

Plaies chez le cheval : un motif fréquent de consultation d'urgence

Les plaies sont un motif fréquent de consultation d'urgence chez le cheval. Une bonne gestion des plaies ne dépend pas seulement de la technique de suture. Elle nécessite une bonne connaissance du cheval, de son anatomie, de sa contention et de sa tranquillisation. Pour réaliser ce type d'intervention, le praticien doit savoir réaliser une anesthésie locale adaptée, choisir la technique de suture adéquate et opter si besoin pour la pose d'un drain. A l'issue de ces étapes, le praticien doit sans cesse se poser la question : quel sont les actes à réaliser en priorité ?, peut-il effectuer l'acte sur place ou doit-il l'envoyer en clinique ?

Actes à réaliser face à une plaie

- **Examen du cheval** : avant d'évaluer la plaie, le praticien place le cheval dans un endroit calme, propre et clair et effectue un examen complet de l'animal. Ceci permet d'estimer l'état physiologique du cheval, de détecter certains troubles associés. L'examen clinique peut être complété par une mesure de l'hématocrite et des protéines totales pour évaluer les répercussions systémiques des éventuelles hémorragies. Il peut être également nécessaire de juguler une hémorragie lors de plaies des glômes ou du paturon par pose d'un garrot.
- **Tranquillisation** : une fois cet examen effectué, le cheval pourra être éventuellement tranquilisé pour permettre une évaluation précise et sûre de la plaie :
 - détomidine : 0,01 à 0,02 mg/kg, soit 0,5 à 1 ml de Domosedan ND pour un cheval de 500 kg ;
 - romifidine : 0,04 à 0,08 mg/kg, soit 2 à 4 ml de Sedivet ND pour un cheval de 500 kg.

L'utilisation d' $\alpha 2$ agonistes peut être complétée par l'utilisation d'opioïdes.

- **Antibioprophylaxie** : ces plaies étant fréquemment compliquées, il est souvent préférable de mettre le cheval sous antibiotiques. Plusieurs associations peuvent être utilisées :
 - pénicilline procainée (22 000 UI/kg matin et soir en IM stricte),
 - ceftiofur (2,2 mg/kg matin et soir en IM),
 - triméthoprime-sulfamides (5 mg/kg de triméthoprime, PO ou IM), contre-indiquée en cas d'utilisation d' $\alpha 2$ agonistes.
 Ces trois antibiotiques peuvent être associés à l'utilisation de gentamicine (6,6 mg/kg une fois par jour en IV) pour obtenir un spectre plus large.

- **Désinfection** : la plaie est ensuite tondu largement, rasée, désinfectée (photo) avec un antiseptique savon, puis largement irriguée avec le même antiseptique solution, dilué dans du sérum physiologique, à l'aide d'une aiguille et d'une seringue ou d'un pulvérisateur. Cette étape permet de débarrasser au maximum la plaie de ses souillures (poils, sable, terre).

Evaluation de la plaie et investigations complémentaires : ne pas sous-estimer la gravité

La plaie est consciencieusement évaluée pour estimer l'implication des tissus sous-jacents et le degré de contamination. Certains actes techniques sont essentiels dans cette évaluation et préviennent toute sous-estimation de la gravité de la plaie.

- **Evaluation de l'atteinte des structures sous-jacentes en reproduisant la position du membre lors de la chute** : lors de chute, le membre est souvent fléchi lors de l'impact. Il est donc

Plaie suite à un accident sur la voie publique.



Hannelme Virevialle

conseillé de reproduire cette flexion dans l'évaluation des tissus sous-jacents. Ceci peut être particulièrement utile, par exemple, pour déceler une section partielle du tendon fléchisseur superficiel, pour évaluer l'implication osseuse ou articulaire, pour évaluer les plans de clivage et les souillures.

- **Contamination d'une gaine tendineuse ou d'une articulation** : une bonne gestion des plaies repose sur une bonne connaissance des structures anatomiques sous-jacentes et notamment des récessus synoviaux des gaines et des articulations (encadré n° 1).

En raison du décalage anatomique entre la partie superficielle et les tissus profonds, il peut être délicat de détecter visuellement une communication articulaire ou synoviale. Il est donc préférable d'effectuer, après une désinfection chirurgicale soignée, une injection sous pression de sérum physiologique stérile associé à la pénicilline procainée (liquide blanc plus facilement visible) par un récessus synovial non souillé.

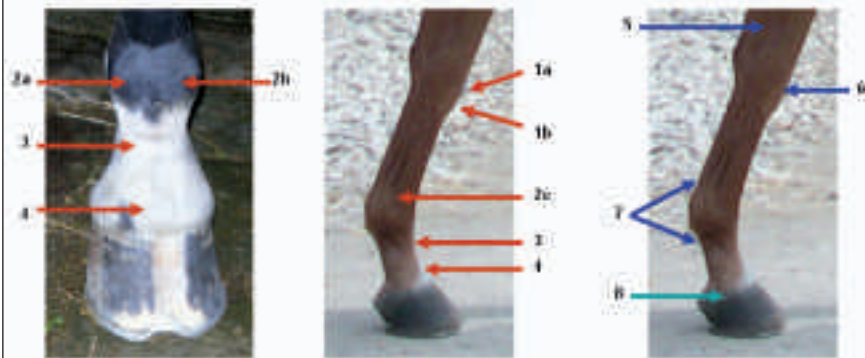
Astuce : une fois le sérum physiologique injecté, penser à fléchir le membre pour visualiser une éventuelle fuite par la plaie, non observée avec le membre en appui.

- **Prélèvements pour cytologie et bactériologie** : il peut être utile pour le praticien de faire un écouvillon pour identifier les germes mis en cause et ainsi adapter l'antibiothérapie. La cytologie d'un prélèvement synovial peut orienter le choix thérapeutique.

- **Examens radiographiques** : la radiographie est particulièrement utile pour exclure toute implication osseuse ou la présence de corps étranger métallique.

Astuce : lorsque la plaie contient un corps étranger métallique, il peut être utile de réaliser un cliché radiographique avant de le retirer pour évaluer la profondeur de pénétration (par exemple, contamination de la bourse naviculaire par un clou traversant la fourchette).

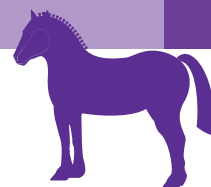
ENCADRÉ N° 1 LOCALISATION DES PRINCIPAUX RÉCESSUS SYNOVIAUX DU MEMBRE ANTÉRIEUR



Articulation du carpe : étages proximal (1a) et distal (1b), Articulation métacarpo-phalangienne : récessus dorsal (2a et 2b) et latéral/médial (2c), Articulation inter-phalangienne proximale (3) et distale (4), Canal carpien (5), Gaine de l'extenseur (6), Gaine digitale des fléchisseurs (7), Bourse podo-trochléaire (8).

H. Virevialle





• **L'échographie** : elle est en pratique plus délicate à réaliser en raison de la surface irrégulière des plaies et de la présence fréquente d'air dans le tissu sous-cutané.

Suture

• **Suturer ou non ?** : le praticien a trois possibilités.

– Cicatrisation par 1^{re} intention : elle permet une fermeture immédiate de la plaie. Les risques de contamination sont minimisés. Les soins sont peu coûteux et le retour à l'entraînement est rapide.

– Cicatrisation par 1^{re} intention différée : lors de contamination importante ou de plaies contuses, il peut être intéressant d'effectuer une suture différée. Le principe est de désinfecter, de parer, d'effectuer l'hémostase, d'irriguer, puis d'utiliser des antiseptiques pendant plusieurs jours (environ 8 jours) afin de réaliser la chirurgie sur une plaie propre.

– Cicatrisation par 2nde intention : ce procédé de cicatrisation est choisi essentiellement dans deux types de situations : lorsque les tensions exercées sur les marges de la plaie sont trop fortes pour permettre la suture et lorsque le risque infectieux est trop important.

La cicatrisation est beaucoup plus lente. Lorsqu'elle concerne les membres, elle nécessite des pansements gras tous les 2 à 4 jours pendant une longue période. Lorsque la plaie ne peut pas être couverte par un pansement, les tissus nécrotiques et divers exsudats sont retirés à l'aide de compresses mouillées quotidiennement. Certains topiques (Sulmidol ND, Dermaflon ND, miel bétadiné...) permettent d'accélérer la cicatrisation tout en limitant la contamination.

Astuce : le miel, traitement peu coûteux et facile à trouver par le propriétaire, peut favoriser l'épithélialisation lors de cicatrisation par 2nde intention. Il aurait des propriétés fibroplasiques et antibactériennes. Associé à la bétadine, il est moins appétent pour les mouches l'été.

• Anesthésie locale

– Anesthésie tronculaire : lorsqu'une plaie se trouve sur la partie distale des membres ou sur

certaines zones de la tête, une anesthésie tronculaire peut être réalisée.

– Anesthésie des marges de la plaie : elle est réalisée pour limiter la douleur du cheval lors de la suture et ainsi prévenir des réactions violentes et non prévisibles qui peuvent être dangereuses pour le praticien et les autres intervenants. La lidocaïne (durée d'action : 90 à 180 mn) est l'anesthésique local le plus couramment utilisé. Elle peut être associée à de la bupivacaïne (durée d'action : 180 à 500 mn) pour augmenter le temps d'insensibilisation. Les marges de la plaie sont instillées à l'aide d'une aiguille orange. Après la première injection d'anesthésie locale, le praticien essaiera d'introduire l'aiguille systématiquement dans une zone anesthésiée afin de limiter les réactions du cheval.

Astuce : lorsque les délais pour le dopage ne nous permettent pas d'utiliser de la lidocaïne, une insensibilisation modérée peut être obtenue par l'utilisation de glaçon ou de la cryothérapie hyperbare.

• **Parage** : il consiste à retirer tous les tissus dévitalisés et tous les éléments étrangers qui ont pu s'introduire dans la plaie. Si des tissus morts restent à l'intérieur d'une plaie, ils peuvent être une source d'infection et retarder la cicatrisation.

• Suture

– Peau : les points en U verticaux ou horizontaux sont préférés aux points simples ou au surjet. Les tensions doivent être équilibrées entre les deux marges de la plaie (encadré n° 2, schéma A) : la largeur de peau ($1a = 1b$) et la profondeur de derme traversé ($2a = 2b$) doivent être équivalentes.

Les plaies de naseaux, fréquentes avec les seaux à anses, nécessitent une technique de suture en 8 pour éviter une éversion du bord opposé (encadré n° 2, schéma B).

La suture de la peau se fait en général avec du fil irrésorbable décimale 3 à 4 selon la localisation.

– Muscles : lors de plaies très délabrantes (photo 1), les muscles peuvent être sectionnés. La suture peut être effectuée avec des points en croix. Selon le diamètre de la section musculaire, on utilisera un fil résorbable de décimale 3 à 5.

Astuce : il est particulièrement important d'associer à la suture du muscle la suture de son fascia. Le fascia musculaire est souvent rétracté loin des marges de la plaie. En écartant les bords de la plaie, les deux bords du fascia peuvent être rapprochés afin d'être suturés avec le muscle.

• **Drainage** : lorsque la plaie est très délabrante, la suture ne permet pas de combler tous les espaces morts. Un système de drainage peut alors être utile. Mais le drain peut aussi être une source de contamination. Le choix du drain dépend directement de la technicité de la personne qui effectuera les soins :

– les drains passifs comme les mèches ou le drain Penrose fonctionnent par capillarité et gravité ; ils sont laissés en moyenne entre 2 et 4 jours ; les mèches peuvent être iodoformées, assurant ainsi un rôle antiseptique ;

– les drains actifs comme le drain de Redon nécessitent une technicité plus élevée.

Les suites de l'intervention

• **Pansement** : le pansement permet de limiter les espaces morts, les hémorragies et l'œdème, de protéger la plaie, de favoriser un milieu humide et un pH acide, d'absorber les exsudats. La fréquence des changements est fonction de l'importance des sécrétions de la plaie. A chaque changement, il est important d'apprécier l'odeur du pansement et de compter le nombre de couches traversées par des exsudats.

Lors de plaies tendineuses ou impliquant la gaine digitale, un plâtre en flexion et stabilisé en talons par une cale permet une bonne immobilisation des abouts tendineux et limite la douleur et l'inflammation de la gaine digitale. Ce plâtre peut être transformé en double attelle et permettre les soins locaux.

• **Attache debout** : lors de plaies hautes (coude, grasset, encolure), l'attache debout à deux longues du cheval permet de limiter la contamination et d'immobiliser la plaie. Elle peut être plus facilement employée chez le trotteur habitué à ce type d'attache.

• **Antibiothérapie** : elle sera poursuivie selon le degré de contamination des tissus et éventuellement modifiée selon l'antibiogramme.

• **Retrait des points** : le retrait est réalisé 10 à 15 jours après la suture de la plaie.

Les plaies présentent donc certaines spécificités qui impliquent plus que jamais de la part du praticien un respect scrupuleux de la chronologie des actes d'évaluation. Un choix raisonné adapté à la situation peut permettre d'optimiser le retour à l'entraînement et prévenir certaines complications majeures.

Hameline VIREVIALLE

*Maître de conférences en chirurgie équine
(École vétérinaire d'Alfort)*

Fabrice ROSSIGNOL

*Clinique de Grosbois
(94470 Boissy-Saint-Léger)*

ENCADRÉ N° 2 SUTURE DE PEAU, SUTURE SIMPLE AVEC POINTS EN U HORIZONTAUX (SCHÉMA A) ET SUTURE EN 8 (SCHÉMA B) POUR LES PLAIES DE NASEAUX PAR EXEMPLE

