

Prise en charge des pertes de substance pelvipérinéales

Arnaud BAUS, Alexandre BRACHET-DUHOUX, Patrick DUHAMEL, Éric BEY

Résumé

Les conflits asymétriques et l'évolution des techniques de guérilla actuelles, basées sur des embuscades et l'utilisation massive d'Engins Explosifs Improvisés (EEI), ont modifié le profil lésionnel des blessures du combattant. Depuis le théâtre d'opération afghan jusqu'à l'engagement de la France au Sahel, force est de constater que les extrémités, et notamment les membres inférieurs, sont les plus atteints. La région pelvienne reste relativement épargnée puisque les plaies abdomino-pelvi-fessières ne représentent que 5 à 7 % des lésions globales. Elles restent cependant étroitement associées à une mortalité importante (56%) en cas de lésions vasculaires. De par leur physiopathologie propre, les plaies de guerres (balistiques, poly-criblage, explosion etc...) occasionnent des pertes de substance importantes des parties molles. Selon qu'elles atteignent la région pelvienne antérieure ou postérieure, ces lésions peuvent ainsi mettre en jeu le pronostic vital (plaies vasculaires, infection des parties molles) ou fonctionnel (plaies nerveuses, lésions osseuses).

La chaîne de soutien médico-chirurgicale instaurée par le Service de Santé des Armées (SSA) a pour objectif une évacuation rapide du blessé, après une chirurgie première s'inscrivant dans une tactique séquentielle baptisée « Damage Control Surgery ». Cette stratégie vise à stabiliser le traumatisé, sans mettre en péril la reconstruction ultérieure, afin de le mettre en conditions d'évacuation vers la métropole où le traitement chirurgical définitif sera réalisé.

L'objet de cette communication porte sur la reconstruction des parties molles des plaies abdomino-pelvi-fessières de guerre. De même, afin d'aborder le sujet dans son exhaustivité, un rappel sur la prise en charge des brûlures et des lésions pelviennes du blessé médullaire sera proposé.