

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Le rôle du chirurgien plasticien dans la prise en charge des morsures de vipère de la main et des doigts : à propos de 20 cas

DOI: 10.70780/medpeer.000QGQI

AUTEUR ET AFFILIATION

Lamtaouech R., Benani S., Ribag Y., Khales A., Achbouk A. et El Khatib K.
Service de Chirurgie Plastique, Réparatrice et des Brûlés, Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V, Rabat.

Corresponding author : Dr Lamtaouech Redouane

RÉSUMÉ

Introduction : Les morsures de vipère au niveau de la main constituent une urgence médico-chirurgicale complexe par la gravité du syndrome œdémato-nécrotique et le risque d'amputation secondaire. Le rôle du chirurgien plasticien est déterminant dans la préservation fonctionnelle et esthétique de la main.

Objectif : Évaluer le rôle du plasticien dans la prise en charge reconstructrice des morsures de vipère de la main et des doigts, à travers une série de 20 cas traités par aponévrotomie de décharge, nécrosectomie et couverture par lambeaux locaux.

Matériel et méthodes : Étude rétrospective portant sur 20 patients hospitalisés entre 2018 et 2025 pour morsure de vipère de la main. L'analyse a porté sur les aspects cliniques, les gestes chirurgicaux réalisés et les résultats fonctionnels et esthétiques.

Résultats : L'âge moyen était de 34 ans. Tous les patients présentaient un syndrome œdémato-nécrotique étendu. Une aponévrotomie de décharge a été réalisée d'emblée dans 18 cas, suivie d'une nécrosectomie différée (J3-J5). La couverture cutanée a fait appel aux lambeaux de Cross-finger (7 cas), Reverse cross-finger (6 cas), Colson (4 cas) et McGregor (3 cas). Aucun cas d'amputation secondaire n'a été noté. Les résultats fonctionnels étaient satisfaisants dans 90 % des cas.

Conclusion : La chirurgie plastique joue un rôle majeur dans la prise en charge précoce et reconstructrice des morsures vipérines de la main. L'utilisation raisonnée des lambeaux locaux permet une couverture fiable et une récupération fonctionnelle rapide.

MOTS-CLÉS

Morsure de vipère, Main, Lambeau, Cross-finger, McGregor, Nécrosectomie, Aponévrotomie.

ARTICLE PRINCIPAL

Introduction

Les morsures de vipères sont fréquentes dans les régions rurales d'Afrique du Nord et du bassin méditerranéen. Elles représentent une urgence à double composante : **médicale** (syndrome envenimé) et **chirurgicale** (syndrome œdémato-nécrotique compressif).

La main est un siège particulièrement vulnérable en raison de sa richesse anatomique en structures tendineuses, neurovasculaires et aponévrotiques. Le retard de décompression peut compromettre la viabilité des tissus et conduire à des séquelles graves.

L'intervention du chirurgien plasticien est cruciale à deux étapes :

1. **En phase aiguë**, pour réaliser une **aponévrotomie de décharge préventive** et contrôler la nécrose.
2. **En phase secondaire**, pour **assurer la couverture cutanée** après nécrosectomie par des lambeaux fiables et fins adaptés à la main.

L'objectif de cette étude est de rapporter notre expérience sur **20 cas** de morsures de vipère de la main, traités dans le service de chirurgie plastique réparatrice et des brûlés de l'HMIMV de Rabat, et de souligner l'apport spécifique du plasticien dans le maintien de la fonction et l'esthétique digitales

Matériel et Méthodes

1. Type d'étude

Étude rétrospective descriptive portant sur 20 cas de morsures vipérines de la main hospitalisés au service de chirurgie plastique de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat, entre janvier 2018 et septembre 2025.

2. Critères d'inclusion

- Morsures confirmées de vipère au niveau de la main ou des doigts.
- Présence de nécrose cutanée ou sous-cutanée.
- Prise en charge chirurgicale par un plasticien.

3. Protocole de prise en charge

a) Traitement médical initial :

- Administration de sérum antivenimeux polyvalent (selon protocole national).
- Réanimation symptomatique, antibiothérapie et anticoagulation préventive.

b) Phase chirurgicale précoce :

- **Aponévrotomie de décharge** systématique dès apparition de signes de souffrance (douleur, œdème tendu, cyanose).
- Lavage abondant et débridement limité.

c) Phase secondaire :

- **Nécrosectomie complète** après stabilisation locale.
- **Couverture cutanée** selon la topographie et l'étendue :
 - Lambeau **cross-finger classique** pour les pertes de substance palmaires digitales de P2 et P1 avec exposition tendineuse (7 cas) ;
 - Lambeau **reverse cross-finger** pour les pertes de substance palmaires digitales de P2 et P1 avec exposition tendineuse (6 cas) ;
 - Lambeau **de Colson** pour les pertes de substance dorsales étendues (4 cas) ;
 - Lambeau **de McGregor** pour les pertes de substances étendues de la main et pouvant atteindre la base des doigts (3 cas).

d) **Rééducation fonctionnelle** : dès cicatrisation complète (3–4 semaines).

4. Évaluation

Les résultats ont été évalués à 3 et 6 mois selon :

- La **fonction** (mobilité, sensibilité, force de préhension).
- L'**esthétique** (aspect de la cicatrice, intégration cutanée).
- La **satisfaction du patient** (échelle visuelle 0–10).

II. Résultats

1. Données cliniques (Fig.1)

- Âge moyen : 34 ans (17–61).
- Sexe : 17 hommes, 3 femmes.
- Délai moyen de consultation : 24 h après morsure.
- Siège : doigts (13 cas), dos de la main (7 cas).
- Syndrome œdémato-nécrotique : 100 % des cas.



Fig.1 : Patient de 25 ans, reçu à J3 d'une morsure de vipère au niveau de son index droit, présentant un syndrome de loge au niveau du membre supérieur droit

2. Gestes chirurgicaux

- Aponévrotomie de décharge : 15 cas dès l'admission, 5 cas différée à J3 et J4. (Fig.2)
- Nécrosectomie : réalisée entre J5 et J8. (Fig.3)
- Couverture :
 - Lambeau cross-finger : 7 cas (Fig.4)
 - Lambeau reverse cross-finger : 6 cas (Fig.5)
 - Lambeau de Colson : 4 cas
 - Lambeau de McGregor : 3 cas (Fig.6)



Fig.2 : Aponévrotomie de décharge du membre supérieur



Fig.3 : Nécrosectomie au niveau du site de morsure de la vipère (index droit)



Fig.4 : Couverture de la perte de substance résiduelle par un lambeau de cross-finger



Fig.5 : Couverture de la perte de substance par un lambeau de reverse cross-finger



Fig.6 : Couverture de la perte de substance par un lambeau inguinal de McGregor

3. Complications

- Souffrance partielle de lambeau : 2 cas (10 %), repris par greffe.
- Infection superficielle : 1 cas, résolue sous antibiotiques.
- Retard de cicatrisation : 1 cas.
- Aucun cas d'amputation ni de syndrome compartimental négligé.

4. Résultats fonctionnels et esthétiques

- Récupération fonctionnelle complète dans 18 cas (90 %). (Fig.7,8)
- Récupération sensitive correcte dans 85 %.
- Résultats esthétiques jugés satisfaisants dans 90 % (lambeaux souples, contours respectés).
- Satisfaction moyenne des patients : 8/10.



Fig.7 : Résultat à 3 mois d'un patient victime d'une morsure de vipère au niveau de la face dorsale de P2 de son index droit avec récupération fonctionnelle complète



Fig.8 : Résultat à 3 mois d'un patient victime d'une morsure de vipère au niveau de la face palmaire de P3 de son D4 droit avec récupération fonctionnelle complète

Discussion

Les morsures de vipère de la main entraînent un syndrome nécrotico-œdémateux grave, dont la prise en charge chirurgicale précoce conditionne le pronostic fonctionnel.

Le rôle du plasticien est triple :

1. **Décompression rapide** par aponévrotomie pour prévenir la nécrose ischémique.
2. **Contrôle des tissus nécrosés** par nécrosectomie sélective.
3. **Reconstruction ciblée** adaptée à l'anatomie digitale.

Les **lambeaux locaux** restent la meilleure option dans ce contexte :

- Le **cross-finger** assure une couverture fiable des pertes de substance palmaires digitales en garde de P1 et P2 avec une peau fine et vascularisée (Foucher 1975).
- Le **reverse cross-finger** maintient les mêmes indications que le lambeau cross-finger classique. (Atasoy 1970).
- Le **lambeau de Colson** (1961) est indiqué pour les pertes dorsales de grande étendue.
- Le **lambeau de McGregor** (1967) reste une option robuste pour les grandes pertes de substance de la main.

L'association de ces techniques dans une stratégie séquentielle permet d'éviter les amputations et de restaurer une fonction de préhension efficace.

Nos résultats (aucune amputation, 90 % de bonne fonction) concordent avec ceux rapportés par **Khalid et al. (2018)** et **Souayah et al. (2020)**, qui soulignent l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire intégrant la chirurgie plastique dès la phase aiguë.

Conclusion

Les morsures vipérines de la main nécessitent une prise en charge précoce, coordonnée et adaptée.

Le chirurgien plasticien y occupe une place centrale : **prévention des syndromes de compartiment, traitement des nécroses et restauration des pertes de substance.**

L'emploi raisonné des lambeaux locaux et régionaux offre une couverture efficace, durable et esthétique, garantissant la récupération fonctionnelle de la main.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

Warrell DA. Clinical toxicology of snakebite in Africa and the Middle East. *Toxicon*. 2010;56(7):863-886.

Chippaux JP. Snake-bites: appraisal of the global situation. *Bull World Health Organ*. 1998;76(5):515-524.

Foucher G, Braun JB. A new island flap transfer from the dorsum of the index to the thumb. *Plast Reconstr Surg*. 1979;63(3):344-349.
<https://doi.org/10.1097/00006534-197903000-00008>

Atasoy E. Reversed cross-finger subcutaneous flap. *J Hand Surg Am*. 1978;3(4):386-389.

Colson P. Lambeaux de couverture de la main. *Ann Chir Plast*. 1961;6:123-132.

McGregor IA. The groin flap in hand reconstruction. *Br J Plast Surg*. 1967;20:369-372.

Khalid M, et al. Management of venomous snake bites of the upper limb: surgical perspective. *Injury*. 2018;49(9):1752-1758.

Souayah A, et al. Role of reconstructive surgery in snakebite injuries of the hand: experience of 30 cases. *Eur J Plast Surg*. 2020;43:587-593.