

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE 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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°



U.S.T.T-B

TITRE



**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE
ET THERAPEUTIQUE DES TRAUMATISMES
CERVICAUX DANS LE SERVICE D'ORL -CCF
DU CHU-GT**

Présentée et soutenue publiquement le 30/12/2022 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

Par : Mme. Oumou DIALLO

JURY

PRESIDENT : PR. Keita Mohamed Amadou

DIRECTEUR : PR. SOUMAORO Siaka

MEMBRE : PR. GUINDO Boubacary

MEMBRE : DR. KONATE N'Faly

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je dédie ce travail A **ALLAH**, Unique, Le Seul à être implorer pour ce que nous désirons.

Il n'a point engendrer, n'a pas été engendré et nul n'est égal à Lui. Sourate 112

Louange à Lui de nous avoir permis de venir au bout de ce travail.

Que la paix et la bénédiction d'ALLAH soient sur le Prophète Mohammad et sa famille Amine.

A mon père : Samba DIALLO

Voici le jour que tu attendais impatiemment. Je te dédie cet évènement marquant de ma vie à ta mémoire. J'espère que du monde qui est sien à présent, tu apprécieras cet humble geste comme preuve d'amour et de reconnaissance.

Tu resteras vivre à jamais dans nos pensées. Puisse DIEU Le Tout MERICORDIEUX t'avoir en Sa Sainte Miséricorde. Amen !!!!

A ma mère : Ramata ONGOIBA dite Atou

Source d'amour et d'espoir !

Toute l'encre du monde ne pourrait suffire pour exprimer mon amour envers un être très cher. Ce travail est le résultat des sacrifices dont tu as fait preuve. Je témoigne ici ma grande fierté de t'avoir comme mère.

J'implore DIEU Le Tout Miséricordieux de t'accorder une bonne santé, une longue vie et beaucoup de bonheur.

A mes frères et sœurs : Amadou, Gado, Gaoussou et Koumba

Que vous trouviez ici en moi, la source de votre fierté.

J'implore DIEU qu'Il vous réserve un avenir radieux plein de réussite.

A ma belle-sœur : Yaya DIALLO Merci pour la joie apportée dans notre famille les mots me manquent pour te gratifier ma reconnaissance accepte mes vœux de longue et heureuse vie de couples.

A mes neveux et nièces : Fatoumata DIALLO ; Samba DIALLO ; Seydou DIALLO ; Mahama DIALLO et Chaka DIARRA.

Que DIEU vous accordent une longue et heureuse vie. Ameen

A mes enfants : Mohamed Amatongonron TOGO et Ousmane Amaka TOGO

Aucun mots ne peut exprimer réellement ce qui nous unis et ce que je ressens pour vous.

Qu'ALLAH vous accordent une longue et heureuse vie. Ameen

REMERCIEMENTS :

A toute la famille DIALLO (Senou ; Konobougou ; Sirakoro ; Niarela ; Daoudabougou).

Vous avez toujours été là pour moi à chaque étape de ma vie. Je vous remercie, pour vos soutiens moraux et financiers. Mes vœux de bonheur, santé et longévité.

A toute la famille GUINDO et ONGOIBA (Bamako, Sévaré).

Je ne saurais exprimer l'affection et la considération que j'ai pour vous.

Un grand merci pour votre accompagnement dans mes projets.

Un grand merci à :

Toute la famille "Balimaya Douman"

Toute la famille Point. G Family

La famille KEITA a Senou

Tous mes amis et promotionnelles : **OUMOU MAREGA ; NATHALIE KONE ; IBRAHIM BERTHE ; MAH MAGASSOUBA ; MME DRAME KADIDIATOU FOFANA.**

Il arrive souvent que l'on n'exprime pas à ses amis l'affection qu'on leur porte, par pudeur ou par négligence, on passe à côté de l'essentiel, pourtant, vous êtes les unes des rares personnes dans ma vie qui m'avez aidée à devenir ce que je suis aujourd'hui. Soyez rassurés de ma profonde gratitude.

A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako. Je vous remercie pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, Je rendrai à vos enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

A nos chers maîtres du service ORL et CCF du CHU-GT

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

Merci pour la qualité de vos encadrements et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical. Merci de m'avoir fait profiter de vos connaissances et expériences, et appris mon futur métier. Que Dieu vous accorde une bonne et longue carrière.

Un Grand merci à :

Moro Koné ;

Dr Yaya Dembélé spécialiste ORL - CCF et Capitaine de l'Armée Malienne.

A Mes Aines DES du service ORL - CCF du CHU-GT

Vous faites partie de ces personnes rares par leur gentillesse ; leur soutien inconditionnel. Vous m'avez chaleureusement encouragée tout au long de mon parcours spécialement a :

Zoumana Diakité ; Aboubacar Sidiki Diamoutene ; Oumou Coulibaly ; Idrissa Konate ; Abdoulaye O Bakayoko ; Mahamadou Dombia ; Ismaël Berthe Imam Moussa B Keïta ; Oumar Konaté ; Youssouf Traoré ; Laurench twoba.

Je vous dis merci et vous souhaite une bonne et longue carrière.

A tous les Thésards du service ORL et CCF du CHU - GT.

Mes chers, rien ni aucun mot ne peut traduire ce qui nous unit et ce que nous avons vécu ensemble. Merci pour tout ce que vous aviez été pour moi.

Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le vôtre tous mes sentiments de fraternité.

Au major ; à la secrétaire ; aux maîtres assistants ; aux infirmiers ; au manœuvres et a tous les personelles du service ORL et CCF du CHU - GT.

A tout le personnel de la clinique AL-IKLACE de Senou : plus précisément à DR BAGAYOGO ABDOULAYE et Inf. SOUMAORO BENEKO.

Aux victimes de traumatismes cervicaux.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux 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 ce travail est aussi le vôtre.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Pr Djibo Mahamane DIANGO

- **Professeur titulaire en anesthésie réanimation à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Chef du DARMU du CHU Gabriel Touré**
- **Chef du Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré**
- **Secrétaire générale adjoint de la société mondiale de PEC des brûlures**
- **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)**
- **Secrétaire générale de la SARMU-Mali**
- **Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

Cher maître,

En dépit de vos multiples occupations et tâches, vous avez accepté de présider ce Jury, cela témoigne une fois de plus l'attention que vous prêtez à notre formation, nous en sommes honorés.

Homme scientifique de référence, enseignant de qualité, humble et affable que vous êtes, expliquent toute l'admiration que nous vous portons. Honorable maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude. Qu'Allah vous accorde longévité et santé. Amen !

A notre Maître et Directeur :

Pr SIAKA SOUMAORO

- **Maitre de conférences d'ORL et CCF a la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure**
- **Enseignant à la FMOS**
- **Ancien interne des hôpitaux de Corbeil Essonne en France**
- **Membre de la SMORL**
- **Membre de la Société Bénino-Togolaise ORL (SOBETORL)**
- **Membres de la société ORL des pays d'Afrique francophone**

Cher maîtres,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse. Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens. Votre assiduité, vos qualités humaines et votre générosité nous serviront d'exemple. Votre apport pour la réalisation de ce travail fut plus que considérable : il est également le vôtre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Membres du jury :

Professeur : Boubacary Guindo

- **Maître de conférences d'ORL - CCF a la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU - GT**
- **Enseignant à la FMOS**
- **Ancien interne des hôpitaux de Lille en France**
- **Membre de la SMORL**
- **Membre de la Société Bénino-Togolaise ORL(SOBETORL).**

Honorable maître,

Nous garderons un excellent souvenir de votre humanisme. Vous êtes un pédagogue émérite. Votre constante disponibilité, votre modestie, votre courtoisie ; et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous le maître que nous admirons. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. En espérant que cet humble travail saura combler votre attente, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infinie gratitude.

A notre Maître et Membres du jury :

Dr N'Faly Konaté

- **Spécialiste ORL et CCF**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**
- **Membre de la SMORL**
- **Membre du Collège National d'ORL-CCF (CNORL)**
- **Charger de recherche en ORL-CCF.**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogie explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS :

AG : Anesthésie Générale

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

CCF : Chirurgie Cervico-Faciale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHUYO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

CMA : Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CSPS : Centres de Santé et de Promotion Sociale

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEC : Prise En Charge

SAT : Sérum Antitétanique

TDM : Tomodensitométrie

TOGD : Transit œsogastroduodénale

VAT : Vaccin Antitétanique

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge	45
Tableau II : Répartition des patients selon la provenance	46
Tableau III : Répartition des patients selon la circonstance de survenue.....	47
Tableau IV : Répartition des patients selon l'agent vulnérant	48
Tableau V : Répartition des patients selon le mécanisme lésionnel.....	48
Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de prise en charge	49
Tableau VII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels	49
Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques.....	50
Tableau IX : Répartition des patients selon la nature du traumatisme	50
Tableau X : Répartition des patients selon le type de plaie cervicale	50
Tableau XI : Répartition des patients selon le siège de la plaie cervicale.....	51
Tableau XII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine	51
Tableau XIII : Répartition des patients selon la TDM cervicale.....	51
Tableau XIV : Répartition des patients selon la cervicotomie exploratrice.....	52
Tableau XV : Répartition des patients selon le bilan lésionnel.....	52
Tableau XVI : Répartition des patients selon le mode de sortie	52
Tableau XVII : Répartition des patients selon les résultats de consultations de contrôle	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Vue latérale des triangles du cou.....	3
Figure 2 : Vue latérale des régions du cou [6].....	3
Figure 3 : coupe sagittale du cou [6].....	4
Figure 4 : Vue antérieure du larynx [10]	7
Figure 5 : Vue postérieure du larynx [10].....	7
Figure 6 : coupe transversale du cou passant par C7 [11]	23
Figure 7 : Anatomie lésionnelle du cou. Visualisation des 3 zones fonctionnelles [18]	30
Figure 8 : Aperçu géographique des hôpitaux	38
Figure 11 : Répartition des patients selon la profession	46
Figure 12 : Répartition des patients selon le mécanisme.....	47
Figure 11 : Coupe TDM cervicale axiale passant par C5.....	70
Figure 12 : double fracas du cartilage thyroïde	70
Figure 13 : reconstitution du cartilage thyroïde avec une suture cartilagineuse à l'aide de points simples.....	71
Figure 15 : plaie pénétrante du cou (CHU-GT).....	72
Figure 16 : réparation d'une plaie pénétrante du cou au CHU-GT.	72
ANNEXES :	74

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION :	19
II.	OBJECTIFS :	22
III.	GENERALITES :	2
1.1.	RAPPEL ANATOMIQUE :	2
1.1.1.	Le rachis cervical [7]	4
1.1.2.	Les viscères du cou	5
1.1.3.	Les muscles du cou [11]	9
1.1.4.	Les nerfs du cou [11]	12
1.1.5.	Les vaisseaux du cou [11]	16
1.2.	RAPPEL DIAGNOSTIQUE :	24
1.2.1.	Diagnostic positif [12]	24
1.3.	RAPPEL THERAPEUTIQUE :	31
1.3.1.	Buts	31
1.3.2.	Moyens	31
1.3.3.	Indications	32
1.3.5.	Evolution [19,21]	33
1.3.6.	Pronostic	35
IV.	METHODOLOGIE :	37
V.	RESULTATS :	44
VI.	COMMENTAIRES et DISCUSSIONS :	55
VII.	CONCLUSION :	63
VIII.	RECOMMANDATIONS :	64
IX.	REFERENCES :	67
	ANNEXES :	74

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Un traumatisme du cou est un dommage consécutif à une action violente de la région cervicale située entre l'extrémité céphalique et le tronc.

Ces traumatismes ouverts ou fermés, peuvent être isolés, ou s'intégrer dans un traumatisme cervical complexe ou d'un polytraumatisme.

En Otorhinolaryngologie, ce sont les lésions concernant la région antérieure du cou qui sont prises en charge. Cette région est communément appelée « gorge » et est le siège des viscères intra cervicaux et des formations vasculonerveuses entourés par un plan de couverture musculo-aponévrotique [1].

Les traumatismes cervicaux sont susceptibles de mettre rapidement en jeu le pronostic vital par obstruction des voies aériennes, par hémorragie incontrôlable ou par ischémie cérébrale suite à des lésions vasculaires [2].

Ils constituent à cet effet une urgence médico-chirurgicale. La mortalité en milieu civil est de l'ordre de 3 à 6% et serait essentiellement liée aux lésions vasculaires [3].

En raison de leur relative rareté, les traumatismes du cou sont souvent méconnus et mal intégrés dans le système général de traitement des urgences. Ainsi les principes généraux de leur prise en charge restent encore mal définis dans notre contexte.

Dans une étude réalisée sur les traumatismes externes du larynx, en Tunisie on notait que ces traumatismes étaient fermés dans 64% et ouverts dans 36% [1].

Au Burkina Faso, les études déjà menées au CHUYO sur les plaies pénétrantes du cou et les traumatismes du cou, rapportaient une incidence moyenne annuelle de 4 cas de plaies pénétrantes [4].

Les traumatismes cervicaux sont rarement rencontrés dans notre pratique hospitalière, le cou étant protégé par la flexion de la mandibule sur le sternum, alors il existe peu de données dans notre contexte d'où la motivation de cette étude.

Le but de cette étude était d'étudier les aspects épidémiologique-clinique et thérapeutiques chez les patients souffrant de traumatismes cervicaux admis dans notre service ORL – CCF.

Pour mener à bien cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier l'aspect épidémiologique clinique et thérapeutique des traumatismes cervicaux dans le service ORL-CCF du CHU-GT.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des traumatismes cervicaux dans le service d'ORL - CCF du CHU Gabriel Touré.
- Identifier le profil sociodémographique des patients.
- Décrire les aspects clinique et thérapeutique des traumatismes cervicaux.
- Formuler des recommandations en vue de réduire considérablement la prévalence des traumatismes cervicaux.

GENERALITES

III. GENERALITES

1.1.RAPPEL ANATOMIQUE

Le cou est la région située entre l'extrémité céphalique et le tronc. Il s'étend de la base du crâne 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 supérieur du thorax. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien divise le cou en deux 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 médiane et latérales.
- L'étage sous hyoïdien est séparé en deux régions par le ventre supérieur du muscle omohyoïdien, ce sont les régions sub-hyoïdiennes médiane et latérales.

Le triangle postérieur ou région cervicale latérale est divisé par le ventre postérieur du muscle omohyoïdien en triangle occipital et supra claviculaire [5]



Figure 1 : Vue latérale des triangles du cou.

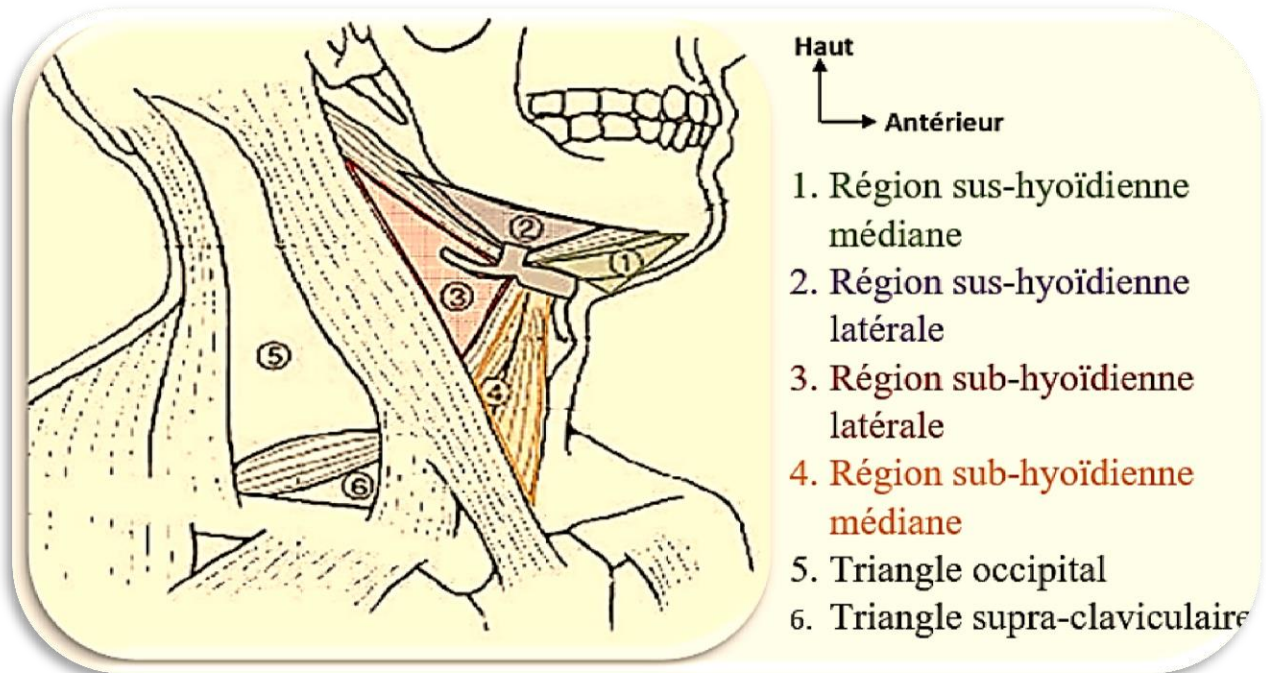


Figure 2 : Vue latérale des régions du cou [6].

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 peaucier quadrangulaire appelé platysma.

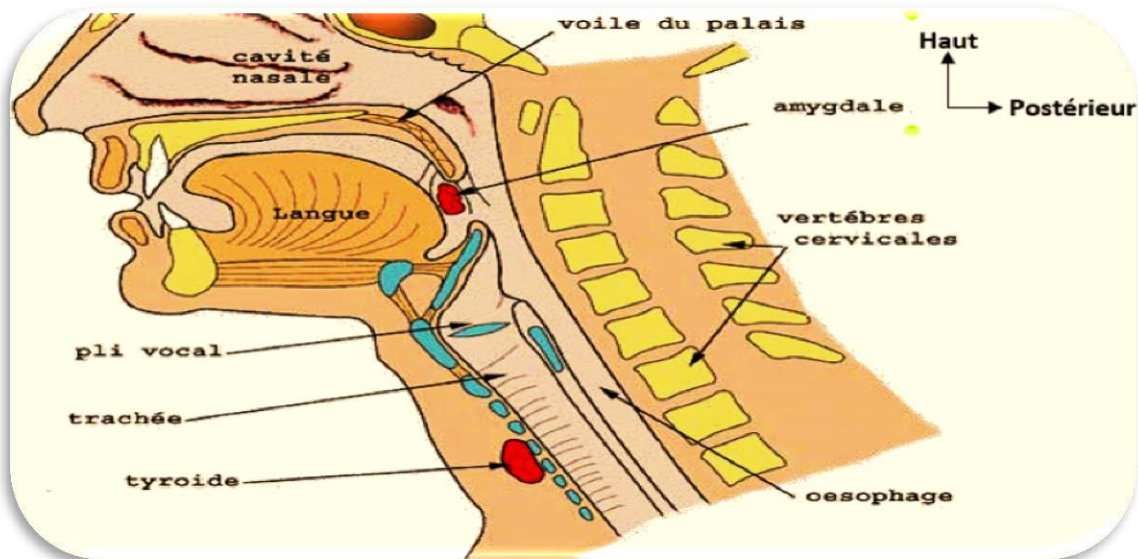


Figure 3 : coupe sagittale du cou [6]

1.1.1. Le rachis cervical [7]

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.

1.1.2. Les viscères du cou

❖ Le pharynx [8,9]

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 organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou et qui occupe la partie supérieure de la région infra hyoïdienne. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles.

▪ **Forme et dimension**

Le larynx a la forme d'une pyramide triangulaire à base postéro supérieure répondant au pharynx et à l'os hyoïde, et à sommet inférieur répondant à l'orifice supérieur de la trachée. Ses dimensions sont, chez l'homme, de 45 mm de haut et 35 mm de diamètre antéropostérieur à sa partie supérieure. Elles sont plus réduites chez la femme (respectivement 35 mm et 25 mm). Les limites du larynx sont représentées en haut par le bord supérieur du cartilage thyroïde qui répond au corps vertébral de C4, et en bas au cartilage cricoïde en face du bord inférieur de C6.

▪ **Cartilages du larynx**

Le larynx est constitué par l'assemblage de 11 cartilages (fig 4) :

- ✓ Trois cartilages impairs et médians : le **cartilage thyroïde**, le **cartilage cricoïde** et **l'épiglotte** ;
- ✓ Quatre cartilages pairs : les **cartilages corniculés de Santorini**, les **cartilages cunéiformes de Wrisberg**, les **cartilages aryténoïdes**. Ces éléments sont réunis entre eux par des articulations et des structures fibro-élastiques. L'ensemble est doublé d'un appareil musculaire et recouvert par une muqueuse de type respiratoire.

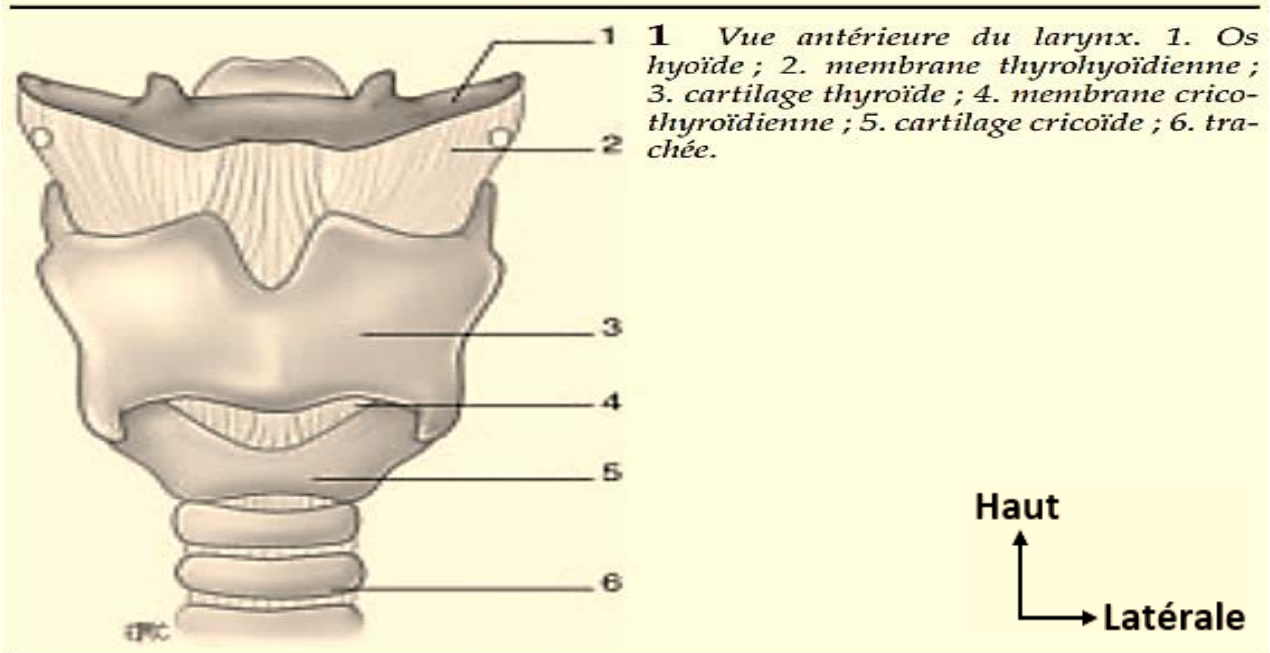


Figure 4 : Vue antérieure du larynx [10]

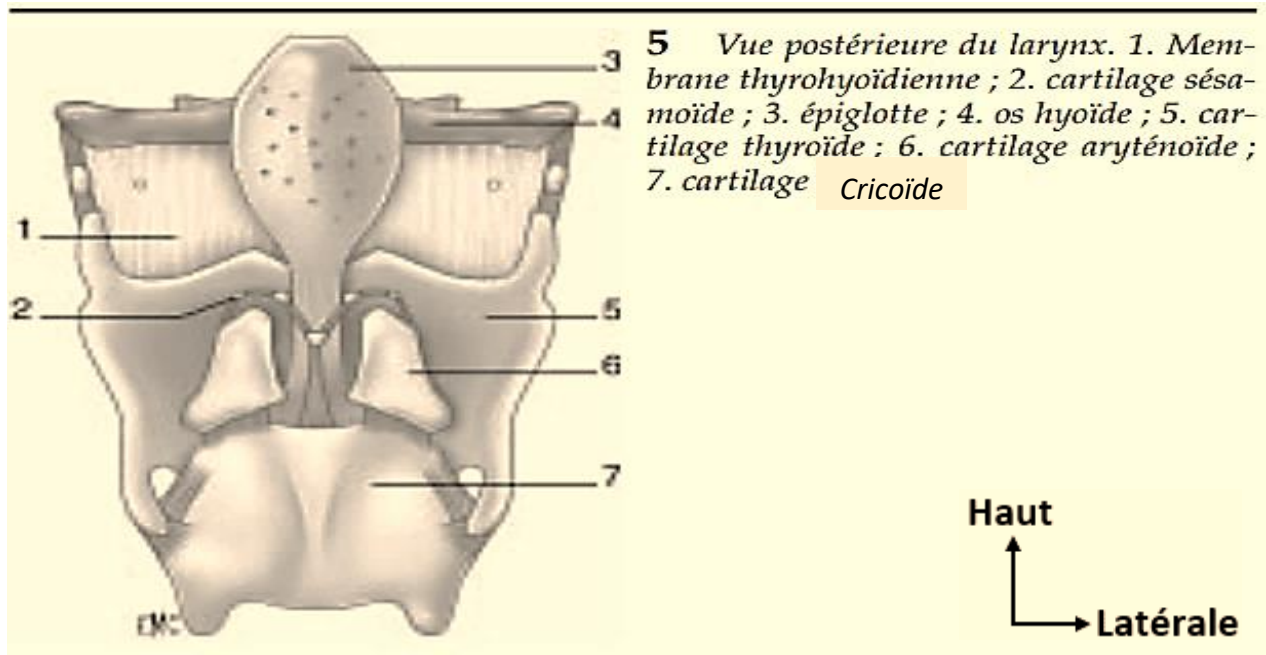


Figure 5 : Vue postérieure du larynx [10]

❖ **La trachée cervicale**

La trachée est un conduit fibro-cartilagineux cervico-thoracique. Mesurant 11 à 12 mm 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 sterno-claviculaire. 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.

1.1.3. Les muscles du cou [11]

❖ **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 stylo-glosse en dehors et le muscle longitudinal supérieur en dedans.

-**le muscle génioglosse** : 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-cléïdo-hyoïdiens latéralement et la fourchette sternale en bas. On distingue :

-le muscle sterno-cléido-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 petit et grand 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, intertransversaires, transversaire-épineux et multifides.
- **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.

1.1.4. Les nerfs du cou [11]

❖ Le nerf lingual

Rameau du trijumeau, il naît de la branche mandibulaire dans la région ptérygomaxillaire et pénètre dans la région submandibulaire. Dans son trajet, il croise le canal de WHARTHON 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. 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-carotidien jusqu'en regard du condyle mandibulaire où il se divise en 02 branches. L'une horizontale pénétrant dans la région sublinguale, 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 sensitives 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-costo-thyroïdien, le muscle omohyoïdien, 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 branches ventrales de C8 et T1).

Chacun de ces trois troncs s'engage dans la fente du défilé interscalénique, se porte en bas et en dehors en direction du creux axillaire.

1.1.5. Les vaisseaux du cou [11]

❖ Les artères

➤ L'artère linguale

Née de l'artère carotide externe, entre les artères thyroïdienne 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 digastrique et stylo-hyoïdien puis s'horizontalise et passe entre les muscles hyoglosse et génioglosse. 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 génioglosse 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 ophtalmique 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 supérieure controlatérale et inférieure homolatérale.

➤ **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 basicervical 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 6^{ème} et 7^{ème} 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 vertébrale, thoracique interne (artère mammaire), intercostales, thyroïdienne inférieure, cervicale ascendante, et cervicale antérieure.
- **L'artère subclavière droite**: issue avec l'artère carotide commune droite, d'un tronc artériel brachiocéphalique commun partant du segment ascendant de l'aorte, elle naît à la sortie de la cage thoracique, au-dessus de la 1^{ère} 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 6^{ème} 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 submandibulaires, 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 1^{ère} 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 basicervical 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 basicervicale.

➤ **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 7^{ème} 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-thoracique 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**

Basicervicale 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.

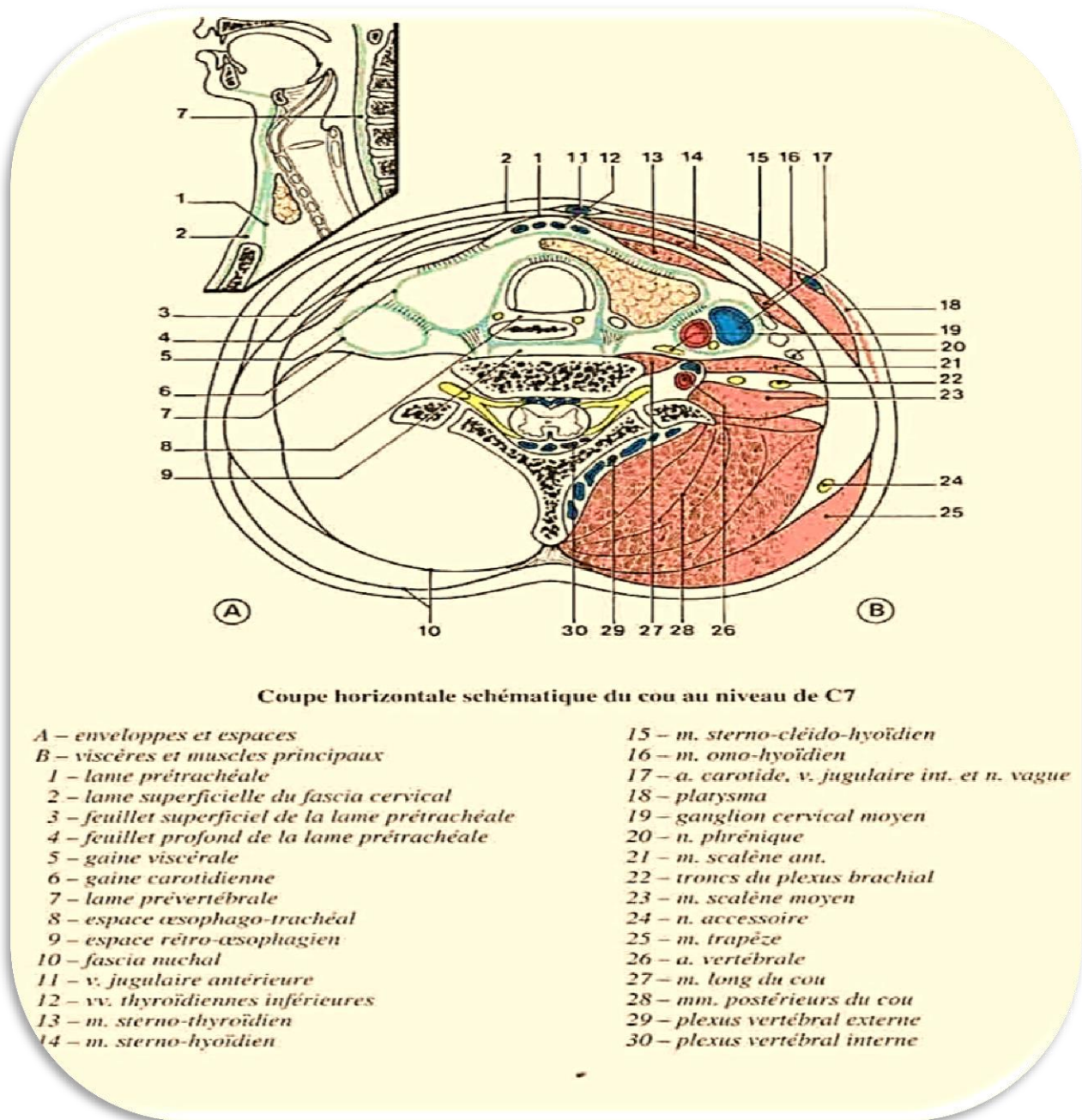


Figure 6 : coupe transversale du cou passant par C7 [11]

1.2. RAPPEL DIAGNOSTIQUE

1.2.1. Diagnostic positif [12]

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

1.2.1.1. L'examen clinique

➤ Interrogatoire [13]

Il concerne le traumatisme et le traumatisé et permet de préciser les informations identitaires (âge, sexe, profession, provenance géographique...), les antécédents (médicaux, chirurgicaux, vaccinaux et psychiatriques) la date de survenue, les circonstances de survenue du traumatisme (accident de la circulation routière, tentative d'autolyse, agression ou rixe, encornements, accident de sport ludique...), le mécanisme (direct, indirect), l'agent vulnérant (contondant, tranchant, piquant...). Aussi, il permet de dépister d'éventuels signes fonctionnels en l'occurrence une dyspnée, une dysphonie, une dysphagie, une cervicalgie, une hémorragie, une toux associée.

➤ Examen physique

Il se compose d'un examen général, d'un examen ORL et CCF 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-nutrition, 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 CCF**

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 de 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 cardiovasculaire 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.

1.2.1.2. 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, l'échographie et l'IRM).

1.2.1.3. Bilan lésionnel [14–17]

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

➤ **Les lésions myo-cutanées**

❖ **Les contusions**

Ce sont des lésions sans destruction ou effraction tégumentaire et résultant de l'impact d'un agent contondant. Ce sont des traumatismes fermés à type d'ecchymose, d'hématome, d'écrasement).

❖ **Les excoriations**

Se caractérisent par une perte de la couche superficielle de l'épiderme. La cicatrisation se fait en moins d'une semaine. Ce sont les érosions, les éraflures, les éraillures, les abrasions, les écorchures, les égratignures.

❖ **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 commotions laryngées et contusions laryngées** : secondaires à un traumatisme de violence modérée, ces lésions siègent au niveau des parties molles et sont à type d'hématomes et d'œdèmes se localisant préférentiellement au niveau des espaces décollables : sous glottique, bandes ventriculaires, margelles latérale et /ou postérieure
 - **Les ruptures ligamentaires et/ou musculaires** : elles siègent le plus souvent au niveau du processus vocal ou de la commissure antérieure. Elles peuvent être à l'origine d'une laryngotomie.
 - **Les fractures cartilagineuses** : elles peuvent aller de la simple fissure au fracas laryngo-trachéal complexe. On distingue les fractures du cartilage thyroïde. Cartilage qui joue un rôle de bouclier, les fractures du cartilage cricoïde qui sont plus rares mais plus graves car elles engagent immédiatement le pronostic vital par l'effondrement de la filière respiratoire.
 - **Les luxations inter cartilagineuses** : rarement isolées, elles sont le plus souvent associées à des fractures du larynx.
 - **La désinsertion laryngo-trachéale** : elle est rare et les lésions associent une fracture comminutive antérieure du cricoïde, une fracture du chaton cricoïdien et une désinsertion de la trachée cervicale. Les lésions de l'œsophage et des nerfs récurrents sont fréquentes.
- **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.

1.2.1.4. **Diagnostic étiologique [13]**

Les agents vulnérants répertoriés dans le traumatisme du cou sont nombreux et variés. Il s'agit entre autres 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 etc...
- **Objets contondants** : responsables de contusion cervicale
- **Projectiles** (rare dans notre contexte) : balles, dynamites, éclats....
- **Cordes et files** dans les strangulations et pendaisons volontaires ou accidentelles.

1.2.1.5. **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 [18].**

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

- **La zone I**, qui s'étend du creux sus-claviculaire au bord inférieur du cartilage cricoïde.
- **La zone II**, du bord inférieur du cartilage cricoïde à l'angle de la mandibule
- **La zone III**, étroite, concerne les faces latérales du cou, en arrière de la mandibule jusqu'à la base du crâne.

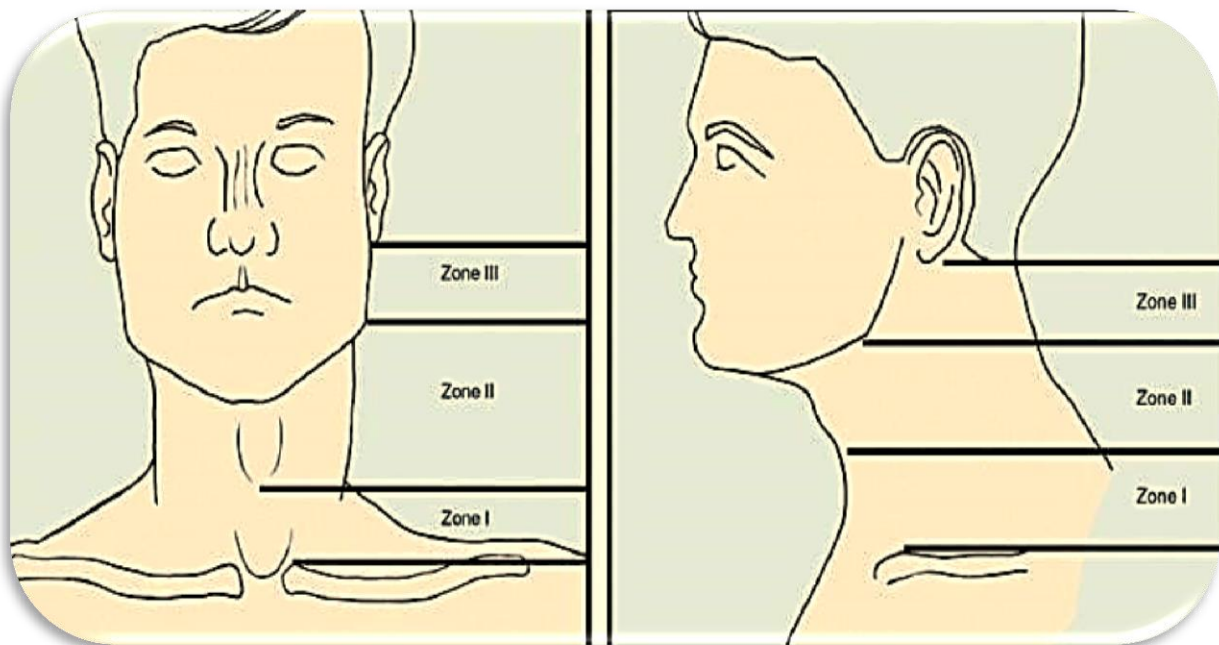


Figure 7 : Anatomie lésionnelle du cou. Visualisation des 3 zones fonctionnelles [18]

1.3. RAPPEL THERAPEUTIQUE

1.3.1. Buts

- 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

1.3.2. Moyens

❖ Les moyens médicaux [19]

- 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 bêtalactamines, les quinolones et les imidazolés.
- La corticothérapie : les molécules les plus utilisés sont la bétaméthasone, la prednisone, la méthylprednisolone.
- 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 récives 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

❖ Les moyens chirurgicaux

- **Trachéotomie** : 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.

1.3.3. Indications

- **Traumatisme fermé**: le traitement consiste ici, à l'administration d'antibiotiques, d'antalgiques, de corticoïdes. La trachéotomie s'impose en cas de dyspnée et les lésions sont réparées au cours d'une cervicotomie réparatrice.
- **Plaie non pénétrante** : on réalise une suture de la plaie à laquelle on associe une sérovaccination antitétanique, des antalgiques et des antibiotiques.

- **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.
- **Plaie perforante** : dans ces types de lésions le traitement consiste à la réalisation d'une cervicotomie réparatrice associée ou non à une trachéotomie et complétée par un traitement médical.
- **Tentative d'autolyse** : devant tout traumatisme du cou par tentative d'autolyse, la consultation psychiatrique s'intègre dans la prise en charge.

1.3.4. 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.

1.3.5. Evolution [19,21]

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'asphyxie** : liée à l'inondation bronchique ou à l'enclavement d'un corps étranger. Elle peut également être liée à un œdème laryngé secondaire à une

plaie laryngée méconnue. Elle nécessite une trachéotomie d'extrême urgence.

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

1.3.6. Pronostic

En général, le pronostic des traumatismes du cou est bon devant une prise en charge thérapeutique précoce et efficace. Néanmoins, les pronostics vital, fonctionnel et esthétique 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. METHODOLOGIE

1-Cadre

1 1 lieu 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.

- **Présentation du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE.**

Historique:

L'ancien dispensaire central de Bamako a été érigé en hôpital le 17 janvier 1959, il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français(actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934.L'Hôpital Gabriel TOURE a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992,doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'hôpital Gabriel TOURE était l'un des quatre(04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°94009 AN-RM du 22 mars 1994 ; avant de devenir par la loi n°02-048 AN_RM du 12 juillet 2002, Centre Hospitalier Universitaire (CHU). L'hôpital a quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;

- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

• **Situation géographique:**

Situé en commune III du district de Bamako, le CHU Gabriel TOURE couvre une superficie de 3hectares 28 ares 54 centiares. Il est limité à l'Est par le quartier de Médinacoura, 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.

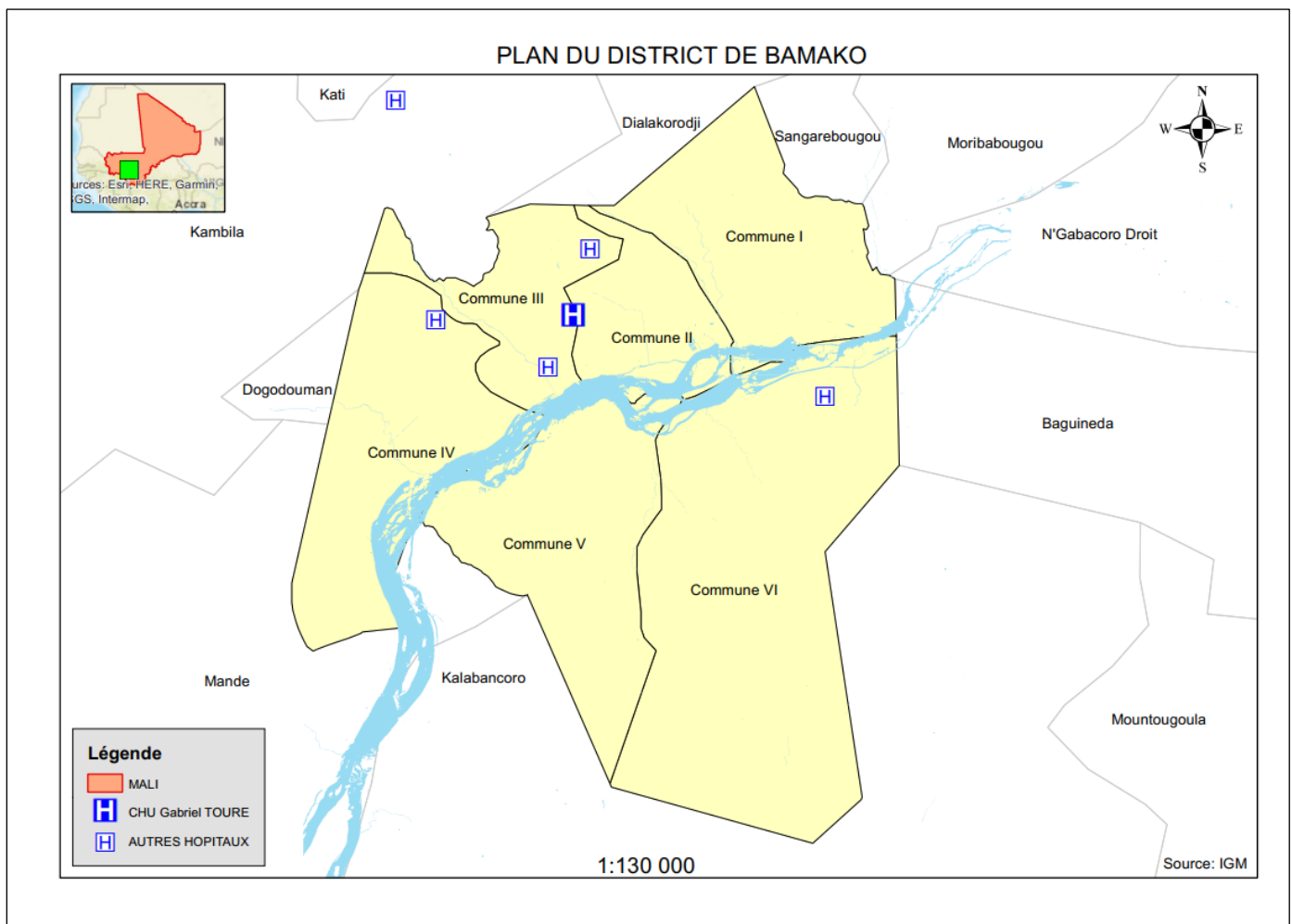


Figure 8 : Aperçu géographique des hôpitaux de Bamako

- **Son infrastructure comporte:**

- Une Direction ;
- Un Bureau des entrées avec les différents boxes de consultation ;
- Un Département de Médecine : Gastro-entérologie, Neurologie, Cardiologie, Diabétologie, Dermatologie ;
- Un Département de Pédiatrie : pédiatrie générale et la néonatalogie ;
- Un Département des services médico-techniques : laboratoire d'analyses médicales, pharmacie hospitalière ;
- Un Département d'imagerie Médicale : Scanner, la mammographie, la radiographie conventionnelle ;
- Un Département de Chirurgie : Oto-rhino-laryngologie et la chirurgie cervico-faciale Chirurgie générale, Chirurgie Pédiatrique, Traumatologie-orthopédie, Neurochirurgie, Urologie, 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.
- L'hôpital dispose actuellement de 447 lits et emploie 763 agents toutes catégories confondues dont 181 contractuels sur ressources propres.

Présentation du service du service ORL-CCF.

Ressources humaines :

Le service ORL-CCF est un service médico-chirurgical dirigé par un professeur titulaire, assisté par un professeur titulaire plus 03 maitres de conférences agrégés, pas de maître-assistant ; un attaché de recherche et trois otorhinolaryngologistes hospitaliers.

Le service dispose :

- Vingt-Cinq médecins inscrits en DES ;
- Huit assistants médicaux spécialistes en ORL-CCF ;
- Un technicien supérieur de santé ;
- Une technicienne de santé ;
- Une secrétaire de direction ;
- Deux techniciens de surface ;
- Une aide-soignante ;
- Des étudiants en thèse de la faculté de médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (FMOS).

Le service comprend en infrastructure :

- Une unité de consultation avec
 - Deux (02) boxes de consultations
 - Une unité d'exploration fonctionnelle (audio-impédancemétrie)
 - Une unité d'hospitalisation : 11salles dont 3 salles VIP d'hospitalisation avec une capacité totale de 28 lits

- Une salle de garde des DES et thésards
- Une salle de garde des assistants médicaux

Un bureau pour le major Diamoutene

- 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
- 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-Type de l'étude:

Notre étude est rétrospective et descriptive s'étendant sur douze (12) mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2021.

3-Echantillonnage

Nous avons effectué notre étude sur un échantillon de 60 patients admis au service ORL-CCF.

4-Population d'étude:

Notre étude a concerné les patients reçus en consultation dans le service ORL - CCF et de Gabriel Touré présentant les lésions cervicales dans le cadre d'un traumatisme cervical ou d'un polytraumatisme.

❖ **Critères d'inclusion:**

Ont été inclus dans cette étude les dossiers médicaux des patients hospitalisés dans le service CHU-CCF pour traumatisme cervicaux.

Quel que soit la circonstance étiologique et le mécanisme de survenu durant notre période d'étude.

❖ **Critères de non inclusion:**

Les dossiers médicaux incomplets.

5-Technique de collecte des données:

Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête conçue à cet effet et effectué par nous-même.

6-Saisie et analyse des données:

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel Microsoft Office Word 2013.

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés grâce au logiciel statistique SPSS Version 22.0 et Microsoft Office Excel 2013.

7-Aspects éthiques :

La confidentialité des informations concernant les patients était de rigueur.

RESULTATS

V. RESULTATS

Notre étude a concerné les patients reçus en consultation dans le service ORL - CCF de Gabriel Toure présentant des traumatismes cervicaux. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui s'étendait sur douze (12) mois allant de Janvier 2021 au Décembre 2021.

Durant la période d'étude nous avons colligé 60 cas de traumatisme cervicaux dans le service d'ORL-CCF du CHU-GT sur un total de 2126 consultations d'urgence soit une fréquence de 2,82.

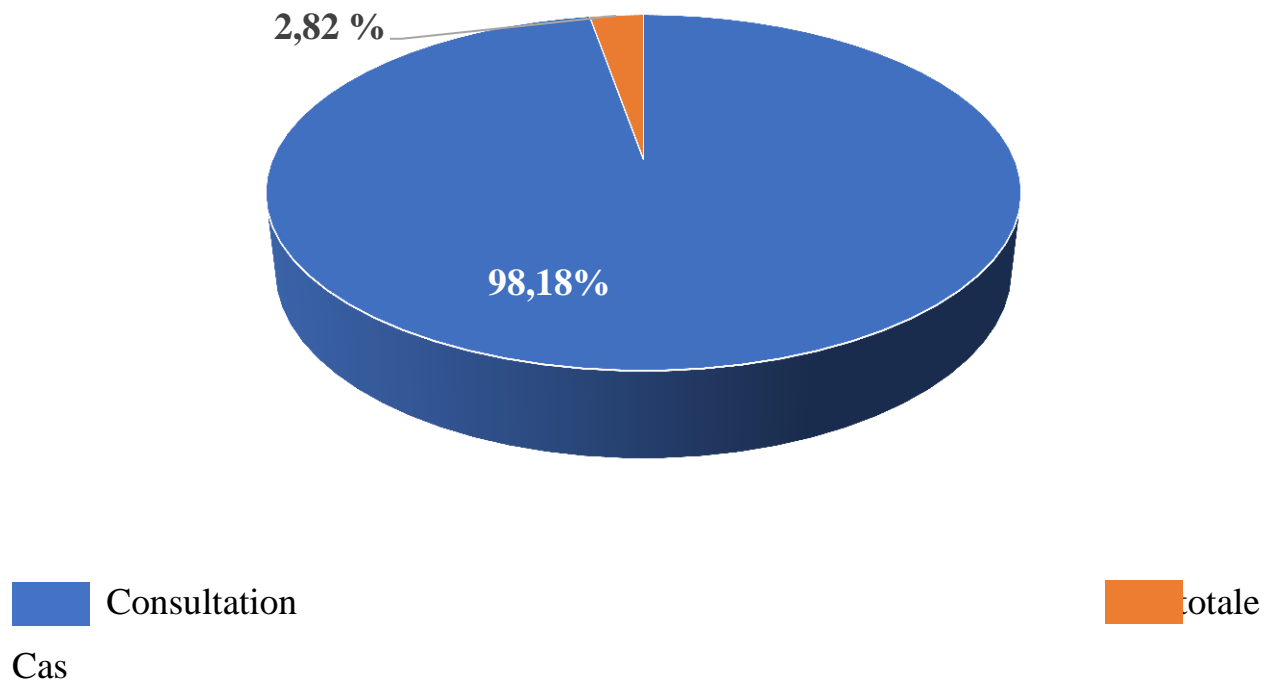


Figure 9 : Fréquence des traumatismes cervicaux

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage (%)
[7 - 20 ans [17	28,33
[21 - 34 ans [31	52,67
[35 - 48 ans [8	13,33
[49 - 62 ans [4	6,67
Total	60	100

La tranche d'âge de **21-34 ans** était la plus représentée soit **52,67** avec une moyenne d'âge de **27,27 %** et des extrêmes allant de **7 à 62ans**.

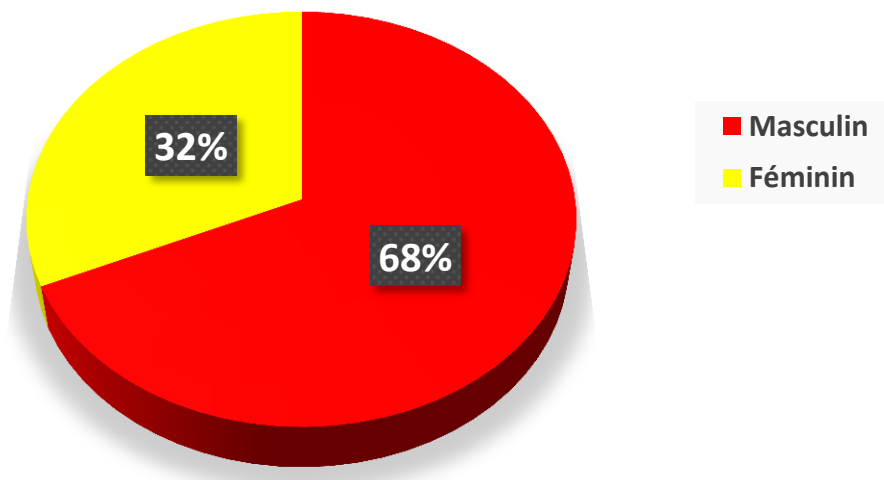


Figure 10 : Répartition des patients selon le sexe

Nous avons noté une prédominance **masculine** avec un pourcentage qui s'élevait à **68%**. Le sex-ratio était de **2, 15**.

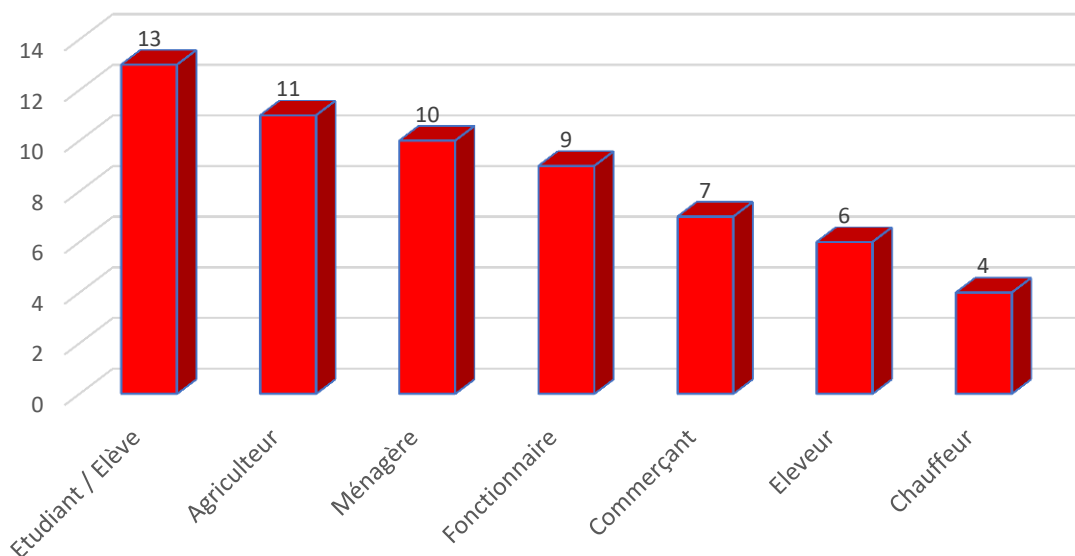


Figure 11 : Répartition des patients selon la profession

Les élèves et les étudiants étaient les plus représentés avec une fréquence de **21,67**.

Tableau II : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage (%)
Milieu urbain	43	71,67
Milieu rural	17	28,33
Total	60	100

La majorité de nos patients provenait du Milieu urbain avec **71,67%** de l'effectif.

Tableau III : Répartition des patients selon l'étiologie :

Etiologie	Fréquence	Pourcentage (%)
CBV	16	26,67
Tentative d'autolyse	16	26,67
AVP	10	16,67
Accident de travail	9	15
Chute de sa hauteur	9	15
Total	60	100

La tentative d'autolyse et le CBV ont été les causes les plus retrouvés soient **26,67%** de l'effectif.

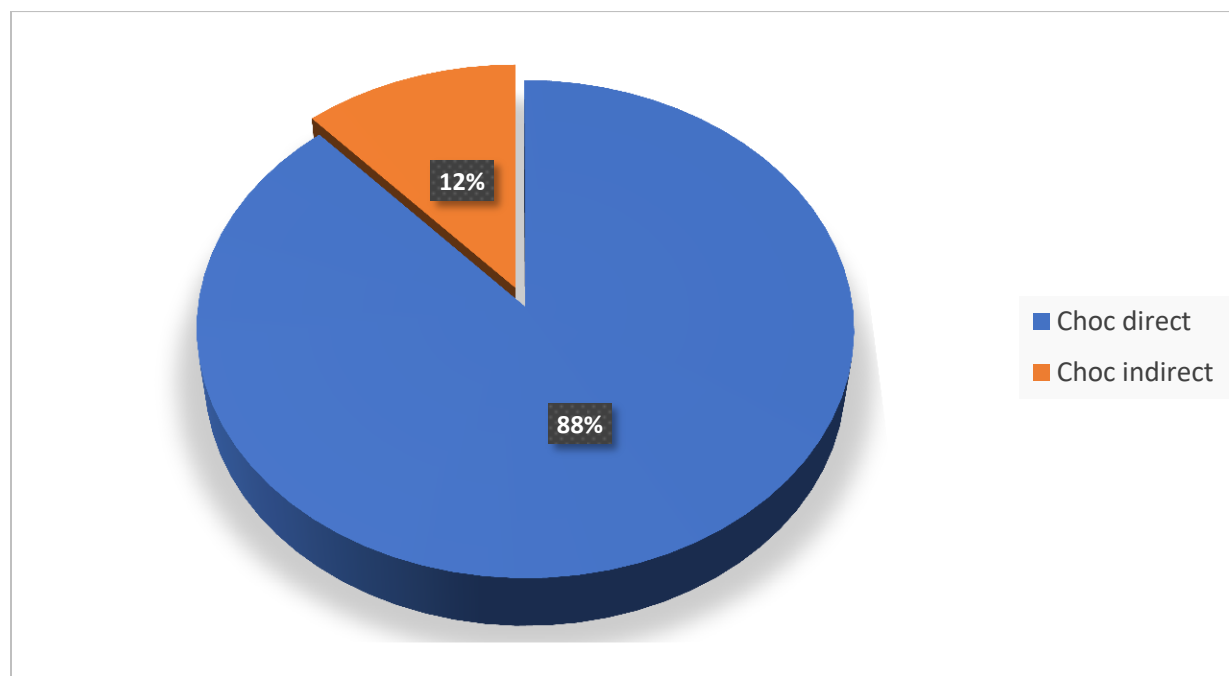


Figure 12 : Répartition des patients selon le mécanisme

Le choc direct a été le mécanisme le plus retrouvé chez **88%** de l'effectif.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'agent vulnérant

Agent vulnérant	Fréquence	Pourcentage (%)
Objet tranchant	36	60
Objet piquant	12	20
Objet contondant	5	8,33
Projectile	5	8,33
Autres	2	3,33
Total	60	100

Les **objets tranchants** ont été les agents vulnérants les plus représentés soit **60%** de l'effectif.

Tableau V : Répartition des patients selon le mécanisme lésionnel

Mécanisme lésionnel	Fréquence	Pourcentage (%)
Section	49	81,67
Strangulation	6	10
Contusion	5	8,33
Total	60	100

La **section** a été le mécanisme lésionnel le plus fréquent dans **81,67%** de l'effectif.

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de prise en charge

Délais de la prise en charge (H)	Fréquence	Pourcentage (%)
1 - 3 h	22	36,67
4 - 12 h	30	50
13 - 24 h	6	10
> 24h	2	3,33
Total	60	100

50% de nos patients ont été pris en charge dans un délai de **4-12h**.

Tableau VII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage (%)
Dyspnée	21	35
Dysphonie	27	45
Dysphagie	27	45
Toux	21	35
Hyper sialorrhée	14	23,33
Douleur cervicale	3	5
Hémorragie	30	50

L'**hémorragie** a été le signe fonctionnel le plus représenté soit **50% de l'effectif**.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques

Antécédents psychiatriques	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	53	88,33
Oui	7	11,67
Total	60	100

L'antécédent psychiatrique représentait 11,67 % de notre l'effectif.

Tableau IX : Répartition des patients selon la nature du traumatisme

Nature du traumatisme	Fréquence	Pourcentage (%)
Ouvert	41	68,33
Fermé	19	32,67
Total	60	100

Le traumatisme ouvert a été majoritairement représentés, soit 68,33% de l'effectif.

Tableau X : Répartition des patients selon le type de plaie cervicale

Type de plaie cervicale	Fréquence	Pourcentage (%)
Pénétrante	42	70
Non pénétrante	16	26,67
Perforante	2	3,33
Total	60	100

La plaie cervicale pénétrante représentait 70% de notre effectif.

Tableau XI : Répartition des patients selon le siège de la plaie cervicale

Siège de la plaie cervicale	Fréquence	Pourcentage (%)
Zone I	6	10
Zone II	51	85
Zone III	3	5
Total	60	100

La Zone II a été le siège le plus touché au cours des traumatismes soit 85% de notre effectif.

Tableau XII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Fréquence	Pourcentage (%)
Bas	33	55
Normal	27	45
Total	60	100

La majorité de nos patients avaient un taux hémoglobine bas soit 55% de notre effectif.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la TDM cervicale

TDM cervicale	Fréquence	Pourcentage (%)
Objective des lésions	53	88,33
Normal	7	11,67
Total	60	100

La TDM a objectivée les lésions dans 88,33%.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la cervicotomie exploratrice

Cervicotomie exploratrice	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	48	80
Non	12	20
Total	60	100

La cervicotomie a été réalisé chez 80% de nos patients.

Tableau XV : Répartition des patients selon le bilan lésionnel

Bilan lésionnel	Fréquence	Pourcentage (%)
Lésion laryngée	40	66,67
Lésion pharyngée	16	26,67
Plaie myo-cutanée	4	6,67
Total	60	100

Les lésions laryngées ont été majoritairement représentés soit 67% de l'effectif.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le mode de sortie

Mode de sortie	Fréquence	Pourcentage (%)
Guérison	40	66,67
Contre avis médical	7	11,67
Décédé	3	5
Evadé	10	16,67
Total	60	100

78% de nos patients était guéri à leur sorite ; 5% sont décédés.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les résultats de consultations de contrôle

Résultats consultations de contrôle	Fréquence	Pourcentage (%)
Patient perdu de vue	28	47
Suite simple	24	41
Séquelles Complications	7	12
Total	60	100

44% de nos patients ont été perdu de vu et 12% ont présentés des séquelles de complications.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

➤ Fréquence :

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive s'étendant sur douze (12) mois allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2021 qui a concerné les patients reçus en consultation externe dans le service ORL - CCF de Gabriel Touré présentant des traumatismes cervicaux. Durant la période d'étude nous avons colligé 60 cas de traumatisme cervicaux dans le service d'ORL - CCF du CHU- GT sur un total de 2126 d'hospitalisations soit une fréquence de 2,82%.

➤ Caractéristiques sociodémographiques :

▪ Age :

La tranche d'âge de 21-34 ans était la plus représentée. L'âge moyen était de 27,27ans.

Ces résultats sont comparables à ceux de plusieurs auteurs ainsi, **KEITA M et al au Mali en 2010 [22]** et **DIALLO OR et al au CHU de Conakry en 2012 [23]** ont noté respectivement une moyenne d'âge de 27,34 ans et 28 ans avec respectivement des extrêmes d'âge allant de 1 an à 82 ans et 2 à 72 ans. La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représentée.

Nous pouvons expliquer cela par le fait que les jeunes sont plus exposés aux traumatismes de toute nature parce qu'ils constituent les bras valides de la population donc ils sont les plus actifs ; de plus leurs moyens de déplacement sont généralement des engins à deux roues. C'est pourquoi l'OMS a rapporté dans « l'annuaire des statistiques sanitaires mondiales 2005 » que les jeunes payent le plus lourd tribut aux accidents de la voie publique, responsable des traumatismes et d'intensité souvent grave [24].

▪ **Sexe :**

Le sexe masculin était le plus représenté avec 68% soit un sex-ratio de 2,13.

KEITA M. au Mali en 2010 [22] ont trouvé une prédominance masculine avec 81% soit un sex-ratio de 4,3.

KONATE I. du CHU GT du Mali [25] a rapporté que le sexe masculin était prédominant avec 77,6% soit un sex-ratio de 3,5.

Ces résultats s'expliquent par le fait que les hommes occupent le premier rang des usagers de la route ; ils sont les plus actifs ; ils s'occupent des charges familiales ; pratiquent les sports les plus rudes ; ils sont moins prudents et conduisent avec plus d'audace ; et par conséquent ils sont plus exposés aux accidents traumatiques de toute nature. Femmes restent le plus souvent au foyer et utilisent moins les engins.

▪ **Résidence :**

La majorité de nos patients provenait des zones urbaines soit 72% de l'effectif.

KONATE I du CHU GT DU Mali [25] avait rapporté que Bamako était la résidence de la majorité de ses patients soit 79% de l'effectif.

▪ **Profession :**

Les étudiants/élèves représentaient la couche socioprofessionnelle la plus représentée soit 22% de l'effectif.

KEITA. M et al au Mali en 2010 [22] ont rapporté dans leur étude sur les urgences traumatologiques de la tête et du cou que 28,3% des cas étaient des élèves/étudiants ; **DIALLO OR et al du CHU de Conakry en 2012 [23]** ont rapporté que 26,42% étaient des élèves/étudiants.

Cette prédominance s'explique, par le fait qu'il s'agit d'un groupe confronté à des difficultés de la puberté ; du fait que les universités et les établissements scolaires sont plus distants la moto est le moyen de transport commun de cette couche ; et d'autre part, par le fait que les AVP qui occupent le deuxième rang dans notre étude comme causes des traumatismes, surviennent souvent du fait de la proximité de la plupart des écoles aux grands axes routiers, le stress scolaire ; inattention au volant mais aussi par le non-respect du code de la route et la pratique de port des casques comme moyen de protection.

➤ **Mécanisme de survenue :**

- La tentative d'autolyse et le **CBV** étaient en cause chez 27% de nos patients. Ce résultat s'explique par le fait que :

DIALLO OR et al du CHU de Conakry en 2012 [23] ont rapporté que les agressions étaient la cause des plaies traumatiques cervico-faciales dans 15,86% des cas.

KHANTE D. [26] dans sa thèse dans le SCOT de l'HGT de Bamako a eu 106 cas de **CBV** sur une période de 6 mois.

Dans l'étude de **KONATE I du CHU-GT au Mali [25]**, les **CVB** venaient en deuxième position soit 16% de l'effectif.

Les **CBV** constituent ainsi un fléau qui gagne une gravité ascendante dans notre société.

L'OMS en 2001 estimait à un million le nombre de décès causés intentionnellement par an dans le monde. [27]

- Dans notre étude, les **AVP** venaient en deuxième position avec 17%.

Au CHU-GT du Mali, **KONATE I [25]** a rapporté que les accidents de la voie publique (**AVP**) ont représenté 64,4% de la cause des lésions cervico-faciales au cours des traumatismes.

COULIBALY. M.O [28] a rapporté que les **AVP** représentaient 93.5% des urgences traumatiques de la tête, de la face et du cou.

Cela s'explique par l'augmentation des automobiles ; des engins à deux roues ; non utilisation des mesures de protections ; la centralisation vers Bamako des lieux de travail .Le monde actuel est devenu un monde de compétition où tout le monde est presser ce qui favorise l'excès de vitesse ; abus des stupéfiants et le non-respect de la dignité humaine et du code de la route.

➤ **Aspects cliniques :**

▪ **Nature de l'arme utilisée :**

Dans notre étude, les armes blanches tranchantes ont été utilisées dans 60% des cas. Notre résultat est similaire à celui de **KAMISSOKO 2021 Thèse de Med 2021 au CHU-GT du MALI [29]** chez qui les armes blanches tranchantes ont été utilisées dans 51% des cas.

Les traumatismes par armes blanches sont en nette augmentation ces dernières années en pratique civile : la raison s'explique par le fait qu'il n'existe pas un contrôle de permis de port d'arme blanche ; Son coût faible et son accessibilité pour toutes les tranches d'âges. Le niveau d'éducation faible ; et le Chômage.

▪ **Nature de la lésion engendrée :**

La majorité soit 70% de nos patients avaient une plaie cervicale pénétrante.

Cela s'explique par le fait que l'arme blanche a été l'instrument le plus utilisé par les auteurs d'agression et de tentatives d'autolyses.

Dans l'étude de **KAMISSOKO [29]**, les plaies cervicales pénétrantes ont été les plus fréquemment observées soit 56,8% de l'effectif.

▪ **Siège de la lésion engendrée :**

La majorité de nos patients avaient une atteinte au niveau de la Zone II soit 85% de l'effectif.

L'hémorragie a été le signe fonctionnel le plus fréquent soit 50%, suivie de la dysphonie (45%) et de la dyspnée (35%).

Ces résultats nous ont permis de dire que la Zone II est très exposée aux cours des traumatismes de toutes natures à cause de sa situation anatomique.

La fréquence de la dyspnée et de la dysphonie s'explique par la réception direct des chocs traumatique sur la face antérieur du cou ceux qui peut engendre des compressions ; des lésions laryngés ; ou une atteinte du nerf récurrent laryngé.

KONATE I [25] a rapporté que la majorité de ses lésions cervicales étaient situées dans la zone II soit 71,44% de l'effectif. Dans son étude, les signes fonctionnels avaient été dominés par l'hémorragie soit 29% de l'effectif et 14% avaient la dyspnée.

TALL.A et Coll. [30] au Sénégal en 2002 dans leur étude sur les traumatismes du cou ont rapporté 14,7% de plaies pénétrantes du cou.

THOMPSON.E.C et coll. [31] à Los Angeles en 2002 ont rapporté dans leur étude sur les traumatismes du cou 16% de plaies pénétrantes du cou.

➤ **Imagerie :**

Les examens complémentaires ont été demandés dans le cadre de bien vouloir poser le diagnostic et d'élucider les différentes lésions associées.

La **TDM** cervicale a objectivé les lésions dans 88% de l'effectif et le taux d'hémoglobine était bas chez **55%** de nos effectifs (ce qui s'explique par le fait que l'hémorragie a été le plus représenté soit **50%** chez nos patients).

➤ **La prise en charge :**

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement bien adapté médical ou médico-chirurgical ; la cervicotomie exploratrice et réparatrice a été réalisée chez 80% de notre effectif. Leurs évolutions ont été jugé favorables dans la majorité des cas.

KONATE I [25] a rapporté que la cervicotomie exploratrice était effectuée chez 4,5% des lésions cervicales, 6,5% ont subi une trachéotomie primaire de sauvetage, L'évolution a été jugé favorable dans la majorité des cas.

➤ **L'évolution :**

Malgré la gravité des lésions et le retard de la prise en charge, les suites opératoires ont été satisfaisantes et l'évolution favorable dans 78% des cas, nous avons enregistré 6% de décès de notre effectif.

DIALLO et al [23] ont rapporté que l'évolution a été jugée favorable dans 82,13% des cas.

➤ **Le délai de la prise en charge :**

Les traumatismes cervicaux étant des urgences médico-chirurgicales, la majorité de nos patients ont été pris en charge en retard dans un délai de 4-12h.

Ce retard de prise en charge dans notre contexte Malien s'explique par :

- Le retard d'évacuation des traumatisés.
- Inaccessibilité du CHU-GT due aux embouteillages.
- Manque de système social pour la prise en charge des victimes de traumatisme.
- Manque de décentralisation du service ORL-CCF dans tout le territoire Malien.

Dans l'étude de **KONATE I [25]**, 112 patients ont bénéficié d'une prise en charge entre 30mn à 12heures de temps.

DIALLO OR et al [23] ont rapporté que 65,66% des patients ont été prise en charge dans un délai 2 h - 24 heures et 5,66% des malades ont été pris en charge dans un délai supérieur à 24 heures.

En Côte d'ivoire, l'étude sur les urgences traumatiques de la tête de la face et du cou [32] le délai de la prise en charge de ces patients était environ 10min

TALL.A et Coll. [30] au Sénégal en 2002 dans leur étude sur les traumatismes du cou ont rapporté le même résultat le délai de la prise en charge était 10mn.

Ses résultats s'expliquent par la mise en place d'un système d'évacuation plus rapide et un bon état des routes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

Les traumatismes cervicaux sont des urgences vitales et médicochirurgicales par ses séquelles fonctionnelles graves et ou esthétiques ils peuvent rapidement mettre en jeu le pronostic vital par quatre risques qui sont:

La lésion vasculaire ; la lésion des voies aérienne supérieurs ; la lésions nerveuses et le risque infectieux.

Ces traumatismes touchent majoritairement les couches jeunes et actives de la population avec une prédominance masculine. Les **CBV** ; les tentatives d'autolyses et les **AVP** ont été les mécanismes les plus rapportés. La mortalité et les séquelles fonctionnelles graves sont surtout liées au retard de prise en charge et d'évacuation. D'où la nécessité d'une franche participation de l'État ; des acteurs concernés ; une collaboration interdisciplinaire et l'intensification de la sensibilisation sur les causes et les facteurs de risques de traumatismes cervicaux.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations qui s'adressent :

❖ **A la population :**

- Le respect de la dignité humaine.
- Faire correctement les visites techniques des engins,
- Rouler avec prudence ; respecter le code de la route respecter les mesures de sécurités : ceinture de sécurité ; casque.....
- Aider les jeunes à avoir un sentiment d'optimisme et une vision positive de l'avenir.

❖ **Aux autorités :**

- Instaurer des programmes de communication pour le changement de comportement CCC) sur les sanctions nationales contre les auteurs d'agression ; et les inconvénients de la toxicomanie et de l'alcoolisme.
- Décentralisation des lycées et des universités pour réduire la distance parcourue par des élèves et étudiants.
- Lutter contre la pauvreté.
- Eloigner les structures scolaires des grands axes routiers.
- Equipement du plateau technique des structures sanitaires chargé de la prise en charge des traumatisés du cou.
- Améliorer le système de sécurité sociale.
- Eclairage et élargissement des voies publiques.

❖ **Aux ministères de la santé et de l'éducation:**

- Promouvoir l'éducation civique et morale dans les établissements scolaires.
- Equiper les structures sanitaire en charge de la prise en charge des traumatisés d'un plateau technique adéquat pour une meilleur prise en charge.

- Promouvoir la formation continue des médecins spécialistes impliqué dans la prise en charge des traumatisés du cou.

❖ **Au personnel sanitaire :**

- Prise en charge précoce des traumatisés par des traitements adaptés et correct.
- Référer le malade dans le meilleur délai.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire.
- Création d'un système électronique pour une bonne archives des dossiers médicaux.
- Donner une consultation psychiatrique à tous les patients ayant un antécédent psychiatrique pour éviter les récidives.

❖ **Au Directeur Du CHU – GT :**

- Mettre en place des kits d'urgences pour la prise en charge rapide.
- Equiper le service ORL–CCF d'un bloc opératoire d'urgence bien équipé pour une meilleure prise en charge des traumatisés du cou.

REFERENCES

IX. REFERENCES :

1. TRABELSI S, HACHICHA A, BELTAIEF N. Les traumatismes externes du larynx J. TUN ORL. 2010; 24:5P
2. Vivien B, Riou B. Conférences médecins : traumatisme pénétrant du cou. Mars 2004 : P 279-296.
3. Righini CA. Plaies cervicales. Grenoble ; Centre Hospitalier Universitaire. 2011.
4. Ouédraogo R W-L. Les Plaies pénétrantes du cou dans le service d'ORL et CCF au CHU-YO. [Mémoire de thèse en ORL et CCF]. Médecine Ougadougou ; 2013. 93p.
5. Iannesi A, Py MN. Approche anatomique du cou par échographie tridimensionnelle.
6. Themes UFO. 9: Régions du cou | Medicine Key [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://clemedicine.com/9-regions-du-cou/>
7. Médecine des Arts. Rachis cervical. Généralités. Anatomie artistique. Chapitre 23. Mantauban ; 2008.
8. Anatomie du pharynx et du larynx. Disponible sur <http://www/google/cours13bichat> 2012-2013.Weebly.com.
9. Dahmani B, Belcaid A, El Azzouzi O, Hami H. Anatomie du pharynx. 2008 ; 5p.
10. Chevalier D, Dubrulle F, Vilette B : Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx. EMC. 2001 : 20-630p.
11. Kamina P. Anatomie clinique. 4e éd. Paris: Maloine; 2009. 577 p.
12. Bège T, Berdah SV, Brunet C. Les plaies par armes blanches et leur prise en charge aux urgences. Journal européen des urgences et de réanimation : marseille : Elsevier Masson, 2012, 24 : p 221-227.
13. Egmann G, Marteau A, Basse Th, Jeanbourquain D. Plaies par armes blanches. Urgences 2010. France : Cayenne ; 2010 : p437-456.
14. 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 : [mehdimehdy.blogspot.com /2000/01/les-coups-et-blessures-medicinelégale.html](http://mehdimehdy.blogspot.com/2000/01/les-coups-et-blessures-medicinelégale.html).
15. 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) : p47-51.
16. Giudicelli R. Les perforations de l'oesophage. Résultats d'une enquête nationale. Annales de chirurgie. 1992 ; 46 (2) : p183-187.
17. Menard M, Laccourey O, Brasnu D. Traumatismes externes du larynx. encycl. Med Chir. Elsevier Masson, Paris, ORL, 26-720-A-10, 2001, p11.

18. Cesareo E, Draoua S, Lefort H, Tazarourte K. Les plaies pénétrantes du cou. Urgences 2012. France : paris. 2012 : p1-11.
19. 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 : p1534-6.
20. Lemperiere T, Feline A. Psychiatrie de l'adulte. 5ème édition. Paris : Masson 1983.
21. Piquet JJ, Darras JA. Les plaies du cou. EMC. Elsevier Masson, Paris, oto-rhino-laryngologie, 20860C10, 1982 : p12.
22. KEITA M, DOUMBIA K, DIANI M, DIALLO M, COULIBALY M, TIMBO SK, et al. Traumatologie cervico-faciale : 184 cas au Mali. Méd Trop 2010;70:172-4

23. 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.

24. OMS. Annuaire des statistiques sanitaires mondiales 2005 : mouvements de la population et cause de décès: pp 3-22

25. Idrissa Konaté. Les lésions cervico-faciales aux cours des traumatismes service ORL-CCF/CHU GT. *Thèse de Med2015. p108.*

26. KHANTE D.
Etude médico-légale des CBV dans le service de traumatologie orthopédique (HGT). 1999-2000 ; 106 ;(01M23) :39.

27. TELMON N., BOBO C., ROUGE D., ALENGRIN D., BRAS P.M. BROUCHET, A. ARBUS L. Violences successives : étude victimologie à partir d'une consultation de coups et blessures volontaires. J.M.L.D.M. 1995 ; N°7-8 :559-563. 1995

28. COULIBALY. Moh. Ousmane
Les urgences O.R.L. & C.C.F d'origine traumatique au service des urgences chirurgicales du CHU Gabriel TOURE au MALI ; Thèse de doctorat en médecine ; FMPOS université de BAMAKO, année universitaire 2007 - 2008
29. Aminata Marie Kamissoko. Aspects épidémiologiques et médico-légaux des Coups et Blessures Volontaires par armes blanches dans le service de

neurochirurgie du chu Gabriel Touré de Bamako. *Thèse de Med2021. p121.*

30. TALL A, SYLLA A, DIOUF R, NDIAYE IC, DIALLO B K, LOUM B, et al.
Notre expérience des traumatismes du cou en pratique civile.
Med. Afrique Noire: 2004; 51(4), 199-202.
31. THOMPSON E C, PORTER J M, TERNANDEZ L G.
Penetrating neck trauma: an overview of management. J. Oral Maxillo. Fac.
Surg. 2002, 60 : 1225p.
32. DUFOR X. Les urgences en ORL : les traumatismes faciaux.
www.medphar.univ-poitiers

ICONOGRAPHIE :

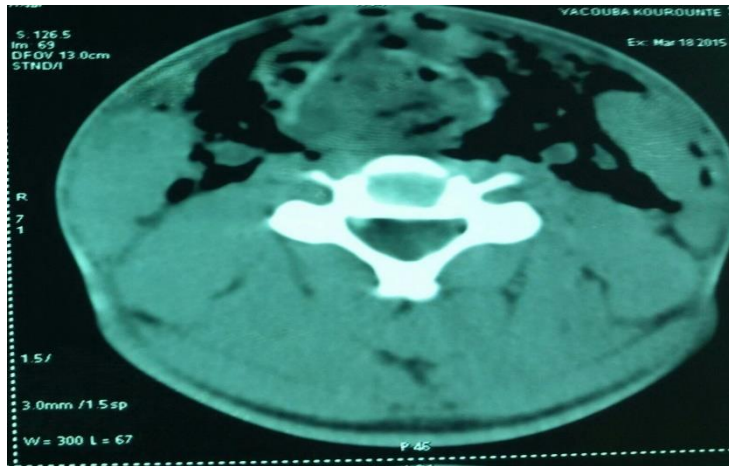


Figure 11 : Coupe TDM cervicale axiale passant par C5.

Solution de continuité de l'aile latérale gauche du cartilage thyroïde associée à une hyperclartée disposée en niche d'abeille autour de l'axe laryngé



Figure 12 : double fracas du cartilage thyroïde
Bandes ventriculaires boudinées

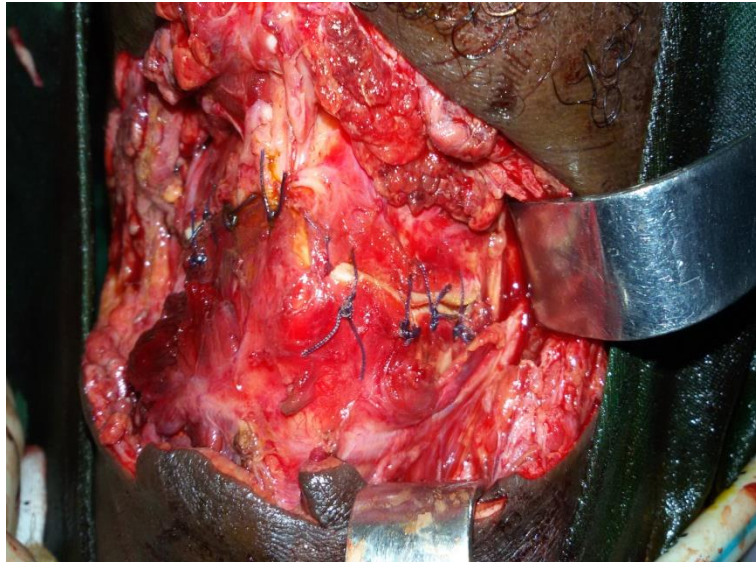


Figure 13 : reconstitution du cartilage thyroïde avec une suture cartilagineuse à l'aide de points simples.



Figure 14 : trachéotomie réalisée avec drainage aspiratif



Figure 15 : plaie pénétrante du cou (CHU-GT)



Figure 16 : réparation d'une plaie pénétrante au CHU-GT.

ANNEXES

ANNEXES :

FICHE DE COLLECTE

Thème : Aspects épidémiologiques, clinique et thérapeutiques des Traumatismes cervicaux dans le service ORL et CCF du CHU-GT.

Numéro de la fiche / ____/

Adresse du patient : _____

A. Données sociodémographiques du patient		
1	Age	/ ____/ ans
	Tranche d'âge	/ ____/ 1. 7 - 20 ans 2. 21 - 34 ans 3. 35 - 48 ans 4. 49 - 62 ans
2	Sexe	/ ____/ 1. Masculin 2. Féminin
3	Profession	/ ____/ 1. fonctionnaire 2. Agriculteur 3. Commerçant 4. Eleveur 5. Ménagère 6. Etudiant 7. Elève 8. Autre (précisez ____)
4	Niveau socio-économique du patient	/ ____/ 1. Elevé 2. Moyen 3. Faible
5	Provenance du patient	/ ____/ 1. District de Bamako Précisez (____) 2. Régions du Mali Précisez (_____)
6	Ethnie	/ ____/ 1. Bambara 2. Peulh 3. Malinké 4. Sarakolé 5. Senoufo 6. Sonrhäï 7. Dogon 8. Autres (Précisez____)
7	Statut matrimonial	/ ____/ 1. Marié 2. Célibataire 3. Veuf 4. Divorcé

8	Niveau d'instruction	/___/ 1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Ecole coranique 5. Non instruit
B. 1. Examen clinique : Interrogatoire		
9	Mode d'admission dans le service	/___/ 1. Venue de lui-même 2. Référence 3. Transféré (SAU)

10	Circonstances de survenue	/___/ 1. AVP 2. CBV 3. Tentative d'autolyse 4. Accident de travail 5. Autres
11	Mécanisme	/___/ 1. Choc direct 2. Choc indirect
12	Agent vulnérant	/___/ 1. Objet tranchant 2. Objet piquant 3. Objet contondant 4. Projectile 5. Autres (précisez)_____
13	Mécanisme lésionnel	/___/ 1. Section 2. Strangulation 3. contusion
14	Délais de la prise en charge ?	/___/heures
	Tranche de délais	/___/ 1. 1 - 3 h 2. 4 - 12 h 3. 13 - 24 h 4. > 24h
15	Prise en charge initiale ?	/___/ 1. OUI 2. NON Si oui laquelle ? _____ _____ _____
B.2. SIGN ES FONCTIONNELS		
16	Dyspnée	/___/ 1. OUI 2. NON
17	Dysphonie	/___/ 1. OUI 2. NON
18	Dysphagie	/___/ 1. OUI 2. NON

19	Toux	/___/ 1.OUI 2.NON
20	Hyper sialorrhée	/___/ 1.OUI 2.NON
21	Douleur cervicale	/___/ 1.OUI 2.NON
22	Hémorragie	/___/ 1.OUI 2.NON
B.3. ANTECEDENTS		
23	Antécédents médico-chirurgicaux	1. HTA/___/ 2. Asthme/___/ 3. Diabète/___/ 4. ATCD de chirurgie du cou/___/ 5. Aucun /___/ 6. Autres /___/ (préciser _____)
24	Antécédents psychiatriques	/___/ 1.OUI 2.NON
25	Mode de vie	1. Alcool/___/ 2. Tabac/___/ 3. Drogue illicite/___/ 4. Autres excitants/___/ 5. Néant /___/
B.4. EXAMEN GENERAL		
26	Etat général du patient à l'admission	/___/ 1. Bon 2.Assez bon 3.Mauvais

27	Etat de conscience	Score de GLASGOW à /___/
28	Tension artérielle	/___/ 1. Elevée 2. Normale 3.Effondrée
29	Pouls	/___/ 1. Normal 2. Filant
30	Etat de choc ?	/___/ 1.OUI 2.NON
B.5. EXAMEN LOCO-REGIONNAL		
31	Nature du traumatisme	/___/ 1. Ouvert 2. Fermé

32	Type de plaie cervicale	/___/ 1. Non pénétrante 2. Pénétrante 3. Perforante 4. Vasculaire 5. Autre (préciser) _____
33	Taille de la plaie	/___/ cm
34	Siège de la plaie cervicale	/___/ 1. Zone I 2. Zone II 3. Zone III
35	Tuméfaction	/___/ 1.OUI 2.NON
36	Hématome	/___/ 1.OUI 2.NON
37	Emphysème	/___/ 1.OUI 2.NON
38	Ecchymose	/___/ 1.OUI 2.NON
39	Troubles neurologiques	/___/ 1.OUI 2.NON
40	Lésions associées	1. cranio-encéphaliques/___/ 2. Faciales /___/ 3. Thoracoabdominales /___/ 4. Lésions des membres/___/ 5. Aucune/___/
41	Type de traumatisme	/___/ 1. Traumatisme cervical 2. Polytraumatisme
C. Examens complémentaires		
4 2	Taux d'hémoglobine	/___/ 1. Normal 2. Bas
4 5	Radiographie cervicale	/___/ 1. Normale 2.Objective des lésions
4 6	TDM cervicale	/___/ 1. Normale 2.Objective des lésions
4 7	Echographie cervicale	/___/ 1. Normale 2.Objective des lésions

4 8	Endoscopie	/___/ 1. Normale 2.Objective des lésions
4 9	TOGD	/___/ 1. Normale 2.Objective des lésions
5 0	Nasofibroscope	/___/ 1. Normale 2.Objective des lésions

51	Cervicotomie exploratrice ?	/___/ 1. Oui 2.Non
52	Bilan lésionnel	/___/ 1. Plaie mayo-cutanée 2. Lésion pharyngée 3. Lésion laryngée 4. Lésion trachéale 5. Lésion œsophagienne 6. Lésions du rachis 7. Plaie glandulaire 8. Plaie vasculaire 9. Autres (Précisez___)

D.1. Traitement médical

53	Réanimation hydro électrolytique	/___/ 1. Oui 2.Non
54	Antibiothérapie	/___/ 1. Oui 2.Non
55	Corticothérapie	/___/ 1. Oui 2.Non
56	Antalgiques	/___/ 1. Oui 2.Non
57	PEC psychiatrique	/___/ 1. Oui 2.Non
58	SAT-VAT	/___/ 1. Oui 2.Non
59	SNG d'alimentation	/___/ 1. Oui 2.Non
60	Autres à préciser	_____ _____ _____

D.2. Traitement chirurgical

61	Trachéotomie	/___/ 1. Oui 2.Non
----	--------------	--------------------

62	Cervicotomie réparatrice	/ ____ / 1. Oui 2. Non
E. Evolution		
63	Mode de sortie	/ ____ / 1. Guérison 2. Contre avis médical 3. Evadé 4. Décédé 5. Référé 6. Transféré 7. Evacué
64	Résultats consultations de contrôle	/ ____ / 1. Patient perdu de vue 3. Suite simple 4. Séquelles Complications 5. Autres (précisez) _____
65	Complication (s)	/ ____ / 1. OUI 2. NON Si oui lesquelles ? 1. _____ 2. _____

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : DIALLO

Prénom : Oumou

Titre de la thèse: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES TRAUMATISME CERVICAUX DANS LE SERVICES ORL-CCF DU CHU- GT.

Année Universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF).

Résumé :

Notre étude a concerné les patients reçus en consultation externe dans le service ORL - CCF de Gabriel Touré présentant des traumatismes cervicaux. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui s'étendait sur douze (12) mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2021. Durant la période d'étude nous avons colligé 60 cas de traumatisme cervicaux dans le service d'ORL-CCF du CHU-GT sur un total de 2126 consultations soit une fréquence de 2 ,82 %.

L'âge moyen était de 27,27 ans, la tranche d'âge de 21-34 ans était la plus représentée soit 52% de l'effectif. Le sexe masculin était le plus représenté soit 68% avec un sex-ratio 2,15. La tentative d'autolyse et le CBV étaient retrouvé chez 27% de nos patients. Les objets tranchants représentaient les agents vulnérables les plus représentés soit 60%. La section a été le mécanisme lésionnel dans 82% des cas.

50% de nos patients ont présenté une hémorragie. La majorité de nos patients, soit 68% avaient un traumatisme ouvert du cou contre 32% qui avaient un traumatisme fermé du cou. 70% de nos patients avaient une plaie cervicale pénétrante.

La Zone II a été le siège le plus représenté soit 85% de notre effectif.

La TDM cervicale a objectivé des lésions dans 88% des cas. La majorité de nos patients avaient des lésions laryngées soit 67%.

78% de nos patients était guéri à leur sortie et 6% sont décédés.

Mots clés : Traumatismes cervicaux, épidémiologies, cliniques

Data Sweet:

Name: DIALLO

First name: Oumou

Title of the thesis: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND THERAPEUTIC ASPECTS OF CERVICAL TRAUMA IN THE ENT-CCF DEPARTMENTS OF THE CHU- GT.

Academic year: 2021-2022

Defense city: BAMAKO

Country: MALI

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Dentistry (FMOS).

Sector of interest: Otorhinolaryngology and cervicofacial surgery (ORLCCF).

Summary:

Our study concerned patients received in outpatient department in the ENT - CCF department and the Emergency Reception Service of Gabriel Touré presenting cervical lesions in the context of a trauma. This was a prospective and descriptive study which extended over twelve (12) months from January 1 to December 31, 2021. During the study period, we collected 60 cases of cervical trauma in the ENT department. Of the CHU GT out of a total of 2126 consultations, i.e. a frequency of 2, 82%.

The average age was 27.27 years, the age group of 21-34 years was the most represented with 52%. The male sex was the most represented with 68% with a sex ratio of 2.15. Attempt at autolysis and CBV was found in 27% of our patients. Sharp objects represented the most represented vulnerable agents, i.e. 60%. The

section was the mechanism of injury in 82% of cases. 50% of our patients had hemorrhage. The majority of our patients, 68% had an open trauma against 32% who had a closed trauma. 70% of our patients had a penetrating cervical wound. The majority of our patients had a wound in Zone II, i.e. 85%. Radiography objectified the lesions in 88%. The majority of our patients had laryngeal lesions, 67%. 78% of our patients were cured at discharge and 6% died.

Keywords: Cervical trauma, epidemiology, clinics

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'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai 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 seront 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !