



Cas Clinique

Plaie de Pharyngotomie par Arme Blanche Réparée par Lambeau Musculo-Cutané du Grand Pectoral chez un Sujet Porteur de Tuberculose Pulmonaire

Reparation of a median stab pharyngotomy wound by musculocutaneous flap of the pectoralis major in a patient with pulmonary tuberculosis

Ndour N¹, Ahmed H¹, Ndiaye M¹, Maiga S¹, Ndiaye C¹, Dieye A¹, Ndiaye M², Diallo BK³, Ndiaye IC¹

RÉSUMÉ

Les plaies traumatiques pharyngo-oesophagiennes représentent environ 5% de l'ensemble des traumatismes du cou. La prévalence de ces traumatismes souvent graves est en augmentation dans les pays en développement du fait de l'urbanisation mal contrôlée. Nous rapportons un cas de plaie pharyngotomie médiane transversale post traumatique par arme blanche. Un lambeau musculo-cutané du grand pectoral a été réalisé pour la réparation de la plaie de pharyngotomie. Durant l'hospitalisation, une tuberculose pulmonaire a été diagnostiquée chez ce patient, puis traitée par un protocole de RHZE pendant six mois.

1: ENT and Head and Neck department of Fann Teaching hospital (Senegal)
2: ENT and Head and Neck department of Diamniadio Children's Hospital
3: ENT and Head and Neck department of Albert Royer Children's Hospital

Correspondance: Ngor Ndour: Senegal hospitals intern

Fann Teaching Hospital (Dakar, Senegal)

Tel : +221 77 353 86 96

E-mail : ngor86@hotmail.fr

Mots clés : Pharyngotomie, arme blanche, lambeau

Key Words: Pharyngotomy, trauma, knife, flap

ABSTRACT

Traumatic pharyngo-esophageal injuries account for about 5% of all neck injuries. The prevalence of these often serious injuries is increasing in developing countries, due to their poorly controlled urbanization. We report a case of posttraumatic medial transversal pharyngotomy with a stab wound. During his hospitalization, pulmonary tuberculosis was diagnosed and treated with a RHZE protocol for 6 months. A musculocutaneous flap of the pectoralis major was made for the repair of the pharyngotomy wound. These mostly occult digestive lesions, can evolve into cervico-mediastinal cellulitis.

INTRODUCTION

La région cervicale, riche en structures anatomiques essentielles (vasculaires, aériennes, digestives et nerveuses), est très exposée aux lésions traumatiques de plusieurs formes. Les plaies pénétrantes cervicales représentent 5 à 10% de l'ensemble des traumatismes [1, 2] et sont dominées par les lésions vasculaires et des voies aériennes [3]. Les plaies traumatiques pharyngo-oesophagiennes quant à elles, sont rares, environ 5% des traumatismes pénétrants cervicaux [4]. Les plaies traumatiques de l'une ou plusieurs de ces structures constituent une urgence médico-chirurgicale. Elles mettent en jeu le pronostic vital dans l'immédiat par une obstruction des voies aériennes ou une hémorragie incontrôlable ou secondairement par une lésion œsophagienne ou laryngée et peuvent entraîner des séquelles fonctionnelles. Elles peuvent être isolées ou constatées dans le contexte de polytraumatisme incluant des lésions thoraco-abdominales, des lésions du rachis cervical, des fractures membres supérieurs ou inférieurs et un traumatisme cranio-encéphalique [5, 6]. La gravité de lésions pharyngées réside dans le risque septique majeur qu'entraîne une lésion ignorée avec une mortalité de 11 à 17 % lorsque le diagnostic est porté après 12

heures [3]. Le taux de mortalité est de 3 à 6% pour les traumatismes pénétrants du cou, cette mortalité est généralement estimée à 66% pour les lésions carotidiennes [7, 8].

Nous rapportons le cas d'une plaie de pharyngotomie médiane, transversale post traumatique par arme blanche lors d'une agression chez un patient présentant une tuberculose pulmonaire avec une revue de la littérature.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 42 ans, résident à Gambie, sans antécédent pathologique particulier, sans notion de contag tuberculeux rapporté, tabagique à raison 4 PA sevré depuis 5 ans, admis dans notre service pour la prise en charge d'une plaie traumatique cervicale antérieure.

L'interrogatoire révélait un traumatisme cervical qui datait de 15 jours avant son admission dans la capitale Gambienne. Il aurait reçu un coup de couteau lors d'une agression aux environs de 20 heures. Le patient présentait une odyndophagie avec des fausses routes alimentaires sans dysphagie et ni de dyspnée laryngée.

L'examen à l'entrée avait objectivé un collapsus cardiovasculaire avec des chiffres tensionnels à 83/62 mmhg, un pouls à 115 bpm, et un poids à 38 kg. L'examen local de la région cervicale, après ablation du

pansement, objectivait une large plaie traumatique cervicale antérieure, non hémorragique, médiane, sous hyoïdienne, du secteur II, avec une section des muscles sous hyoïdiens mettant à nu le cartilage thyroïde, l'épiglotte et la paroi postérieure de l'hypopharynx, avec une issue de salive et de sécrétions purulentes : une pharyngotomie médiane transversale (figure 1). La palpation cervicale ne retrouvait pas d'hématome ni d'emphysème sous cutanée et les pouls carotidiens étaient bien perçus. La taille de la plaie était estimée à 8 cm du plus grand axe, avec une perte de substance importante et des berges rétractées.

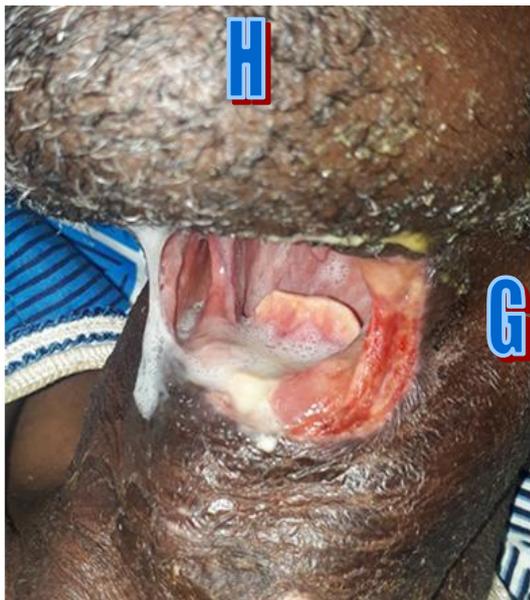


Figure 1 : Plaie de pharyngotomie médiane transversale post traumatique, mettant à nu l'épiglotte, le cartilage thyroïde et la paroi postérieure de l'hypopharynx

L'examen laryngé à l'aide d'un nasofibroscope retrouvait une inflammation diffuse du larynx avec une hypomobilité laryngée gauche et bonne mobilité droite. Le reste de l'examen était sans particularité.

La conduite à tenir en urgence était une hospitalisation, la mise en place d'une sonde nasogastrique et une correction des troubles hémodynamiques. Une antibiothérapie probabiliste était instaurée à base d'amoxicilline-acide clavulanique (1g x 2/jour) et un prélèvement bactériologique de pus réalisé. La sérothérapie antitétanique était effectuée. Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose à 12 800/mm, une anémie à 9,7g/l, et une hypoprotidémie à 60 mg/l. La CRP était positif à 96 mg/l. Le bilan rénal et hépatique était normal. La glycémie à jeun était à 1,36g/l et la sérologie VIH était négative. Le patient avait bénéficié d'une supplémentation en fer et une alimentation hyperprotidique.

Durant son hospitalisation, le patient avait présenté un pic fébrile à 39° c avec des frissons généralisés. Il nous avait signalé une notion de toux productive évoluant depuis 1 semaine avant son agression, avec des expectorations jaunâtres, peu abondantes, une fièvre vespéro-nocturne et un amaigrissement non chiffré. L'examen pleuropulmonaire concluait à un syndrome de

condensation pulmonaire gauche, avec des râles crépitant bilatéraux. Une goutte épaisse (GE) réalisée était négative et l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) était stérile. Le Genexpert des crachats était positif. Les résultats bactériologiques avaient isolé une souche de staphylococcus aureus sensible à la ciprofloxacine, la gentamycine, l'oxacilline et l'érythromycine.

La radiographie du thorax montrait un syndrome interstitiel bilatéral asymétrique avec des excavations à gauche (figure 2).

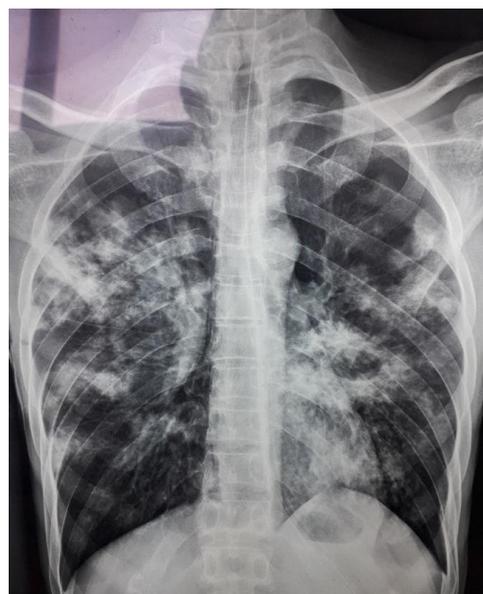


Figure 2 : une radiographie du thorax montrant un syndrome interstitiel bilatéral asymétrique avec des excavations à gauche

Le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire était retenu et le patient était transféré au service de pneumologie où il était hospitalisé pendant 15 jours.

Il était sous antituberculeux pendant 6 mois avec un protocole de RHZE, 3 comprimés / jour pendant 2 mois puis RH pendant 4 mois.

Ce traitement était associé de ceftriazone 2g/ jour pendant 10 jours et un aminoside 160 mg/ jour pendant 3 jours. Au bout du traitement, après déclaration de guérison par les pneumologues, le patient avait bénéficié d'une réparation de la plaie de pharyngotomie médiane post traumatique par un lambeau musculo-cutané du grand pectoral (figure 3). Les suites opératoires étaient simples, l'ablation de la sonde naso-gastrique était faite à J 14 post opératoire après un test de déglutition concluant. L'évolution était favorable avec un recul d'un an.





Figure 3 : lambeau musculo-cutané du grand pectoral

DISCUSSION

Les plaies traumatiques cervicales sont marquées par une variété de formes anatomo-cliniques, dominées par les lésions vasculaires (25% des plaies cervicales) [4, 9, 10]. Notre observation illustre une plaie de pharyngotomie médiane, transversale. Cette diversité lésionnelle est à l'image de la richesse des structures anatomiques du cou mais aussi des circonstances étiologiques. Ces circonstances étiologiques sont variables en fonction de l'aire géographique [4, 10].

Dans notre contexte africain, elles sont dominées par les rixes et les agressions par arme blanche comme chez notre patient. Ceci s'explique qu'avec la pauvreté et la criminalité en croissance, les agressions à mains armées sont courantes avec une plus grande accessibilité au couteau de cuisine. Dans notre observation comme dans d'autres séries auteurs africains [6, 10, 11, 12] l'arme blanche (le couteau) a été le principal agent vulnérant mis en cause. Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés dans les séries canadiennes [13], les séries brésiliennes [14] et les séries iraniennes [15]. Ceci s'explique par la plus grande accessibilité en termes de coût et de disponibilité, du couteau de cuisine dans le contexte africain.

Cependant dans les séries californiennes, Mandavia et al [16] rapportent une plaie pénétrante par balle dans respectivement 78% des cas. La cordelette est le moyen de suspension le plus utilisé dans les séries du Nord [17]. Au total, nous pouvons dire que l'agent causal des plaies pénétrantes du cou est variable en fonction de l'aire géographique. Ceci s'explique par les réalités socio-culturelles des populations. Pour Diouf et al. [6] et Zemni et al. [17], le déterminisme du type de lésion saurait influencer par la nature de l'agent vulnérant : les armes blanches tranchantes déterminent des sections franches, glissent sur les cartilages, sectionnent les membranes et les ligaments inter-annulaires de la

trachée, tandis que les armes à feu sont à l'origine des lésions variées en fonction du calibre, de la vitesse initiale, de la distance et du type de projectile. Les cordelettes quant à elles, détermineraient plus des traumatismes fermés par compression.

Anatomiquement le cou est divisé en trois zones par le chirurgien. La zone I s'étend du creux sus-claviculaire au bord inférieur du cartilage cricoïde. La zone II, du bord inférieur du cartilage cricoïde à l'angle de la mâchoire est une zone facile à examiner et à explorer; elle est cliniquement expressive. La zone III : en arrière de la mâchoire inférieure, jusqu'à la base du crâne. La zone II est la zone la plus vulnérable car étant pas protégée par des structures osseuses comme fut le cas dans notre observation [9, 14, 18].

L'examen clinique systématisé, rapide et complet en urgence est la base de la prise en charge des traumatismes pénétrants du cou. A l'issue de cet examen, il faut évaluer la gravité du traumatisme et définir une stratégie thérapeutique [10, 19]. A l'heure actuelle, l'indication chirurgicale ne se discute pas chez les patients ayant des signes de gravité : hémorragie active, hématome expansif, instabilité hémodynamique et plaie soufflante [2, 8, 9, 14]. La prise en charge de patients stables sur le plan hémodynamique est sujette à controverse et peut obéir à deux attitudes thérapeutiques. L'attitude dite interventionniste défendue par Diouf et al [6], Tall et al [10], Séréme et al [11], Pakarinen et al [20] qui consiste à privilégier la cervicotomie exploratrice dès que les examens de routine classiques ne sont pas possibles dans le centre d'exercice. D'autres prônent une attitude dite conservatrice, guidée par l'examen clinique et les examens complémentaires, conduisant à une exploration sélective ou une surveillance attentive [1, 3, 18, 21, 22, 23]. Chez notre patient, la plaie de pharyngotomie médiane, transversale sans signes respiratoires alarmants était évident. Cette plaie permettait une stabilité respiratoire sans trachéotomie. Les plaies pharyngées de moins de 2 cm peuvent être traitées médicalement par une antibiothérapie et une alimentation entérale par une sonde naso-gastrique [24]. Cependant dans notre observation, la mise en place d'un lambeau musculo-cutané du muscle grand pectoral était motivé par la perte de substance importante de la plaie traumatique et la découverte d'une tuberculose pulmonaire.

Le traitement des plaies du pharynx peut être non chirurgical en cas de lésions limitées, moins de 2 cm situées au-dessus du sommet des cartilages aryénoïdes, en l'absence de lésions cervicales associées nécessitant une exploration chirurgicale. Pour les plaies pharyngées situées au-dessous de ce niveau, le traitement fait appel au parage limité, suture primaire en un ou deux plans si le diagnostic a été précoce, inférieur à 12 à 24 heures. Le traitement des plaies étendues ou vues tardivement nécessite une interposition d'un lambeau musculaire sterno-cléido-mastoïdien ou infrahyoïdien [7, 24, 25].

CONCLUSION

Les plaies traumatiques du pharynx sont fréquemment occultes, mais graves. Ces lésions engendrent des

complications à type de cellulite cervico-médastinale avec une mortalité importante. La symptomatologie est pauvre et la prise en charge doit précoce et adaptée.

RÉFÉRENCES

1. **Kaya KH, Koç AK, Uzut M, et al.** Timely management of penetrating neck trauma: Report of three cases. *J Emerg Trauma Shock*. 2013;6:289-92.
2. **Nowicki JL, Stew B, Ooi E.** Penetrating neck injuries: a guide to evaluation and management. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2017 ; 100(1) : 6-11.
3. **Kendall JL, Anglin D, Demetriades D.** Penetrating neck trauma. *Emerg Med Clin North Am*. 1998 Feb ; 16(1) :85-105.
4. **Cesareo E, Draoua S, Lefort H, Tazarourte K.** Plaies pénétrantes du cou. *URGENCES* 2012.
5. **Asensio JA, Valenziano GP, Falcone RE, Grosh JD.** Management of Penetrating Neck Injuries The Controversy Surrounding Zone II Injuries. *Surg Clin of North Am*. 1991 Apr ; 7(2) : 267-296.
6. **Diouf R, Ndiaye M, Ndiaye I, et al.** Neck trauma in civil practice: a 16-years' experience. *Dakar Med*. 1993 ; 38(1) :4-10.
7. **Clément P, Verdalle P.** Plaies et traumatismes cervicaux. In: **Brasnu D, Ayache D, Hans S, Hartl D, Papon JF.** *Traité d'ORL*. Paris : Flammarion Médecine- Sciences ; 2008 p 634-642.
8. **Maisel RH, Hom DB.** Blunt and penetrating trauma to the neck. In: **Cummings CW.** *Otolaryngology-Head and neck surgery*. St louis : Mosby ; 2005 :2525-2539.
9. **Nicholson BD, Medzon R, Rathlev NK.** Emergent Management of Neck Trauma. In : **Aseni P et al.** *Operative Techniques and Recent Advances in Acute Care and Emergency Surgery*. Springer ; 2019. p. 217-228.
10. **Tall A, Sy A, Diouf R, et al.** Notre expérience des traumatismes du cou en pratique civile: à propos de 45 cas. *Med Afr Noire*. 2004;51:199-202.
11. **Séréme M, Gyebré, Ouedraogo B, Ouattara M, Ouoba K.** Les plaies pénétrantes et les traumatismes fermes du cou au service orl du chu yalgado ouedraogo de ouagadougou. *Dakar Med*. 2012 ; 57(2) : 102-108.
12. **Doumbia-singare K, Timbo SK, Dembele AS et al.** Lésions cervicales au cours des tentatives de suicide par arme Blanche. *Rev. CAMES SANTE*. 2015 Juil ; 3(1) : 63-66.
13. **Tallon JM, Ahmed JM, BA BS.** Airway management in penetrating neck trauma at a Canadian tertiary trauma centre. *Can J Emerg Med*. 2007; 9(2): 101-4.
14. **Teixeira F, Menegozzo CAM, Netto SDC et al.** Safety in selective surgical exploration in penetrating neck trauma. *World J Emerg Surg*. 2016 ; 11(1) : 32.
15. **Mahmoodie M, Sanei B, Moazeni-Bistgani M et al.** Penetrating Neck Trauma: Review of 192 Cases. *Arch Trauma Res*. 2012 Feb 20 ; 1(1) :14-18.
16. **Mandavia DP, Qualls S, Rokos I.** Emergency Airway Management in Penetrating Neck Injury. *Ann Emerg Med*. 2000 Mar ; 35 :221-225.
17. **Zemni M, Ben Dhiabi M, Souguir MK, Mlayeh S, Amara S.** Les lésions des organes du cou au cours de la strangulation : étude de 50 cas. *J Méd Lég Droit Méd*. 2007 ; 1-2(50) :74-80.
18. **Feliciano DV.** Penetrating Cervical Trauma. *World J Surg*. 2015
19. **Lefort H, Cesareo E, Domanski L, Tourtier JP, Tazaroute K.** Prise en charge d'un traumatisme pénétrant du cou : importance d'un examen clinique protocolisé associé à un angioscanner. *Ann Fr Anesth Réanim*. 2014.
20. **Pakarinen TK, Leppäniemi A, Sihvo E, Hiltunen KM, Salo J.** Management of cervical stab wounds in low volume trauma centres: Systematic physical examination and low threshold for adjunctive studies, or surgical exploration. *Injury, Int. J. Care injury*. 2006 ; 37 : 440-7.
21. **Jameel MR, Galketiya KB, Samarasinghe TM.** Penetrating injury to Zone II of the neck causing laryngotracheal injury following a firecracker blast: first reported case. *The Sri Lanka J Surg*. 2018 ; 36(4) : 35-37.
22. **Wang Y, Sun Y, Zhou T et al.** Penetrating neck trauma caused by a rebar: A case report. *Médecine*. 2018 ; 97(16) : 1-5.
23. **Burgess CA, Dale OT, Almeyda R, Corbridge RJ.** An evidence-based review of the assessment and management of penetrating neck trauma. *Clin. Otolaryngol*. 2012 ; 37 : 44-52.
24. **Demetriades D, Velmahos GG, Asensio JA.** Cervical Pharyngoesophageal and Laryngotracheal Injuries. *World J. Surg*. 2001 Jul 9 ; 25 : 1044-1048,
25. **Thompson EC, Porter JM, Fernandez RG.** Penetrating neck trauma: an overview of management. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002 ; 60 :918-923.