CORPS ETRANGER ANCIEN (LAME DE COUTEAU) REVELE PAR UNE FISTULE CERVICALE: A PROPOS D'UN CAS

LONG-STANDING FOREIGN BODY (KNIFE BLADE) REVEALED BY A CERVICAL FISTULA: A CASE REPORT

A.Yameogo [1], S. C. Ningam Mvondo [2], A. Goueta [3]
1. Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHR de Ziniaré, Ziniaré, Burkina Faso
2. Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU de l'Amitié Tchad-Chine, Tchad
3. Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

RESUME

Les corps étrangers des parties molles cervicales constituent une situation clinique rare en pratique oto-rhino-laryngologique et en chirurgie cervico-faciale. Le diagnostic est le plus souvent immédiat, reposant sur un contexte traumatique évident et une symptomatologie aiguë. Les formes anciennes, passées inaperçues pendant plusieurs mois, sont exceptionnelles et peuvent se révéler par des complications infectieuses trompeuses.

Nous rapportons le cas d'un patient de 23 ans avec un antécédent de plaie pénétrante cervicale suite à une agression par arme blanche survenue il y a un an, qui consultait pour une fistule cervicale cutanée. Les explorations radiologiques ont mis en évidence une lame de couteau profondément enclavée dans les tissus cervicaux. Une extraction chirurgicale programmée a été réalisée avec succès.

Ce cas souligne l'importance d'une évaluation radiologique systématique des plaies cervicales pénétrantes et démontre que l'extraction différée d'un corps étranger ancien peut être réalisée de manière sécurisée sous réserve d'une planification rigoureuse.

Mots-clés: Corps étranger; Fistule cervicale; chirurgie

Abstract

Foreign bodies within the cervical soft tissues are an uncommon clinical entity in otorhinolaryngology and head and neck surgery. Diagnosis is usually immediate, based on a clear traumatic context and acute symptomatology. Long-standing cases, remaining undetected for several months, are exceptional and may present with misleading infectious complications.

We report the case of a 23-year-old patient with a history of a penetrating neck injury following a stab wound, presenting with a cervical cutaneous fistula. Radiological investigations revealed a knife blade deeply embedded in the cervical tissues for approximately one year. Elective surgical removal was successfully performed.

This case highlights the importance of systematic radiological assessment of penetrating neck wounds and demonstrates that delayed removal of a long-standing foreign body can be safely achieved, provided that meticulous pre-operative planning is undertaken.

Keywords: Foreign body; Cervical fistula; Surgery

INTRODUCTION

Les infections cervicales profondes constituent un ensemble hétérogène de pathologies potentiellement graves, en raison de la complexité anatomique du cou et de la proximité de structures vitales telles que les axes vasculo-nerveux, les voies aériennes et le médiastin [1-3]. Parmi les étiologies, les corps étrangers des parties molles cervicales représentent une cause rare, le plus souvent rencontrée dans un contexte traumatique aigu. Dans la majorité des cas, le diagnostic est posé précocement grâce à l'anamnèse et l'imagerie. Toutefois, la persistance d'un corps étranger cervical après un traumatisme pénétrant, en particulier en l'absence d'exploration radiologique initiale, constitue une situation inhabituelle notamment dans les contextes à ressources limitées [2-6].

Les corps étrangers cervicaux anciens peuvent rester longtemps asymptomatiques du fait d'un phénomène

Auteur correspondant
Email: yamdama@gmail.com

d'encapsulation fibreuse. Ils peuvent secondairement se révéler par des complications chroniques telles que les infections persistantes, les abcès profonds ou les fistules cutanées. Ces formes retardées sont rares et représentent un défi diagnostique, en particulier en l'absence de notion de traumatisme initial [3,4].
L'apport de l'imagerie, en particulier de la tomodensitométrie, est essentiel pour le diagnostic, la localisation précise du corps étranger et l'évaluation de ses rapports avec les structures vasculaires et aérodigestives, conditionnant ainsi la stratégie thérapeutique [6,7].
Nous rapportons un cas exceptionnel de lame de couteau restée en place pendant environ un an, révélée secondairement par une fistule cutanée et extraite chirurgicalement sans complication.

PATIENT ET OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 23 ans orpailleur, présentant comme antécédent une plaie pénétrante cervicale secondaire à une agression par arme blanche, associée à une plaie abdominale, survenue environ un an auparavant. Le patient avait bénéficié d'une prise en charge chirurgicale dans un hôpital de référence, sans réalisation d'exploration radiologique. Il consultait pour une fistule cervicale évoluant depuis trois mois, avec écoulement purulent minime. L'examen clinique retrouvait un orifice fistuleux cutané latérocervical gauche avec écoulement purulent, laissant apparaître l'extrémité pointue d'un objet métallique au sein de la fistule (figure 1).



Figure 1 : Orifice fistuleux latérocervicale gauche avec écoulement purulent et extériorisation de l'extrémité du corps etranger métallique.

On notait également une cicatrice cervicale et abdominale péri-ombilicale.
On n'observait pas de déficit neurologique ni de signe de détresse respiratoire. Les paramètres hémodynamiques étaient stables. L'état général était conservé. La radiographie cervicale mettait en évidence une opacité métallique linéaire profonde au niveau des tissus mous cervicaux (figure 2).



Figure 2: Radiographie cervicale montrant une opacité métallique linéaire profonde.

La tomodensitométrie cervicale avec reconstruction tridimensionnelle a confirmé la présence d'une lame de couteau, située à hauteur de C3-C4 au niveau de l'espace retro-pharyngé gauche à proximité des axes vasculaires (figure 3). Les reconstructions tridimensionnelles suggéraient une stabilisation du corps étranger par un processus fibreux, expliquant la tolérance clinique prolongée.

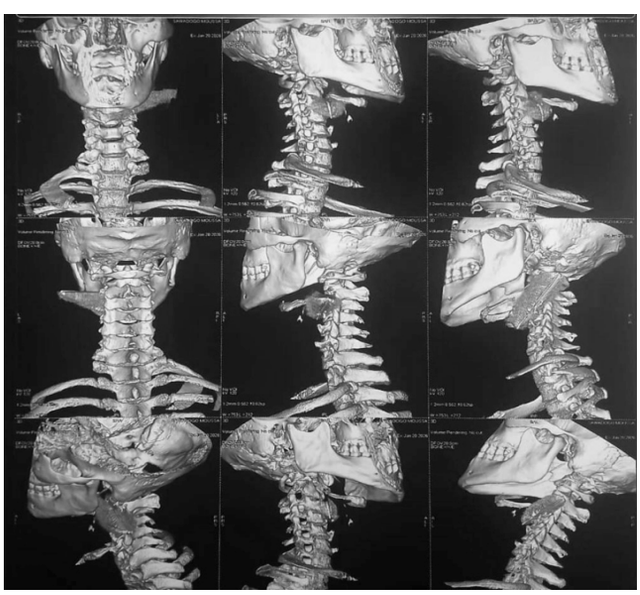


Figure 3 : Tomodensitométrie cervicale avec reconstruction tridimensionnelle montrant une lame de couteau, localisée à hauteur de C3-C4 dans l'espace rétropharyngé gauche.

Une cervicotomie exploratrice a été réalisée sous anesthésie générale, après repérage cutané guidé par l'imagerie. L'abord a été effectué par une incision cervicale élargie de Paul-André. La dissection a été menée de manière prudente et minutieuse à travers les tissus cicatriciels fibreux. Une attention particulière a été portée à l'identification et à la protection des structures vasculaires notamment la carotide primitive et la veine jugulaire interne (figure 4).

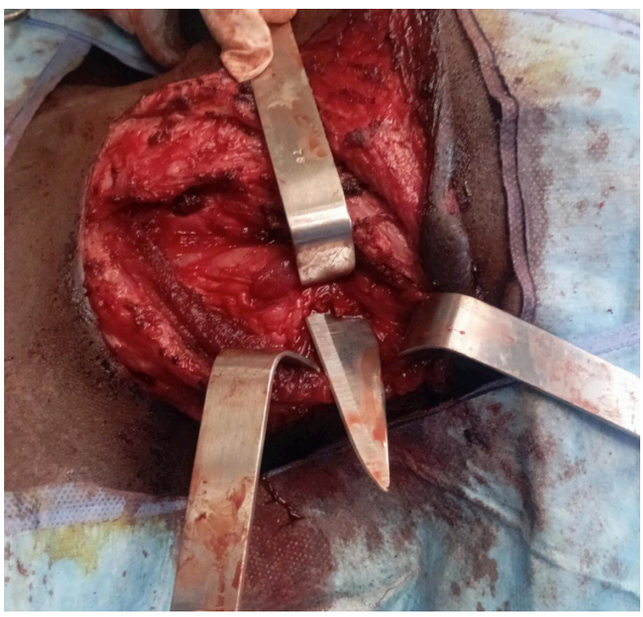


Figure 4 : Vue opératoire montrant le corps étranger encapsulé dans une loge fibreuse après dissection.

L'extraction a été réalisée de manière atraumatique après protection des structures nobles. Le geste a été complété par un lavage abondant, une hémostase soigneuse et la mise en place d'un drain aspiratif. Le corps étranger extrait, correspondait à une lame de couteau métallique intacte d'environ 10 cm de long (figure 5).

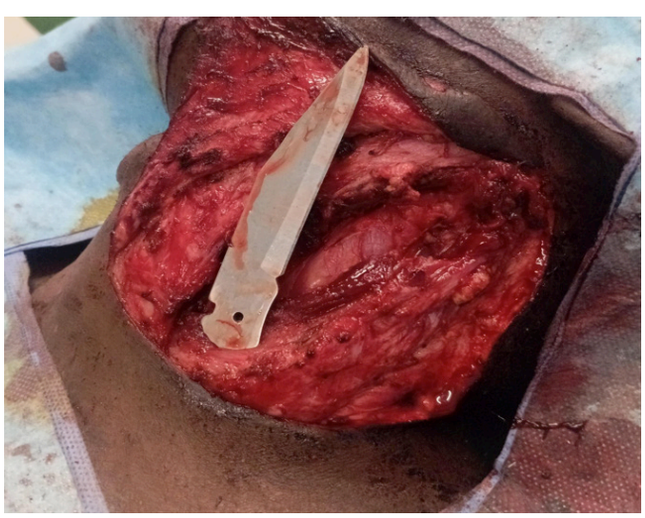


Figure 5 : Pièce opératoire correspondant à une lame de couteau de 10 cm de long, intacte après extraction chirurgicale.

Aucun prélèvement de pus à visée cytobactériologique n'a été réalisé. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre couvrant les germes aérobies et anaérobies, à base de céphalosporine de 3e génération associée à du métronidazole a été instaurée pendant 4 jours par voie parentérale, relayée par voie orale pendant 7 jours.

Les suites opératoires étaient simples, avec une cicatrisation au 14e jour post-opératoire. Le suivi à 1 mois, 3 mois et 6 mois n'a pas objectivé de récidive ni de complication.

DISCUSSION

La présence prolongée d'un corps étranger cervical est rare mais décrite, principalement dans des contextes d'agressions ou d'accidents [2,5,10]. Dans la majorité des cas rapportés, le diagnostic est posé précocement grâce au contexte clinique évident et à l'imagerie. Les formes retardées, comme dans notre observation, restent exceptionnelles. Plusieurs cas de corps étrangers cervicaux anciens ont été décrits dans la littérature avec des délais diagnostiques variables allant de quelques mois à plusieurs années. Toutefois, la révélation par une fistule cutanée chronique demeure inhabituelle. Dans notre cas, le délai d'un an, associé à une extérioration partielle du corps étranger à travers l'orifice fistuleux, souligne le caractère atypique de cette présentation.

La migration des corps étrangers dans les tissus cervicaux est un phénomène bien documenté. Elle est favorisée par les mouvements musculaires et les pressions tissulaires. L'encapsulation fibreuse progressive explique la tolérance clinique prolongée observée chez certains patients, retardant ainsi le diagnostic [2,3]. Néanmoins, cette évolution expose à des complications tardives potentiellement graves, notamment les infections chroniques, les abcès profonds, la médiastinite descendante, les fistules cutanées ainsi que des complications vasculaires telles que les pseudo-anévrismes carotidiens [6,9].

La prise en charge des plaies pénétrantes cervicales a évolué au cours des dernières décennies. En l'absence de signes de gravité immédiats, une approche basée sur l'imagerie est actuellement privilégiée. La tomodensitométrie multidétecteurs avec angiographie est devenue l'examen de référence, permettant une évaluation précise des lésions vasculaires, aérodigestives et des tissus mous. Núñez et al. ont notamment montré que l'angioscanner permet d'identifier de manière fiable les lésions non vasculaires des tissus mous et les lésions vasculaires, orientant ainsi la stratégie thérapeutique [7] Dans notre observation, l'absence d'imagerie a conduit à la méconnaissance du corps étranger et à sa rétention prolongée pendant 12 mois. Cette situation illustre les limites de la prise en charge dans certains contextes à ressources limitées, où l'accès à l'imagerie spécialisée peut être restreint.

Le traitement reposait essentiellement sur deux principes fondamentaux: le contrôle de l'infection et l'extraction complète du corps étranger. La planification chirurgicale doit être rigoureuse et basée sur les données radiologiques, en particulier en cas de proximité avec les structures vasculaires [9,10].

L'originalité de cette observation réside dans la combinaison de plusieurs éléments: un long délai diagnostique, une tolérance malgré la proximité des axes vasculaires et une révélation par une fistule cutanée avec visualisation du corps étranger. Cette présentation inhabituelle souligne l'importance d'un bilan radiologique systématique devant toute plaie cervicale pénétrante, même ancienne.

CONCLUSION

Ce cas souligne l'importance d'évoquer un corps étranger devant toute fistule cervicale chronique, même en l'absence de notion de traumatisme récent. La tomodensitométrie joue un rôle clé dans le diagnostic et le bilan lésionnel. Toute plaie cervicale pénétrante doit bénéficier d'un bilan radiologique systématique afin d'éviter la méconnaissance d'un corps étranger et ses complications. Une prise en charge chirurgicale, rigoureusement planifiée, basée sur les données de l'imagerie, permet une extraction sécurisée, même à distance du traumatisme.

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.
Le consentement éclairé du patient a été obtenu.
Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

REFERENCES:

1. Eftekharian A, Roozbahany NA, Vaezi A. Deep neck infections: A retrospective review of 112 cases. Am J Otolaryngol. 2019; 40(6):102273.
2. Kim WJ, Kim WS, Kim HK, Bae TH. Multiple foreign bodies causing an orocutaneous fistula of the cheek. Arch Craniofacial Surg. juin 2018;19(2):139-42.
3. Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Zanetti F. Deep neck infections: A constant challenge. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2020; 82(5): 259-265.
4. Demetriades D, Theodorou D, Cornwell E, Berne TV, Asensio J, Belzberg H, et al. Evaluation of penetrating injuries of the neck: prospective study of 223 patients. World J Surg. janv 1997;21(1):41-7; discussion 47-48.
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. mai 2008;64(5):1392-405.
6. Voss JO, Maier C, Wüster J, Beck-Broichsitter B, Ebker T, Vater J, et al. Imaging foreign bodies in head and neck trauma: a pictorial review. Insights Imaging. 15 févr 2021;12(1):20.
7. Núñez DB, Torres-León M, Múnera F. Vascular injuries of the neck and thoracic inlet: helical CT-angiographic correlation. Radiographics. 2004;24(4):1087- 98; discussion 1099-1100.
8. Jones NS, Lannigan FJ, Salama NY. Foreign bodies in the throat: a prospective study of 388 cases. J Laryngol Otol. févr 1991;105(2):104-8.
9. Borsetto D, Fussey J, Mavuti J, Colley S, Pracy P. Penetrating neck trauma: radiological predictors of vascular injury. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. sept 2019;276(9):2541-7.
10. Nowicki JL, Stew B, Ooi E. Penetrating neck injuries: a guide to evaluation and management. Ann R Coll Surg Engl. janv 2018;100(1):6-1