

Plaie de la glande thyroïde par arme blanche consécutive à une tentative de viol : une observation inhabituelle à Cotonou

Thyroid gland wound by stabbing following attempted rape: an unusual case from Cotonou

Harrol Boris Otouana Dzon¹, Sylvain Diembi¹, Gerard Chidrel Ngouoni¹, Auguste Tsieri-Tsoba¹, Sophie Reine Yemadjro², Vanessa Monelle Aïssi², Franck Arnaud Itiere Odzili¹, Wassi Adjibabi², Gontran Ondzotto¹

Correspondance

Harrol Boris Otouana Dzon
Courriel : hb.otouana@gmail.com
Tél : (00242) 069422411

Summary

Penetrating wounds of the stabbing neck are relatively frequent depending on the geographical area. The lesions caused can affect several viscera of the neck but the attack of the thyroid gland is rare. Here we report the circumstances of occurrence and management of a wound of the thyroid gland. This unusual but urgent situation must be evoked in front of an intracervical hematoma chart and a localized point of impact on zone I of the neck.

Keywords: plain, thyroid gland, white army.

Article information

Received date: 6 June 2018
Accepted date: 17 November 2018

1 Service d'ORL-CCF du CHU de Brazzaville
2 Service d'ORL-CCF du CNHU-HKM de Cotonou

Résumé

Les plaies pénétrantes du cou par arme blanche sont relativement fréquentes en fonction de l'aire géographique. Les lésions causées peuvent concerner plusieurs viscères du cou mais l'atteinte de la glande thyroïde est très rare. Les auteurs rapportent ici, les circonstances de survenue et la prise en charge d'une plaie de la glande thyroïde par arme blanche. Cette situation inhabituelle mais urgente doit être évoquée devant un tableau d'hématome intracervical et d'un point d'impact localisé sur la zone I du cou.

Mots-clés : plaie, glande thyroïde, arme blanche

Historique de l'article

Reçu le 6 juin 2018

Accepté le 17 novembre 2018

Introduction

Les plaies pénétrantes du cou ont la réputation d'être difficiles à évaluer car elles concernent une région anatomique complexe où sont concentrées plusieurs structures anatomiques vitales dans un espace restreint (1). Les agents vulnérants responsables sont variables selon qu'il s'agisse d'une période de guerre ou non, à savoir des armes blanches (40%), des armes à feu (48%), des projectiles et des accidents (12%) (2). Lorsque la plaie est pénétrante, le risque vital est habituellement engagé car les lésions à rechercher peuvent être artérielles, veineuses, des voies aériennes et pharyngo-œsophagiennes, mais l'atteinte de la glande thyroïde est très rare (3-5). La prise en charge de cette lésion qui du reste est codifiée, doit être connue et passe tout d'abord par la correction d'une détresse respiratoire et/ou d'un choc hémorragique (1).

A travers cette observation inhabituelle de plaie de la glande thyroïde par arme blanche, les auteurs présentent les circonstances de survenue, les signes évocateurs et la prise en charge qui doit être précoce, gage du succès thérapeutique.

Observation clinique

Madame A.D âgée de 25 ans, a été admise aux urgences du centre national hospitalier universitaire Koutoukou-Maga de Cotonou pour multiples plaies antéro-cervicales consécutives à une agression par arme blanche. En effet, la patiente serait victime d'une tentative d'agression sexuelle au cours de laquelle, elle aurait reçu des coups de couteau au cou.

A l'admission, elle présentait :

- une pâleur cutanéomuqueuse avec signes d'intolérances fait d'agitation motrice, une pression artérielle : 80/60 mmHg, et pouls : 120/min, évoquant un choc hémorragique ;
- dysphonie à type de voix éteinte, sans détresse respiratoire ;
- tuméfaction cervicale antérieure non pulsatile de consistance molle parsemée de trois plaies hémorragiques actives:
 - la première, linéaire mesurant environ 2 cm de longueur et située en regard de l'os hyoïde ;
 - la deuxième, arrondie mesurant environ 2,5 cm de diamètre et située à hauteur du cartilage thyroïde ;
 - la troisième, de forme irrégulière environ 3 cm de diamètre située à 2-3 cm au-dessus du manubrium sternal (figure 1).



Figure 1. Trois plaies étagées des zones I et II sur hématome intra-cervicale à l'arrivée

Une cervicotomie exploratrice a été ainsi décidée en urgence. Au cours de l'exploration un

hématome fait de sang noirâtre, des déchirures des muscles sous-hyoïdiens superficiels et profonds, et une plaie délabrante du lobe thyroïdien droit à ses 2/3 inférieurs ont été découverts. Ce lobe présentait un aspect noirâtre par ischémie. D'autres déchirures musculaires notamment sur le crico-thyroïdien et le thyro-hyoïdien droits ont été également constatées (figure 2).



Figure 2. Découverte peropératoire d'une plaie délabrante du lobe thyroïdien droit en voie de nécrose

L'attitude thérapeutique a consisté en une lobectomie droite, nettoyage de la loge thyroïdienne et contrôle de l'hémostase au bistouri électrique. Un drain aspiratif a été mis en place, fermeture de la plaie en trois plans puis parage et suture des plaies aux différents points d'impact.

La patiente a bénéficié d'une transfusion de sang total iso-groupe, iso-rhésus, d'une corticothérapie en cure courte pendant cinq jours faite de prednisone, associée à une antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique pendant 10 jours et une sérovaccination antitétanique.

Au plan gynécologique une exploration du périnée a été faite au moment de la cervicotomie par un gynécologue, et aucune lésion n'avait été objectivée.

Sous ce traitement, les suites opératoires ont été marquées par la persistance de la dysphonie devenant à type de voix étouffée. La nasofibroscopie réalisée au cinquième jour post-opératoire avait objectivé une sub-luxation crico-aryténoïdienne droite pour laquelle une rééducation orthophonique lui avait été indiquée.

La patiente a enfin bénéficié d'une évaluation psychiatrique au deuxième jour (2e) du post opératoire, mais aucune anomalie n'avait été décelée.

Commentaire

L'intérêt de cette observation réside dans la gravité de cette lésion pénétrante, sa localisation et de l'organe atteint notamment la glande thyroïde. La plaie est dite pénétrante du cou car le platysma, un muscle peaucier du cou a été franchi. Comme dans la série de Doumbia-Singare *et al.* (6), l'arme blanche en cause, a été le couteau. Ceci s'explique par l'accessibilité du couteau et son usage facile surtout dans les cas d'agression. Alors que dans les quelques rares publiés (7), on rapporte le plus souvent une tentative de suicide chez les hommes (les femmes utilisant plutôt des médicaments) ; chez cette patiente il s'agit en revanche d'une tentative de viol.

Le bilan lésionnel a montré des plaies cervicales multiples concernant les zones II et I du cou tel que décrit dans la littérature (8-9). En effet, la zone II située entre l'angle mandibulaire et le cartilage cricoïde n'est pas protégée par les structures osseuses, elle est donc vulnérable à tout traumatisme par arme blanche (6, 8, 10-11). La zone I étant elle aussi exposée car située sous le cartilage cricoïde présente un gros risque vasculaire et celui d'atteinte de la glande thyroïde, ce qui explique la plaie du lobe thyroïdien droit chez notre patiente. La lésion pénétrante de la glande thyroïde est rarement rapportée dans la littérature. La glande thyroïde est située dans la zone I qui est d'ailleurs moins fréquemment atteinte que la zone II lors d'un traumatisme cervical par arme blanche (12). Les deux lobes thyroïdiens sont anatomiquement recouverts et bien protégés par les muscles sous-hyoïdiens, ce qui les rend moins vulnérables que la trachée et le larynx. Plusieurs lésions musculaires sous-hyoïdiennes à type de déchirure ont été constatées chez notre patiente. Ceci témoigne de la violence de l'acte et

le nombre de points d'impact en différentes zones (II et I), d'où la survenue d'un hématome intracervical sans lésions des gros vaisseaux. Toutefois, la patiente a présenté un choc hémorragique.

La mortalité diminuerait lorsque l'exploration chirurgicale est réalisée dans les six premières heures et qu'en cas d'hémorragie par blessure des gros vaisseaux la mortalité est dans l'ordre de 50% (13). Notre patiente a survécu de ses blessures grâce à la prise en charge rapide entreprise en moins d'une 1 h 30 min par cervicotomie exploratrice suivie d'une transfusion sanguine telle que décrite dans la littérature (6).

La décision d'une lobo-isthmectomie dans notre cas se justifie dans un but d'hémostase et dans la hantise de ne pas laisser en place un lobe thyroïdien voué à la nécrose. Cependant cette attitude chirurgicale n'a pas été retrouvée dans la littérature, à cause de la rareté des blessures de la glande thyroïde par arme blanche.

Cette patiente avait bénéficié d'une consultation de gynécologie au moment de la cervicotomie et d'une évaluation psychiatrique au deuxième (2e) jour du post opératoire, mais aucune anomalie n'a été décelée. La prise en charge requiert donc une étroite et rapide collaboration entre les équipes.

Conclusion

Les plaies de la glande thyroïde au cours des agressions par arme blanche sont très rares. Elles sont responsables d'un tableau d'hématome cervical même en absence d'une blessure des gros vaisseaux. Une cervicotomie exploratrice s'impose en urgence et peut être complétée d'une lobo-isthmectomie en fonction de la vitalité du lobe thyroïdien atteint.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit en rapport avec l'article.

Contributions des auteurs

Conception, rédaction de l'article : Harrol Boris Otouana Dzon, Reine Sophie Yemadjro, Monelle Vanessa Aïssi,

Rédaction du manuscrit : Itiére-Odzili Franck Arnaud, Diembi Sylvain, Gérard Chidrel Ngouoni, Auguste Tsierie-Tsoba,

Supervision et lecture critique de l'article : Gontran Ondzotto, Wassi Adjibabi.

Tous les auteurs ont approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Thoma M, Navsaria PH, Edu S, Nicol AJ. Analysis of 203 patients with penetrating neck injuries. *World J Surg.* 2008; **32**: 2716-2723.
2. Tisherman SA, Bokhari F, Collier B, Cumming J, Heber J. Clinical practice guideline: penetrating zone II neck trauma. *J trauma.* 2008; **64**: 1392-1405.
3. Kaya KH, Koç AK, Usut M, Altintas A, Yegin Y, Sayin I, Kayhan FT *et al.* Timely management of penetrating neck trauma: report of three cases. *J Emerg trauma Shock* 2013; **6** (4): 289-292.
4. Badger JM, Gregg SC, Adams CA. Non-fatal suicide attempt by intentional stab wound: clinical management, psychiatric assessment, and multidisciplinary considerations. *J Emerg Trauma Shock* 2012; **5**(3): 228-232.
5. Ménard M., Brasnu D. Traumatismes externes du larynx. EMC (Elsevier Masson Paris) Oto-rhino-laryngologie. 20-720-A-10, 2010, 17p.
6. Doumbia-Singare, Timbo SK, Dembele AS, Traoré L. Lésions cervicales au cours des tentatives de suicide par arme blanche. *Rev. CAMES SANTE* 2015 ; **3**(1) : 63-66.
7. Choi JW, Koo BS, Rha KS, Yoon YH. Complete laryngotracheal separation following attempted hanging. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2012; **5** (3): 117-180.
8. Badger JM, Gregg SC, Adms CA. Non-fatal suicide attempt by intentional stab wound: Clinical management, psychiatric assessment, and multidisciplinary considerations. *J Emerg Trauma Shock* 2012; **5**(3): 228-232.
9. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit* 2011; **17** (8): 65-70.
10. Demetriades D. Anatomie lésionnelle du cou. *Curr Probl Surg* 2007 ; **44** : 13-87.
11. Gilyoma JM, Hauli KU, Chalya PC. Cut throat injuries at a university teaching hospital in North West Tanzania: a review of 98 cases. *BMC Emerg Med* 2014; **14**:1.
12. Cesareo E, Draoua S, Lefort H, Tazarourte K. plaies pénétrantes du cou. *Urgences* 2012 ; **48** : 1-11.
13. Barrett G, Williams C, Thomas D. delay presentation of a penetrating neck injury: Diagnostic and management difficulties with retained organic material. *JRSM Short Rep* 2010; **1**: 19.