

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

Année académique 2021-2022

N.....

THÈME

**PLAIES PENETRANTES DU COU EN
PRATIQUE CIVILE ASPECTS
CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES
AU CHU GABRIEL TOURE A PROPOS
DE 32 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / /2022 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Par : Mlle. Aïssata OUANE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (**DIPLÔME D'ETAT**)

JURY

PRÉSIDENT DU JURY : Pr. Siaka SOUMAORO

MEMBRES DU JURY : Pr. Boubacary GUINDO

: Dr. Naouma CISSE

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr. Fatogoma. Issa KONE

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH, Le Tout puissant,

L'omniscient, l'omnipotent, le Très miséricordieux **et à son prophète Mouhammad** le messager (Paix et salut sur lui), de nous avoir donné la vie, la chance, la santé, la force, et le courage de réaliser ce rêve d'enfance durant toutes ces longues études afin de mener à bien ce travail.

A mon Père : Alassane OUANE

Très cher père, saches que tu as fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Tu as cultivé en nous le respect, le courage, le travail bien fait ainsi que des bonnes principes et valeurs.

Tes conseils et bénédictions nous accompagneront toujours dans la vie.

Tu es un exemple pour nous, et j'espère de tout cœur te rendre fier et cela pour toujours.

Ton soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalisation de ce travail, trouves ici l'expression de ma profonde gratitude et toute ma reconnaissance.

Que Dieu te protège qu'il t'accorde une bonne santé et une très longue vie à nos côtés.

A ma mère : Aïssata DIALLO

Ma maman chérie, je ne saurais t'exprimer tout l'amour que j'ai de t'avoir comme mère. Tu es exceptionnelle et unique pour moi. Ta joie de vivre, ton partage et ton amour pour les autres font de toi une excellente mère. Tu es notre source de motivation, notre ange protecteur car au-delà de nous mettre au monde tu as toujours su trouver la force et les mots pour nous éduquer et nous accompagner

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

même pendant les moments les plus difficiles. Nous remercions DIEU de t'avoir eu comme mère et te remercie infiniment pour tout ce que tu as fait pour nous.

Grace à tes efforts, tes conseils et ton amour inconditionnel pour tes enfants, ce travail a vu le jour. Qu'ALLAH te donne longue vie à nos côtés.

A ma grand-mère : Laya SOUNFOUNTERA

Ma mamie choco, dire que ce rêve venait de toi, tu as été là du début jusqu'à la fin. Ton soutien moral et financier ne nous a jamais fait défaut. Tu as été une mère pour moi et sache que je te serai énormément reconnaissante. Tu m'as toujours fait confiance et a partagé avec moi l'angoisse et le stress des examens, je te dédie ce travail en guise de reconnaissance et d'amour. Que le Tout Puissant Allah te confie une longue vie inchallah.

Ta petite fille qui t'adore !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mes tantes

Je n'ai pas cité de noms par peur d'en oublier. Je ne cesserai jamais de vous remercier, votre soutien, encouragement, prière et bénédiction m'ont permis d'atteindre mon objectif. Soyez en remercier, puisse DIEU vous satisfaire de vos vœux les plus sincères.

Particulièrement à **Fatoumata Diallo dit Papouta**, ma chic tante merci pour tous les apports portés à ma personne ; les soutiens et les conseils. Que Dieu te donne tout ce dont tu désires.

Mes freres et sœurs : Fatou, Lamama, Gogo, Fati OUANE et Hamidou Sékou Cissé.

La fraternité est sacrée et n'a pas de prix, ce travail est le vôtre. J'implore DIEU qu'il vous réserve un avenir radieux plein de réussite. Recevez ici l'expression de mes sentiments les plus affectueux et fraternels. Je vous aime.

Mes grands-parents :

-Thierno OUANE : merci pour tous les encouragements, les soutiens, les bénédictions et la confiance portée à ma personne, qu'Allah te donne longue vie

-Habi OUANE : merci pour tout...

-Fati SOUNFOUNTERA : loin des yeux mais très près du cœur, repose en paix et qu'Allah te fasse miséricorde.

A toutes les familles OUANE et DIALLO, merci pour tout.

A mes sœurs de cœur : Aïssata Sangho, Maïmouna Touré, Djeneba Sidibé, Oumou Konaté, Fatoumata Diallo et Assitan kolé Coulibaly

Les filles, c'est une immense joie pour moi de vous avoir dans ma vie.

Sachez que vous êtes précieuses dans mon cœur et votre amitié reste inestimable.

Merci pour les conseils et soutiens éternels. Je suis si chanceuse de vous avoir dans ma vie, puisse ALLAH nous unir pour toujours.

A Mes Papa : Dr KONE Fatogoma, Dr CISSE Naouma, Dr BAGAYOGO Drissa dit Daye, plus qu'un maître vous avez été comme un père pour nous ; soyez remercié et trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et profonde gratitude. Mes vœux de bonheur et de santé, qu'ALLAH vous donne longue vie.

Dr BAH Famagan, toujours disponible tu as été un bon guide pour nous, ton aide m'a été un apport bénéfique dans la réalisation de cette thèse. Je me souviendrai toujours de ta sympathie et gentillesse. Merci beaucoup

Tous nos enseignants depuis l'école primaire (école ANDRE DAVESNE de Torokorobougou) **jusqu'au lycée** (NOTRE DAME du Niger) et **nos maîtres de la faculté de Médecine.**

Le moment est venu pour moi de vous dire merci avec le cœur plein de reconnaissance pour la qualité de votre encadrement et de la transmission du savoir.

Tous mes maîtres du service ORL-CCF du CHU Gabriel Touré :

Pr KEITA Mohamed Amadou, Pr SINGARE Kadidiatou, Pr SOUMAORO Siaka, Pr KONE Fatogoma Issa, Pr GUINDO Boubacary, Dr COULIBALY Kalifa, Dr KONATE N'Faly, Dr DIARRA Kassim, Dr CISSE Naouma.

Chers maîtres, travailler à vos côtés fût vraiment enrichissant ! Merci de m'avoir fait profiter de vos immenses connaissances médicales, pédagogiques et

humaines. **Soyez rassurés, je rendrai à vos enfants, l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.**

A Dr GANABA Abdoulaye, Dr DICKO Ibrahim, Dr COULIBALY Demba, Dr SIDIBE Mamadou, Dr Helene SAMAKE, Dr Lahmar lalla mint, merci de nous avoir fait profiter de vos connaissances. Vos conseils et votre disponibilité n'ont pas fait défaut. Que Dieu vous le rende au centuple.

Tous les DES ORL-CCF particulièrement à Dr DIAMOUTENE Boubacar, Dr KONATE Idrissa, Dr BARRY Saïdou, Dr COULIBALY Oumou, Dr KONATE Oumar, Dr DIAKITE Zoumana, Dr TRAORE Kadiatou, Dr TOURE Tata, BERTHE Ismaël et Dr SIMPARA Gaoussou.

Merci de m'avoir initié et formé à la pratique hospitalière en ORL-CCF, vos conseils n'ont pas fait défaut pour l'amélioration de ce travail.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

Mes collègues thésards du service ORL-CCF du CHU Gabriel Touré

Lamine DIABATE, Salimata SANOGO, Oumou DIALLO, Aminata SACKO, Fatoumata DOUMBIA, Bakary DOUMBIA, Assitan Kolé COULIBALY.

Mes chers, rien ni aucun mot peut traduire ce que nous avons vécu ensemble.

Comme on le dit **DON DJAN DJAN A SEBALI TAI.** Merci pour la cohésion et l'entraide dont vous avez fait preuve durant tous ces moments passés ensemble. Recevez à travers ce modeste travail qui reste le vôtre, mes sentiments les plus fraternels.

Aux 2 majors et à tout le personnel de l'ORL-CCF du CHU GT.

A tous les personnels de la clinique Planète Santé

A toute la 12^{ème} Promotion du Numerus Clausus, particulièrement à mon groupe d'exposé, ça n'a pas été facile mais on l'a fait. Je vous remercie tous, pour tous ce qu'on a vécu et traversé ensemble tout au long de notre cursus universitaire.

A mes amis, aînés et cadets de FMOS

A mon Pays le MALI, terre d'accueil, d'intégrité et d'hospitalier.

Mes remerciements à tout ce qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et dont je n'ai pas mentionné le nom, sachez tous que vous avez marqué mon existence. Ce travail est le vôtre, soyez remercié pour toujours.

MERCI A TOUS.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur SOUMAORO Siaka,

- Maître de conférences d'ORL à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- Enseignant à la FMOS
- Membre de la société Malienne d'ORL (SMORL)
- Membre de la Société Bénino-Togolaise d'ORL (SOBETORL)

Cher maître Nous sommes très émus de votre présence dans ce jury. Votre simplicité, votre disponibilité, votre sagesse en plus de vos compétences scientifiques font de vous un maître exemplaire. Vous êtes et resterez un modèle à suivre.

Recevez ici Cher maître l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DU JURY

Professeur GUINDO Boubacary,

- Maître de conférences ORL à la FMOS
- Enseignant à la FMOS
- Ancien Interne des Hôpitaux de Lille en France
- Praticien Hospitalier Universitaire
- Membre de la SMORL
- Membre de la Société Bénino-Togolaise d'ORL (SOBETORL)

Cher maître, La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allé droit au cœur. Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants ; vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forgé l'admiration de tous.

Cher maître, soyez rassuré de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr CISSE Naouma,

- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- Spécialiste en ORL-CCF
- Membre de la Société Malienne d'ORL (SMORL)
- Membre de la société ORL des pays d'Afrique francophone (SORLAF)

Cher maitre, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée en acceptant ce travail.

Durant notre séjour dans le service, nous avons appris auprès de vous la rigueur scientifique. Vos principes pour le travail bien fait, votre dévouement dans l'encadrement des étudiants et votre engagement pour une promotion de qualité des soins en ORL font de vous un exemple à suivre.

Vous nous avez montré que l'excellence est le fruit du courage, du bon sens et de la persévérance.

Nous sommes très fières d'être parmi vos élèves. Vous êtes une référence.

Soyez rassuré cher maitre de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Que Dieu vous prête longue vie

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur KONE Fatogoma. Issa,

- Maître de conférences à la FMOS
- Spécialiste en ORL et CCF
- Ancien Interne des hôpitaux du Mali
- Secrétaire aux activités scientifiques de la SMORL
- Membre de la société ORL des pays d'Afrique francophone(SORLAF)
- Membre actif du YOUNG IFOS

Cher Maître, permettez-nous d'exprimer notre remerciement pour l'honneur que vous nous faites en dirigeant ce travail, vous êtes un homme dont la simplicité, l'humilité, la générosité et la disponibilité forcent l'admiration. Votre amour pour le travail bien fait, votre connaissance immense surtout votre maîtrise parfaite à la matière font de vous un formateur apprécié et désiré.

Mieux qu'un Maître vous avez été comme un père pour nous.

Comme tout le monde le dit, **les filles de Fatogoma.**

Nous voudrions témoigner ici, toute notre fierté et notre satisfaction d'avoir appris à vos côtés.

Soyez rassuré cher maître, que nous ferons bon usage de tout ce que nous avons appris. Qu'Allah vous donne une longue vie

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

CCF : Chirurgie Cervico-faciale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CBV : Coup et Blessure Volontaire

C4 : 4ème Vertèbre Cervicale

DES : Diplôme d'étude Spécialisée

ENI-ABT : Ecole Nationale d'Ingénieur Abderrahmane Baba Touré

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

GT : Gabriel Touré

HTA : Hypertension Artérielle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TABC : Tronc artério-brachiocéphalique

TDM: Tomodensitométrie

TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge.....	48
Tableau II: Répartition des patients selon le sexe.	48
Tableau III : Répartition des patients selon la profession.	49
Tableau IV : Répartition des patients selon leur origine géographique.	50
Tableau V : Répartition des patients selon le délai d'admission.....	50
Tableau VI : Répartition des patients selon les principales circonstances étiologiques.....	51
Tableau VII : Répartition des patients selon leur mode de transport.	52
Tableau VIII : Répartition des patients selon les agents vulnérants	53
Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux	53
Tableau X : Répartition des patients selon le type de soins reçus	54
Tableau XI : Répartition des patients selon les manifestations cliniques.	55
Tableau XII : Répartition des patients selon le siège de la plaie.	56
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du compartiment.....	57
Tableau XIV : Répartition des patients selon l'aspect de la plaie.....	58
Tableau XV: Répartition des patients selon la taille de la plaie.....	59
Tableau XVI : Répartition des patients ayant réalisés le scanner.....	59
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des lésions anatomopathologiques.....	60
Tableau XVIII: Répartition des patients selon les modalités thérapeutiques.....	61
TABLEAU XIX: Indication de la cervicotomie.....	62
Tableau XX : Complications post cervicotomie.....	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Vue latérale des triangles du cou.....	8
Figure 2 : Vue latérale des régions du cou.	8
Figure 3 : Coupe sagittale du cou.	9
Figure 4 : Anatomie du cou, vue antérieure.	16
Figure 5 : Coupe transversale du cou passant par C7.	28
Figure 6 : Division du cou en 3 zones anatomiques.	35
Figure 7 : La fréquence	47

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	4
II. RAPPELS	6
III. METHODOLOGIE.....	40
IV. RESULTATS.....	46
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	64
CONCLUSION.....	74
RECOMMANDATIONS.....	76
REFERENCES.....	79
ANNEXES.....	85

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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 [1].

Elles sont définies comme une effraction du muscle peaucier du cou (platysma) entraînant ou non une effraction viscérale ou vasculo-nerveuse [2].

C'est une urgence médico-chirurgicale, susceptible de provoquer des lésions séquellaires, inesthétiques, irréversibles et de mettre rapidement en jeu le pronostic vital par obstruction des voies aériennes, hémorragie incontrôlable, lésion rachidienne cervicale, ou ischémie cérébrale secondaire à une lésion vasculaire; qui peut survenir dans un contexte comateux et qui nécessite dans la plus part des cas un tableau de réanimation, d'où la réalisation souvent d'une trachéotomie primaire chez ces patients[3,4].

La fréquence des traumatismes pénétrants est variable selon la situation géographique ; en France, ils sont peu fréquents représentant 10 à 15 % des traumatismes. Aux Etats-Unis, ils représentent 70% des traumatismes avec une majorité de plaies par arme à feu. En Afrique, les fréquences les plus élevées sont en Afrique du sud ; l'équipe du **Trauma Unit du Grootte Schuur Hospital du Cap Town** qui est un centre traumatologique de haut niveau, enregistre en moyenne 114 plaies par arme à feu et 400 plaies par arme blanche par mois [4].

Les plus basses fréquences africaines publiées sont retrouvées à Lomé ou AYITE et Al ont décrits 44 cas en 5ans soit 0,73% [2].

Les plaies par balles apparaissent plus graves que les plaies par arme blanche [5].

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Les blessés par balle(s) sont plus fréquemment opérés en urgence et ont une durée d'hospitalisation significativement supérieure à celle des blessés par arme blanche [5].

La mortalité globale de ces traumatismes est élevée, de l'ordre de 11 %, et l'inventaire précis du bilan lésionnel par le clinicien s'impose en raison de la multiplicité des structures anatomiques dans un espace restreint rendant le diagnostic et la prise en charge difficile [3].

Au Mali, les études antérieures ont mis en évidence la problématique de la gestion des plaies pénétrantes du cou à savoir l'intégration efficiente dans le système général des urgences faisant évoquer le parcours du patient, du lieu de l'accident jusqu'à sa prise en charge en milieu hospitalier [6].

Ainsi nous allons réévaluer ces différents aspects afin de recenser les avancées notables dans la gestion de la prise en charge dans notre contexte d'où l'intérêt de notre étude.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

➤ OBJECTIF GENERAL

-Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la prise en charge des plaies pénétrantes du cou dans le service ORL-CCF du CHU GT.

➤ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer le profil sociodémographique des patients admis dans le service d'ORL-CCF pour plaie pénétrante du cou.
- Donner les principales circonstances étiologiques des plaies pénétrantes du cou.
- Dégager les problématiques de la prise en charge thérapeutiques des plaies pénétrantes du cou.
- Déterminer les critères de la cervicotomie exploratrice et réparatrice.

RAPPELS

III. RAPPELS

1. RAPPEL ANATOMIQUE DU COU

Le cou est la région située entre l'extrémité céphalique et le tronc. Il s'étend de la base du crane à l'extrémité supérieure du thorax. Sa forme est grossièrement cylindrique, et s'évase en haut, vers la base du crâne et en bas, au-dessus de l'orifice supérieure du thorax. Le muscle sterno-cleido mastoïdien divise le cou en 2 triangles : le triangle antérieur et le triangle postérieur.

L'os hyoïde divise le triangle antérieur en étage sus et sous hyoïdien

- L'étage sus-hyoïdien est séparé en deux régions par le ventre antérieur du digastrique, ce sont : les régions sus-hyoïdiennes médianes et latérales.
- L'étage sous-hyoïdien est séparé en deux régions par le ventre supérieur du muscle omohyoïdien, ce sont les régions sub-hyoïdiennes médianes et latérales.

Le triangle postérieur ou région cervicale latérale est divisé par le ventre postérieur du muscle omohyoïdien en triangle occipital et supra claviculaire.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

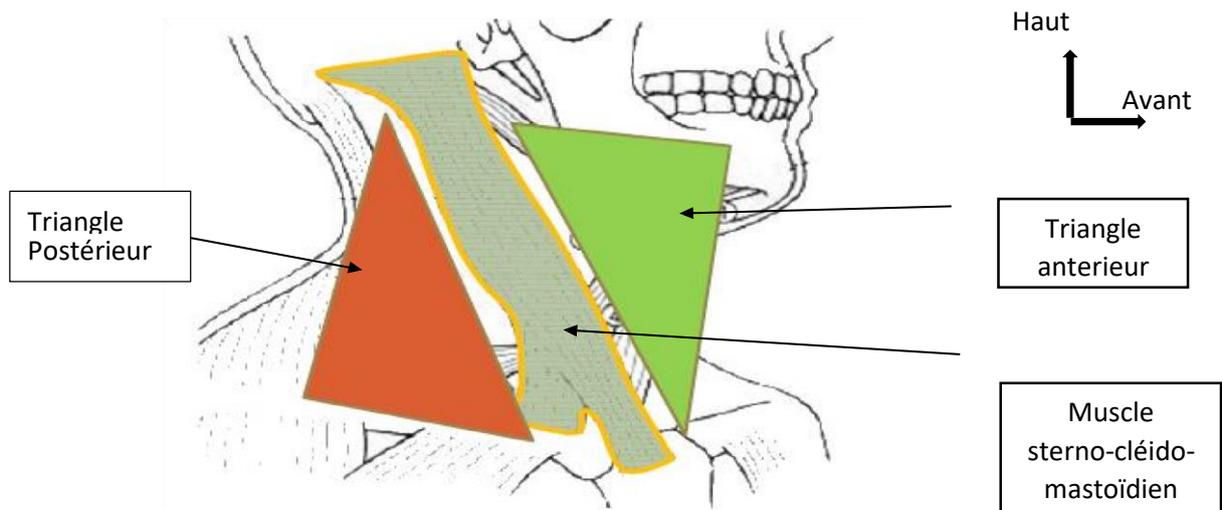
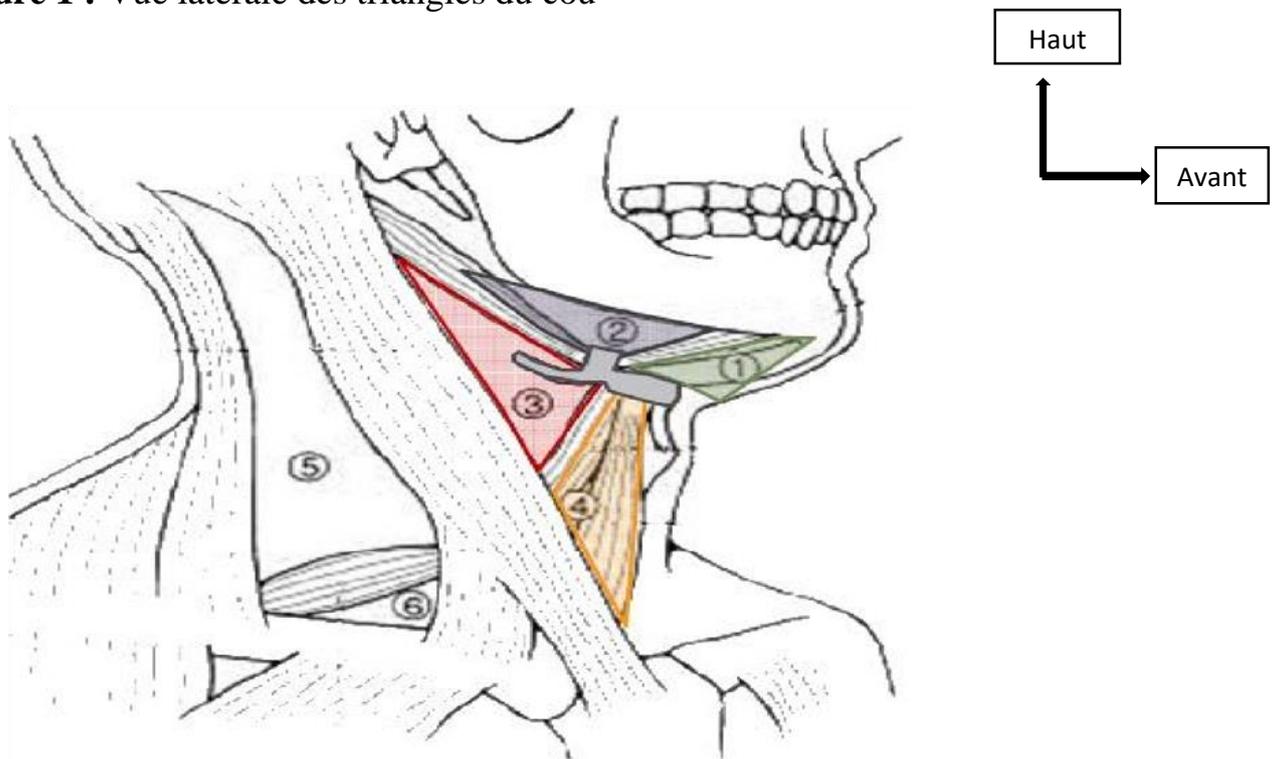


Figure 1 : Vue latérale des triangles du cou



1. Région sus-hyoïdienne médiane
2. Région sus-hyoïdienne latérale
3. Région sub-hyoïdienne latérale

4. Région sub-hyoïdienne médiane
5. Triangle occipital
6. Triangle supra-claviculaire

Figure 2 : Vue latérale des régions du cou.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Sur le plan structurel, le cou est constitué de divers éléments anatomiques, représentés par les structures musculo-aponévrotiques, ostéo-cartilagineuses, vasculo-nerveuses et conjonctivo-glandulaires, le tout recouvert par une peau doublée d'un fin muscle peucier quadrangulaire appelé platysma. (7)

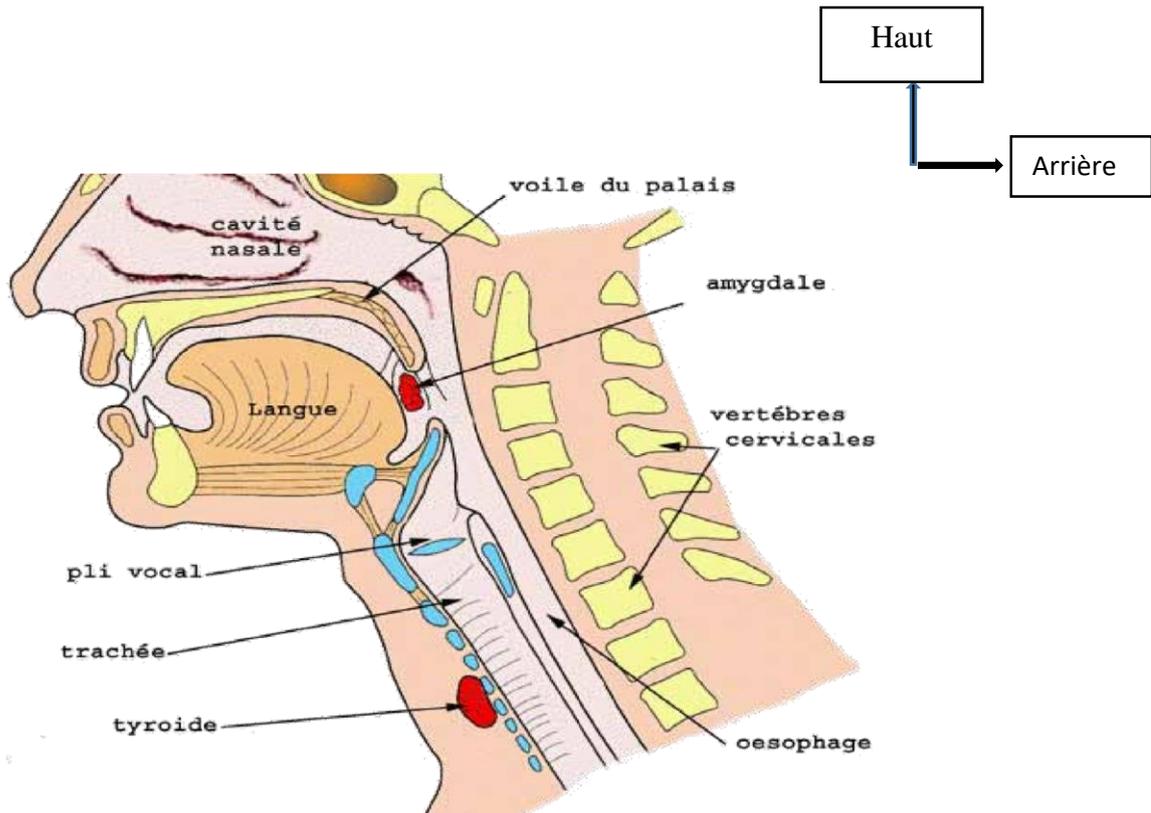


Figure 3 : Coupe sagittale du cou

1.1. Le rachis cervical [8]

Il se situe entre en haut la base du crâne, et en bas la portion dorsale du rachis. Il est composé de sept vertèbres cervicales, superposées et articulées entre elles, le rachis cervical fait la connexion entre la tête et le corps et son anatomie est organisée pour assurer toutes les fonctions biomécaniques.

1.2. Les viscères du cou

- **Le pharynx [9,10]**

Le pharynx est un carrefour où s'entrecroisent les voies aériennes et digestives.

C'est un conduit musculo-aponévrotique en forme de gouttière ouverte en avant et fermée en arrière étendu de la base du crâne jusqu'à la hauteur de la 6ème vertèbre cervicale. Il est plaqué en arrière contre les vertèbres cervicales, il s'insère en avant sur la partie postérieure de la cavité nasale, de la cavité buccale et le larynx. Il est formé de 3 segments : le rhinopharynx, l'oropharynx et le laryngopharynx.

- **La portion cervicale de l'œsophage**

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui permet le transport des aliments vers l'estomac. On note une portion cervicale qui est courte, rétro-laryngo-trachéale avec une légère latéralisation gauche. Cette portion entretient des rapports anatomiques avec la trachée en avant, les axes vasculaires jugulo-carotidiens, les nerfs vagues et leurs branches récurrentes, droits et gauches latéralement et le plan musculo-vertébral cervical en arrière.

- **Le larynx [8]**

Le larynx est un conduit fibre-musculo-cartilagineux rigide soutenu par l'os hyoïde. Il est constitué de 4 cartilages principaux (épiglottique, thyroïde, cricoïde

et aryténoïde) réunis par des structures musculaires et membraneuses péri-laryngées. Il est constitué de 03 étages que sont, l'étage sus-glottique, glottique et sous-glottique, pouvant chacun être concerné par les traumatismes cervicaux du fait de la proéminence antéro-cervicale de cet organe.

- **La trachée cervicale**

La trachée est un conduit fibre-cartilagineux cervico-thoracique mesurant 11 à 12mm de diamètre et environ 12 cm de long, elle est composée de 15 à 20 anneaux cartilagineux en forme de U fermés en arrière par le muscle trachéal.

Le segment cervical est relativement superficiel et s'étend du bord inférieur du cartilage cricoïde au plan horizontal déterminé par le défilé sternoclaviculaire.

Elle est en rapport avec l'isthme thyroïdien en avant qui la divise en trois portions (sus, retro et sous-isthmiques), toutes exploitables au cours de la trachéotomie.

- **La glande thyroïde**

Glande endocrine, située dans la loge viscérale du cou à cheval en avant de la trachée cervicale, elle est impaire et médiane.

Elle est constituée de deux lobes, un droit et un gauche, réunis par un isthme médian. Les lobes thyroïdiens de par leur taille et leur position antérolatérale sont les plus exposés aux traumatismes cervicaux ouverts.

- **Les glandes parathyroïdes**

Petits amas glandulaires, retro-thyroïdiens, elles sont classiquement bruns chamois et au nombre de 04.

Elles sont situées sur la face postérieure des lobes latéraux de la glande thyroïde. Les glandes supérieures sont en regard du cartilage cricoïde et les inférieures en

regard des premiers anneaux trachéaux. Leur position postérieure leur vaut une protection au cours des plaies pénétrantes du cou.

- **La glande sous maxillaire**

C'est l'une des trois principales glandes salivaires. Située dans la loge sous-maxillaire, son canal excréteur est le canal de WHARTON qui se draine dans la région sublinguale de part et d'autre du frein de la langue.

- **La glande sublinguale**

La glande sublinguale est la plus petite des glandes salivaires principales (2-3g). Située sous la membrane muqueuse des replis de la fosse sublinguale, elle repose sur le muscle mylo-hyoïdien et se draine par le canal de RIVINUS.

- **La glande parotide**

C'est la plus volumineuse des glandes salivaires principales. Elle est traversée par le nerf facial qui la divise en deux lobes (superficiel et profond). Son canal excréteur (canal de STENON) s'ouvre à la face interne de la joue en regard de la deuxième molaire supérieure.

1.3. Les muscles du cou

- **Les muscles de la région sus-hyoïdienne médiane ou sublinguale :**

Ils occupent la région trigonale à sommet mentonnier et à base hyoïdienne, délimitée latéralement par les ventres antérieurs des muscles digastriques. Ils sont composés de :

-**le muscle hypoglosse** : il est étendu de la face supérieure de la grande corne de l'os hyoïde, à la paroi linguale entre le muscle styloglosse en dehors et le muscle longitudinal supérieur en dedans.

-**le muscle génio-glosse** : il s'étend de la symphyse mentonnière à l'extrémité postérieure de la langue et s'insère dorsalement sur l'os hyoïde.

-**le muscle géniohyoïdien** : il naît sur la face antérieure de l'os hyoïde, se dirige en avant et se fixe sur la face médiale para symphysaire de la mandibule.

▪ **Les muscles de la région sus-hyoïdienne latérale (sous-maxillaire)**

-**Le muscle digastrique** : il s'insère sur le processus mastoïde par son ventre postérieur, puis sur l'os hyoïde par son tendon intermédiaire, pour se terminer dans la fossette digastrique para symphysaire de la mandibule à travers son ventre antérieur.

-**Le muscle mylo-hyoïdien** : il s'insère sur la face médiale de la branche horizontale de la mandibule, puis se porte en bas et en dedans et se fixe sur le corps et les cornes de l'os hyoïde. Il forme avec son homologue, le plancher de la cavité buccale.

-**Le muscle stylo-hyoïdien** : il naît de la face postéro-latérale de l'apophyse styloïde de l'os temporal. Il descend presque verticalement, oblique en dedans et en avant et se termine sur le corps de l'os hyoïde.

▪ **Les muscles de la région sub-hyoïdienne médiane :**

De forme rectangulaire, cette région est limitée par l'os hyoïde en haut, les deux muscles sterno-cleïdo-hyoïdiens latéralement et la fourchette sternale en bas. On distingue :

-**le muscle sterno-cleïdo-hyoïdien** : il est tendu de la face postérieure du manubrium sternal et du bord médial de la clavicule à l'arc antérieur de l'os hyoïde.

-le muscle sterno-costo-thyroïdien : il est tendu de la face postérieure du manubrium sternal et de la face supérieure de la première côte à la ligne oblique du cartilage thyroïde.

-le muscle thyro-hyoïdien : il s'étend du cartilage thyroïde à l'os hyoïde.

▪ **Les muscles de la région sub-hyoïdienne latérale :**

De forme quadrangulaire, cette région est limitée par les muscles sterno-cléido-hyoïdiens en avant et trapèze en arrière.

-le muscle sterno-cléido-mastoïdien : il est tendu du processus mastoïdien au défilé sterno-claviculaire.

Il divise la région latérale du cou en deux trigones : le trigone antérolatéral et le trigone postéro-latéral.

-le muscle omohyoïdien : muscle digastrique, il se fixe médialement sur la grande corne de l'os hyoïde par son ventre supérieur et descend obliquement en direction de l'angle supéro-médial de la scapula où il s'insère par son ventre inférieur. Le tendon intermédiaire se trouve en face de la veine jugulaire interne qu'il croise. Il divise le trigone postéro-latéral en régions sus-omohyoïdienne et sub-omohyoïdienne.

▪ **Les muscles de la nuque :**

Ils sont classiquement classés en 05 groupes musculaires.

-les muscles sub-occipitaux: Ce sont les muscles petits et grands droit postérieurs de la tête, et les muscles obliques supérieur et inférieur de la tête.

-les muscles cervicaux profonds : Ce sont les muscles épineux, inter-épineux, transversaires, inter-transversaires, transversaire-épineux et multifides.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

-les muscles cervicaux superficiels : au nombre de 07, ils sont composés des muscles longissimus capitis (petit complexus), longissimus cervicis, iliocostal du cou, splénius

cervicis, splénius capitis, élévateur de la scapula et trapèze.

-les muscles latéraux : Ils sont tous costo-vertébraux et représentés par les muscles scalènes, antérieur, moyen et postérieur.

-les muscles pré vertébraux : au nombre de 04, engainés par le fascia cervical profond, ils sont composés des muscles longs du cou, long de la tête, droit ventral et droit latéral du cou.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

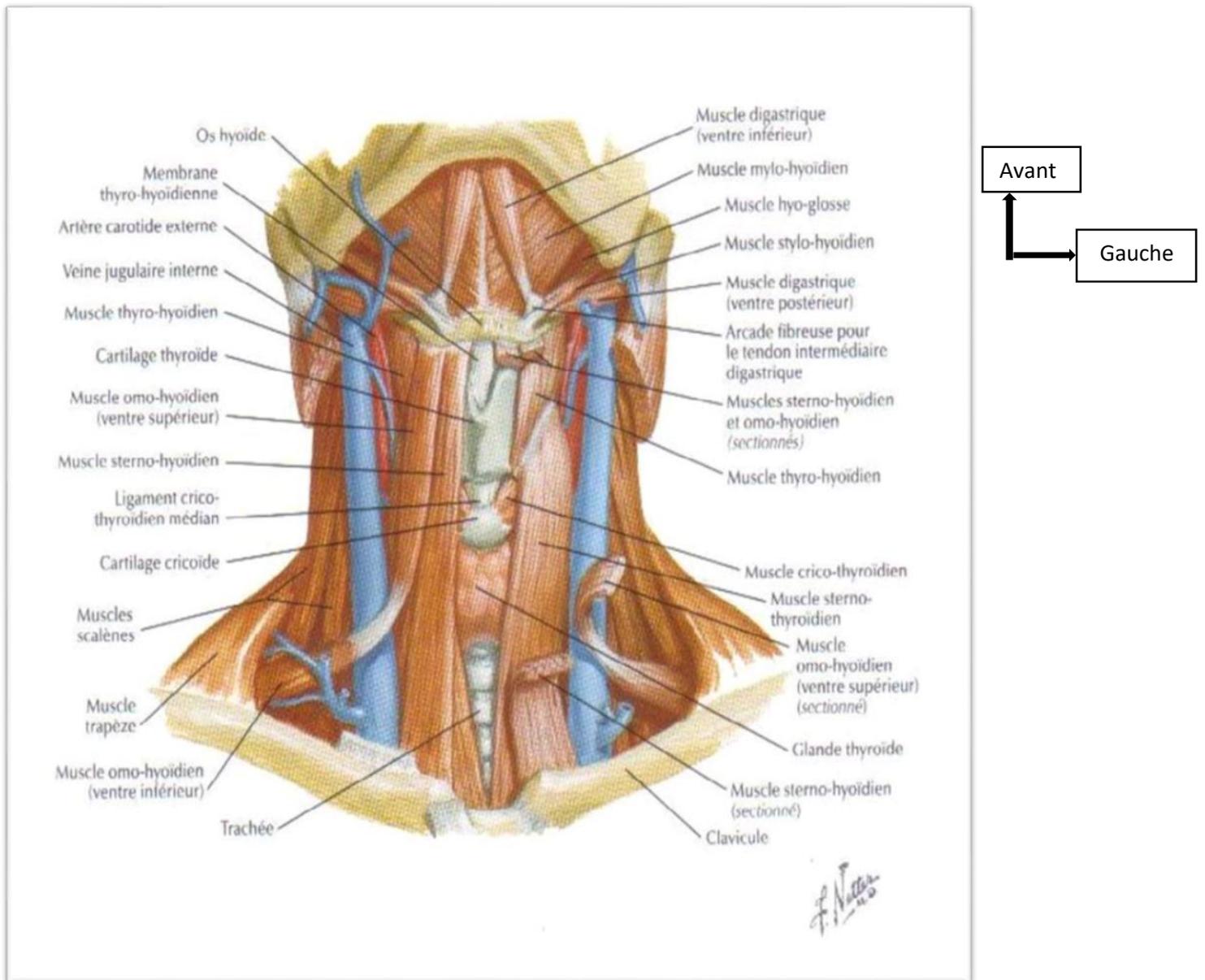


Figure 4 : Anatomie du cou, vue antérieure.

Source d'image : **FRANCK NETTER** [10]

1.4. Les nerfs du cou [7]

- Le nerf lingual :

Rameau du trijumeau, il naît de la branche mandibulaire dans la région ptérygo-maxillaire et pénètre dans la région sub-mandibulaire. Dans son trajet, il croise le canal de WHARTON et se termine dans la région sublinguale.

-Le nerf grand hypoglosse(XII)

Né au niveau du plancher de V4, son tronc est issu de la réunion de plusieurs racines. Il se porte en dehors vers le canal condylien, qu'il traverse. Après un trajet retro-stylien et cervical complexe, il se divise en ses rameaux terminaux dans l'épaisseur de la langue.

-Le rameau mentonnier du nerf facial (VII)

Rameau terminal de la branche cervico-faciale du VII, il prend naissance en regard de l'angle mandibulaire. Il passe sous le bord inférieur de la branche horizontale de la mandibule, croise la veine faciale et l'artère faciale puis chemine superficiellement dans le platysma en direction du menton.

-Le nerf Laryngé supérieur

Naît du ganglion plexiforme du X, Le nerf laryngé supérieur se porte vers le larynx en décrivant une courbe à concavité antérieure. Il donne naissance à 02 rameaux, inférieur et supérieur qui assurent respectivement l'innervation sensitive de la muqueuse laryngée et l'innervation motrice des muscles crico-thyroïdiens et constricteurs inférieurs du pharynx.

-Le nerf laryngé inférieur (récurrent)

- **Le récurrent gauche** : il naît dans le thorax, sous la crosse aortique qu'il sous-croise puis remonte verticalement dans l'angle trachéo-œsophagien.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Il s'engage ensuite sous le bord inférieur du constricteur inférieur et pénètre enfin dans le larynx en dessous du constricteur inférieur du pharynx.

- **Le récurrent droit** : il a un trajet plus court mais plus complexe. Il naît à la base du cou aux confins des régions carotidienne et sus-claviculaire, au moment où le nerf vague croise la face antérieure de l'artère subclavière. Il pénètre dans le larynx en passant sous le constricteur inférieur du pharynx.

- Le nerf vague ou pneumogastrique (X)

Né au plancher de V4, le vague quitte la boîte crânienne par le foramen jugulaire, traverse la région retro-stylienne et descend dans le cou en arrière de la veine jugulaire et de l'artère carotide interne. Il longe ensuite l'œsophage et entre dans le médiastin. Il traverse verticalement le médiastin puis le diaphragme et arrive enfin dans l'abdomen où il se termine en de nombreux filets nerveux distribués à l'ensemble des viscères abdominaux. Sa position cervicale rétro-vasculaire lui confère une protection au cours des traumatismes cervicaux.

-Le nerf accessoire (XI)

Aussi appelé nerf spinal accessoire, son tronc naît à la base du crâne, à partir de 02 racines, médullaire et bulbaire. Il remonte dans la boîte crânienne par le foramen magnum, ressort par le foramen jugulaire, traverse la région retro-stylienne. Il se divise ensuite en 02 branches, spinale qui innerve les muscles du cou (sterno-cléido-mastoïdien, trapèze) et crânienne, qui se combine rapidement avec le nerf vague pour innerver le larynx.

-Le tronc du nerf hypoglosse (XII)

Sorti, du trou condylien de la base du crâne, près du foramen magnum, traverse la région retro-stylienne, à l'intérieur de l'angle dièdre antérieur jugulo-

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

carotidien jusqu'en regard du condyle mandibulaire où il se divise en 02 branches. L'une horizontale pénétrant dans la région sub-linguale, en direction de la langue et l'autre descendante en continuité du tronc nerveux, dans l'angle dièdre vasculaire en direction du plexus cervical superficiel avec qui elle entretient une anastomose (l'anse cervicale).

-La chaîne sympathique cervicale

En compagnie du paquet vasculo-nerveux, elle sort du crâne par le trou déchiré postérieur et comporte 03 ganglions végétatifs : le ganglion supérieur en regard de C2, le ganglion moyen en regard de C5-C6, le ganglion inférieur ou ganglion stellaire en dehors de C7-T1. Ces ganglions sont reliés entre eux et alimentés par des filets sympathiques provenant de la moelle épinière. Elle assure la motricité vasculaire et oculo-palpébrale.

- Le plexus cervical

Il présente deux contingents :

- **le plexus superficiel** : il émerge de la profondeur en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et se divise en plusieurs branches sensibles destinées à l'ensemble du territoire cutané du cou, de la face postérieure de la tête et des épaules.
- **le plexus profond** : il donne l'innervation motrice de la plupart des muscles cervicaux antérieurs (le muscle génio-hyoïdien, le muscle thyro-hyoïdien, le muscle sterno-cléido-hyoïdien, le muscle sterno-costothyrôïdien, le muscle omo-hyoïdien, le muscle sterno-cléido-mastoïdien) et du trapèze. Il est aussi tributaire du nerf phrénique qui prend son origine en C3-C4, s'incorpore ensuite dans la gaine musculaire du scalène antérieur jusqu'à l'orifice supérieur du thorax. Il plonge enfin entre l'artère et la veine subclavière et s'engage dans le

thorax dans un dédoublement de la plèvre médiastinale en direction du diaphragme.

▪ **Le plexus brachial**

Formation anastomotique des branches antérieures des nerfs spinaux de C5 à T1, il est destiné à l'innervation motrice et sensitive du membre supérieur. Seuls les troncs apparaissent cervicaux. Le tronc supérieur (anastomose des branches ventrales de C5 et C6), le tronc moyen (branche ventrale de C7) et le tronc inférieur (anastomose des 14 branches ventrales de C8 et T1). Chacun de ces trois troncs s'engage dans la fente du défilé inter-scalèniq, se porte en bas et en dehors en direction du creux axillaire.

1.5. Les vaisseaux du cou [7]

❖ **LES ARTERES :**

- L'artère linguale

Née de l'artère carotide externe, entre les artères thyroïdiennes supérieure et faciale, elle se dirige d'abord vers la grande corne de l'os hyoïde. Elle s'incline ensuite en bas et en avant en formant une boucle traversée par le XII, s'insinue entre les muscles digastriques et stylo-hyoïdien puis s'horizontalise et passe entre les muscles hyoglosse et génio-glosse. Elle remonte à la face inférieure de la base de la langue qu'elle parcourt jusqu'à la pointe où elle prend le nom d'artère profonde de la langue (profunda linguae).

-L'artère faciale

Collatérale de la carotide externe, elle naît de sa face interne, en dessous de l'artère thyroïdienne supérieure. Elle forme une concavité supérieure et passe ensuite en profondeur, croisant le nerf hypoglosse et le ventre postérieur du digastrique. Elle monte obliquement en avant et passe sous le muscle génio-glosse, accompagnée

de son homologue veineux. Elle contourne la mandibule puis la commissure labiale et monte dans l'angle naso-génien où elle s'anastomose avec l'artère ophthalmique par sa branche terminale l'artère angulaire.

-L'artère thyroïdienne supérieure

Elle naît de la carotide externe, très proche de la bifurcation carotidienne parfois d'un tronc commun avec l'artère linguale. Elle se dirige en avant sur 01 cm puis se coude à angle droit en direction du larynx. Elle descend ensuite et surplombe l'extrémité supérieure de la glande thyroïde où elle se termine par ses 03 branches terminales qui s'anastomosent avec les branches des artères thyroïdiennes supérieures controlatérales et inférieures homolatérales.

-L'artère thyroïdienne moyenne

Moins volumineuse, impaire et inconstante (05 à 10%), elle naît directement de l'arc aortique et vascularise la partie isthmique de la glande thyroïde. Elle peut être à l'origine d'une hémorragie importante au cours d'une trachéotomie sous-isthmique ou d'un traumatisme basi-cervical antérieur.

-L'artère thyroïdienne inférieure

Née de la partie supérieure de l'artère subclavière, elle monte verticalement dans le muscle scalène antérieur puis se coude à angle droit en regard des 6ème et 7ème vertèbres cervicales. Elle se dirige ensuite en avant et en dedans, passe entre les muscles pré vertébraux et l'artère carotide primitive, se coude à nouveau vers le haut et atteint la partie inférieure postéro-latérale de la glande thyroïde. Elle s'achève par deux ou trois branches terminales qui s'anastomosent entre elles et avec les branches des artères thyroïdiennes : inférieure controlatérale et supérieure homolatérale.

- Les artères carotides

Principaux axes artériels du cou, elles commencent par l'artère carotide commune qui naît à droite de la division du tronc artériel brachio-céphalique (TABC), et à gauche directement de la crosse aortique. L'artère carotide commune remonte verticalement, protégée par le muscle sterno-cléido-mastoïdien. En regard de l'os hyoïde (C4), elle se divise en ses 02 branches terminales, l'artère carotide interne destinée à la vascularisation endocrânienne et à la vascularisation de l'œil et l'artère carotide externe comportant 07 branches destinées à la vascularisation cervico-crânio-faciale.

Leurs plaies demeurent, l'une des urgences vasculaires, les plus redoutées dans les traumatismes cervicaux.

-Les artères subclavières

On distingue :

- **L'artère subclavière gauche:** elle est issue de l'aorte juste à la fin de sa crosse. Elle se dirige à la sortie de la cage thoracique en haut et en dehors, puis forme un arc et redescend latéralement. Elle donne naissance à l'artère axillaire gauche. Ses collatérales sont les artères vertébrales, thoraciques internes (artère mammaire), intercostales, thyroïdiennes inférieures, cervicales ascendantes, et cervicales antérieures.
- **L'artère subclavière droite:** issue avec l'artère carotide commune droite, d'un tronc artériel brachio-céphalique commun partant du segment ascendant de l'aorte, elle naît à la sortie de la cage thoracique, au-dessus de la 1ère côte. Elle redescend latéralement et donne naissance à l'artère axillaire. Elle donne les mêmes collatérales que son homologue controlatéral.

-L'artère thyro-bicervico-scapulaire

Elle naît de la partie supérieure de l'artère subclavière et se dirige obliquement en haut et en dehors, le long du bord interne du muscle scalène antérieur. Elle se divise ensuite en ses 04 branches terminales que sont les artères : cervicale transverse, cervicale ascendante, scapulaire supérieure et thyroïdienne inférieure.

- L'artère vertébrale

Elle naît à la face supérieure de l'artère subclavière homolatérale. Elle monte obliquement en traversant le ganglion stellaire et pénètre dans le canal transversaire, au niveau du 6ème foramen vertébral. Elle remonte ainsi jusqu'à l'atlas, contourne ensuite les masses latérales de celui-ci et entre dans le triangle de THILLAUT. Puis elle traverse le foramen magnum et se porte à la face antérieure du bulbe rachidien. A ce niveau, elle s'unit à son homologue controlatéral, pour constituer le tronc artériel basilaire.

- L'artère vertébrale accessoire

Née à partir de l'artère subclavière, elle devient satellite de l'artère vertébrale principale.

Elle entre dans le canal transversaire par le foramen de C7 et le parcourt en direction du foramen magnum.

❖ LES VEINES

-La veine linguale

Satellite à l'artère linguale, elle assure le drainage du territoire de la langue, dans le tronc veineux thyro-linguo-facial qui se jette ensuite dans la jugulaire interne.

- La veine faciale

Elle naît au niveau de l'angle médial de l'œil et descend le long du muscle buccinateur et de la mandibule. En compagnie de l'artère faciale, elle rejoint le tronc thyro-linguo-facial de FARABEUF en traversant le platysma.

- Le tronc veineux thyro-facio-lingual (Tronc de FARABEUF)

Ce tronc représente un confluent important des veines de la face qui, isolément ou en commun, se jettent dans la veine jugulaire interne à hauteur de l'os hyoïde. Il est souvent formé de quatre afférences par adjonction de la veine pharyngienne formant ainsi le tronc thyro-facio-pharyngo-lingual.

-La veine jugulaire antérieure

Classiquement, elle prend naissance à la hauteur de l'os hyoïde par la confluence des veines sub-mandibulaires, puis descend verticalement jusqu'à l'espace supra-sternal.

D'abord superficielle, elle devient ensuite intra-faciale, puis pénètre dans l'espace supra-sternal. Là elle se coude à angle droit, puis chemine transversalement derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien, et se termine dans le confluent veineux subclavier. Les 02 veines jugulaires antérieures sont unies par plusieurs anastomoses transversales.

Elles sont également abondamment anastomosées avec les veines jugulaires externe et interne.

- La veine thyroïdienne supérieure

Résultante de la confluence de 03 veines dans la glande thyroïdienne, elle forme avec les veines linguale et faciale, le tronc thyro-linguo-facial qui se jette dans la veine jugulaire interne.

- La veine thyroïdienne moyenne

Réunion de plusieurs branches peu volumineuses, elle se jette dans la veine jugulaire interne homolatérale.

- La veine thyroïdienne inférieure

Formée par la confluence de 03 veines dans la glande thyroïde, elle se jette directement dans le tronc veineux brachio-céphalique.

-La veine jugulaire latérale

Latéro-cervicale superficielle, elle draine le sang de l'extérieur de la boîte crânienne et des parties profondes de la face. Elle naît dans la glande parotide au niveau de l'angle mandibulaire par la fusion des veines temporo-maxillaire et auriculaire postérieure. Elle descend ensuite suivant une ligne reliant l'angle mandibulaire au milieu de la clavicule.

Elle s'achève en arrière de la 1ère côte au niveau du muscle scalène antérieur en se jetant dans la veine subclavière.

- La veine jugulaire interne

Principal axe veineux du cou, elle draine le sang cérébral, mais aussi de la face et d'une partie de la glande thyroïde. Elle naît dans le foramen jugulaire à partir du sinus latéral et descend verticalement en recouvrant l'artère carotide interne puis l'artère carotide commune. A la base du cou, elle contribue à former le tronc veineux brachio-céphalique avec le confluent basi-cervical de PIROGOFF. Son traumatisme peut être à l'origine d'une hémorragie massive.

-La veine jugulaire postérieure

Elle naît à la partie supérieure du cou, à partir de la veine occipitale superficielle. Elle descend ensuite longitudinalement le long du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et se jette enfin dans la jugulaire interne basi-cervicale.

-La veine vertébrale

Satellite de l'artère vertébrale, elle chemine dans les trous transversaires des vertèbres cervicales avant de se jeter dans la veine sous-clavière homolatérale.

- La veine vertébrale accessoire

Veine inconstante accompagnant la veine vertébrale principale, elle passe par l'intermédiaire du foramen transversaire de la 7ème vertèbre cervicale et se jette dans le tronc veineux brachio-céphalique.

- Les plexus veineux vertébraux

Véritables réseaux péri-vertébraux, ils sont internes et externes et s'anastomosent entre eux tout le long de la colonne vertébrale.

❖ LES LYMPHATIQUES

-Le canal lymphatique thoracique

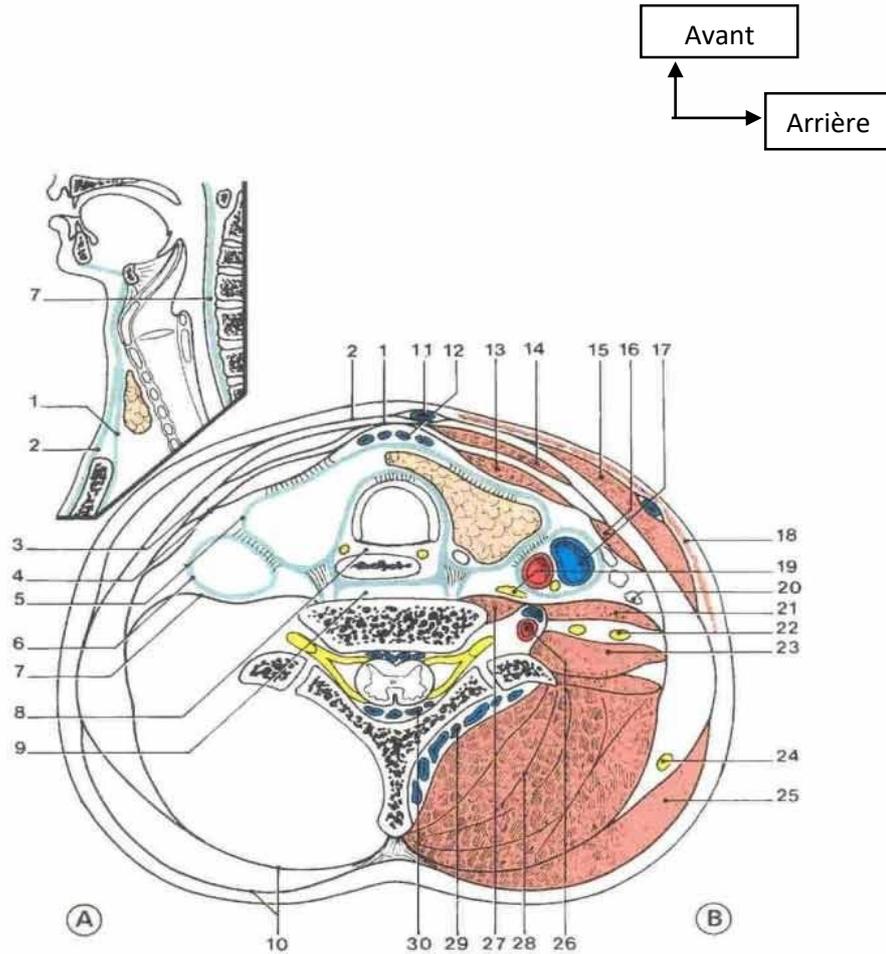
Principal vaisseau lymphatique du corps, il collecte la majorité de la lymphe du corps à l'exception du bras droit, des parties cervico-thoraciques et céphaliques droites. A sa sortie de la cage thoracique, il réalise un arc de cercle dirigé en arrière et à gauche, en direction de la veine subclavière gauche où il s'abouche à quelques millimètres de la jonction jugulo-subclavière.

- La grosse veine lymphatique

Basi-cervicale droite, longue de 02 cm, elle draine la lymphe du quart supérieur droit du corps notamment la moitié droite de la tête, du cou, du thorax et le membre supérieur droit.

Elle se jette dans la veine subclavière droite à la base du cou.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique



Coupe horizontale schématique du cou au niveau de C7

- | | |
|--|--|
| <p><i>A – enveloppes et espaces</i></p> <p><i>B – viscères et muscles principaux</i></p> <p>1 – lame prétrachéale</p> <p>2 – lame superficielle du fascia cervical</p> <p>3 – feuillet superficiel de la lame prétrachéale</p> <p>4 – feuillet profond de la lame prétrachéale</p> <p>5 – gaine viscérale</p> <p>6 – gaine carotidienne</p> <p>7 – lame prévertébrale</p> <p>8 – espace œsophago-trachéal</p> <p>9 – espace rétro-œsophagien</p> <p>10 – fascia nuchal</p> <p>11 – v. jugulaire antérieure</p> <p>12 – vv. thyroïdiennes inférieures</p> <p>13 – m. sterno-thyroïdien</p> <p>14 – m. sterno-hyoïdien</p> | <p>15 – m. sterno-cléido-hyoïdien</p> <p>16 – m. omo-hyoïdien</p> <p>17 – a. carotide, v. jugulaire int. et n. vague</p> <p>18 – platysma</p> <p>19 – ganglion cervical moyen</p> <p>20 – n. phrénique</p> <p>21 – m. scalène ant.</p> <p>22 – troncs du plexus brachial</p> <p>23 – m. scalène moyen</p> <p>24 – n. accessoire</p> <p>25 – m. trapèze</p> <p>26 – a. vertébrale</p> <p>27 – m. long du cou</p> <p>28 – mm. postérieurs du cou</p> <p>29 – plexus vertébral externe</p> <p>30 – plexus vertébral interne</p> |
|--|--|

Figure 5: Coupe transversale du cou passant par C7

2. RAPPEL DIAGNOSTIQUE

2.1. Diagnostic positif :

Il se fait par le biais des arguments cliniques et paracliniques.

2.1.1. L'examen clinique :

❖ Interrogatoire : [11]

Il concerne le traumatisme et le traumatisé et permet de préciser les informations sûres :

- l'identité (âge, sexe, profession, provenance géographique...),
- les antécédents (médicaux, chirurgicaux, et psychiatriques),
- la date de survenue,
- les circonstances de survenue du traumatisme (accident de la voie publique, tentative d'autolyse, coup et blessure volontaire, accident de travail et domestique...),
- le mécanisme (direct, indirect),
- l'agent vulnérant (arme blanche, arme à feu, objet tranchant, piquant...).

Aussi, il permet de dépister d'éventuels signes fonctionnels en l'occurrence : une dyspnée, une dysphonie, une dysphagie, une cervicalgie, une notion d'hémorragie, une toux associée.

❖ Examen physique

Il se compose d'un examen général, d'un examen ORL et cervico- facial et d'un examen complet des autres appareils et systèmes.

- Examen général

Il consiste non seulement en l'appréciation de l'état général, de l'état de conscience et d'hydratation-nutritionnel, mais aussi en l'évaluation des constantes physiologiques (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, température). Une altération importante de l'état général signe la gravité potentielle des lésions engendrées.

-Examen ORL et cervico-facial

Il constitue une étape primordiale du diagnostic positif. Il comporte un examen cervico-facial, un examen bucco-pharyngo-laryngé, un examen otologique et un examen rhino-sinusien. Il permet de faire le dépistage des lésions cliniques locorégionales.

-Examen des autres appareils

Il concerne tous les appareils et systèmes de l'organisme en général et en particulier le système nerveux, l'appareil respiratoire, l'appareil cardio-vasculaire et digestif. Il complète l'examen clinique et permet de dresser un bilan lésionnel clinique exhaustif.

Au terme d'un examen clinique complet, s'il n'existe aucun signe d'alarme un bilan paraclinique orienté pourrait être demandé.

2.1.2. Examen para clinique :

Il est constitué de la biologie et de la radiologie.

- Les examens biologiques : ils regroupent les examens sanguins du laboratoire (le groupage sanguin / rhésus, la numération formule sanguine, la biochimie, l'hémostase sanguine).

-**Les examens radiologiques** : ils regroupent les examens radiographiques (radiographie standard et avec opacification), la tomodensitométrie injectée, et l'IRM).

2.1.3. Bilan lésionnel [12,13,14,15]

Après un examen clinique complet et une exploration paraclinique orientée, un bilan lésionnel peut alors être dressé. Il est basé sur la cervicotomie exploratrice. Ainsi, on pourrait distinguer :

- **Les plaies**

Ce sont des blessures présentant une solution de continuité des téguments avec participation ou non des tissus sous-jacents. Elles peuvent être linéaires ou irrégulières.

On distingue : les plaies linéaires avec une simple effraction des tissus sans destruction ni perte de substances. Les bords de la plaie sont nets, réguliers et propres et les plaies contuses à bords amincis, irréguliers déchiquetés et à fond meurtri et anfractueux. Elles peuvent aussi bien concerner les structures cutanées que musculaires (les désinsertions, les ruptures et les déchirures musculaires). On parle de plaie pénétrante lorsqu'il y a effraction du platysma.

- ❖ **Lésions viscérales et glandulaires**

- **Les lésions du larynx**

Elles peuvent être muqueuses ou squelettiques. Ce sont :

- **Les lésions de la trachée**

Ce sont des déchirures des ligaments inter annulaires ou des fissures longitudinales de la membrane trachéale. Les fractures trachéales peuvent intéresser un ou plusieurs anneaux.

- **Les lésions du pharynx et de l'œsophage**

Elles concernent surtout les parois hypo pharyngées postéro-latérales et les sinus piriformes, dans un contexte de traumatisme violent du cou. Les atteintes œsophagiennes quant à elles, sont relativement rares du fait de la localisation retro-trachéale de l'œsophage.

- **Les lésions glandulaires**

Ce sont les contusions (ecchymoses, hématomes, écrasements) et les plaies glandulaires.

La glande thyroïde est la plus atteinte de par sa position anatomique.

- **Les lésions vasculo-nerveuses**

Les nerfs peuvent être étirés, contus ou sectionnés. Secondairement, ils peuvent être comprimés par un hématome ou englobés par un tissu cicatriciel fibreux.

Concernant les lésions vasculaires, il s'agit très souvent de contusions artérielles.

Ces lésions peuvent aller de la simple fracture de l'intima à la rupture sous-adventitielle circulaire avec rétraction des tuniques, l'artère n'étant plus constituée à ce niveau que par l'adventice. Le danger est la constitution secondaire de thrombose ou d'anévrisme.

- **Les fractures de l'os hyoïde**

Relativement rares, elles siègent plus volontiers au niveau des grandes cornes que du corps.

2.2. Diagnostic étiologique [11]

Les agents vulnérants répertoriés dans le traumatisme du cou sont nombreux et variés. Il s'agit entre autre des :

- **objets tranchants** (les plus fréquemment retrouvés) : couteau, machette, lame de rasoir, morceau de miroir ou de vitre etc....
- **objets piquants** : corne de bœuf, morceau de bois pointu, fourche, aiguille, compas, clou ou tourne-vis etc...
- **projectiles** : balles, dynamites, éclats....

2.3. Diagnostic topographique

On distingue la classification de JONES et SALLETA et la classification anatomique du cou qui permet de localiser les plaies cervicales.

❖ Classification anatomique

Elle permet de distinguer 5 régions anatomiques à savoir :

- la région sus-hyoïdienne médiane
- la région sus-hyoïdienne latérale
- la région sub-hyoïdienne latérale
- la région sub-hyoïdienne médiane
- la nuque

❖ Classification de JONES et SALLETA [14]

Elle divise le cou en trois zones allant de bas en haut :

La zone I : s'étend de la fourchette sternale et des clavicules jusqu'au cartilage cricoïde.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Il comprend toutes les structures, en particulier vasculaires, à destinée thoracique, raison pour laquelle les lésions de cette zone sont souvent associées à un hémithorax ou un hémomédiastin. Les traumatismes de la zone I ont une mortalité particulièrement élevée, de l'ordre de 10 %, bien qu'ils soient souvent peu symptomatiques initialement.

La zone II : s'étend du cartilage cricoïde à l'angle de la mandibule.

Les lésions de cette zone peuvent intéresser les structures vasculaires, aériennes et digestives, et la thyroïde. Il s'agit de la zone la plus vulnérable mais également la plus facile à explorer chirurgicalement. De ce fait, les traumatismes de la zone II sont associés à une mortalité plus faible que ceux des zones I ou III.

La zone III : s'étend de l'angle de la mandibule à la base du crâne.

L'exposition chirurgicale des lésions à ce niveau peut y être très difficile, en raison de la présence de l'angle mandibulaire et de l'entrée des structures dans la base du crâne, et nécessiter une prise en charge multidisciplinaire.

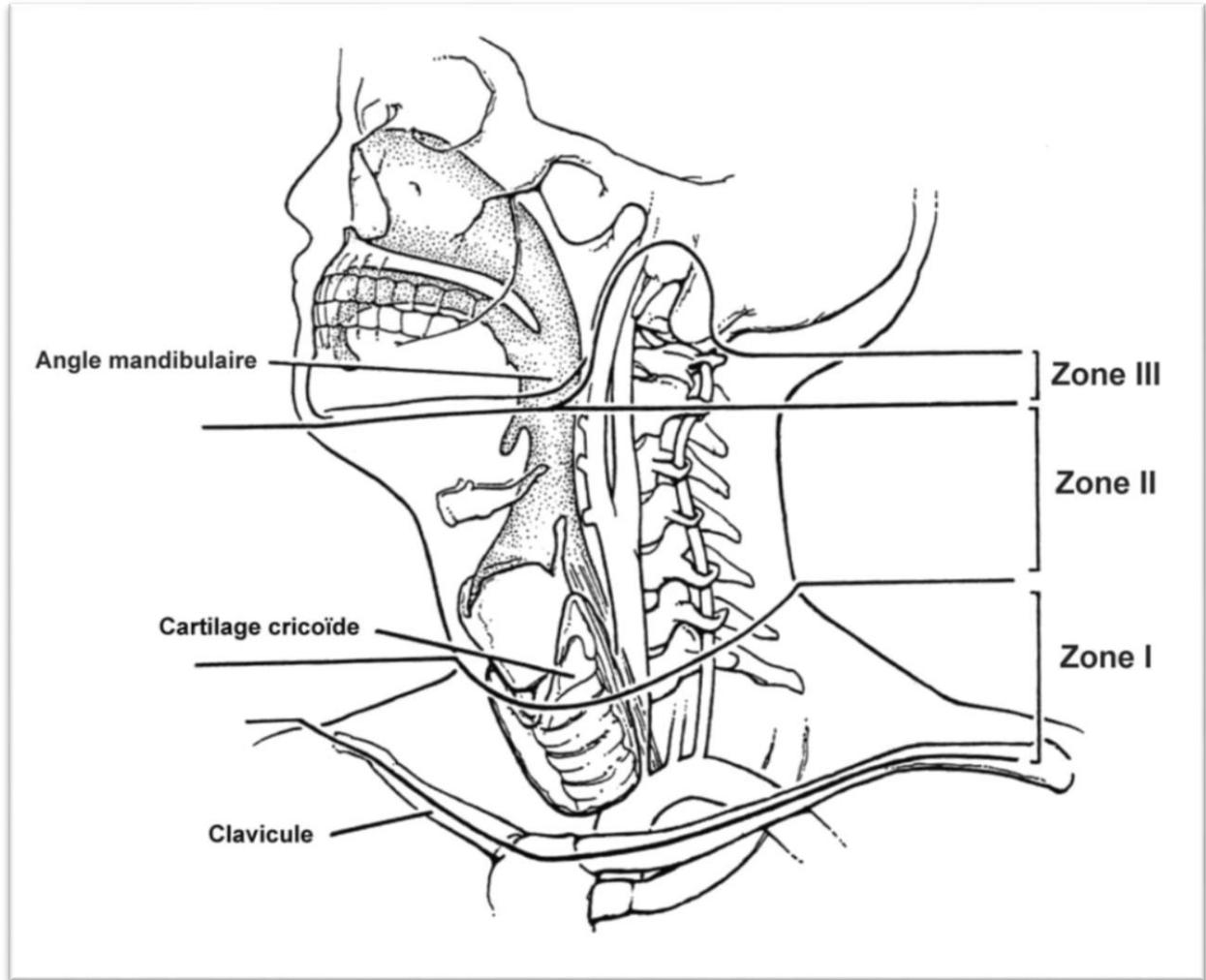


Figure 6: Division du cou en 3 zones anatomiques.

Source d'image : **QUINOT J.-F [3]**

3. RAPPEL THERAPEUTIQUE

3.1. BUT :

- Lutter contre les troubles respiratoires et cardio-vasculaires.
- Faire le bilan lésionnel.
- Restaurer l'anatomie des organes lésés.
- Eviter la survenue des complications et des séquelles.

3.2. MOYENS :

- **MEDICAUX [16]**

- **La réanimation** : elle vise à corriger le déséquilibre hydro-électrolytique et de l'hypovolémie par les différents solutés et les produits sanguins.

- **L'antibiothérapie** : Les molécules les plus utilisés sont : les bêta-lactamines, les quinolones et les imidazolés.

- **La corticothérapie** : les molécules les plus utilisés sont : la bethamétasone, la prednisone, le methyl-prednisolone.

- **Les antalgiques** : le paracétamol, la codéine, le tramadol, la morphine et ses dérivés sont les antalgiques les plus utilisés. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (diclofénac, piroxicam) sont aussi utilisés.

- **La sérovaccination antitétanique prophylactique** : systématique chez tous les patients non à jour de leur vaccin antitétanique.

- **La prise en charge psychiatrique [20]** : au décours d'une tentative d'autolyse, il est important de prévenir les récurrences et d'évaluer la valeur symptomatique du geste suicidaire qui pourra être l'occasion d'une prise en charge thérapeutique : psychothérapie, antidépresseurs, anxiolytiques.

- **Les moyens instrumentaux**

- Intubation laryngo-trachéale

- Sondage naso-gastrique

- **Chirurgicaux**

- **Trachéotomie de sécurité** : habituellement elle se fait sous anesthésie locale, cependant l'anesthésie générale peut la précéder si le malade est déjà intubé.

Ce geste est de difficulté plus ou moins grande selon l'importance de la détresse respiratoire, de l'emphysème sous-cutané, de l'hématome cervical et de la gêne plus ou moins grande du malade en position couchée. Elle permet de lever un des facteurs de choc, d'aspirer les sécrétions broncho-pulmonaires et d'endormir le malade.

Elle n'est pas toujours facile et présente des inconvénients de par les complications qui peuvent survenir pendant ou après sa réalisation.

- **Cervicotomie réparatrice** : Elle est toujours précédée d'une cervicotomie exploratrice. Elle est classiquement réalisée de la profondeur à la périphérie.

3.3. Indications :

Plaie pénétrante : la prise en charge est médico-chirurgicale avec la réalisation d'une cervicotomie réparatrice à laquelle on associe un traitement adjuvant adéquat.

La trachéotomie est faite ici si nécessaire.

Tentative d'autolyse : devant tout traumatisme du cou par tentative d'autolyse, la consultation psychiatrique s'intègre dans la prise en charge.

3.4. Surveillance

Elle est clinique et paraclinique.

Sur le plan clinique, elle consistera à surveiller l'état de la conscience, l'état hémodynamique, la respiration, la phonation, la déglutition et l'état de la plaie cervicale.

Sur le plan paraclinique, elle sera basée sur la réalisation périodique des examens biologiques et radiologiques orientés par les signes cliniques.

3.5. Evolution [16, 17]

Elle peut se faire suivant trois directions principales :

-**une cicatrisation lésionnelle avec une récupération fonctionnelle intégrale** : elle est le cas le plus fréquent dans un contexte de prise en charge adéquate.

-**des complications** : Elles sont surtout d'ordre respiratoire et vasculaire on y distingue :

- **L'hémorragie** : peut revêtir plusieurs types (minime ou par suintement répété, ou abondante).

Quand elle est secondaire, elle peut être due à une chute d'escarre ou à une ulcération des parois artérielles ou à une rupture d'anévrisme.

Elle peut aussi être liée à l'infection de la plaie qui entraîne une destruction du caillot ou du matériel de ligature. Dans tous les cas elle entraîne une spoliation sanguine pouvant être à l'origine d'un choc hypovolémique grave.

- **Des thromboses et les embolies** : secondaires à traumatismes vasculaires qu'ils soient artériels ou veineux.
- **L'infection** : il s'agit de complications à type de médiastinite, de cellulite cervicale, de broncho-pneumopathie, et de péri chondrite laryngo-trachéale.

Ces complications infectieuses retardent et modifient la cicatrisation et favorisent la constitution des séquelles.

-des séquelles : Elles sont variables et constituent une hantise de l'évolution à long terme. Il s'agit principalement de :

- **La dysphonie résiduelle** : liée à l'atteinte récurrentielle ; l'atteinte de l'articulation cricoaryténoïdienne et des brides muqueuses favorisées par l'infection de la consolidation vicieuse.
- **La dyspnée séquellaire** : causée par des sténoses laryngo-trachéales, des sténoses du carrefour aéro-digestif et des fistules aéro-digestives.
- **Cicatrisations vicieuses** : à type de cicatrices chéloïdes et cicatrices rétractiles.

3.6. Pronostic

En général, le pronostic des traumatismes du cou est bon devant une prise en charge thérapeutique précoce et efficace. Néanmoins, les pronostics vitaux, fonctionnels et esthétiques peuvent être compromis dans des cas de traumatismes violents et surtout de prise en charge inadéquate, justiciable de l'élaboration d'un protocole thérapeutique codifié.

METHODOLOGIE

IV. Méthodologie

1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie-Cervico-Faciale (ORL-CCF) du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako au Mali.

1.1. PRESENTATION du CHU GABRIEL TOURE

▪ HISTORIQUE :

Il est connu par le passé sous le nom de Dispensaire Central de Bamako, l'hôpital GABRIEL TOURE est l'un des plus grands centres hospitaliers de Bamako. Baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » le 17 janvier 1959 à la mémoire d'un jeune Soudanais. Etudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) décédé le 12 juin 1934 par suite de contamination lors d'une Épidémie de peste. Il faisait partie de la jeune génération des premiers Médecins africains.

▪ SITUATION GEOGRAPHIQUE

Situé en commune III du district de Bamako, le CHU Gabriel TOURE couvre une superficie de 3,1hectares. Il est limité à l'Est par le quartier de Médina Coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs Abderrahmane Baba TOURE (ENI-ABT), au Sud par la cité des chemins de fer et au Nord par l'Etat-major Général des armées et l'escadron des réserves Ministérielles.

• SON INFRASTRUCTURE

Une Direction

Un Bureau des entrées avec les différents boxes de consultation.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Un Département de Médecine regroupant la Gastroentérologie, Neurologie, Cardiologie, Diabétologie, Dermatologie.

Un Département de Pédiatrie avec le service de Pédiatrie générale, de Néonatalogie et d'Oncologie.

Un Département des services médicotéchniques : regroupant le laboratoire d'analyses médicales, et la pharmacie.

Un Département d'imagerie Médicale constituée de Scanner, l'échographie la mammographie, et la radiographie conventionnelle.

Un Département de Chirurgie: Chirurgie générale, Chirurgie Pédiatrique, Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale, Traumatologie-orthopédie, Neurochirurgie, Urologie, et la médecine physique (kinésithérapie).

Un Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'urgence: Anesthésie-Réanimation adulte, Service d'Accueil des Urgences.

Un Département de Gynécologie – Obstétrique : gynécologie et obstétrique.

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la direction.

L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont rattachées à la Surveillance générale, la morgue à la direction médicale et la Cuisine à la direction administrative.

Chaque département est dirigé par un chef de département.

1.2. PRESENTATION DU SERVICE ORL ET CCF

-Ressources humaines

Le service ORL est un service médico-chirurgical doté de :

-cinq 05 professeurs (02 Titulaires et 03 Maitres de conférences).

-04 médecins spécialistes praticiens hospitaliers ORL.

En outre le service pour son fonctionnement quotidien dispose de :

- 27 médecins inscrits en D.E.S ;

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

- 08 assistants médicaux spécialistes en ORL ;
- 01 technicien de santé ;
- 01 secrétaire de direction ;
- 02 techniciens de surface ;
- des étudiants en thèse de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako.
- des élèves et étudiants stagiaires des écoles de santé, de l'INFSS et de la FMOS.

-Infrastructure

Une unité de consultation avec :

- Deux (02) boxes de consultations
- Une unité d'exploration fonctionnelle (Audio-impédancemétrie)

Une unité d'hospitalisation :

- 11 salles dont 3 salles VIP d'hospitalisation avec une capacité totale de 28 lits
- Une salle de garde des D.E.S et Thésards
- Une salle de garde des Assistants médicaux
- Une salle de garde des Techniciens de surface
- Deux (02) blocs opératoires non encore fonctionnels et une salle de stérilisation ;
- Un bureau pour le chef de service
- Un bureau pour le chef d'unité d'hospitalisation
- Cinq (05) bureaux pour les médecins
- Un bureau pour le major de bloc
- Une salle de réunion/formation
- Une toilette avec trois (3) W.C et une douche pour le personnel
- Une toilette avec trois (03) W.C et une douche pour les malades

2. Le type et période d'étude

C'est une étude observationnelle, descriptive et rétrospective qui s'est déroulée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako. Elle s'est déroulée sur une période de 04 ans allant de 2019 à 2022.

3. Echantillonnage :

Notre échantillon d'étude a été de 32 patients.

Support de données :

- les dossiers des patients

-Le registre du compte rendu opératoire du service ORL CCF

• Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

-les patients ayant été hospitalisés pour plaie avec effraction du platysma du cou dans le service ORL-CCF durant notre période d'étude.

-Tous les âges étaient inclus, de sexe confondu et travers toutes régions du pays ainsi que des dossiers complets.

• Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude, les patients présentant :

-une plaie superficielle du cou.

-des dossiers médicaux incomplets.

4. La technique de collecte des données

Un examen ORL complet a été effectué chez tous les patients. Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête conçue à cet effet (ANNEXE) après relecture des observations cliniques, des comptes rendus opératoires et d'hospitalisation.

5. Les variables d'étude

Il s'agit des données sociodémographiques, les données cliniques, les données paracliniques à savoir la TDM, les différentes étiologies, le traitement, indications opératoires et le suivi post-opératoire.

6. Les saisies des données

Les données ont été saisies dans le logiciel SPSS version 19.0 contenant un masque de saisie établie à partir d'une fiche d'enquête.

7. Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS.

Les graphiques ont été réalisés sur Word office 2013 et EXCEL 2016.

RESULTATS

V. RESULTATS

1. Données épidémiologiques :

- Fréquence :

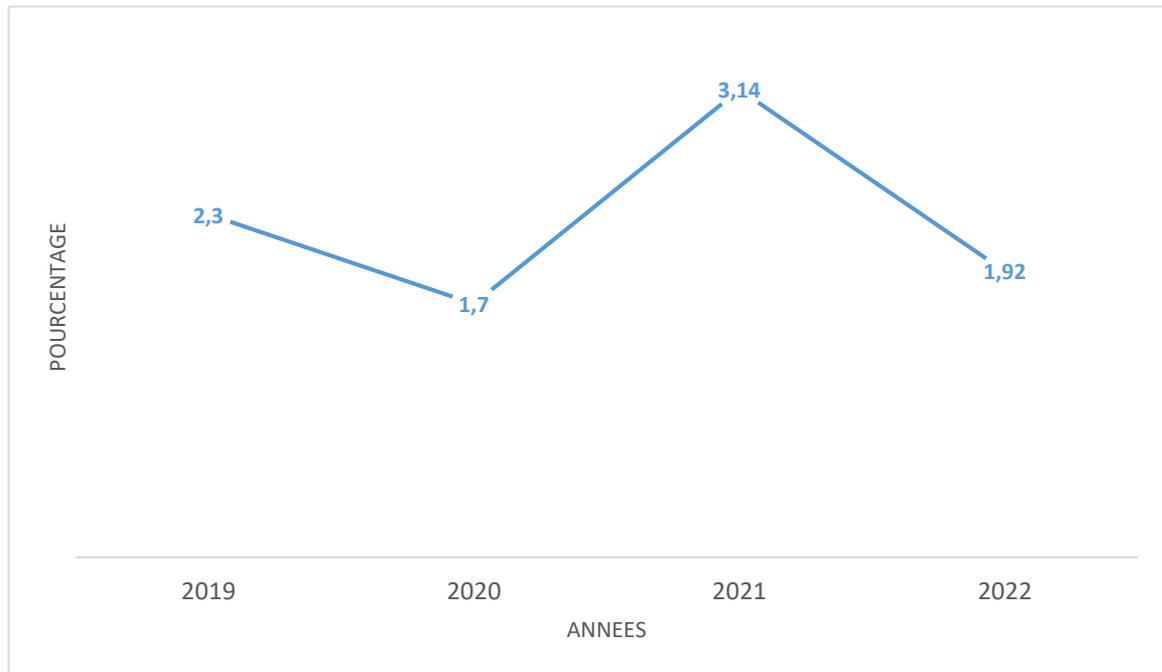


Figure 7 : La fréquence la plus élevée a été noté en **2021** avec **3,14%** des cas.

2 . Aspects sociodémographiques

Cette étude s'est étendue sur 4 ans, de 2019 à 2022. Durant cette période d'étude, on a enregistré 32 patients.

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge.

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
5 – 15 ans	02	6,25
16 – 25 ans	11	34,38
26 – 35 ans	15	46,87
36 – 45 ans	02	6,25
45 – 65 ans	02	6,25
Total	32	100

Les patients âgés de **26 ans à 35 ans** ont été les plus représentés, soit un taux de **46,87%**. La **moyenne** d'âge des patients était **28,1 ans**, l'**écart-type** était de **0,61** ; les âges extrêmes étaient de **5 à 65 ans**.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Masculin	26	81,25
Féminin	6	18,75
Total	32	100

Nous avons noté une prédominance masculine dans **81,25% des cas**, avec un Sex-ratio de **4,33**.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Agent de sante	01	3,12
Informaticien	01	3,12
Cultivateur	01	3,12
Elèves/Etudiants	07	21,87
Commerçant	05	15,64
Mineur	05	15,64
Chauffeur	06	18,75
Ménagère	03	9,37
Enfant	03	9,37
Total	32	100

La profession élèves/Etudiants a été retrouvée dans 21,87%.

Tableau IV : Répartition des patients selon leur origine géographique.

Origine	Effectifs	Pourcentage (%)
Bamako	29	90,62
Ségou	01	3,13
Sikasso	02	6,25
Total	30	100

90,62% des patients provenaient de **Bamako**.

2. Données cliniques

2.1. Délai d'admission

Tableau V : Répartition des patients selon le délai d'admission

Délai d'admission	Effectifs	Pourcentage (%)
30min à 12h	26	81,25
13h à 24h	02	6,25
25 à 48h	02	6,25
49h à 72h	02	6,25
Total	30	100

Le temps d'admission de la majorité de nos patients était de 30 minutes à 12H de temps

2.2. Circonstances étiologiques

Tableau VI : Répartition des patients selon les principales circonstances étiologiques.

Etiologies	Effectifs	Pourcentage (%)
CBV	18	56,25
Accident de travail	01	3,13
Accident domestique	04	12,5
Tentative d'autolyse	07	21,87
AVP	02	6,25
Total	32	100

Les CBV et la tentative d'autolyse étaient les circonstances étiologiques principales avec respectivement **56,25% et 21,87%**.

2.3. Mode de transport :

Tableau VII : Répartition des patients selon leur mode de transport.

Transport	Effectifs	Pourcentage (%)
Ambulance	23	71,87
Transport en commun (taxi, moto)	03	9,38
Voiture personnelle	06	18,75
Total	32	100

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé dans **71,87%** des cas, soit chez 23 patients.

2.2. Agents vulnérants

Tableau VIII : Répartition des patients selon les agents vulnérants

Agents vulnérants	Effectifs	Pourcentage (%)
Arme blanche	20	62,5
Objet piquant	04	12,5
Projectile	02	6,25
Arme à feu	05	15,62
Inconnu	01	3,13
Total	32	100

Les armes blanches ont été l'agent vulnérant le plus utilisé dans **62,5%** des cas.

2.3. Antécédents médicaux :

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédent	Effectifs	Pourcentage (%)
Asthme	02	6,25
Drépanocytose	01	3,12
Psychiatrique	05	15,62
Diabète	01	3,12
HTA	01	3,12
Total	10	31,23

Environ **31,23%** des patients avaient un antécédent médical, (dont 5 psychiatriques et 2 asthmatiques).

2.4. Compression du cou :

Tableau X : Répartition des patients selon le type de soins reçus

1 ^{er} soin	Effectifs	Pourcentage (%)
Compression	27	84,37
Suture	05	15,63
Total	32	100

84,37% des patients avaient reçu un 1^{er} soin (compression) avant l'admission.

2.5. Les Manifestations cliniques :

Tableau XI : Répartition des patients selon les manifestations cliniques.

Signes cliniques	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur cervicale	30	3,75
Hémorragie	20	62,5
Fièvre	01	3,12
Dysphonie	05	15,62
Dysphagie	05	15,62
Salive	03	9,37
Crachat hémoptoïque	03	9,37
Toux	03	9,37
Dyspnée laryngée	01	3,12
Hématome	17	53,12
Emphysème	05	15,62
Etat de choc	02	6,25

La douleur cervicale a été la manifestation clinique la plus représentée, soit dans **93,75%** des cas.

3. Examen physique ORL

3.1. Siège de la plaie pénétrante

Tableau XII : Répartition des patients selon le siège de la plaie.

Siege	Effectifs	Pourcentage (%)
Zone I	03	9,37
Zone II	28	87,50
Zone III	01	3,13
Total	32	100

La Zone II a été la plus touchée dans **87,50%**.

3.2. Compartiment de la plaie:

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du compartiment.

Compartiment	Effectifs	Pourcentage
Antérieur	18	56,25%
Latéral droit	07	21,87%
Latéral gauche	05	15,62%
Postérieur	02	6,26%
Total	32	100

Le compartiment antérieur était le plus touché chez 18 patients, avec une prévalence de **56,25%**.

3.3. Aspect de la plaie

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'aspect de la plaie

Aspect	Effectifs	Pourcentage (%)
Linéaire horizontale	20	63,3
Ponctiforme circulaire	09	30,0
Oblique	02	3,3
Déchiquetée	01	3,4
Total	32	100

La plaie était **linéaire horizontale** chez 20 de nos patients, soit **63,3%** des cas.

3.4. Taille de la plaie :

Tableau XV: Répartition des patients selon la taille de la plaie.

Taille	Effectifs	Pourcentage (%)
1 à 5 cm	18	56,25
6 à 10 cm	07	21,87
11 à 15 cm	06	18,75
Supérieure ou égale à 16 cm	01	3,13
Total	32	100

Les tailles majoritaires des plaies de nos patients étaient estimées environ de 1 à 5 cm, soit **56,25%**

4. Examens complémentaires :

4.1. TDM cervical

Tableau XVI : Répartition des patients ayant réalisés le scanner.

Scanner	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	31	96,87
Non	01	3,13
Total	32	100

La TDM cervicale a été réalisée chez **31 patients** qui a objectivé des lésions chez **27 patients** soit **87,1%**.

Le patient n'ayant pas pu réaliser le scanner fut décédé avant l'examen.

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des structures organiques.

Lésions	Effectifs	Pourcentage (%)
Pharyngotomie médiane transverse sous hyoïdienne	04	14,81
Section pied épiglotte	03	11,11
Fracture thyroïdien, cricoïde	07	25,92
Plaie de la carotide	10	37,03
Plaie de la veine jugulaire	12	44,44
Atteinte nerf facial	05	18,51
Atteinte apex pulmonaire	03	11,11

Ces différentes lésions pouvaient être associées chez un même patient.

5. Traitement

Dans 100% des cas, le traitement était médico-chirurgical.

Le traitement médical était basé respectivement sur les antibiotiques, les antalgiques. On retrouvait dans quelques cas les corticoïdes chez **20%**, SAT/VAT chez **96,7%**, la réhydratation hydro-électrolytique chez **33,3%**.

5.1. Traitement chirurgical des plaies pénétrantes du cou

Il a consisté en :

Tableau XVIII: Répartition des patients selon les modalités thérapeutiques

Modalités	Effectifs	Pourcentage (%)
Cervicotomie exploratrice avec trachéotomie	05	16,12
Cervicotomie exploratrice sans trachéotomie	24	77,42
Suture et parage	02	6,45
Total	31	99,99

A noter que le malade décédé n'a pas été pris en compte.

TABLEAU XIX: Indication de la cervicotomie

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

CRITERES		EFFECTIF	POURCENTAGE
Mineurs	Dysphagie	05	15,62%
	Dyspnée légère	01	3,12%
	Crachats hémoptoïques	03	9,37%
	Fièvre	01	3,12%
Majeurs	Hémorragie	20	62,5 %
	Salive	03	9,37 %
	Hématome soufflante	10	31,25 %
	Hématome battante	07	21,87 %
	Emphysème	05	15,62 %
	Hémiplégie	03	9,37 %
	Hémothorax	01	3,12 %

Les différents signes d'indications de la cervicotomie pouvaient être associés chez un même malade.

Tableau XX : Complications post cervicotomie.

Complications	Effectifs	Pourcentage
Hémiplégie transitoire	03	9,37%
Surinfection	06	18,75%
Lâchage des fils de suture	05	15,62%
Total	14	43,74%

14 de nos patients ont fait des complications lors de la prise en charge dont **la surinfection** prédominait chez 6 patients soit 18,75%

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

1-LIMITES ET CONTRAINTES

Notre étude a été menée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie du CHU Gabriel Toure. Elle avait pour but d'étudier les aspects cliniques et thérapeutiques de la plaie pénétrante du cou.

Au cours de la réalisation de notre travail, nous avons rencontré quelques difficultés dans la production de nos résultats.

Ces contraintes étaient principalement liées au caractère rétrospectif de notre étude qui nous a privé d'une collecte exhaustive des cas et également des différentes variables ; compte tenu de :

- la perte de certains dossiers cliniques

- la qualité insuffisante de certaines observations cliniques sur les dossiers retrouvés.

2-ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE :

2.1. Fréquence :

Les plaies pénétrantes du cou ont une fréquence qui varie en fonction de l'aire géographique. En Europe, la plus grande série finlandaise publiée en 2006 A rapporté une incidence de 1, 3 cas pour 100 000 habitants par an [18].

Cette fréquence est très élevée (70% des traumatismes) dans les série Nord - Américaines [19].

En Afrique, **Séréme et al** [20], **Tall et al** [21] ont rapporté une incidence respective de 1, 8 et 1,7 cas par an.

Dans notre étude nous avons recensé 0,5 nouveaux cas par an.

Ce faible taux d'incidence peut s'expliquer par le faible taux d'échantillon pendant la période d'étude.

2.2. Age :

Dans notre étude 46,87% des malades avaient un âge situé entre 26 et 35 ans. L'âge moyen était de 28,1 ans avec des extrêmes de 05 à 65 ans.

L'adulte jeune était ainsi le plus exposé dans notre série.

Nos données concordent de ceux **DIOUF.R [22]** à Dakar qui retrouvaient un âge moyen de 28,3ans et également à ceux de **la littérature** avec un âge moyen qui varie de 27 à 34 ans [**23, 22, 24, 25**].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'adulte jeune est plus exposé aux comportements et milieux agressifs et également aux échecs socio-économiques et professionnels.

2.3. Sexe :

Dans notre étude, la prédominance masculine était observée à 81,25% des cas, avec un sex-ratio de 4,33.

Nos résultats sont comparables à ceux de **TOUDOU A.B [26]** et **Ngor Ndour et al [27]** qui retrouvaient respectivement une prédominance masculine dans 86% et 96% des cas.

Le sex-ratio de 4,33 retrouvé dans notre étude est comparable avec celui trouvé par **TOUDOU A.B [26]** à 6,14.

2.4. Moyens de transport :

L'ambulance était le moyen de transport le plus utilisé chez nos patients, avec une prévalence estimée à 70,81%.

Au cours du transport la majorité de nos patients ont bénéficié d'une méthode de compression (84,37%) et de suture (15,62%).

3.ASPECTS DIAGNOSTIQUES :

3.1. Délai d'admission :

Le délai moyen d'admission dans notre étude était de 6,14 heures avec des extrêmes allant de 0,5 heures à 72 heures (03 jours). La majorité des patients soit 81,25 % des cas étaient reçues entre les 0,5 à 12 heures après le traumatisme.

Nos résultats se rapprochent avec ceux de **Ngor Ndour [27]** qui retrouvait comme délai moyen d'admission 8,7heures, avec une majorité de 76,2% des cas reçues dans les 6heures après le traumatisme.

3.2. Antécédent psychiatrique :

Dans les antécédents, un suivi médical en psychiatrie était retrouvé dans 15,62% des cas, soit chez 05 patients). Parmi ces patients, quatre (04) avaient présenté une tentative d'autolyse.

Dans une série tunisienne publiée en 2011, **Ben khelil M et al [28]** ont rapporté que sept des neuf victimes avaient des antécédents psychiatriques connus.

Ces antécédents psychiatriques ont été décrits comme étant un des principaux facteurs prédisposant au suicide par armes blanches [28].

La tentative d'autolyse reste une cause majeure de souffrance individuelle et sociale [29].

3.3. LES CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES :

Dans notre étude, les circonstances étiologiques les plus représentées étaient les coups et blessures volontaires (56,25%), les accidents et les tentatives d'autolyses avec respectivement chacun (21,87%).

Nos résultats sont similaires par ordre décroissant à ceux de **TOUDOU A.B[26]** au BURKINA, qui trouvait comme principale étiologie les tentatives d'autolyses à 30% des cas et les coups et blessures volontaires dans 20% des cas ; et à ceux de **COBZEANU [30]** en Roumanie, qui trouvait une prédominance des tentatives d'autolyses à 56% et les accidents qui représentaient 44% des cas.

3.4. AGENTS VULNERANTS :

Les armes blanches représentaient 62,5% des agents vulnérants retrouvés dans notre étude. Les armes à feu ont été rencontrés dans 15,62% des cas.

Nos résultats corroborent ceux de plusieurs auteurs. En effet, l'arme blanche était l'agent vulnérant le plus retrouvé dans différentes études sur le traumatisme du cou.

DIOUF [22], à Dakar, notait que les objets tranchants représentaient le principal agent vulnérant dans 70% des cas.

NASON. RW [23] au Canada, retrouvait que les traumatismes ont été causés par des armes blanches chez 124 patients (95 %) et par une arme à feu chez six autres (5 %).

Selon **MONNEUSE [31]** en France, les armes blanches sont les principaux agents impliqués dans les traumatismes pénétrants. Ceci pourrait s'expliquer par la liberté d'acquisition et de détention des armes blanches dans nos régions respectives.

3.5. SIGNES FONCTIONNELS

La douleur cervicale était la manifestation la plus retrouvée dans notre étude avec 93,75% des cas. L'hémorragie était retrouvée dans 68,75% des cas. La dysphagie et la dysphonie, retrouvées chacune chez 5 patients soit 15,62% des cas et la dyspnée dans 3,12% de cas.

Nos résultats sont comparables à ceux de **A. Ajiya et al [32]** qui retrouvait comme manifestations cliniques les plus représentées, une douleur cervicale dans 45,7% et une hémorragie dans 40% des cas.

3.6. SIEGE DE LA PLAIE

Selon la classification de JONES et SALLETA la zone II était la plus touchée avec 28 patients soit 87,5%.

Ces résultats corroborent avec ceux des auteurs comme **NASON. RW [23]** et **OUEDRAOGO [33]** qui avaient trouvé dans leurs études respectives que la zone II était atteinte dans respectivement 81% et 62,5% des cas.

Ceci pourrait être expliqué par le fait que cette zone est anatomiquement la plus exposée contrairement aux zones I et III qui restent protégées par les épaules d'une part et la mandibule d'autre part.

3.2. COMPARTIMENT D DE LA PLAIE

Le compartiment antérieur a été le plus atteint chez 18 de nos patients, soit 56,25% de cas suivi du compartiment latéral droit dans 21,87% des cas.

Nos résultats sont similaires à ceux de **A. Ajiya et al [32]** qui trouvait 48,6% pour le compartiment antérieur, 22,9% pour chacun des 2 compartiments (latéral droit et latéral gauche).

4. -ASPECTS PARACLINIQUES :

La TDM cervicale était l'examen paraclinique le plus réalisé dans notre étude avec 100% des cas dont 87,2% ont objectivé des lésions et 12,8% était normale. Aucune échographie cervicale ni de radiographie cervicale ni endoscopie ni de TOGD n'ont été réalisées. Dans l'ensemble, le taux de réalisation des examens complémentaires était faible.

En effet la grande fréquence des traumatismes ouverts ne nécessitant pas une prescription d'examens complémentaires pourrait expliquer ce fait.

Aussi ce faible taux pourrait s'expliquer par la cherté et la faible disponibilité des examens complémentaires dans notre contexte.

L'angioscanner reste l'examen complémentaire de référence dans la prise en charge d'un traumatisé présentant une plaie pénétrante du cou [34].

5. ASPECT THERAPEUTIQUE

Dans 100% des cas, le traitement était médico-chirurgical.

5.1. DELAI DE PRISE EN CHARGE

Malgré que les plaies pénétrantes du cou soient une urgence chirurgicale, nous avons noté un retard de prise en charge de ces lésions. Ce retard était dû à :

- L'absence de kits d'urgence dans la pharmacie hospitalière de la dite structure ;
- La non disponibilité immédiate du bloc des urgences par moment ;
- Du temps d'évacuation des malades du lieu d'accident au SAU de CHU Gabriel Touré par les agents de la protection civile ;
- L'étroissement de nos routes et à l'augmentation croissante des engins ;

rendant difficile l'évacuation des malades et du fait que les plaies pénétrantes ne sont pas incluses dans le système intégré de prise en charge des urgences chirurgicales au Mali.

Nous avons constaté que c'est les parents de la victime qui se mobilisaient en toute urgence la plupart des cas pour honorer les ordonnances délivrées par le médecin pour la prise en charge initiale.

Dans notre étude 26 patients soient 81,25% ont bénéficié d'une prise en charge entre 30 mn à 12 heures de temps, 02 patients soient 6,25% entre 13 heures à 24 heures, 02 patients soient 6,25% entre 25 heures à 48 heures, 02 patients soient 6,25% de 49 heures à 72 heures.

DIALLO OR et al [35] ont rapporté que 28, 68% des malades ont été pris en charge dans un délai inférieur à 1 heure ; 65,66% dans un délai situé entre 2-24 heures et 5,66% des malades ont été pris en charge dans un délai supérieur à 24 heures.

Cela est dû au manque de service et d'unité d'ORL-CCF dans beaucoup de structure sanitaire à l'intérieur de notre pays qui font que certains malades sont obligés de faire 24 à 72 heures pour une meilleure prise en charge.

La faiblesse du pouvoir d'achat de nos populations qui ne peuvent souvent pas payer les frais d'évacuation dont le coût exorbitant dans beaucoup de nos structures sanitaires, par absence de système de prise en charge communautaire (sécurité sociale, mutuelles...)

En Côte d'ivoire, la prise en charge des urgences traumatiques de la tête de la face et du cou était environ 10minutes [36], il en est de même qu'au Sénégal du fait de la mise en place d'un système d'évacuation plus rapide et de la largesse des routes.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Le délai moyen du lieu de l'accident et du début de la prise en charge des plaies pénétrantes du cou était d'environ 6,14 heures avec une majorité de 81,25% des cas étaient reçues entre 30 min à 12 heures après le traumatisme.

5.2. TRAITEMENT MEDICAL

Tous nos patients ont bénéficié d'une antibiothérapie et d'un antalgique.

La sérovaccination antitétanique dans 96,7% des cas, la corticothérapie dans 20% des cas et la réhydratation hydroélectrolytique était administrée dans 33,3% des cas.

Le traitement médical a donc été variablement indiqué chez les patients traumatisés et ceci par le fait de la diversité des tableaux cliniques enregistrés. Cette prise en charge médicale a été complétée dans notre série par une prise en charge psychiatrique dans 15,62 % des cas dans le cadre d'une indication systématique chez les patients traumatisés par tentative d'autolyse.

2.5. TRAITEMENT CHIRURGICAL

La trachéotomie d'urgence a été réalisée chez 8 patients soit 26,7% des cas.

Nos résultats sont supérieurs à ceux **TOUDOU A.B[26]** au BURKINA qui a retrouvé 5 patients soit 10% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude le nombre de traumatisés dyspnéiques était faible.

La cervicotomie réparatrice était réalisée dans le même temps opératoire que la cervicotomie exploratrice.

2.5.1. CERVICOTOMIE EXPLORATRICE

Elle est indiquée dans les plaies pénétrantes du cou devant les signes mineurs et majeurs, également devant les atteintes vasculaires ou devant un effondrement de l'état général du patient à son admission.

Mais dans notre étude un patient victime de traumatisme cervical ouvert n'a pas bénéficié de cervicotomie exploratrice. Il s'agit du patient ayant été décédé juste après son admission.

La cervicotomie exploratrice était réalisée chez 29 de nos patients soit 93,54% des cas.

Nos résultats sont proches de plusieurs auteurs. En effet, à Ouagadougou, la cervicotomie exploratrice a été réalisée chez 56,66% des patients dans l'étude de **KABORE [37]** et chez 85,4% des patients chez **ZONGO [38]**.

Dans les pays développés, l'utilisation de l'angioscanner comme guide de prise de décision clinique a conduit à une diminution significative du nombre de chirurgie exploratrice effectuée [39].

Pour les pays en voie de développement, la cervicotomie exploratrice mérite d'être privilégiée dès que les examens recommandés ne sont pas disponibles. Cette attitude est défendue par **DIOUF [22]**.

2.5.2. Aspects évolutifs :

Malgré la gravité des lésions et le retard du traitement, les suites opératoires lointaines ont été satisfaisantes et l'évolution a été favorable.

Néanmoins nous avons noté 14 cas de complications soit 43,74% post-opératoires : surinfections (6 cas), lâchage des fils de suture (5cas) et l'hémiplégie transitoire (3 cas).

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Les états de surinfections locales étaient dus à un retard de prise en charge qui pouvaient favoriser ainsi le lâchage des fils de suture ; et les cas d'hémiplégies transitoire qui étaient prédictibles dus aux atteintes vasculaires carotidiennes.

Dans une étude réalisée au SENEGAL par **Ngor Ndour et al [27]** qui trouvait 3 cas de complications post opératoires : lymphorrhée (1 cas), médiastinite (1 cas) et un hématome cervical (1 cas).

CONCLUSION

CONCLUSION

La plaie pénétrante du cou est une urgence médico-chirurgicale, qui exige d'apporter une amélioration des conditions d'évacuations médicalisées et une prise en charge multidisciplinaire des blessés.

Le traitement précoce adéquat permet de limiter les séquelles fonctionnelles graves et d'éviter les décès.

Au Mali, la faible disponibilité des examens complémentaires et l'insuffisance du plateau technique constituent un handicap à la prise en charge des patients victimes de traumatisme cervical. Par conséquent, la cervicotomie exploratrice reste d'actualité et repose sur les indications bien codifiées.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous formulons des suggestions suivantes :

A la population :

- ✓ Le respect strict des mesures de sécurité routière,
- ✓ Le respect de la dignité humaine,
- ✓ Consulter devant tout traumatisme cervical même bénin,
- ✓ Consulter en psychiatrie devant tout état de trouble de comportement,
- ✓ Appeler les secours devant tout accident de la circulation routière.

Au directeur de l'hôpital

- ✓ Doter le service d'ORL d'un bloc opératoire équipé et fonctionnel,
- ✓ Renforcer le personnel d'ORL en formation, et en recrutant plus de spécialiste en ORL,
- ✓ Réduire le coût de la PEC des plaies pénétrantes du cou.

Au gouvernement

- ✓ Mettre en place les transports médicalisés,
- ✓ Réparation et élargissement des voies publiques,
- ✓ Faciliter la formation des médecins spécialistes en ORL et chirurgie cervico-faciale,
- ✓ Faciliter la formation des médecins spécialistes en anesthésie réanimation,
- ✓ Faciliter la formation des médecins spécialistes en psychiatrie,
- ✓ Equiper le plateau technique des structures de santé,
- ✓ Veuille à l'apaisement du climat de violence.

Au personnel sanitaire :

- ✓ Prise en charge précoce des blessés,
- ✓ Référer le malade dans le meilleur délai,
- ✓ Renforcer la collaboration interdisciplinaire,
- ✓ Suivre correctement les malades après les interventions,
- ✓ Rédiger et conserver correctement les dossiers médicaux,
- ✓ Codifier un protocole de PEC des plaies pénétrantes du cou.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1.Cesareo E, Draoua S, Lefort H, Tazarourte K.

Les plaies pénétrantes du cou. Urgences 2012. France : paris. 2012 : p1-11.

2.Choua O, Rimtebaye K, Adam Adami M, Bekoutou G, Anour M A,

Plaie pénétrante par armes blanches et à feu, European Scientific journal March 2016 Edition vol.12.

3.B. Mantz, G. Giguet, P. Carli, B. Vivien :

Urgences vasculaires traumatiques : plaies cervicales, 2011 Sfar.

4.ASENSIO JA, VALENZIANO CP, FALCONE RE et Al:

Management of penetrating neck injuries. The controversy surrounding zone II injuries. S., urg Clin North Am 1991 ;71: 267-296.

5.Thoma M., Navsaria P.H., Edu S., Nicol A.J.

Analysis of 203 patients with penetrating neck injuries. World J S urg. 2008 ; 32 : 2716-23.

6- Koné F.I, Keïta M.A, Soumahoro. S, Konaté. N, Diarra. K, and Timbo S.

K. Historical Case of Cervical Penetrating Wound: From First Aid to Surgical Intervention. Received 13 May 2017 ; Revised 27 August 2017 ; Accepted 17 September 2017; Published 22 October 2017.

7. Iannesi A, Py MN.

Approche anatomique du cou par échographie tridimensionnelle.

8- Médecine des Arts. Rachis cervical. Généralités. Anatomie artistique. Chapitre 23. Mantauban ; 2008.

9- Anatomie du pharynx et du larynx.

Disponible sur [http://www/google/cours13bichat 2012-2013.Weebly.com](http://www/google/cours13bichat%202012-2013.Weebly.com)

10- Pierre K. anatomie. Tome 1. Tête et cou. Deuxième édition. Maloine

11. Egmann G, Marteau A, Basse Th, Jean Bourquain D. Plaies par armes blanches. Urgences 2010. France : Cayenne ; 2010, P : 437-456

12. Mehdi B.

Les coups et blessures-cours : médecine légale [en ligne]. Faculté de médecine de Constantine-Algérie [en ligne]. 2000[consulté le 29-11-2015] : disponible sur URL : mehdi mehdy.blogspot.com /2000/01/les-coups-et-blessures-médecine légale.html.

13- Dolkorukov MI, Mikhailov A P, Fokin AA, Kulagin VI, Karelov VS, Pashcenko SA et al. The diagnosis and surgical treatment of neck wound. Vestn khir im II. 1999; 156(6): 47-51

14- . Giudicelli R. Les perforations de l'œsophage. Résultats d'une enquête nationale. Annales de chirurgie. 1992 ; 46(2) : 183-187.

15- . Menard M, Laccourey O, Brasnu D. Traumatismes externes du larynx. encycl. Med-Chir (elservier Masson, Paris), ORL, 26-720-A-10, 2001,11p.

16- Demetriades D, Charalambides D, Lakhoo M.

Physical examination and selective conservative management in patient with penetrating injuries of the neck. Br J Surg. 1993 ;80 :1534-6.

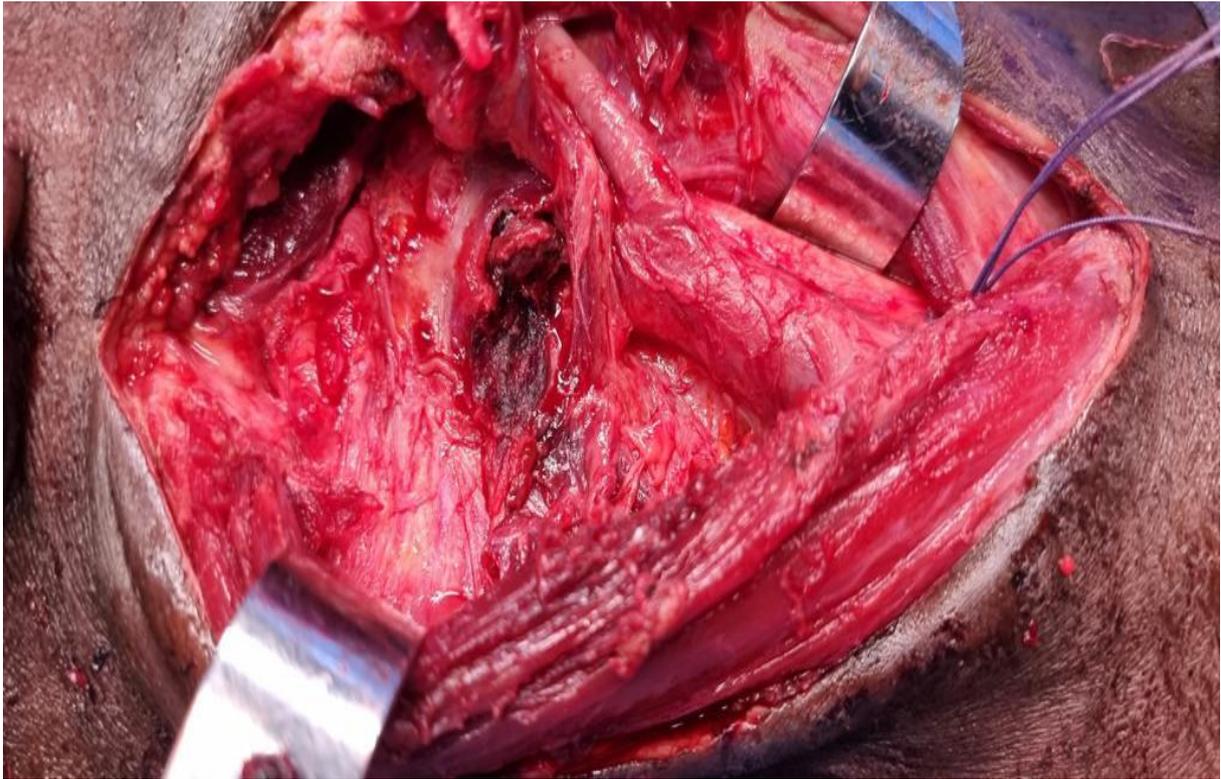
17. Piquet JJ, Darras JA. Les plaies du cou- encycl. Med. Chir (Elsevier Masson, Paris), oto-rhino-laryngologie, 20860C10, 1982 : 12p

- 18. 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.
- 19. Mandavia DP, Qualls S, Rokos I.** Emergency Airway Management in Penetrating Neck Injury. *Ann Emerg Med.* 2000 Mars; 35 :221-225.
- 20. Sérémé M, Gyebré, Ouédraogo 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.
- 21. 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.
- 22. Diouf R.** Etude des traumatismes du cou [thèse] médecine. Dakar : Centre Hospitalier Universitaire de Dakar ; 1985. 132p.
- 23. Nason RW, Assuras GN, Gray PR, Lipschitz J, Burns CM.** Penetrating neck injuries: analysis of experience from a Canadian trauma centre. *Can. J. Surg.* 2001 ; 44, 122-126.
- 24. Kasbekar AV, Combellack EJ, Derbyshire SG, Swift AC.** Penetrating neck trauma and the need for surgical exploration: six-year experience within a regional trauma centre. *J Laryngol Otol.* 2017 ; 131 : 8-12
- 25. Keita M, Doumbia K, Diani M et al.** Traumatologie cervico-faciale : 184 cas au Mali. *Med Trop.* 2010 ; 70 : 172-174.
- 26. TOUDOU A.B.** Traumatismes cervicaux en pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale au centre hospitalier universitaire souro sanou de Bobo-Dioulasso : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Thèse n° 077. 2015-2016.

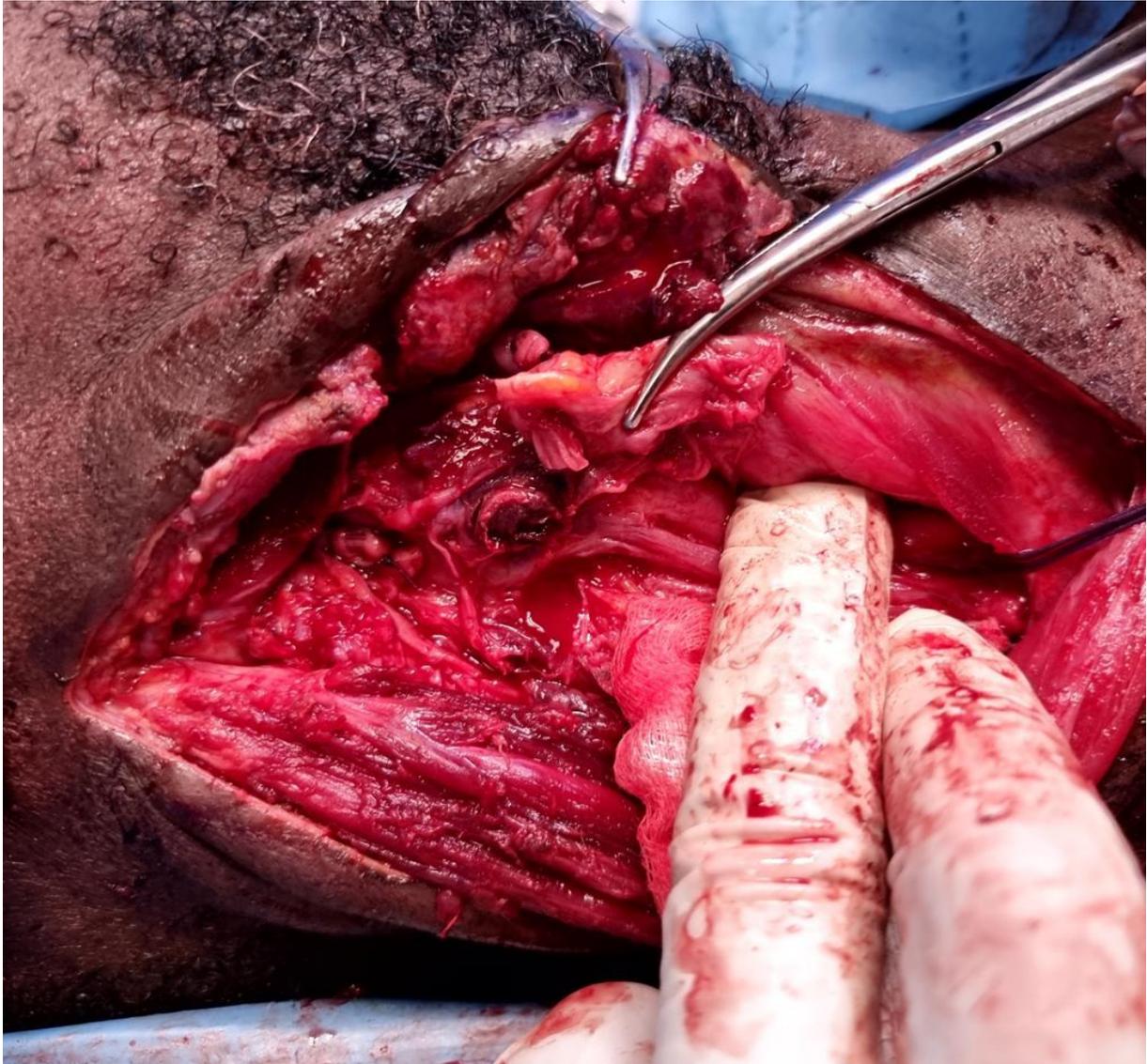
- 27. Ngor Ndour, S. Maiga, R. Edouard, A. Deguenonvo, M. Ndiaye, H. Ahmed, C. Ndiaye, A. Tall, I. C. Diaye.** Plaies Pénétrantes du Cou par Arme Blanche en Pratique Civile : À Propos de 122 Cas Colligés à Dakar. Health Sci. Dis : Vol 23 (9) September 2022 pp 37-41.
- 28. Benkhelil M, Allouche M, Banasr A et al.** Le suicide par arme blanche dans le nord de la Tunisie : étude sur 8 ans et revue de la littérature. Journal de Médecine Légale Droit Médical. 2011 ; 54(3): 1-8.
- 29. Besniere N, Gavaudn G, Navez A et al.** Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque. L'Encéphale. 2009 ; 35 : 176-181.
- 30. Cobzeanu MD, Palade D, Manea C.** Epidemiological Features and Management of Complex Neck Trauma from an ENT Surgeon's Perspective. Chirurgia (2013) 108: 360-364.
- 31. Monneuse OJ, Barth X, Gruner L, Pilleul F, Vallette PJ, Oulie O et al.**
Abdominal wound injuries: diagnosis and treatment. Report of 79cases.
- 32. A. Ajiya , Iiyasu Yunusa Shuaibu , Hamza Manir Anka.** An Audit of Surgical Neck Explorations for Penetrating Neck Injuries in Northwestern Nigeria: Experience from a Teaching Hospital 2021.Nigerian Journal of Surgery. Published by Wolters Kluwer – Medknow.
- 33. Ouédraogo R W-L.** Les Plaies pénétrantes du cou dans le service d'ORL et CCF au CHU-YO. [Mémoire de DES en ORL et CCF]. Médecine Ouagadougou ; 2013. 93p.
- 34. Tisherman SA, Bokhari F, Collier B, Cumming J, Ebert J, Holevar M, Kurek S, Leon, Rhee P.** Clinical practice guideline: Penetrating zone II neck trauma. J Trauma. 2008; 64: 1392-1405.

- 35. DIALLO OR, CAMARA SAT, DIALLO A, BAH AT, KANE BT, CAMARA AD et al.** Les plaies traumatiques cervico-faciales à l'Hôpital National DONKA du CHU de CONAKRY, Article original, mali médical 2012, TOME XXVII, N°1.
- 36. DUFOR X.** Les urgences en ORL : les traumatismes faciaux. www.medphar.univ-poitiers.
- 37. Kabore C.** Les traumatismes du cou : profil épidémiologique, aspects cliniques, modalités thérapeutiques et évolution au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. A propos de 30cas. [Thèse] médecine. Ouagadougou : CHU-YO ; 2006. 79p.
- 38. Zongo A.** Traumatismes du cou en pratique ORL au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques, cliniques, 89 thérapeutiques et évolutifs. [Thèse] médecine. Ouagadougou : CHU-YO ; 2014. 117p.
- 39. Bell RB, Osborn T, Dierks EJ, Potter BE, Long WB.** Management of penetrating neck injuries: à new paradigm for civilian trauma. J Oral Maxillofac Surg. 2007 Apr ;65(4) :691-705.

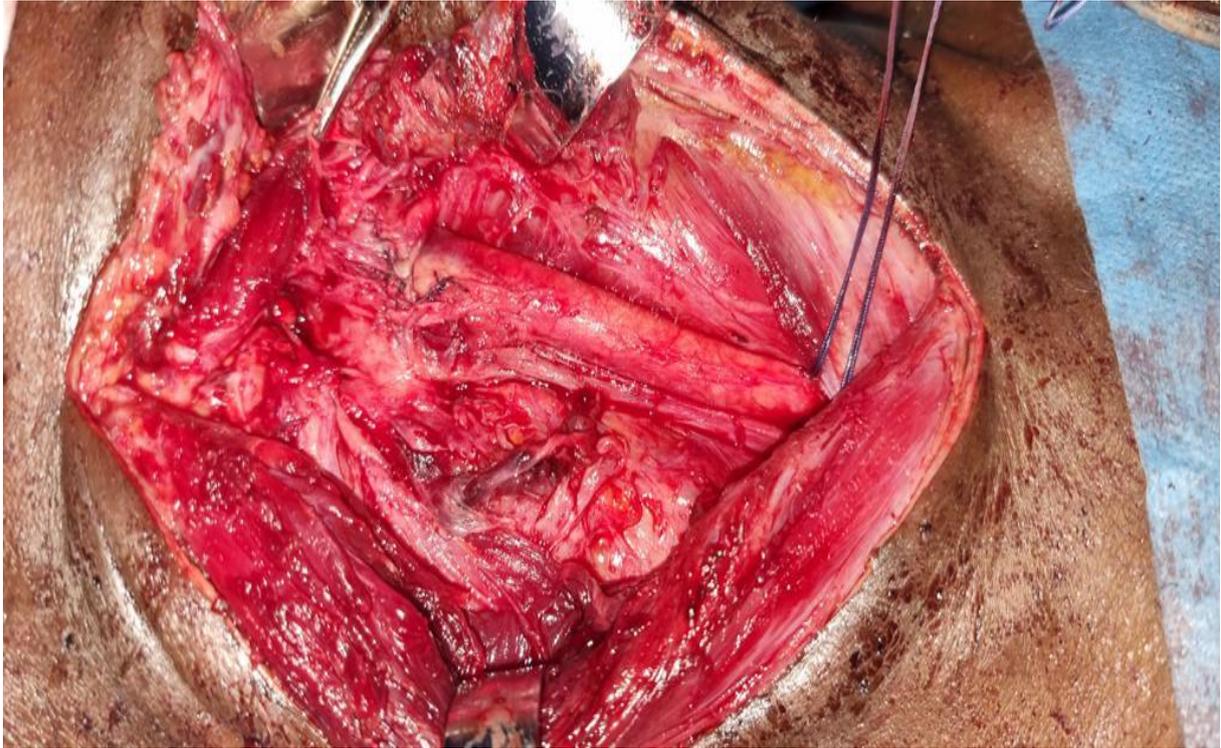
ANNEXES



Présence d'hématome autour d'une plaie jugulo-carotidienne.



Compression bidigitale d'une plaie vasculaire réalisée empêchant l'écoulement du sang en per-opératoire.



Réparation vasculaire jugulo-carotidienne réalisée par des fils de sutures.



Plaie linéaire oblique avec effraction du muscle peaucier par endroit.



Suture à j0 post cervicotomie exploratrice et réparatrice.

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Fiche d'enquête

A-Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :1-masculin 2-feminin

Ethnie :1-bambara 2-soninké 4-peulh 5-Autres_

Résidence :-----

Professions : 1-Fonctionnaires 2- Cultivateur 3-Elèves/Etudiants 5-Autres-----

Situation matrimoniale :1-Marié(es) 2-Divorcé(es) 3-Célibataires 4-veufs (ves)

Nationalité :1-Malienne 2-Autres : -----

Niveau d'instruction : 1-Primaire 2-Secondaire 3-Superieur 4-Ecole coranique 5-Aucun

B-Examen clinique : INTERROGATOIRE

➤ 1-MECANISME DE SURVENUE :

1-AVP 2-CBV 3-accident de travail 4-Accident de sport 5-Accident domestique 6-Tentative de suicide

➤ 2-MODE D'ADMISSION DANS LE SERVICE :

1-SAU 2-Par Ambulance 3-Referer 4-Voiture personnelle 5-Evacuer

➤ 3-AGENT VULNERANT :

1-Objet tranchant 2-Objet piquant 3-Projectile 4-Arme à feu 4-Autres

➤ 4-DELAI D'ADMISSION :

1-30min à12heures 3-25h à 48h

2-13h à 24h 4-49h à 72h

➤ 5-ANTECEDANT :

• Médicaux :1- Asthme 2-Drépanocytose 3-Diabète 4- HTA 5- psychiatrique 6-Autres :-----

• Chirurgicaux :1-ATCD de chirurgie du cou 2-Aucun 3-autres :-----

➤ 6-MODE DE VIE :

1-Alcool 2-Tabac 3-Drogue 4-Autres :-----

B-Examen clinique : SIGNES FONCTIONNELS

Dyspnée laryngée 1.OUI 2.NON

Dysphonie 1.OUI 2.NON

Dysphagie 1.OUI 2.NON

Toux 1.OUI 2.NON

Hyper sialorrhée 1.OUI 2.NON

Crachat hémoptique 1.OUI 2.NON

Douleur cervicale 1.OUI 2.NON

Hémorragie 1.OUI 2.NON

C-1-EXAMEN GENERAL :

Etat général du patient : 1-Bon 2-Assez bon 3-Mauvais

Etat de conscience : Score de Glasgow à -----

Tension Artérielle : 1-élevée 2-normale 3-éffondrée

Pouls : 1-normal 2-filant 3-inaperçu

Etat de choc ? 1-oui 2- non

C-2-EXAMEN PHYSIQUE ORL :

• **INSPECTION :**

Siege de la plaie : 1-Zone I 2-Zone II 3-Zone III

Compartiment du cou : 1-antérieur 2-latéral gauche 3-latéral droit

Saignante : 1-OUI 2-NON

Soufflante : 1-OUI 2-NON

Large : 1-OUI 2-NON

Corps Etranger : 1-OUI 2-NON

Tuméfaction : 1-OUI 2-NON

• **PALPATION**

Mensuration : cm

Hématome cervical avec effraction du peaucier

Emphysème cervical

Hémorragie cervicale

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Autres : -----

D-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

TDM Cervicale : 1-normale 2-objective des lésions

Taux d'Hémoglobine : 1-normale 2-objective des lésions

Radiographie Cervicale : 1-normale 2-objective des lésions

Angioscanner : 1-normale 2-objective des lésions

Autres : -----

E-TRAITEMENT :

➤ TRAITEMENT MEDICAL :

Réanimation Hydro électrolytique : 1-oui 2-non

Antibiothérapie : 1-oui 2-non

Antalgique : 1-oui 2-non

Corticothérapie : 1-oui 2-non

SAT/VAT : 1-oui 2-non

Autres : -----

➤ TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Trachéotomie d'urgence : 1-oui 2-non

Cervicotomie Réparatrice : 1-oui 2-non

Cervicotomie exploratrice ? 1-oui 2-non

Parage Cervicale : 1-oui 2-non

➤ BILAN LESIONNEL :

Lésion de la carotide carotide commune : 1 non 2 gauche 3 droite 4 bilatérale

Lésion de la carotide interne : : 1 non 2 gauche 3 droite 4 bilatérale

Lésion de la carotide externe : : 1 non 2 gauche 3 droite 4 bilatérale

Lésion de la jugulaire externe : 1 non 2 gauche 3 droite 4 bilatérale

Lésion de la jugulaire antérieure : : 1 non 2 gauche 3 droite 4 bilatérale

Lésion de la jugulaire interne : 1 non 2 gauche 3 droite 4 bilatérale

Lésion du muscle sternocléidomastoïdien : : 1 non 2 gauche 3 droite 4 bilatérale

Lésion des autres muscles : 1 oui 2 non

Lésion trachéale cervicale : 1-oui 2-non

Lésion pharyngée cervicale : 1-oui 2-non

Lésion laryngée cervicale : 1-oui 2-non

Lésion nerveuse cervicale : 1-oui 2-non

Plaie pénétrante du COU : Aspect clinique et thérapeutique

Lésion œsophagienne cervicale : 1-oui 2-non

L'apex pulmonaire : 1 oui 2 Non

F-EVOLUTION :

- Mode de sortie : 1-guérison 2-décédé 3-contre avis médical 4-autres : -----
- Résultats consultations de contrôle :
 - 1-patient perdu de vue
 - 2-simple suite
 - 3-complications
 - 4-séquelles
 - 5-autres : -----
- Complications : 1-oui 2-non
Si Oui, lesquelles ?
(À préciser) : -----
- Séquelles :
 - 1-Neuralgie
 - 2-Paralysie d'un ou de plusieurs nerfs
 - 3-Sténose du carrefour aéro-digestif
 - 4-autres :-----

Fiche signalétique

Nom : OUANE

Prénom : Aïssata

Contact : +22374981920

Email : ouane.aissata@yahoo.com

Titre : Plaie pénétrante du cou en pratique civile : aspect clinique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure à propos de 32 cas.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : ORL-CCF

Lieu de dépôt : Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

RESUME :

L'étude que nous avons réalisée avait pour objectif d'étudier les aspects problématiques de la prise en charge des plaies pénétrantes du cou dans le service ORL-CCF du CHU GT.

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de Mai 2019 à Septembre 2022.

Ont été inclus dans notre étude les patients ayant été hospitalisés pour plaie pénétrante du cou dans le service ORL-CCF durant notre période d'étude. Tous les âges étaient inclus, de sexe confondu et travers toutes régions du pays.

Au total nous avons colligé 32 cas. L'âge moyen de nos patients était de 28,1 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 26 ans à 35 ans. Nous avons noté une prédominance masculine dans 81,25%. L'agent vulnérant en cause était l'arme blanche. Les manifestations cliniques retrouvés ont été la douleur cervicale, l'hémorragie, la dysphagie, la dysphonie et la dyspnée.

Les principales circonstances étiologiques ont été les CBV, accident de la voie publique, accident de travail et les tentatives d'autolyses. Le traitement était médico-chirurgical dans 100% des cas. La cervicotomie exploratrice était réalisée chez 25 de nos patients, soit 83,3% des cas.

Mots clés : Plaie pénétrante du cou, ORL-CCF, arme blanche, CBV, cervicotomie exploratrice.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au-dessus de mon travail, Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, Mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, Ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, Ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, De nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, Je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure