



Cas Clinique

Nécrose de la Carotide Commune Secondaire à un Corps Étranger Migrant

Common carotid necrosis secondary to a migrating foreign body

A Keita¹, H Abdou Bacharou², I Diallo¹, M Fofana³, MMR Diallo⁴, MA Diallo¹, A Camara¹, S Sacko¹, Kaman MC¹

¹Service ORL-CCF, Hôpital National Donka, CHU de Conakry ; ²Service ORL-CCF, Hôpital de Référence de Niamey, ³Service d'ORL-CCF Hôpital Régional de Kankan, ⁴Service d'ORL-CCF Hôpital Régional de Mamou.

Auteur correspondant :

Dr Abdoulaye KEÏTA, Maître de conférences agrégés du CAMES à la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Conakry. Tél : + 224 622 44 22 71. Email :

[abdoulayeorl@gmail.com/](mailto:abdoulayeorl@gmail.com)

abdoulke@yahoo.fr. BP 234 Dixinn Hôpital Donka.

Mots clés : Corps étranger migrant, Nécrose, Carotide, ligature, complication.

Key words: Migrating foreign body, Necrosis, Carotid, ligature, complication.

RÉSUMÉ

Nous rapportons notre premier cas de nécrose de la carotide commune droite secondaire à un corps étranger œsophagien migrant, chez un patient de 51 ans, admis dans un contexte d'urgence pour détresse respiratoire. Le délai de sa symptomatologie était de 2 mois marquée par l'ingestion de corps étranger. Quelques jours plutard, apparait une tuméfaction antéro-latéro-cervicale, une dyspnée, une dysphagie et une fièvre. L'examen clinique et l'imagerie nous a permis une orientation diagnostique et la confirmation a été faite en per-cervicotomie mettant en évidence une nécrose de la carotide commune droite et un gros hématome compressif. Après l'échec de plusieurs tentatives de réparation de la carotide commune et une ligature de celle-ci fût faite suivi de la fermeture du plan cutané et le pansement. Les soins post-opératoires ont été planifiés en collaboration pluridisciplinaire en milieu de soins intensif. A J1, les suites opératoires ont été marquées par le décès du patient.

ABSTRACT

We report our first migrant foreign body complicated by right common carotid necrosis in a 51-year-old patient admitted to an emergency setting for respiratory distress. The delay in symptomatology was 2 months marked by ingestion of foreign bodies, antero-laterocervical swelling, dyspnea, dysphagia and a fever. The clinical examination and the imaging allowed us a diagnostic orientation and the confirmation was made by exploratory per-cervicotomy a necrosis of the right common carotid and a large compressive hematoma. After the failure of several attempts to repair the common carotid artery and a ligature of it was made followed by the closure of the skin and the dressing. Post-operative care was planned in multidisciplinary collaboration in an intensive care setting. On D1, the operative suites were marked by the death of the patient.

INTRODUCTION

Les corps étrangers représentent une pathologie fréquente en ORL [1,2]. Les corps étrangers ingérés sont nombreux, fréquents avec une insuffisance dans leur archivage [3]. Ils peuvent engager parfois le pronostic vital par leur siège ou leur nature [4,5]. La migration luminale basse et extra-luminale transversale d'un corps étranger vers l'axe vasculaire présente un risque de lésion artérielle ou veineuse engageant considérablement le pronostic vital [6].

Notre but est d'exposer la problématique de prise en charge de la nécrose carotidienne.

OBSERVATION CLINIQUE :

Il s'agit d'un patient de 51 ans, couturier, résident en milieu urbain et sans antécédent particulier. Il a été admis en situation d'urgence pour détresse respiratoire.

Le début de sa symptomatologie remonterait de 2 mois marqué par l'ingestion de corps à type d'arête de poisson au cours du repas. Après l'échec de plusieurs tentatives d'extraction chez les tradipraticiens, il consulta dans une formation sanitaire où l'extraction du corps étranger aurait été fait selon l'accompagnant. L'évolution fut marquée à la 3^{ème} semaine par l'installation d'une masse latéro cervicale droite qui augmenta progressivement de volume. A partir du 49^{ème} jour, une dyspnée associée à la dysphagie se sont révélées. Il usa d'une thérapie traditionnelle. Vu l'aggravation de la tuméfaction cervicale, il consulta dans le service pour meilleure prise en charge.

L'examen général à l'entrée a noté un assez bon état général, peu coopératif, attitude peu active, dyspnéique à type de bradypnée inspiratoire avec tirage intercostal, téguments et conjonctives hypocolorés. TA= 110/60mmHg ; Température = 38,3% ; S02 = 78% ;

Pouls= 120 bat/mn ; FR= 10cy/mn. L'examen ORL a noté : une tuméfaction antéro-latérocervicale droite volumineuse, fluctuante, peu inflammatoire, peau en regard non saine, bord irrégulier, surface luisante avec une tendance à se fistuliser. La ponction exploratrice a ramené un liquide séro-hématique. Des caries dentaires multiples et une hypertrophie des amygdales palatines caséuses.

Le diagnostic de cellulite cervicofaciale collecté et d'un abcès rétropharyngé secondaire à corps étranger compliquée de dyspnée furent suspectés. L'échographie cervicale a trouvé une image hypoéchogène extensive de nature liquidienne (hématique ? abcès ?) avec la présence d'un corps étranger linéaire oblique dirigé vers l'axe vasculaire du cou. La biologie a trouvé un taux d'hémoglobine = 3,60g/dl, un syndrome inflammatoire (CRP élevé et hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile) et GS/Rh=A+.

Il a été transféré au service de soins intensifs pour une réhabilitation hémodynamique. Avec l'accord des anesthésistes, il a été admis au bloc opératoire pour une cervicotomie exploratrice et réparatrice. En peropératoire, l'exploration a noté un gros hématome compressif, une nécrose de la carotide commune droite et la présence d'un corps étranger à type d'arête de poisson (figure 1).



Figure 1 : corps étranger à type d'arête de poisson extrait en per-opératoire (cervicotomie exploratrice et réparatrice)

Une ligature de la carotide commune droite, la réparation plan par plan après mise en place d'un drain aspiratif et un pansement furent fait. Les soins post-opératoire portait essentiellement sur la restauration des troubles hémodynamiques. A J1, les suites opératoires immédiates sont marquées par le décès du patient dans un tableau de choc hémodynamique.

DISCUSSION

Les corps étrangers ingérés sont nombreux, fréquents et mal répertoriés. La plupart des corps étrangers sont éliminés par voie naturelle. Seuls les corps étrangers dangereux par leur forme ou enclavés vont nécessiter un geste d'extraction, le plus souvent endoscopique ou chirurgical si échec d'extraction et/ou apparition de complications (perforation, infection) [3]. La présence

d'un corps étranger au niveau de l'oesophage peut migrer ou s'incarcérer entraînant par fois une perforation de l'oesophage et d'autres organes tel que les gros vaisseaux. Notre cas concerne, un corps étranger migrant à type d'arête de poisson ayant entrainé une perforation de la carotide commune droite. Ce constat a été rarement décrit dans la littérature [1]. En raison de leur structure fine, linéaire et tranchante, les os des poissons ont tendance à se loger et à pénétrer les organes [7,8]. Ce qui explique la perforation de paroi vasculaire de la carotide puis s'en ai suivi de la nécrose. A partir du moment que la brèche s'est produite, il y'a eu fuite de sang vers les différents axes avoisinants. Cela à contribuer à la survenue de la tuméfaction latéro-antérocervicale qui s'est aggravé progressivement. Sachant que l'artère carotide commune assure la vascularisation de la grande partie de la tête et une partie du cou, son interruption entrainerait un dysfonctionnement majeur cérébrale. Nous en déduisons aussi que ces plaies vont représenter le choc hémorragique, le pseudo-anévrisme, la fistule artéro veineuse, la dissection et les manifestations compressives notamment respiratoires [9]. Ce qui explique les trouble hémodynamiques et la détresse respiratoire que présentait le patient. Ces différents troubles ont été pris en charge par les anesthésistes-réanimateurs dans un délai favorable.

L'imagerie nous a permis d'avoir une idée de la situation. La tomодensitométrie était l'examen idéal mais pour des raisons d'urgence, le bas niveau socioéconomique du patient et le manque de scanner dans l'hôpital ; nous avons réalisé une échographie cervicale. Le diagnostic définitif a été fait par cervicotomie exploratrice et réparatrice. Quinot et al. ont décrit les problèmes liée à la ligature de la carotide [10]. Vu les multiples tentatives de réparation, la ligature de la carotide a été notre dernier recours. Dans notre contexte, les indications de la chirurgie carotidienne en urgence sont rares et sont généralement représentées par les plaies carotidiennes [10] qui engage le pronostic vital. Les soins post-opératoires ont été cordonnés par une équipe pluridisciplinaire en usant des molécules nécessaires. La mortalité est non négligeable souvent dans un tableau de choc hémodynamique. Ce fut le cas de notre patient.

Certes, le taux de morbi-mortalité est élevé après ligature de la carotide commune. Cependant, des études approfondies sur ce sujet doivent être menées afin d'établir un protocole de prise en charge adéquat dans nos pratiques subsahariennes.

CONCLUSION

La nécrose de la carotide commune secondaire à la migration d'un corps étranger et la chirurgie de la carotide commune constituent deux entités rares dans notre contexte. Nous rapportons notre unique cas pour attirer l'attention des prestataires de la hantise de sa prise en charge. Nous recommandons la prise en charge de ces patients dans des centres spécialisés et la coopération optimale au sein d'une équipe médico-chirurgicale, de radiologie et d'anesthésiste réanimateur entraînée et habituée à prendre en charge ces syndromes de menace vitale.

Contribution des auteurs

Les auteurs ont tous contribué à la rédaction de l'article

Remerciements

nous adressons nos remerciements aux collègues (anesthésistes réanimateurs, radiologues et urgentistes) pour la qualité de la collaboration pluridisciplinaire.

Conflits d'intérêt

ce manuscrit ne présente aucun conflit d'intérêt

Les appuis financiers et autres types de sponsoring sont annoncés

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Hssaine K, Belhoucha B, Rochdi Y, Nouri H, Aderdour L, Raji A. Les corps étrangers en ORL: expérience de dix ans. *Pan African Medical Journal*. 2015;21.
2. Diallo AO, Keita A, Odzili FI, Diallo OA, Fofana M, Conde B, et al. Les Corps Étrangers en Oto-Rhino-Laryngologie : Analyse de 192 Cas au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. *Health Sciences And Diseases*. 2018;19(2):61-5.
3. Joulali T, Kanjaa N. Ingestion de corps étranger : les dents de l'oesophage. *Réanimation*. 2014;23(2):241-241.
4. Walton J, Darr A, George A. An unusual case of an oesophageal foreign body presenting as torticollis. *Ann R Coll Surg Engl*. 2016;98(3):40-2.
5. Donkeng MJ, Djomou F, Nzogang MK, Njock RL. Les urgences ORL à l'Hôpital Général de Douala. *Health Sciences And Diseases*. 2016;17(2):41-6.
6. Gyebre YMC, Ouattara M, Elola E, Sereme M, Konsem T, Ouedraogo PB, et al. Un corps étranger insolite de l'oesophage. *Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale*. 2012;28(1):80-2.
7. Petrarolha SMP, Deditivitis RA, Perruccio FG, Quirino I de A. Esophagus foreign body in the thyroid gland. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2017.
8. Keita A, Fofana M, Diallo I, Diallo M, Diallo M, Camara A, et al. Corps étranger oesophagien à migration thyroïdienne. *Jaccr Africa*. 2018;2(1):184-7.
9. Quisling RG, Friedman WA, Rhoton AL. High Cervical Carotid Artery Dissection: Spontaneous Resolution. *American Journal of Neuroradiology*. 1980;1(5):463-8.
10. Quinot J-F, Kaiser E. Urgence devant une plaie cervicale. *EMC - Médecine*. 2004;1(2):157-64.