

Plaie trachéale avec hernie de la thyroïde

Tracheal Wound with Thyroid Hernia

S. Rabiou · J. Ghalimi · M. Lakranbi · Y. Ouadnoui · M. Smahi

Reçu le 14 octobre 2015 ; accepté le 22 décembre 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

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]. Les lésions laryngotrachéales sont rares et n'ont été observées que chez 2 % des patients dans la série prospective de Demetriades et al. [2]. Leur traitement chirurgical précoce a pour but de préserver le pronostic fonctionnel et d'éviter l'évolution vers une sténose. Les auteurs rapportent l'observation d'un patient victime d'une agression par coup de couteau avec point d'impact cervical. L'exploration par voie endoscopique avait conclu à une brèche cricotrachéale dont l'association avec une hernie partielle de la thyroïde constitue son originalité. Le traitement consistait en une réduction de la hernie thyroïdienne suivie d'une suture directe du cricoïde.

Observation

Un homme de 30 ans, présentait des hémoptysies suite à une agression par coup de couteau survenue trois jours plus tôt. L'examen clinique à son admission aux urgences trouvait un patient conscient, avec un bon état hémodynamique et ventilatoire. On notait la présence d'une plaie latérocervicale droite, soufflante de 2 cm située en zone 2, associée à un emphysème sous-cutané cervicothoracique avec hémoptysie. Il n'y avait pas de dyspnée ni de dysphonie. La tomographie de la région cervicothoracique mettait en évidence un emphysème cervicomédiastinal de grande abondance sans lésion vasculaire cervicale évidente (Fig. 1). La trachéo-

bronchoscopie avait visualisé une plaie du cartilage cricoïde, antérieure, sous les cordes vocales, comblée par une hernie partielle de la thyroïde (Fig. 2). La fibroscopie et l'opacification œsophagienne étaient sans anomalie. L'exploration chirurgicale par cervicotomie antérieure trouvait une plaie du cricoïde, sans perte de substance, comblée par une hernie partielle de la glande thyroïde. Après réduction de la hernie, une réparation directe du cartilage cricoïde par des points séparés a été effectuée avec protection de celle-ci par un rapprochement musculaire. Le test d'étanchéité avant la fermeture était satisfaisant. En postopératoire, le patient avait bénéficié d'une



Fig. 1 Tomodensitométrie cervicothoracique montrant la présence d'un important emphysème cervicomédiastinal (flèches)

S. Rabiou (✉) · J. Ghalimi · M. Lakranbi · Y. Ouadnoui · M. Smahi
Service de chirurgie thoracique, CHU Hassan II Fès, Maroc
e-mail : rabiousani2@yahoo.fr

Y. Ouadnoui · M. Smahi
Faculté de médecine et de pharmacie,
université Sidi-Mohamed-Ben-Allah, Fès, Maroc

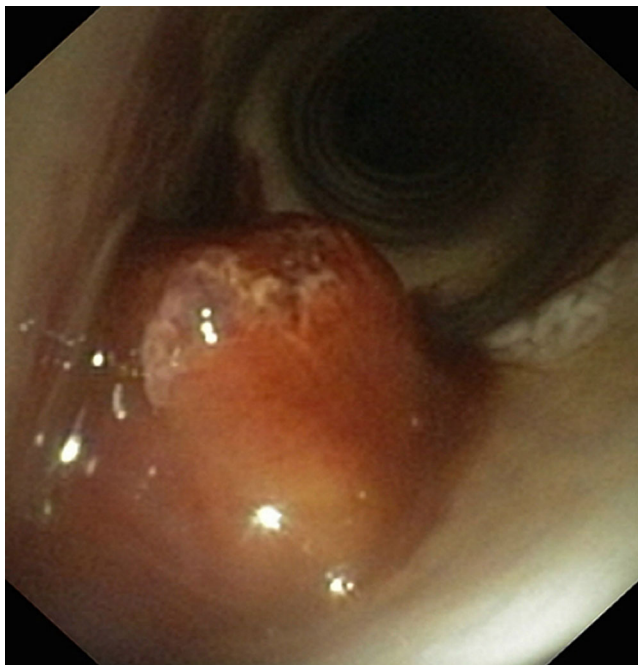


Fig. 2 Trachéofibroscope mettant en évidence une plaie du cartilage cricoïde avec hernie partielle de la thyroïde

corticothérapie avec des séances de nébulisation avec humidification de l'air. Une naso-fibroscope de contrôle faite à J +7 montrait une bonne mobilité des cordes vocales avec absence de granulome inflammatoire. L'évolution postopératoire à distance était satisfaisante.

Discussion

Les lésions laryngotrachéales post-traumatiques sont très rares. Elles peuvent être isolées, ou s'intégrer dans un traumatisme cervical complexe ou un polytraumatisme. Dans une série prospective rapportée par Demetriades, ces lésions n'ont été observées que chez cinq patients et concernaient trois fois le larynx et deux fois la trachée [2]. En présence d'un patient victime d'un traumatisme cervical pénétrant, les signes en faveur d'une lésion laryngotrachéale sont constitués par l'existence d'une détresse respiratoire aiguë, la présence d'une plaie cervicale soufflante qui est mise en évidence en demandant au patient de tousser, la survenue d'une hémoptysie importante. D'autres signes mineurs comme l'existence d'une voix enrouée secondaire au traumatisme, un emphysème sous-cutané important, des crachats hémoptoïques, peuvent aussi évoquer une lésion de la voie aérienne. Le bilan lésionnel, endoscopique et radiologique, permet de distinguer les traumatismes relevant d'un traite-

ment conservateur des traumatismes nécessitant un traitement chirurgical d'emblée [3]. Dans le cas précis de notre patient, le bilan radiologique n'a pas objectivé de lésion organique évidente, hormis la présence d'un important emphysème cervicomédiastinal. Cet emphysème cervical, associé à la présence d'une plaie cervicale soufflante, nous a conduits à réaliser une fibroscopie trachéale. La présence d'une brèche cricotrachéale avec hernie de la thyroïde a justifié l'exploration chirurgicale et a conduit à la réparation de la lésion. Dans la série de Demetriades et al., 18 % des patients présentaient des lésions trachéolaryngées mais seulement 15 % ont nécessité une réparation chirurgicale [4]. Les buts de la chirurgie dans les traumatismes laryngotrachéaux sont de limiter le risque de sténose pour conserver la fonction respiratoire et de conserver la fonction phonatoire. Les sténoses sont souvent de nature cicatricielle, soit du fait d'une atteinte muqueuse isolée dont la cicatrice réduit la lumière, soit du fait de lésions cartilagineuses, responsables de sténoses sèvres, par défaillance de l'armature [5]. Le premier grand principe est l'exploration précoce des lésions, de la surface à la profondeur après une incision cervicale ou en utilisant les plaies, puis la réparation des lésions de la profondeur vers la superficie [6].

En conclusion, la prise en charge des traumatismes laryngotrachéaux répond à des impératifs vitaux immédiats, et fonctionnels secondaires, visant à prévenir le risque de sténose laryngée et à conserver une phonation. Sur le plan vital, il faut préserver la fonction ventilatoire tout en assurant la protection des voies aériennes intérieures. Ce contrôle des voies aériennes est le préalable à la réalisation du bilan lésionnel.

Liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Thoma M, Navsaria PH, Edu S, et al (2008) Analysis of 203 patients with penetrating neck injuries. *World J Surg* 32:2716–23
2. Demetriades D, Theodorou D, Cornwell EE, et al (1997) Evaluation of penetrating injuries of the neck: prospective study of 223 patients. *World J Surg* 21:41–8
3. Menard M, Laccourreye O, Brasnu D (2001) Traumatismes externes du larynx. *EMC, Oto-rhinolaryngologie* 20-720-A-10
4. Demetriades D, Salim A, Brown C, et al (2007) Neck Injuries. *Curr Probl Surg* 44:13–85
5. Bent JP, Silver JR, Porubsky ES (1993) Acute laryngeal trauma: a review of 77 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 109:441–9
6. Clément P, Barnabé D, Briche T, et al (2005) Chirurgie des plaies et traumatismes du larynx et de la trachée cervicale. *EMC Oto-rhino-laryngologie* 2:107–18