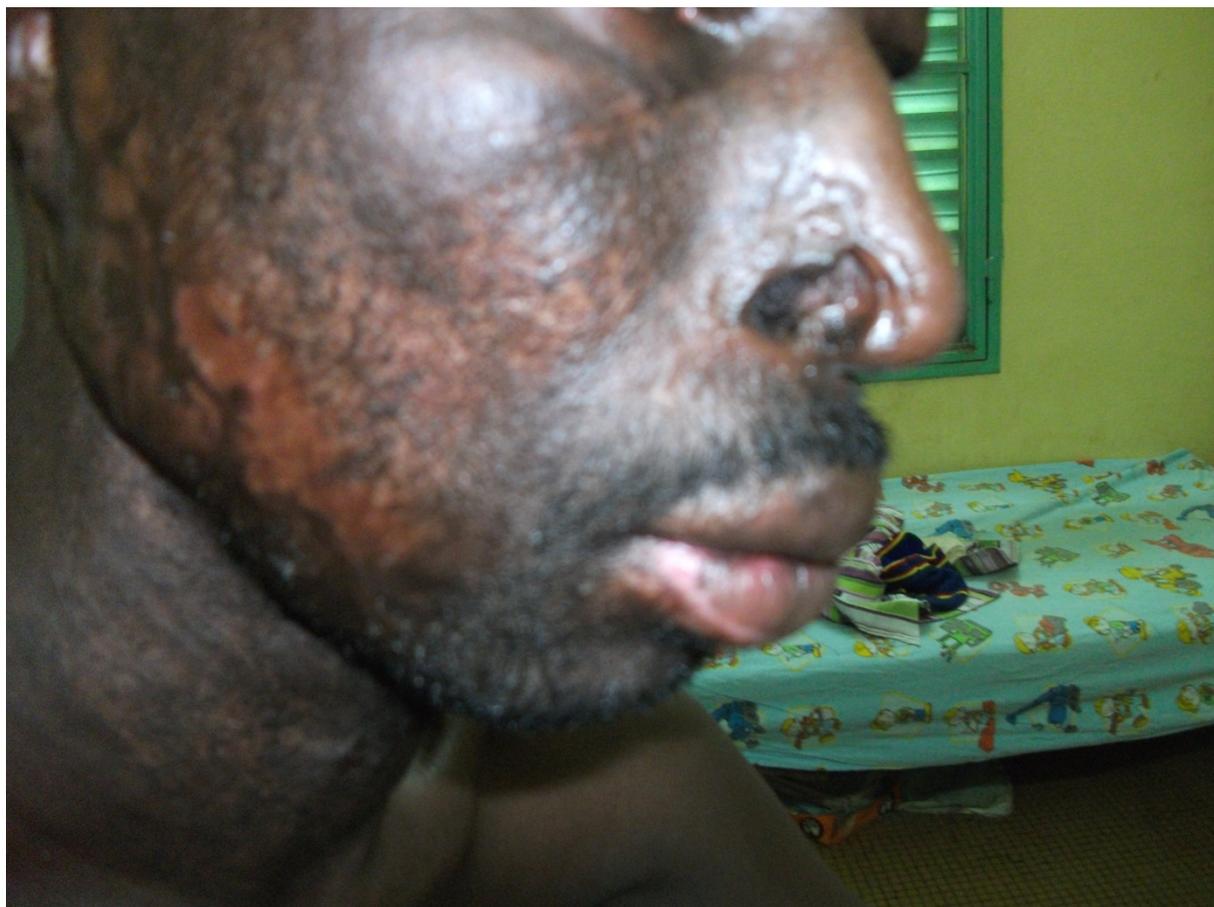


Photo 7 : greffe de peau totale de la face (brûlure du 3^{ème} degré)

VI. Discussion

1- Sur la méthodologie

La limitation de notre activité chirurgicale par l'insuffisance du plateau technique l'irrégularité des malades dans le suivi, le refus de l'acte chirurgical et le faible revenu ont été des handicaps à notre étude. Cependant la qualité des résultats obtenus avec les actes pratiqués mérite d'être soutenue et encouragée. Par ailleurs l'inconvénient des études rétrospectives est la perte de certaines données voir même de dossier tout entier, a limité nos résultats.

2- Données socio-épidémiologiques :

2.1 Selon l'âge :

La tranche d'âge de 15-40ans a été la plus atteinte avec (42%) avec un âge moyen de 25 ,25 ans. Il n'existe pas de différence statistique entre l'âge moyen dans notre étude et celui des études de BA réalisée en 2008[6] qui a trouvé pour la tranche d'âge de 21 à 40 ans (51 ,8%) avec un âge de 32ans ($p=0,52$) et c'elle de DACKOU au CHU Gabriel Touré 2008[7] qui a trouvé un âge moyen de (33,6ans)($p=0,64$) et Kane au Sénégal en 2004[18] a eu un âge moyen de 33ans ($p=0,90$). Par contre ces âges moyens sont inférieurs à ceux trouvé en Europe par Mostig [4] en Italie avec un âge moyen de 74 ans ($p=0,0025$). Cette différence pourra s'expliquer par la population africaine majoritairement jeune.

1.2 Selon le sexe :

Pendant notre étude nous avons rencontré autant de femmes que d'hommes soit un Sexe ratio à 1 ; différent de celui de BA [6] dans laquelle les femmes sont majoritaires avec un sexe - ratio de 1.2 et cela s'explique par le fait que son étude a été réalisée dans un service de dermatologie et portait sur toutes les dermatoses chirurgicales. Cette prédominance féminine dans son échantillon est à relier à la fréquence élevée de chéloïdes notamment de l'oreille due aux percées d'oreille fréquente dans cette population. Ce qui va dans le sens des travaux d'Alhady et coll. [19].

1.3 Selon la résidence :

Les résidents de Bamako, étaient très représentés contrairement aux autres régions. Cette disparité pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été faite à Bamako ainsi que le manque d'information sur les possibilités du service de chirurgie (B) à réaliser la greffe de peau. Ce résultat est comparable à celui BA [6] qui a trouvé (91,10%, $p= 0,92$) pour Bamako.

1.4 Selon la profession :

Les ménagères et les étudiants ont représenté (46%) des patients. Nous n'avons pas pu déceler de lien entre les professions recensées et les lésions nécessitant une greffe de peau. Ces deux groupes ont représenté (26,20%) dans l'étude de BA [6] et cela pourrait s'expliquer par la différence de la taille de l'échantillon.

2- Aspects cliniques :

2.1 Signes fonctionnels :

La symptomatologie fonctionnelle au cours des dermatoses chirurgicales est variable. Les signes fonctionnels peuvent être présents ou absents. Nous avons recensé les symptômes suivant la description des patients. Les signes comme (la douleur, le prurit, le picotement et la limitation des mouvements) ont été fréquemment retrouvé (92%). Ces mêmes signes ont représenté (26,90%, $p= 0,48$) dans l'étude de BA [6]. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des plaies ulcéro-nécrotique chroniques et des brides cicatricielles dans notre étude.

2.2 Signes physiques :

Suivant l'aspect macroscopique des lésions dans notre série les brides cicatricielles et les plaies ulcéro-nécrotiques ont été les plus fréquentes avec respectivement 40,00% et 32,00%. Cette fréquence élevée des brides et plaies ulcéro nécrotiques pourrait s'expliquer par une mauvaise prise en charge initiale des lésions de brûlures et des plaies.

2.3 Selon la topographie des lésions :

Tableau XXIV : Comparaison selon les auteurs

Auteurs	Jambe	Cuisse	Pied	Bras	Avant- Bras	Mains	Thorax	tête
Cornet L	38,8%	38,8%	5%	5%	2,4%	5%	5%	
Cote d'Ivoire								
1990[20]	P=0,57	P=0,57	P=0,03	P=0,03	P=0,31	P=0,52	P=0,30	
Caron J	83%		17 %					
France								
2003 [3]	P=0,02		P=0,00					
Alzouma	52,3%	1%	46 %					
M K Mali,								
2003[21]	P=0,00	P=0,00	P=0,17					
Dackou E	51,9%	36,7%	44,3 %	10,1 %	10,1 %	8,9%	5,1%	
Mali								
2008[7]	P=0,72	P=0,44	P=0,36	P=0,10	P=0,10	0,08	0,05	
Dans notre étude	60%			20%		6%	12%	2%

Dans notre série le taux des ulcères reste élevé sur les membres inférieurs. Ce taux de 60 % au niveau des jambes ne diffère pas statistiquement de celui trouvé par Dackou [7] 51,9 % (p=0,72) et CORNET L [20] 38,8% (p=0,57) mais diffère de celui Caron [3] 83% (p=0,02). Sur les pieds notre taux de 0% diffère statistiquement de celui de ces mêmes auteurs.

Dans les pays Occidentaux cette prédominance sur les membres inférieurs s'expliquerait par la plus grande fréquence des pathologies vasculaires en particulier veineuses entraînant la plupart des ulcères.

Dans notre série et la plupart des séries Africaines, on trouve que les membres inférieurs sont beaucoup plus touchés lors des accidents de la voie publique et les microtraumatismes occasionnant la majeure partie des plaies ulcéreuses.

Au niveau des membres supérieurs ce taux est respectivement de 20%, 0%, 6% au niveau du bras, avant-bras, et les mains. Ces taux ne diffèrent pas statistiquement de CORNET L [20] en Côte d'Ivoire sauf au niveau du bras.

Les membres et la tête étaient les localisations préférentielles des lésions au cours de notre étude soient respectivement (80,0 %) et (12,0%). Il s'agissait surtout des brides cicatricielles, des plaies ulcéro- nécrotiques, et un cas d'ulcère de Buruli. Cette prédominance de ces parties pourrait s'expliquer par le caractère affichant de ces lésions.

2.4- Suivant la typologie des lésions :

Dans notre étude les tumeurs bénignes ont représenté 18% avec une prédominance des chéloïdes. BA [6] avait trouvé (96,5%, $p < 0,05$) de dermatoses chirurgicales bénignes constituées de 68,94% de tumeurs bénignes, 13,78% de perte de substance avec troubles trophiques et 13,78% de lésions infectieuses. Prénaux J [2] en 1997 a trouvé 58% des dermatoses chirurgicales bénignes. Il existe une différence statistiquement significative ($p = 0,02$) entre ces auteurs et notre travail. Celle-ci pourrait être expliquée par un biais de recrutement en rapport avec la nature dermatologique de leurs institutions.

Par ailleurs la nature de ces tumeurs varie d'un service ou d'un pays à un autre. Ainsi les chéloïdes ont occupé la 1^{ère} place des tumeurs bénignes dans notre étude. Elles ont occupées la 3^{ème} place dans le travail de Fatou BT au Burkina Faso [22] avec 16,2%. Dans l'étude de Myhre-Jensen O [23] en Scandinavie, les lipomes étaient les tumeurs bénignes les plus fréquentes avec 43%.

Nous avons recensé 2 cas (4,0%) de dermatoses chirurgicales malignes essentiellement un mélanome malin et un carcinome spinocellulaire. Cette fréquence a été observée dans les séries africaines [24-26]. Cependant Tuyns AJ [24] en 1971 avait estimé que 38-83% des cancers cutanés rencontrés en Afrique Noire étaient des épithéliomas spinocellulaires.

3. Les données du traitement :

3.1 La technique opératoire :

Malgré la limitation du plateau technique, les techniques opératoires étaient variées. La technique opératoire la plus fréquente a été la greffe de peau mince en un temps 62,00 %. La principale indication de greffe de peau en un temps était les plaies ulcéro- nécrotiques après plusieurs pansements gras pour rendre la plaie propre et bourgeonnante. Les autres techniques chirurgicales ont consisté en : l'exérèse avec greffe de peau totale dans 12,00%, l'exérèse avec greffe de peau mince dans 6,00% et la greffe de peau totale dans 18,00%. Parfois on peut combiner plusieurs types de greffe en un temps. Nous avons pratiqué chez un même malade une greffe mixte de peau totale et de peau mince. Nos résultats sont très inférieurs à ceux obtenus par EL Mazay et al. [5] au Maroc avec 76% de greffe de peau totale, 21% de peau semi-épaisse et 3% de peau mince. Cette différence pourrait s'expliquer par l'indication de leur greffe de peau essentiellement dans la main brûlée.

Dans notre travail nous avons pratiqué l'autogreffe de peau qui est la technique la plus largement admise par beaucoup d'auteurs [4, 27].

Tableau XXV: Autogreffes selon les auteurs

Année	Auteurs	Autogreffe de peau
2003	MSEDDI M, Tunisie [27]	3,80%
2005	MOSTI G, Italie [4]	100%
2008	EMMANUEL, D Mali [7]	62%
2015	NOTRE ETUDE	100%

L'autogreffe dermo-epidermique de peau a été pratiquée chez tous nos patients. Cette technique est utilisée avec des fréquences variables. MSEDDI M et al. [27] en Tunisie ont réalisé 3,80%, Mostig G et al. [4] en Italie 100% et Emmanuel D [7] au Mali 62%.

3.2 Résultat du traitement chirurgical :

Le taux de guérison diffère selon l'indication opératoire et la technique opératoire. La guérison aboutit à des groupes distincts de patients:

Les patients complètement guéris avec une belle cicatrice, non hypertrophique.

Les patients partiellement guéris présentant une cicatrice légèrement ulcérée ou hypertrophique.

Les patients avec des complications à type d'infection malgré le traitement antibiotique.

Dans notre étude quel que soit toute indication confondue, tous nos patients ayant bénéficié d'une greffe de peau totale ont complètement guéris, 94% de ceux ayant bénéficiés de peau

mince ont cicatrisé. Nous avons observé 6% d'infection après greffe de peau mince. Le seul malade qui avait subi une greffe de peau mixte a complètement cicatrisé.

3.3 La durée de prise en charge

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre travail était de 28 jours. Cette durée est différente des 13,8 jours de Mostig G [4] en Italie ($p=0,02$), mais identique aux 23 jours de Souissi A et al. [28] en Tunisie ($p= 0,65$) et aux 69 jours de Dackou E [7] au Mali ($p= 0,53$). Cette différence pourrait s'expliquer par la qualité de la prise en charge mais aussi par les différentes indications de la greffe de peau.

VII. CONCLUSION :

Les lésions nécessitant une greffe de peau sont des affections de plus en plus fréquentes dans notre service. Elles atteignent surtout les sujets jeunes. La réduction des accidents de la voie publique, une bonne prise en charge des lésions de brûlure, des plaies et une bonne hygiène de la population permettront de réduire considérablement le taux de ses affections.

VIII. RECOMMANDATIONS :

1. Aux autorités administratives et politiques :

Nous recommandons :

- La formation et le recyclage du personnel médical et paramédical au diagnostic et à la prise en charge de ses affections ;
- l'encouragement de la population rurale souffrant de ces affections à fréquenter les structures sanitaires spécialisées en subventionnant une partie du coût de la prise en charge, qui est très coûteux pour cette couche de la population à revenue faible ;
- La création d'une assurance maladie pour la prise en charge de ses malades et d'un centre de prise en charge des grands brûlés ;
- L'information et la sensibilisation de la population sur les conséquences des accidents de la voie publique.

2. Aux personnels socio sanitaires périphériques :

Devant l'impossibilité de la réalisation des bilans paracliniques, et la difficulté de rattacher la perte de substance à une pathologie précise, nous recommandons :

- la prévention de la surinfection par les antiseptiques et parfois une antibiothérapie ;
- la prévention du tétanos par la vaccination où l'injection d'une dose de SAT si le patient n'a pas la preuve d'une vaccination récente ;
- la recherche d'une meilleure cicatrisation par usage des pommades cicatrisantes ;
- le transfert des malades à temps dans une structure hospitalière en cas d'échec thérapeutique au bout de deux mois de traitement continu ;
- l'information des malades sur l'intérêt de la précocité de la consultation ;

- le développement de l'information, l'éducation, la communication en direction de la population, en vue d'un changement de comportement, notamment l'intérêt de la précocité de consulter dans les structures spéciales.
- L'information, l'éducation, la communication en vue d'un changement de comportement
- Prise en charge correcte des plaies si minimes soient elles

3. Aux personnels socio sanitaires hospitaliers :

- l'établissement d'un bon diagnostic étiologique avant toute prescription médicamenteuse ;
- la considération du service de chirurgie comme service de référence pour ses affections ;
- l'organisation des journées scientifiques sur les affections nécessitant une greffe de la peau.

4. A la population :

Nous recommandons :

- l'abandon de l'auto traitement à domicile qui conduit à long terme à des complications irréversibles ou vers la transformation maligne ;
- la consultation des structures sanitaires les plus proches ;
- Observation du code de la route,
- Une bonne hygiène corporelle.

REFERENCES:

1- Micheael M. Henry, Jenry N. Thompson.

Chirurgie Clinique, technique et pratique : traduction de la 1ère édition américaine par Jean Miliare (université libre de Bruxelles) 2004 ; 674-677p.

2. Prénaux J.

Chirurgie dermatologie in : encyclopédie. Med. Chir. Dermatologie 920A 10-1992. 14p.

3- Caron J M, Roth B, Guillaume J G.

Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatrique du Haut –Rhin. Ann dermato-venereolo 2007; 134: 645-51.

4- Mostig G, Iabichala M I, Picern P, Stefani A. Greffes cutanées homologues dans le traitement des ulcères phlebostatique. Phlébologie 2005; 58(1): 41-48.

5- El Mazay S, Fejjal N, Cherck Abdel, Belfqih R, Gharib L, Abbassi A. La greffe de peau dans le traitement des séquelles de la main brûlée. A propos de 152cas dans le service de chirurgie plastique du centre hospitalier universitaire IBN SINA, Rabat, Maroc de 1998-2007.

6-Mamadou.O.Bah.

La pratique de la chirurgie dermatologique à l'unité de dermato vénéréologie(CNAM). Thèse Médecine Université de Bamako 2008; 11, 75 p.

7- Emmanuel D.

Ulcères nécrotiques dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Médecine- Université de Bamako 2008 ; 61, P78.

8- Du Vivier A.

Atlas de dermatologie clinique, édition de Boeck université 1996 ; 2 :556p.

9- Glossaire Encarta 2005 CDROM.

10- Paul Delamarche, Michel Dufour, Franck Multon sous la direction de Léon Perlemuter. Anatomie Physiologie Biomécanique en Staps. Edition Masson Parie-2002, 167-170 p.

11- Courville ph. Nævus épidermique, in : Médecine sciences flammarion 2001 ,1289p.

12- Denguezli M. Tumeurs cutanées bénigne et maligne. Atlas de dermatologie. 2001.

13- Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique.

Cellulites nécrosantes. Editions d'après 1994 ; (2) : 58p

14- Encarta 2009.

15- Guichard S. Chirurgie des tumeurs 1999; 17p.

16- Burke J F, Bondoc CC, Quinby WC. Primary burn excision and immediate grafing: a method shortening illness. 1974; 14:389 –95

17-Dr Pascal Oxeda. Bride cicatricielle. Collège français de chirurgie dermatologique. 17^{ème} séminaire des 10-11 mai 1996. Avenue d'IENA 75116.Paris.

18- Kané A, Niang O S, Dieng M T, Diallo M, N Diaye B.

Les ulcères de jambe tropicaux, aspects clinique et épidémiologiques au Sénégal. Ann dermatol venereol 2007; 134:863 73

19- Alhady S M and al. Keloids in various races. A review of 175 cas. Plast reconstre surg 1956; 44(6):564-6

20- Cornet L, Richar M K, Dick R, Djeha D. Les ulcères cutanés à mycobactériums atypique et leur traitement par la chirurgie plastique. Médecine d'Afrique Noire 1990 ; 37(5) :276-282.

21- Kadri M A. Ulcères chroniques des membres inférieurs : Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques dans le service de dermato-vénérologie du CNAM à propos de 105 cas. Thèse médecine Bamako 2005 ; 79,82p.

22- Traoré B.F.

Tumeurs cutané muqueuses : aspects épidémiologies dans le service dermatologie du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Cahier d'étude et de recherche francophone / santé 2003; 113 (2) :101- 4.

23- Myhre-Jensen O. A consecutive 7-years series of 1331 benign soft sarcomes. Acta ortho scand 1981; 52(3):287-93.

24- A.J Tuyns.

Les cancers cutanés en Afrique et dans le monde. Médecine d'Afrique Noire 1971; 18 : 171.

25-Ptiche P, Napo-Koura G, Kpodzro K, Tchangai Walla K. Carcinome cutané primitif chez l'Africain Noir : rétrospective de 274cas histologiquement diagnostiqués au Togo. *Nouv dermatol* 1996 ; 15 :611- 614].

26-Tossou A.

Pathologie dermatologique observe dans le service de dermato-vénérologie du centre hospitalier et universitaire de Cotonou. Thèse de médecine Cotonou 1992; n°523.

27- Mseddi M, Khenekhem M, Daoud L.

Ulcère de jambe, étude de 210 cas. *Maghreb Médical* 2005; 25(373) :79-81.

28- Souissi A, Ben N T, Youssef M, Cherif F. Ulcères des jambes : étude clinique et épidémiologique des malades hospitalisés à Tunis. *Ann Dermatol Venerol* 2005; 132 :1010-2.

ANNEXES

Fiche Signalétique

Nom : Dienta

Prénom : Ousmane

Titre de thèse : Greffe de peau dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point « G »

Secteur d'intérêt : chirurgie, dermatologie

Pays: Mali

Ville de Soutenance : Bamako

Année de Soutenance : 2015

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Résumé :

Nous avons réalisé une étude rétro-prospective portant sur 50 cas de greffe de peau réalisée dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point « G » de janvier 1980 à décembre 2014. Il s'agissait de 25 hommes et 25 femmes avec un sexe ratio=1. Les étiologies étaient principalement les brides cicatricielles (40%), les plaies ulcéro-nécrotiques (32%) et les tumeurs malignes (14%). Les principaux signes retrouvés étaient la douleur + fièvre (74%) et la limitation des mouvements retrouvée dans (28%) des cas. Dans 58% des cas, la surface de la lésion greffée mesurait plus de 10 cm². L'échographie abdominale réalisée à la recherche de localisation secondaire a été fait dans (14%) des cas et la biopsie dans (22%) des cas. Les techniques opératoires réalisées ont été principalement : la greffe de peau mince (62%) et la greffe de peau totale dans (18%) des cas. Les suites ont été simples dans (94%) des cas et (6%) ont été compliqués d'infection.

Mots Clés : Greffe de peau, le greffon

FICHE D'ENQUETE

TITRE : Greffe de peau dans le service de chirurgie B du CHU-Point G

N° :.....

Date :...../...../20.....

I. Données sociodémographiques

1. Nom :..... Prénom :.....

2. Sexe : Masculin=1 Féminin=2

3. Age :.....ans

4. Profession : Cultivateur=1 Eleveur=2 Pêcheur=3 Employé d'usine=4
Teinturier=5 Ménagère=6 comptable=7 Elève/Etudiant=8
médecin=9 enseignent=10 autre à préciser=11

5. Ethnie : Bambara=1 Malinké=2 Peulh=3 Bozo=4 Sonrai=5
Soninké=6 Sarakolé=7 Bobo=8 Dogon=9 Autre à
préciser=10

6. Provenance : Bamako=1 Kayes=2 Koulikoro=3 Sikasso=3 Ségou=4 Mopti=5
Tombouctou=6 Gao=7 Kidal=8 Autre=9

7. Situation matrimoniale : Marié(e)=1 Célibataire=2 Divorcé(e)= 3 veuf
(Ve)=4

8. Niveau d'instruction : Primaire=1 Secondaire=2 Universitaire=3 Ecole
coranique=4 Analphabète=5

II. Données cliniques :

A. Mode de recrutement : venu de lui-même=1 Référé=2 Urgence= 3
Découverte fortuite=4 autre à préciser=5

B. Motif de consultation : Tumeur (masse)=1 Lésion de brûlure=2
Bride cicatricielle=3 Plaie chronique =4 Chéloïde=5 Autres à
préciser=6

C. Histoire de la maladie :

Evoluant dépit plus d'un mois=1 Evoluant dépit plus de trois mois=2 Dépit plus
d'un an=3

D. Antécédents :

Antécédents médicaux : HTA=1 Diabète=2 SIDA= 3 UGD=4
Epilepsie=5 Autre à préciser=6

Antécédents chirurgicaux : Oui=1 Non=2

Si oui, lequel ? :.....

Antécédents dermatologiques : Oui=1 Non=2

Si Oui : Traitement médical=1 Traitement traditionnel=2

Traitement médical : antalgique=1 antibiotique=2 anti-inflammatoire=3
autre=4

E. Examens cliniques :

1. Signes généraux :

Etat général : Bon=1 Passable=2 Altéré=3

Conjonctives : Bien colorée=1 Moyennement colorée=2 Pales=3

Température:..... °C TA.....mm Hg FC.....bat/mn FR.....cy/mn

Conscience : Conservée=1 Altérée=2

Amaigrissement : Oui=1 Non=2

2. Signes fonctionnels : fièvre=1 douleur=2 prurit=3 picotement=4
autre à préciser=4

Examens physiques :

Inspection : Masse (tumeur)=1 Bride cicatricielle=2 Cellulite ulcéro-
nécrotique =3 Plaie de brûlure =4 Normale=5

Palpation : Normale=1 Masse (tumeur)=2 Bride limitant les mouvements=3
Douleur =4 Autres=5.....

Aires ganglionnaires : Libres=1 Adénopathies =2

3-Description de la lésion : Tumeur=1 Bride cicatricielle=2 Cellulite ulcéro-
nécrotique=3 Lésion de brûlure=4 Autre à préciser=5

1- Biopsie : Oui=1 Non=2

2- Mélanome=1 SARCOME=2 BRIDE CICATRICIELLE=3 PLAIE CHRONIQUE=4
LESION DE BRÛLURE=5 AUTRE A PRECISER=6

3- Localisation de la tumeur : Céphalique=1 Tronc=2 Membres3 Organes
génitaux=4

4- Mensuration : <10cm=1 10-20cm=2 >20cm= 3

5- La consistance : Molle=1 Elastique=2 Dure=3 fibreuse=4

EXAMENS PARACLINIQUES :

a. Radiographie thoracique : Métastase pulmonaire=1 Pas de
localisation pulmonaire=2

b. TDM : Localisation secondaire =1 Non=2

ECHOGRAPHIE : OUI=1 NON=2

2- Biologie /Biochimie : Oui=1 Non=2

NFS: Hb.....g/dl Ht..... % GR..... GB..... Plaquettes.....

Groupe sanguin: A=1 B=2 AB=3 O=4

Rhésus : Positif=1 Négatif=2

Créatininémie :.....

Glycémie :.....g/dl

TP :.....

TCK :.....

III. Traitement :

1. Traitement médical :

a. Traitement symptomatique : Antalgique=1 Antibiotique=2
Transfusion=3

b. Chimiothérapie : Oui=1 Non=2

Protocole :

c. Radiothérapie : Oui=1 Non=2

Protocole :

2. Traitement chirurgical :

a. Exérèse-greffe : Oui=1 Non=2

b. Greffe de peau : Oui=1 Non=2

IV. compte rendu opératoire :

1. Type d'anesthésie : AG=1 Anesthésie péridurale=2 Anesthésie rachidienne=3

2. Classification TNM en per opératoire :

a. Tumeur superficielle : Ta=1 Tis=2 T1=3

b. Tumeur infiltrante : T2a=1 T2b=2 T3a=3 T3b=4 T4a=5 T4b=6

V. Période postopératoire :

1. Suites : Simples=1 Infections=2 Décès=3

Durée d'hospitalisation :joursMois

2. Observations générales sur l'état du malade à sa sortie:

Poids.....Kg TA.....mm Hg Pouls.....pul/mn

Cicatrice :.....Qualité esthétique de la greffe:.....

VI. Anatomopathologie :

1. Biopsie : sarcome=1 mélanome=2 autres=3

2. Pièce opératoire : sarcome=1 mélanome=2 autres=3

SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !