

DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES DE LÉSIONS DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES D'ORIGINE TRAUMATIQUE À PROPOS D'UNE OBSERVATION.

Diagnosis difficulties of a traumatic lesions of the upper airways about one case.

Kohou KL¹, OgondonB², Abhé CM³, Adingra S¹, Katché E⁴, Mobio M⁵, Ehounoud H¹.

¹ Service d'Anesthésie-réanimation Institut de Cardiologie d'Abidjan, Côte d'Ivoire ; ² Service d'Anesthésie-réanimation CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire ; ³ Service d'Anesthésie-réanimation CHU de Cocody, Côte d'Ivoire ; ⁴ Service de chirurgie cardio-vasculaire Institut de Cardiologie d'Abidjan, Côte d'Ivoire ; ⁵ Service d'Oto-Rhino-Laryngologie CHU de Treichville, Abidjan Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Kohou-konéLebailly Landry, Maître Assistant Anesthésie-réanimation Oxyologie, Université Félix Houphouët Boigny, Cel : 00225 59513814, E-mail : l_kohou@yahoo.fr
Adresse : BP V 206 Abidjan Côte d'Ivoire

RESUME

Les traumatismes de la région cervicale peuvent impliquer diverses structures et l'évaluation est difficile. Les lésions vasculaires et aérodigestives (sphère ORL et oesophagienne) sont au premier plan du bilan lésionnel. Les lésions de la sphère ORL s'expriment en général par des signes respiratoires d'intensité variable. Elles sont rarement muettes. Les auteurs rapportent un cas de plaie cervicale avec lésion vasculaire au premier plan et d'importantes lésions laryngo-trachéales (une section des 1er et 2^{ème} anneaux trachéaux, de multiples entailles du cartilage thyroïde avec section de la partie antérieure du cartilage cricoïde) sans expression clinique, découvertes lors de l'exploration chirurgicale. Les circonstances de survenue, les agents vulnérants et la prise en charge sont discutés.

Mots-clés : traumatisme cervical- voies aériennes supérieures- cervicotomie.

SUMMARY

Cervical region traumas can involve various structures and their assessment is difficult. Vascular and aero digestive lesions (ENT and esophageal sphere) are at the forefront of the lesion assessment. Lesions of the ENT sphere are generally expressed by respiratory signs of varying intensity. They are rarely silent. The authors report a case of cervical wound with vascular lesion in the foreground and large laryngeal tracheal lesions (a section of the first and second tracheal rings, multiple cuts in thyroid cartilage with section of the anterior part of the cricoid cartilage) without clinical expression, discovered during surgical exploration. The circumstances of occurrence, the invasive agents and the management are discussed. **Keywords:** neck trauma- upper airways- cervicotomy.

INTRODUCTION

Les traumatismes du cou impliquant une plaie pénétrante sont difficiles à évaluer parce qu'ils concernent une région anatomique complexe où sont regroupés plusieurs structures vitales [1 ; 2]. Ces traumatismes, responsables de plaies pénétrantes cervicales exposent ainsi à des lésions des vaisseaux, des voies aériennes et digestives et aussi à des lésions neurologiques centrales et médullaires [3]. Le bilan lésionnel fait cas parfois de lésions laryngotrachéales avec au premier plan des signes d'appels respiratoires tels que la dyspnée, un emphysème cervicothoracique, une plaie soufflante avec des bulles d'aires ou une voix enrouée. L'absence de signe d'appel clinique selon certains auteurs pourrait avoir une valeur prédictive négative avant toute exploration de la lésion cervicale. En effet nous rapportons le cas d'un traumatisme cervical ouvert par arme blanche chez un adolescent de 20 ans sans signe d'appel respiratoire, devant lequel une exploration chirurgicale au bloc opératoire a permis de mettre en évidence une lésion laryngo-trachéale importante.

OBSERVATION

Sujet de 20 ans, de sexe masculin, sans profession et sans antécédent particulier adressé par une structure périphérique à l'Institut de Cardiologie pour un traumatisme

cervical avec suspicion de lésions vasculaires des suites d'une agression par arme blanche. L'incident se serait produit dans la localité d'Abobo N'dotré (Côte d'Ivoire) le 22/07/2019 aux environs de 21h. Le sujet aurait été agressé par des individus armés qui lui auraient porté de violents coups de couteau au cou d'avant en arrière et latéralement. Il s'en est suivi une large plaie cervicale pénétrante très hémorragique motivant son transfert d'urgence à l'hôpital général d'Anyama situé à 10 Km environs du lieu de l'agression. Les premiers soins administrés dès son arrivée à l'hôpital d'Anyama ont consisté en un pansement cervical compressif et une stabilisation des paramètres hémodynamiques. Le transfert s'est effectué en ambulance non médicalisée le lendemain aux environs de 04h du matin, soit 07h après l'incident à l'Institut de Cardiologie pour une prise en charge. L'examen clinique initial à l'arrivée retrouvait un sujet conscient, ayant une bonne impression générale, un pansement cervical peu compressif et une pâleur conjonctivale. La TA=86/50 mmHg, un pouls=124 batt/min. Sur le plan respiratoire, on ne notait pas d'emphysème cervical, ni thoracique, l'ampliation thoracique était normale. La fréquence respiratoire était de 15 cycles/mn sans signes de lutte respiratoire.

L'auscultation pulmonaire retrouvait des râles bronchiques. Au niveau cardiovasculaire, les bruits du cœur étaient réguliers, le pouls carotidien non apprécié du fait du pansement cervical. L'examen somatique des autres appareils était sans particularité. La biologie notait une anémie normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 10,5g/dl, une thrombopénie à 120000 éléments/mm³. Le bilan d'hémostase était perturbé avec un TP à 65%. L'imagerie notamment la radiographie pulmonaire était normale (pas d'épanchement gazeux ni liquidien, absence de lésion de contusion des poumons, pas de signe indirect d'emphysème sous cutané dans l'aire cervicale). La TDM cervico-thoracique n'a pas été réalisée en urgence. Après avis des différents spécialistes (Réanimateurs, chirurgiens cardiovasculaires et ORL), l'indication d'une exploration chirurgicale était retenue. L'induction anesthésique s'est faite chez un patient hémodynamiquement stable après un remplissage préalable et associait de l'étomidate, du fentanyl et du bromure de rocuronium. L'exploration chirurgicale (figure 1) par cervicotomie antérieure a permis de noter une section complète de la veine jugulaire externe droite. Des lésions des voies aériennes supérieures comprenant une section des 1^{er} et 2^{ème} anneaux trachéaux avec une ouverture de la trachée sur 1,5 cm dans le sens de la longueur découvrant la sonde d'intubation, de multiples entailles du cartilage thyroïde avec section de la partie antérieure du cartilage cricoïde. Les gestes ont consisté en un parage avec ligature de la veine jugulaire externe droite, la confection d'une trachéotomie avec mise en place d'une canule de trachéoflexe. Les suites postopératoires ont été simples et le patient a été décanulé avec succès à J9 post opératoire. Il a été revu en consultation à J21 post opératoire (figure 2).

DISCUSSION

Le cou est une région anatomique complexe contenant des structures vasculaires, aérodigestives et nerveuses. Tout traumatisme de cette région peut porter atteinte à ces différentes structures. Les plaies pénétrantes du cou sont rares, environ 5 à 10% de l'ensemble des traumatismes [4;5]. Les circonstances de survenue sont souvent accidentelles comme rapporté ici ou autolytique. Elles sont fonction de l'aire géographique. Aux États-Unis par exemple, les plaies par balle sont plus fréquentes que les plaies par arme blanche [6]. Les agents vulnérants sont ainsi variés ; contondants, tranchants et projectiles. Les lésions vasculaires et les lésions aérodigestives (atteinte de la sphère ORL et œsophagienne) sont au premier plan du bilan lésionnel. Dans notre contexte, la symptomatologie clinique plaçait plutôt en faveur d'une lésion vasculaire devant la plaie cervicale

hémorragique, la pâleur conjonctivale et l'hypotension artérielle. Les signes respiratoires étaient quasi absents en dehors des râles bronchiques alors que la littérature fait état de lésions cliniquement bruyantes en cas d'atteinte des voies aériennes: voix enrouée, stridor, dyspnée et un emphysème sous-cutané [1;4;5]. Il est fait état de signes « forts » et de signes « faibles » en faveur de lésions laryngo-trachéales. Les signes « forts » sont constitués d'une détresse respiratoire, de la présence de bulles d'air au niveau de la plaie trachéale et d'une hémoptysie importante. Les signes « faibles » comprennent une voix enrouée, un emphysème sous cutané et des crachats hémoptoïques. Une série prospective retrouvait ces signes chez 18% des patients dont 15% ont bénéficié d'une réparation chirurgicale [7]. Une exploration chirurgicale s'impose en urgence après un examen clinique soigneux, couplé à une imagerie, notamment un angio-scanner chez un patient qui est stable sur le plan hémodynamique. Cet examen fournit des informations sur l'intégrité des structures vasculaires, aériennes, digestives et osseuses [4 ; 6]. Dans notre contexte, une TDM cervico-thoracique prescrite n'a pas été réalisée devant l'urgence vasculaire initialement suspectée.

Après une induction en séquence rapide, la prise en charge des voies aériennes au bloc opératoire n'a posé aucune difficulté. L'exploration chirurgicale a découvert une section complète de la veine jugulaire externe droite, responsable de l'instabilité hémodynamique constatée à l'arrivée du patient. Elle notait également la section des 1^{er} et 2^{ème} anneaux trachéaux ainsi que de multiples entailles du cartilage thyroïde avec section de la partie antérieure du cartilage cricoïde. La sonde d'intubation sert de tuteur au cours de la réparation trachéale [5]. Cette réparation a pour but d'éviter la survenue de complications telles que la sténose trachéale [1] et la formation de granulomes [7]. Le patient a été revu 21 jours après sa sortie, nous notons une bonne cicatrisation de la plaie sans signe d'appel nous faisant évoquer une complication respiratoire, ni vasculaire.

CONCLUSION

L'atteinte de l'arbre trachéo-bronchique au cours des traumatismes pénétrants du cou est rare et peut passer souvent inaperçue en cas de lésions peu étendues. Les signes cliniques d'appels sont respiratoires mais peuvent être absents selon le cas que nous rapportons. Il faut toujours y penser et réaliser une exploration clinique minutieuse couplée à un angio-scanner cervico-thoracique lorsque cela est possible.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêts en rapport avec cet article.

REFERENCES

1. Rabiou S, Ghalimi M, Lakranbi Y, Ouadnoui M, Smahi M. Plaie trachéale avec hernie de la thyroïde. Ann. Fr.Med.Urgence 2016 ; 6 :114-5
2. Doumbia-Singare k, Timbo S K, Dembele AS, Traore L, Guindo B. Lésions cervicales au cours des tentatives de suicide par arme blanche. Rev. Cames santé 2015 ; 3(1) :63-6
3. Kouamé KJ, Kirioua-Kamenan A, Kohou-koné L, Demine B, Yapo YP. Prise en charge tardive d'une plaie de l'artère carotide interne. Le Journal Africain du Thorax et des Vaisseaux 2017 ; 15(7) : 505-08
4. Nowicki JL, Stew B, Ooi E. Penetrating neck injuries: a guide to evaluation and management. Ann R Coll Surg Engl 2018; 100:6-11
5. Bhattacharya P, Mandal MC, Das S, Mukhopadhyay S, Basu S R. Airway Management of two patients with penetrating neck trauma. India journal of anesthesia 2009; 53(3):348-51
6. Demetriades D, Theodorou D, Cornwell E, Berne TV et al. Evaluation of penetrating injuries of the neck: prospective study of 223 patients. World J Surg 1997; 21(1) :41-7
7. Demetriades D, Salim A, Brown C, et al. Neck Injuries. CurrProbl Surg 2007;44:13-87.



Figure 2 : Cicatrisation de la plaie trachéale à J 21 post opératoire

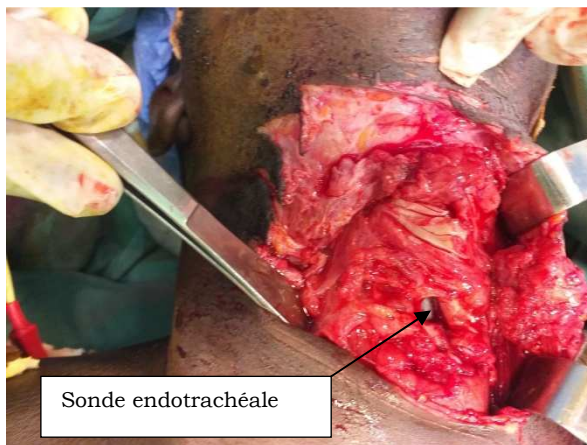


Figure 1 : Rupture trachéale découvrant la sonde d'intubation.