

Plaie cervicale pénétrante suite à une attaque de sanglier: A propos d'un cas

Penetrating cervical wound following a wild boar attack: Report of case

S. Tritar, R. Mani, S. Ayachi, H. Khochtali

* Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. CHU Sahloul. Sousse

RESUME

OBJECTIF : Discuter l'approche diagnostique et la prise en charge thérapeutique d'une plaie cervicale pénétrante induite par une attaque de sanglier.

OBSERVATION : Il s'agissait d'une bergère âgée de 47 ans, admise en urgence pour prise en charge d'une plaie cervicale pénétrante associée à une plaie de la face antérieure du poignet gauche suite à une attaque de sanglier. L'examen initial a objectivé une plaie cervicale profonde exposant le tractus aérodigestif. L'exploration chirurgicale a mis en évidence une plaie laryngo-trachéale et de la loge hyo-thyro-épiglotique (HTE). Une suture de ces plaies a été réalisée sous couverture d'une trachéotomie. Les suites opératoires étaient simples.

CONCLUSION : La prise en charge d'une plaie cervicale pénétrante reste un défi pour tout chirurgien.

Elle fait appel en premier lieu à un bilan lésionnel complet qui va dicter la stratégie thérapeutique. L'objectif du traitement chirurgical est de préserver le pronostic vital et fonctionnel.

MOTS-CLÉS : plaie, pénétrante, cou, larynx, trachée, chirurgie.

ABSTRACT

AIM: Discuss diagnosis and therapeutic management of penetrating cervical wounds induced by a wild boar attack.

CASE REPORT: It was a 47-year-old shepherdess, admitted in emergency for the management of a penetrating cervical wound associated with a wound on the anterior aspect of the left wrist following a boar attack. The initial examination revealed a deep cervical wound exposing the aerodigestive tract. Surgical exploration revealed laryngo-tracheal and hyo-thyro-epiglottic lodge wounds. A suture was performed under cover of a tracheostomy. The postoperative course was simple.

CONCLUSION: The management of a penetrating cervical wound remains a challenge for any surgeon.

In the first place, it calls for a complete lesion report that will dictate the therapeutic strategy.

The goal of the surgical treatment is to preserve the vital and functional prognosis.

KEYWORDS: Wounds, Penetrating, Neck, Larynx, Trachea, Surgery.

INTRODUCTION

Les lésions cervicales liées aux attaques de sangliers sont rares [1]. Elles peuvent être isolées, ou s'intégrer dans un traumatisme cervico-facial complexe ou un polytraumatisme.

Elles entraînent des hémorragies dans le tiers des cas, des lésions directes des voies aériennes supérieures, parfois associées à une atteinte de l'œsophage, une fois sur dix et des lésions neurologiques directes une fois sur trente [2]. Un bilan lésionnel complet et un traitement chirurgical précoce ont pour but de préserver le pronostic vital et fonctionnel.

L'objectif de ce travail est de rapporter un cas rare d'une plaie cervicale suite à une attaque de sanglier, décrire les lésions engendrées et discuter les différentes modalités thérapeutiques.

CAS CLINIQUE

Une bergère âgée de 47 ans, demeurant aux montagnes de Zaghouan, sans antécédents pathologiques particuliers, a été admise en urgence suite à une attaque de sanglier entraînant une plaie cervicale pénétrante exposant l'axe aérodigestif associée à une plaie de la face antérieure du poignet gauche. L'examen initial a montré une patiente consciente et bien orientée, sans lésion du rachis cervical avec un bon état hémodynamique. Sur le plan respiratoire, la patiente était polypneïque. Devant le risque d'aggravation, elle a été menée en urgence au bloc opératoire pour une exploration chirurgicale.

Une intubation nasotrachéale a été pratiquée. Une œsophagoscopie première a été pratiquée et était sans anomalies. L'exploration chirurgicale a objectivé une plaie profonde de la zone II de la région cervicale entraînant une rupture partielle laryngotrachéale et de la loge HTE



(figure 1) sans lésion vasculaire ou neurologique associée. Une suture étanche du pharynx au vicryl 3/0 sur une sonde nasogastrique a été réalisée avec fermeture de la membrane thyro-hyoidienne au vicryl 2/0 sous couverture d'une trachéotomie sous isthmique.

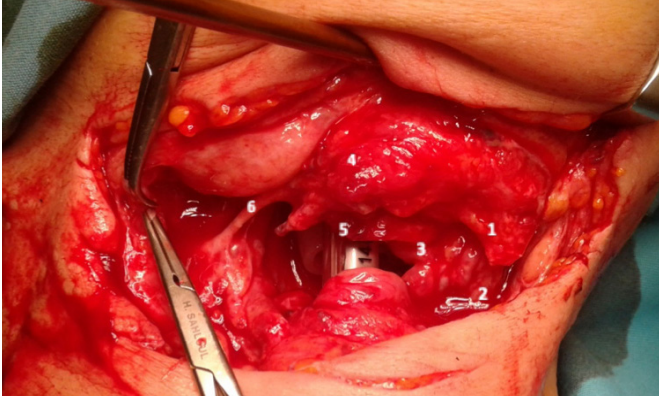


Figure 1 : Vue per opératoire montrant une rupture de la trachée et de la loge HTE.

1 : Membrane thyro-hyoidienne sectionnée, 2 : épiglotte, 3 : canule de Mayo, 4 : glande submandibulaire, 5 : pédicule laryngé supérieur, 6 : artère faciale ligaturée.

La réparation de la plaie cutanée a été précédée d'un lavage abondant et d'un parage des berges. Une suture en deux plans sur un drain aspiratif a été réalisée au niveau cervical.

En même temps opératoire, une exploration et suture de la plaie du poignet ont été faites par un orthopédiste.

Les suites opératoires étaient simples.

La prise en charge médicale a comporté une vaccination et une sérothérapie anti-tétanique ; une vaccination antirabique a été instaurée dès les premières heures qui ont suivi l'exposition associée à une antibiothérapie prophylactique (Amoxicilline-Acide clavulanique).

L'évolution a été marquée par une stabilité hémodynamique et respiratoire.

L'ablation de la canule de trachéotomie a été faite à J15 post opératoire. Une alimentation orale a été permise 18 jours après l'intervention.

Un transit œso-gastro-duodénal (TOGD) a été pratiqué à J 21 post opératoire pour contrôler l'étanchéité des parois de l'axe digestif. Cet examen n'a pas montré d'anomalies (figure 2).



Figure 2 : Transit oeso-gastro-duodénal (TOGD) sans anomalies à J 21 post opératoire.

La patiente a été contrôlée après 6 mois, avec une bonne évolution et sans plaintes fonctionnelles.

DISCUSSION

Les lésions causées par les attaques de sangliers sont sous-déclarées dans la littérature. Il semble que le nombre de ces agressions ait augmenté ces dernières années à cause de la déforestation. En effet, il est extrêmement rare qu'un sanglier soit agressif envers les humains, mais ce sont des animaux potentiellement dangereux en raison de leurs défenses en forme de rasoir qui peuvent causer de graves blessures parfois fatales en cas d'agression [3].

Les plaies pénétrantes du cou ont la réputation d'être difficiles à évaluer parce qu'elles concernent une région anatomique complexe où sont concentrées plusieurs structures vitales dans un espace restreint.

La région cervicale est divisée en trois zones anatomiques. La zone I s'étend de la clavicule au cartilage cricoïde. Cette zone comprend la crosse de l'aorte, les artères carotides, les artères vertébrales, les vaisseaux subclaviers, les troncs innommés, les apex des poumons, l'œsophage, la trachée, le plexus brachial et le canal thoracique.

La zone II, est la zone la plus large et la plus exposée. Elle s'étend du cartilage cricoïde à l'angle de la mandibule et comprend les artères carotides communes, internes et externes, les veines jugulaires, divers nerfs crâniens, le larynx, l'hypopharynx et l'œsophage cervical.

La zone III s'étend de l'angle de la mandibule à la mastoïde. Les structures importantes de cette région sont relativement inaccessibles et comprennent les parties cervicales, pétreuses et caveuses distales de l'artère carotide interne, l'artère vertébrale, l'artère carotide externe et ses branches principales, les veines jugulaires, le plexus veineux prévertébral et le nerf facial.

Les traumatismes impliquant les zones I ou III présentent des défis diagnostiques et chirurgicaux en raison du chevauchement respectifs avec la cavité thoracique et la



région intracrânienne.

Bien que la gestion des plaies de la zone II ait fait l'objet de controverses, les traumatismes dans cette région relativement accessible sont généralement faciles à gérer une fois le diagnostic établi, ce qui est le cas de notre patiente [4].

Au terme de cette division anatomique, nous constatons que le risque d'une lésion vasculaire, aérienne supérieure, neurologique et/ou pharyngo-œsophagienne est réel mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

Le diagnostic lésionnel initial repose sur l'examen clinique et en l'absence de signe de gravité, la réalisation d'un angioscanner est de principe [5]. En effet, chez les patients stables ou stabilisés, cet examen est le gold standard qui permet un bilan lésionnel initial précis guidant la prise en charge thérapeutique. L'angioscanner fournit des informations sur l'intégrité des structures vasculaires, aériennes, digestives et osseuses. Les temps d'injection artériel et veineux doivent être précis pour parfaitement visualiser les vaisseaux du cou. Au terme de cet examen, la décision est orientée vers la nécessité d'un acte chirurgical, une surveillance en unité de soins intensifs ou bien la demande d'une endoscopie bronchique ou digestive pour compléter l'évaluation.

Par ailleurs, tout diagnostic de choc hémorragique, d'hématome cervical expansif, de détresse respiratoire secondaire à une lésion laryngotrachéale ou de signe de localisation neurologique évoquant un accident vasculaire cérébral doit conduire en urgence à un contrôle des fonctions vitales et à une exploration chirurgicale.

Plusieurs études ont fait l'objet de recherche afin d'établir un algorithme guidant la prise en charge des traumatismes de cette région qui est assez délicate [5,6].

L'évaluation et le contrôle des voies aériennes supérieures sont la clé de la prise en charge initiale des traumatismes cervicaux pénétrants associée à une lésion laryngotrachéale [7].

En présence d'un bullage sourdant de la plaie, ou seulement visible à la toux, un emphysème sous cutané, des crachats sanglants ou un enrouement, une laryngoscopie puis une fibroscopie bronchique sont indispensables à la recherche d'une lésion des voies aérodigestives supérieures.

L'intubation endotrachéale peut être réalisée en toute sécurité chez certains patients présentant des lésions pénétrantes au niveau de l'axe laryngotrachéal [8]. Dans notre cas, une intubation nasotrachéale suivie d'une mise place d'une sonde nasogastrique ont permis de protéger les voies aéro-digestives.

Les traumatismes de la trachée sans perte de substance sont traités par suture ou anastomose. En cas de perte de substance, les techniques de plastie locale, les greffons composites ou les lambeaux musculaires sont utilisées. Les greffes de trachée sont encore au stade expérimental chez l'animal et de réflexion éthique chez l'homme [9,10].

Les procédés de calibrage endolaryngé ou endotrachéal

permettent le maintien d'une filière respiratoire perméable. Leur maintien doit être le plus court possible [11].

Il existe une controverse persistante dans la littérature moderne sur l'indication d'une trachéotomie en tant que composant de la réparation de la trachée. La réalisation d'une trachéotomie de principe pour protéger les sutures trachéales est devenue plus sélective, mais son rôle n'a pas totalement disparu [12]. En effet la trachéotomie est pratiquée uniquement pendant la période postopératoire et chez les patients ayant bénéficié d'une assistance ventilatoire pendant plus de 4 jours. L'anastomose primaire sans trachéotomie concomitante est préférée [13].

Les défis de la prise en charge en urgence imposent une connaissance parfaite des critères de gravité et un bilan lésionnel le plus complet possible. Il est fondamental de reconnaître et traiter les lésions du tractus digestif.

Les plaies pharyngiennes ou œsophagiennes méconnues au temps initial peuvent secondairement se révéler par des complications septiques sévères. Les plaies de l'hypopharynx se caractérisent par un tableau clinique non spécifique et rarement évocateur. Une dysphagie, une odynophagie, une hématomèse, une crépitation ou un emphysème sous-cutané localisé. Dans notre cas, une œsophagoscopie première a permis d'éliminer une plaie œsophagienne.

Une prise en charge médicale conservatrice est proposée pour les petites lésions limitées au pharynx et qui consiste en une alimentation stricte par sonde nasogastrique associée à une antibiothérapie intra-veineuse. Pour les lésions assez importantes ou s'étendant à l'œsophage une intervention chirurgicale réparatrice est nécessaire.

L'opacification de l'œsophage aux hydrosolubles est systématiquement proposée par la suite car il est exceptionnel de faire cliniquement le diagnostic de plaie œsophagienne et il semble indispensable de l'éliminer pour prévenir le risque de médiastinite [12].

Comme toute plaie liée à une blessure d'origine animale, il s'agit le plus souvent d'une plaie « souillée ». Les risques infectieux de ces lésions sont multiples et imposent systématiquement la prévention du tétanos, de la rage et des infections bactériennes d'inoculation dont la plus fréquente est la pasteurellose [14].

CONCLUSION

Toute plaie cervicale pénétrante doit faire l'objet d'un protocole d'évaluation lésionnelle, explorant, dans l'ordre, les vaisseaux, puis le rachis et la moelle, ensuite les voies aériennes et l'œsophage. Une gestion rapide et appropriée du traumatisme cervical est fondamentale. La présence d'une lésion mettant en jeu le pronostic vital doit conduire à une chirurgie urgente. L'exploration chirurgicale sera dans ce cas envisagée d'emblée et s'inscrira dans un but diagnostique et thérapeutique.

Conflit d'intérêt : Aucun



REFERENCES

1. Attarde H, Badjate S, Shenoi SR. Wild Boar Inflicted Human Injury. *J Maxillofac Oral Surg.* 2011;10(1):77-9.
2. Quinot J-F, Kaiser E. Urgence devant une plaie cervicale. *EMC - Médecine.* 2004;1(2):157-64.
3. Kose O, Guler F, Baz AB, Akalin S, Turan A. Management of a Wild Boar Wound: A Case Report. *Wilderness Environ Med.* 2011;22(3):242-5.
4. Bagheri SC, Khan HA, Bell RB. Penetrating Neck Injuries. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am.* 2008;20(3):393-414.
5. Tisherman SA, Bokhari F, Collier B, Cumming J, Ebert J, Holevar M, et al. Clinical Practice Guideline: Penetrating Zone II Neck Trauma: *J Trauma Inj Infect Crit Care.* 2008;64(5):1392-405.
6. Kovacs G, Sowers N. Airway Management in Trauma. *Emerg Med Clin North Am.* 2018;36(1):61-84.
7. Ghorbal H, Cherif I, Abid W, Zribi D, Hariga I, Gamra OB, et al. Traumatismes externes du larynx. *J.TUN ORL.* 2013;4.
8. Prokakis C, Koletsis EN, Dedeilias P, Fligou F, Filos K, Dougenis D. Airway trauma: a review on epidemiology, mechanisms of injury, diagnosis and treatment. *J Cardiothorac Surg.* 2014;9:117.
9. Ohno M, Fuchimoto Y, Hsu H-C, Higuchi M, Komura M, Yamaoka T, et al. Airway reconstruction using decellularized tracheal allografts in a porcine model. *Pediatr Surg Int.* 2017;33(10):1065-71.
10. Genden EM, Urken ML. Laryngeal and tracheal transplantation: ethical limitations. *Mt Sinai J Med N Y.* 2003;70(3):163-5.
11. Clément P, Barnabé D, Briche T, Kossowski M. Chirurgie des plaies et traumatismes du larynx et de la trachée cervicale. *EMC - Oto-Rhino-Laryngol.* 2005;2(1):107-18.
12. Asensio JA, Chahwan S, Forno W, MacKersie R, Wall M, Lake J, et al. Penetrating Esophageal Injuries: Multicenter Study of the American Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma Acute Care Surg.* 2001;50(2):289.
13. Bardes JM, Grabo D, Inaba K, Schellenberg M, Polk T, Demetriades D. Management of cervical tracheoesophageal injuries: A 2018 EAST Master Class Video Presentation. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018;85(1):220-3.
14. Dydymski S, Beytout J. Blessures d'origine animale. *EMC - Traitée Médecine AKOS.* 2011;6(1):1-5.