ULCERES NECRORIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE
Necrotic ulcer in a general surgery department at Gabriel Tour Hospital

Traoré A[1], Dembélé BT[1], Diakité I[1], Togo A[1], Kanté L[1], Coulibaly Y[1], Samaké B[2], Kéita M[1], Diallo G[1].

(1) Département de chirurgie CHU Gabriel Touré ; (2) Département d'anesthésie et de réanimation CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako, Mali

Correspondances : Dr Traoré Alhassane Maître Assistant en chirurgie générale, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS), Chirurgien au CHU Gabriel Touré, Bamako (MALI. Tel : +22376432130 ; Email : alhassanetraore2008@yahoo.fr

RESUME
Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence hospitalière, de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et d'evaluer le coût de la prise en charge. **Patients et Methode:** Il s'agissait d'une étude retrospective,analytique, réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE du 1er Janvier 2000 au Décembre 2008. Ont été inclus dans cette étude tous les malades opérés pour ulcère nécrotique dans le service. **Résultats:** soixante dix-neuf (79) patients ont été repertoriés soit 0,6% de nos hospitalisations. Il s'agissait de 48 hommes (60,8%) et 31 femmes (39,2%). la sex-ratio a été de 1,5. La moyenne d' âge a été de 33,6 ans avec des extremes variant entre 31 - 81 ans et l'Ecart-type=19,7. Le diagnostic a été retenu sur des bases cliniques et paracliniques chez tous les malades (100%). le delai moyen de consultation a été de 1,2 mois avec des extremes variant entre 1 - 24mois et l'Ecart-type= 0,8. les médications traditionelles ont été effetuées chez 38 patients (48,1%). L' ulcère était multiple chez 20 malades (25,3%). Il siégeait dans 57 cas (72,2%) au niveau du membre inférieur et 22cas (27,8%) au membre superieur. Le diamètre moyen a été de 24,3cm et l'Ecart type= 15,1. Les traumatismes et l'infection ont été les principales étiologies respectivement chez 63patients (79,7%) et 10patients (12,6%). Les germes le plus frequement retrouvés ont été le *Staphilococcus aureus* chez 40 patients (50,6%) et le *Proteus mirabilis* chez 10 malades (12,7%). L'autogreffe de peau mince a été réalisée chez 66 malades(83,5%). La guérison a été complète chez 52 malades(78,8%) , avec une morbidité de 21,2% (14 cas). infection sur greffon et oedème 5cas chacun(7,6%), rejet de greffon 4cas (6,1%). Durée moyenne d'hospitalisation a été de 2,3 mois. Le coût moyen a été de 237450 avec des extrêmes de 75000 et 500000 FCFA. **Conclusion**: l'ulcère nécrotique est une patologie peu fréquente dans notre service. Le retard à la consultation et l'utilisation de la médication traditionnelle constituent les principaux facteurs de gravité.
Mots clés: ulcères nécrotiques – chirurgie – Mali.

ABSTRACT
Our objectives were to determine the frequency of hospital necrotic ulcer, to describe it's clinical, therapeutic aspects and to evaluate the cost of care. **Patients and Method**: This was a retrospective study, analytical, carried out in the general surgery department of the CHU Gabriel Touré 1 January 2000 to December 2008. Were included in this study all patients operated for necrotic ulcer in the service. **Results**: seventy -nine (79) patients were identified 0.6 % of our admissions. There were 48 men (60.8%) and 31 women (39.2%) . the sex ratio was 1.5 . The average age was 33.6 years, with extremes ranging from 31-81 years and the standard deviation = 19.7. The diagnosis was based on clinical and laboratory databases in all patients (100 %). the average period of consultation was 1.2 months, with extremes ranging from 1 - 24 months and the standard deviation = 0.8. the traditional medications were effectuates in 38 patients (48.1%). The ulcer was multiple in 20 patients (25.3%). He sat in 57 cases (72.2%) at the lower and 22cas member (27.8 %) in the upper limb. The average diameter was 24.3 cm and the standard deviation = 15.1. Trauma and infection were the main causes respectively in 63patients (79.7 %) and 10patients (12.6%). The organisms were found frequently the Staphylococcus aureus in 40 patients (50.6%) and Proteus mirabilis in 10 patients (12.7%). The thin skin autograft was performed in 66 patients (83.5 %). Healing was complete in 52 patients (78.8%), with a morbidity of 21.2 % (14 cases) . infection on graft edema and 5 cases each (7.6%), graft rejection 4cas (6.1%). Mean hospital stay was 2.3 months. The average cost was $ 237,450 with a range of 75,000 to 500,000 FCFA. **Conclusions:** necrotic ulcer is an uncommon Pathology in our service. Delay in access to and use of traditional medication are the main factors of gravity. **Keywords: necrotic ulcers - surgery - Mali.**

INTRODUCTION
L'ulcère nécrotique est une perte de substance cutanée sans tendance spontanée à la cicatrisation [1]. Il peut concerner toutes les parties du corps et en particulier les membres.

La prévalence des ulcères chroniques reste élevée dans les pays occidentaux. Aux Etats

Unis, 500.000 à 600.000 malades sont traités pour ulcères chroniques des membres par an [2]. L'analyse faite par BEGAUD [3], à partir de 13 études épidémiologiques publiées entre

1983 et 1997 montre que la fréquence au sein de la population générale européenne varie entre 0,10 % à 0,80 %. Dans les pays en développement, particulièrement en Afrique sub-saharienne, les ulcères nécrotiques atteignent l'homme jeune avec une sex-ratio qui varie entre 1-5 [4-5]. Le diagnostic est surtout clinique.
Le traitement chirurgical consiste à la greffe de peau en cas d'ulcère large en l'absence de chirurgie plastique dans nos pays. Cependant l'impact socio-économique de ces affections est lourd.
Objectifs : nos objectifs étaient de déterminer la fréquence hospitalière, de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et d'evaluer le coût de la prise en charge.

PATIENTS ET METHODE
Il s'agissait d'une étude retrospective, analytique, réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE du 1er Janvier 2000 au Décembre 2008. Ont été inclus dans cette étude tous les malades opérés pour ulcère nécrotique dans le service. N'ont pas fait partie de l'étude les autres types d'ulcères (tumoral, tuberculeuse) et les patients non consentant. Tous les malades recrutés avaient bénéficié d'un examen clinique soigneux. Un bilan para clinique était demandé et comportait : Groupage rhésus, numération formule sanguine (NFS) à la recherche d'une anémie, l'histologie, la glycémie, l'echo-doppler des membres, la bactériologie à la recherche des germes de surinfection et des B.A.A.R en particulier le *Mycobactérium ulcérans* dans le cadre de l'ulcère de Burili.
Les schémas thérapeutiques comportaient :
- Un traitement général à viser étiologique,
- Les soins locaux,
-La prévention du tétanos,
-Les règles hygiéno-diététiques
-La chirurgie.
Dans un 1er temps, nous avons procédé en une exérèse de tous les tissus nécrosés : peau, tissus cellulaire sous cutané. Secondairement nous avons effectué l'auto greffe dermo-épidermique mince de 2/10è ou 3/10è, les greffons n'étaient pas fixés.
Le prélèvement des greffons se faisait à l'aide d'un dermatome après asepsie rigoureuse et un pansement au tulle gras. Le premier pansement a été réalisé à J8. Nos supports ont été les registres de compte rendu opératoire, de consultation, et d'hospitalisation.
Les résultats ont été analysés sur Word et Epi-info version 6.4 Fr, les tests de Kh^2 et de Student avec un seuil de signification pour $P<0,05$.

RÉSULTATS
soixante dix-neuf (79) patients ont été repertoriés soit 0,6% de nos hospitalisations. Il s'agissait de 48 hommes (60,8%) et 31 femmes (39,2%). la sex- ratio a été de 1,5. La moyenne d' âge a été de 33,6 ans avec des extremes variant entre 31 - 81 ans et l'Ecart-type=19,7. Le diagnostic a été retenu sur des bases cliniques et paracliniques chez tous les malades (100%). le delai moyen de consultation a été de 1,2 mois avec des extremes variant entre 1 - 24mois et l'Ecart-type= 0,8. les médications traditionelles ont été effetuées chez 38 patients (48,1%). L' ulcère était multiple chez 20 malades (25,3%). Il siégeait dans 57 cas (72,2%) au niveau du membre inférieur et 22cas (27,8%) au membre superieur. Le diamètre moyen a été de 24,3cm et l'Ecart type= 15,1. Les traumatismes et l'infection ont été les principales étiologies respectivement chez 63patients (79,7%) et 10patients (12,6%). Les germes le plus frequement retrouvés ont été le *Staphilococcus aureus* chez 40 patients (50,6%) et le *Proteus mirabilis* chez 10 malades (12,7%). L'autogreffe de peau mince a été réalisée chez 66 malades(83,5%). La guérison a été complète chez 52 malades(78,8%) , avec une morbidité de 21,2% (14 cas). infection sur greffon et oedème 5cas chacun(7,6%), rejet de greffon 4cas (6,1%). Durée moyenne d'hospitalisation a été de 2,3 mois. Le coût moyen a été de 237450 avec des extrêmes de 75000 et 500000 FCFA.

DISCUSSION
Nous avons trouvé une fréquence hospitalière de 0,6 % qui ne diffère pas statistiquement de celle de la série Sénégalaise ($p > 0,05$). Par contre, elle est différente de celle rapportée par CARON J [6] ($p < 0,05$). Cette différence est due à la taille des échantillons et le recrutement des malades dans un service de dermatologie. La moyenne d'âge (33,6ans) dans notre étude ne diffère pas de celui retrouvé au Sénégal (33 ans) [6] ($p > 0,05$) mais inférieur à l'âge moyen des malades Européens où c'est surtout les personnes du 3ème âge. Cette différence pourrait être liée à la population jeune Africaine en général et particulièrement au Mali. L'âge est donc un facteur de risque dans la survenue des ulcères en Europe. Les études Européennes ont enregistré plus de femmes [4,6] que celles Africaines [6,7] et la notre. Cette différence s'explique par le fait que les femmes âgées sont les plus exposées aux atteintes veineuses tardives après la ménopause et les hommes sont plus nombreux à emprunter les engins à deux roues ce qui les exposent plus aux accidents de la voie publique.
Plusieurs facteurs peuvent expliquer le retard à la consultation dans notre contexte tels : les facteurs socio-économiques (la pauvreté) et culturels (consultation des charlatans, application des médicaments traditionnels).

Nous avons enregistré un délai moyen de 1,2 différent de ceux de la littérature [4, 5, 6,8]. L'utilisation des produits traditionnels a été un facteur aggravant des plaies à cause de leur septicité. L'application des poudres et décoction sur les plaies a été enregistré chez la majorité des patients (48,1%) qui avait leur plaie infectée. Dans notre série le taux des ulcères reste élevé sur les membres inférieurs (72,2%) comme dans la plupart des séries Africaines [1,7]. C'est parce qu'ils sont beaucoup plus touchés lors des accidents de la voie publique occasionnant la majeur partie des ulcères. En 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. L'infection était la deuxième cause des ulcères dans notre étude. Les principaux germes retrouvés étaient *Staphylococcus aureus* (50,6%), suivi de *Proteus mirabilis* (12,7 %) qui ont été traités effacement. L'autogreffe dermo-épidermique de peau mince a été pratiquée chez 66 patients (83,5 %). Ce taux varie selon les auteurs, MSEDDI M [9] trouve dans son étude en Tunisie 3,8% et 100% dans la série Italienne [10].

La durée moyenne d'hospitalisation de 69 jours dans notre étude est statistiquement supérieure à celle retrouvée dans les autres séries qui varie de 13,8 à 23 jours [10,11].

Cette différence s'explique par le faite que les malades nous arrivent avec une plaie surinfectée, souvent des nécroses. Les soins locaux quotidiens et l'éradication de l'infection, pour rendre propre les plaies avant l'intervention prend du temps et coutent chers qui n'arrivent pas le plus souvent à faire face aux frais. Contrairement en Europe où la prise en charge est assurée par la sécurité sociale. Le coût moyen de la prise en charge a été de 237450 FCFA, est largement supérieur au SMIG malien qui est de 28640 FCFA.

Conclusion :

Les plaies ulcéro-nécrotiques sont peu fréquentes dans notre service. Le traumatisme et l'infection restent les principales étiologies. L'application des médicaments traditionnels constituent un facteur de gravité. La lutte contre des accidents de la voie publique et une bonne hygiène permettront de réduire cette affection L'auto - greffe donne de bon résultat, mais la prise en charge est onéreuse.

REFERENCES

1. Amblard P, Leccia MT. Ulcères de jambe. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Dermatologie, 98-570-A-10, 2001, 16 p.

2- Niang S O, Dieng M T, Kané A. Ulcères de jambes à Dakar : 75 cas. Ann Dermatol Venereol 2007; 134: 867-73.

3- Begaud B. Epidémiologie des ulcères de jambe. Ann Dermatol Venereol 2002; 129: 1225-1226.

4- Gheerert P, Song M. Aspects cliniques des ulcères chroniques du membre inférieur. Rev Med Brux 1997; 8: 238-240.

5- Mazer A, Sankalé M. Ulcères chroniques des membres inférieurs. Guide de Med en Afrique et océan Indien Edicel 2ème Edit 1988; 317 : 72-121.

6- Caron J M, Roth B, Guillaume J G. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin. Ann Dermatol Venereol 2007; 134: 645-51.

7- Ouoba K, Sanou D, Adama T, Ouédrago R. Les ulcères de Burili au Burkina Faso: à propos de 6 observations et la revue de la littérature. Médecine d'Afrique Noire 1998; 45(12): 692-697.

8- Wood M K, Davies D M. Use of split-skin grafting in the treatment of chronic ulcers. Ann R Coll Surg Engl 1995; 77: 222-223.

9- Mseddi M, Khemekhem M, Daoud L. Ulcères de jambes, étude de 210 cas. Maghreb Médical 2005; 25(373): 79-81.

10- Mosti G, Iabichela M I, Picern P, Stefani A. Greffes cutanées homologues dans le traitement des ulcères phlébostatiques. Phlébologie 2005 ; 58(1), 41-48.

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

Image1: Plaie ulcéro-nécrotique membre inferieur

Image2: Ulcère de la cuisse

Image 3 : Ulcère propre du pied gauche

Image 4 : Ulcère après autogreffe

Image 5 : ulcère cuisse après autogreffe