

**PLAIE CERVICALE PAR TENTATIVE D'AUTOLYSE PAR ARME BLANCHE
CERVICAL WOUND BY ATTEMPTED STAB AUTOLYSIS**

FOFANA H¹, CAMARA AK², SOUMAORO LT¹, SANGARÉ MP¹, FOFANA N¹, KABA M¹, KEITA K¹, TOURÉ A¹, DIALLO AT¹

1. Service de Chirurgie Générale, Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry /Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Guinée
2. Service de Chirurgie Thoracique, Hôpital National Donka, CHU de Conakry/Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Guinée

Correspondance : Dr Houssein Fofana. Service de Chirurgie générale de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry/Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. (Guinée). Contact : housseinfofana@gmail.com BP 3839 Conakry, Guinée. Tél +224 627274042

RESUME

Introduction : L'objectif était de présenter l'observation clinique d'une plaie trachéo-œsophagienne par tentative d'autolyse.

Observation : Il s'agissait d'un patient âgé de 30 ans, reçu en urgence pour une plaie hémorragique du cou suite à une tentative d'autolyse par arme blanche (couteau tranchant). Ce patient n'avait aucun antécédent neuropsychiatrique connu et n'était pas alcoololo-tabagique. Le délai de consultation a été de 35 minutes. A sa réception, il présentait un état de choc. Il était agité, non coopérant, dyspnéique et dysphonique. On notait une pâleur des conjonctives, une chute tensionnelle et un refroidissement des extrémités. On trouvait une plaie linéaire profonde et hémorragique de la face antérieure du cou avec section trachéale et œsophagienne épargnant les carotides. Les gestes ont été l'hémostase, la suture trachéale et œsophagienne. La sonde orotrachéale a été enlevée à J4 et la nasogastrique à J7. L'évolution a été favorable. La plaie était cicatrisée à J10 et le patient est suivi par le médecin psychiatre.

Conclusion : L'intégrité des vaisseaux carotides et la rapidité de la prise en charge ont été bénéfiques.

Mots clés : plaie trachéale, plaie œsophagienne, autolyse, arme blanche

ABSTRACT

Introduction: The objective was to present the clinical observation of a tracheo-esophageal wound by attempted autolysis.

Observation: This was a 30-year-old patient who was admitted to the emergency room for a hemorrhagic neck wound following an attempt at autolysis by stabbing (sharp knife). This patient had no known neuropsychiatric history and was not an alcoholic or smoker. The consultation time was 35 minutes. On reception, he was in a state of shock. He was agitated, uncooperative, dyspneic and dysphonic. There was pallor of the conjunctiva, a drop in blood pressure and a cooling of the extremities. There was a deep, linear, hemorrhagic anterior neck wound with tracheal and esophageal section sparing the carotid arteries. The procedures were hemostasis, tracheal and esophageal suturing. The orotracheal tube was removed at D4 and the nasogastric tube at D7. The evolution was favourable. The wound was healed by D10 and the patient was followed

by the psychiatrist. **Conclusion:** The integrity of the carotid vessels and the rapidity of management were beneficial.

INTRODUCTION

Les plaies par armes blanches surviennent principalement au décours d'une agression ou d'une tentative de suicide. Elles représentent la cause la plus fréquente de plaies pénétrantes et la gravité dépend du caractère superficiel ou pénétrant de la plaie, de sa localisation, et des organes lésés [1]. Les plaies cervicales profondes sont pour la population un drame spectaculaire, effrayant, un fait abominable qui anime la curiosité avec un impact psychosocial et médicolegal important. Nous rapportons l'observation clinique d'un patient admis en chirurgie pour une plaie cervicale antérieure par tentative d'autolyse par arme blanche (couteau) avec des lésions trachéales et œsophagiennes récentes et nous discuterons, à travers ce cas le résultat de la prise en charge chirurgicale au service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen.

Observation

Monsieur K.M âgé de 30 ans, était un étudiant diplômé sans emploi, domicilié à Conakry, célibataire. Il a été reçu en urgence pour une plaie hémorragique profonde de la face antérieure du cou (zone 2) suite à une tentative d'autolyse par arme blanche.

Ce patient n'avait aucun antécédent pathologique neuropsychiatrique connu et n'est pas alcool-tabagique. Le délai de consultation a été de 35 minutes. L'accident serait survenu à domicile. Suite à une déception, le patient aurait voulu mettre fin à sa vie avec un couteau tranchant. Il avait été retrouvé couvert de sang et conduit à l'hôpital.

A sa réception aux urgences, il présentait un état de choc avec une pâleur des conjonctives et téguments. Il était non lucide, agité, dyspnéique avec dysphonie et

Key Words: tracheal wound, esophageal wound, autolysis, stab wound

hypersalivation. Sa TA était à 70/50 mmHg, le pouls petit et filant à 112/minute, la fréquence respiratoire à 40 cycles/min. la SpO2 à 68%. On notait une plaie linéaire hémorragique de la face antérieure du cou d'environ 7 cm de long et 4 cm de profondeur sectionnant les muscles de la face antérieure et la trachée. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Son taux d'hémoglobine était à 8g/dl et le groupe sanguin (B+).

Face à l'état de choc et la profondeur de la plaie, le patient sous solutés de remplissage a été réanimé, admis au bloc, intubé et oxygéné. Il a reçu deux poches de sang. L'exploration au bloc opératoire montrait une section totale de la trachée et partielle de l'œsophage cervical (figure 1).



Figure1 : photo pré-opératoire montrant une plaie du cou avec section trachéale et œsophagienne (flèche blanche).

Les vaisseaux carotides et jugulaires étaient intacts. Nous avons suturé la trachée sur une sonde d'intubation oro-trachéale et suturé l'œsophage sur une sonde naso-gastrique. Le patient a été mis aux soins intensifs sous oxygène, antibiotiques, corticoïdes et sédatifs. Il avait repris conscience, a été extubé et la sonde nasogastrique enlevée. Il a reconnu avoir tenté de se suicider. Les suites opératoires ont été simples. La plaie est cicatrisée. Il est actuellement suivi par un médecin psychiatre.

DISCUSSION

Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de sexe masculin de la trentaine cela corrobore les données de la littérature qui trouvent la prédominance masculine des sujets jeunes dans les plaies par arme blanche. A N'Djamena dans 77,5%, l'agent vulnérant le plus utilisé dans les plaies pénétrantes par armes était le couteau [2].

Les causes des lésions trachéales sont multiples. Des cas secondaires à une intubation difficile ont été rapportés lors de la chirurgie thyroïdienne où le ballonnet de la sonde trachéale faisait protrusion dans le champ opératoire à travers une effraction trachéale [3].

Les tentatives d'autolyse représentent un problème médico-légal important. Les plaies cervicales profondes sont pour la population un drame, effrayant, un fait abominable qui anime la curiosité. Elles demeurent un problème médico-légal important et social grave dont les mécanismes et les limites sont souvent difficiles à cerner. L'acte en lui-même est impulsif et souvent précédé d'une longue préparation silencieuse. C'est une forme de retournement agressif contre soi-même.

Ces plaies 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 [4, 5].

Dans notre cas, il s'agissait d'une tentative d'autolyse chez une personne qui n'avait rien de particulier dans ses antécédents et vices. L'acte s'est produit dans la nuit sans aucun témoin. Ce sont les bruits liés au trouble respiratoire qui aurait alerté le voisinage. L'examen clinique trouvait une plaie cervicale hémorragique, un état de choc, une insuffisance respiratoire aiguë par asphyxie avec un risque vital. Le diagnostic était évident. Nous avons découvert une lésion cervicale antérieure avec section trachéale et œsophagienne épargnant les gros vaisseaux. Les plaies trachéales sont graves car elles entraînent une défaillance respiratoire aiguë souvent mortelle. Nous avons suturé la plaie trachéale comme l'ont fait certains auteurs qui optent pour un traitement chirurgical dans les plaies trachéales post traumatiques et per-opératoires [6,7].

La section œsophagienne était de découverte opératoire. C'était une plaie longitudinale dont la réparation a permis au patient de reprendre son alimentation sans fausse route. L'objectif du traitement chirurgical était la préservation du pronostic vital et fonctionnel. Les lésions vasculo-nerveuses, respiratoires et digestives doivent être corrigées sans délai. La correction d'une détresse respiratoire et d'un choc hémorragique sont les priorités de la prise en charge initiale [8].

CONCLUSION

Les lésions cervicales profondes par arme blanche du cou sont rares dans le contexte d'autolyse. L'exploration chirurgicale et la réparation rapide des organes vitaux lésés ont permis au patient de reprendre son autonomie. La survie de ce patient a innocenté les présumés accusés coupables d'homicide.

REFERENCES

1-Bège T, Berdah SV, Brunet C. Les plaies par arme blanche et leur prise en charge aux urgences. Journal Européen des Urgences et de Réanimation 2012 ;**24**(4) :221-227

2-Choua O, Rimtebaye K, Adam Adami M, Bekoutou G, Anour MA. Les plaies pénétrantes par armes blanches et à feu à Ndjamen, Tchad : une épidémie silencieuse ? European Scientific journal 2016 ;**12**(9):180-191.

3-Thiam NF, Diom ES, Ndiaye C, Sy A. Plaies trachéales post intubations dans la chirurgie cervicale : à propos de 3 cas. Pan Afr Med J 2017;**28**:168.
doi:10.11604/pamj.2017.28.168.12792

4-Tritar S, Mani R, AyachiS, Khochtali H. Plaie cervicale pénétrante suite à une attaque de sanglier : à propos d'un cas. J.Tun ORL 2019 ;**42**:87-90.

5-Thoma M, Navsaria PH, Edu S, Nicol AJ. Analysis of 203 patients with penetrating neck injuries. World J Surg 2008; 32: 2716-23

6-Prunet B, Lacroix G, Asencio Y et al. Iatrogenic post intubation tracheal rupture treated conservatively without intubation a case report. Cases J 2008;1:259

7- Wurtz A, Adoun M. Plaies trachéales. Revue des maladies respiratoires 2007;**24**:35-38

8- Cesareo E, Draoua S, Lefort H, Tazarourte K. Les plaies pénétrantes du cou. Urgences 2012. France : Paris. 2012 : p1-11