



Cas clinique

Plaie pénétrante du thorax par lance : Difficultés diagnostiques et thérapeutiques; à propos d'un cas

Penetrating thoracic wound by spear : Diagnostics and therapeutics difficulties ; case report

JC Mbonicura^{1*}, JC Niyondiko¹, S Harakandi², F Bampoye², S Nimubona¹, L Bazira¹

Résumé

Décrire les difficultés de diagnostic et de traitement du traumatisme thoracique par lance dans un pays à moyens limités.

Il s'agit d'un patient de 28 ans qui a eu un traumatisme thoracique par lance au cours d'une attaque par des bandits. Le point d'impact était situé en sous-axillaire gauche. Les lésions étaient pariétale, pleurale, pulmonaire et péricardique.

Le traitement a été chirurgical par thoracotomie latérale gauche et lobectomie atypique supérieure en bloc avec la lance. Les suites ont été simples avec récupération de la fonction respiratoire.

Nous présentons le parcours atypique d'un patient victime d'un tel traumatisme dans un pays à ressources limitées.

Mots clés: Plaie pénétrante-thorax-lance

Abstract

To describe the challenge in diagnosis and treatment of post traumatic thoracic wound in limited resources country.

A 28 years old patient with a traumatic chest wound by a spear during an attack. The point of

impact was left sub-axillary region. The lesions were parietal, pleural, pulmonary parenchyma and pericardic. The treatment was surgical with left lateral thoracotomy and atypical superior lobectomy taking the spear. The follow up was with no incidence and he regain full respiratory function.

We present the difficulties in the treatment of such patient in a limited resources country.

Keywords : penetrating wound-thorax-spear

Introduction

Les plaies thoraciques rentrent dans le cadre des traumatismes ouverts du thorax. Ce sont des lésions graves pouvant engager le pronostic vital. Ce sont des plaies provoquées par des armes blanches, des projectiles divers, parfois des cornes d'animaux. Elles se définissent comme des lésions intéressant la paroi et/ou le contenu viscéral du thorax. Leur évolution immédiate ou à terme peut mettre en jeu la fonction circulatoire et respiratoire et conduire rapidement à la mort. Le pronostic est

donc fonction du degré de gravité des lésions initiales et de la qualité de la prise en charge en urgence [1, 2].

Cas clinique

Monsieur N.P. 28 ans, sans antécédents particuliers, travaillant comme Agent de sécurité a reçu un coup de lance dans l'hémi-thorax gauche. Il a consulté successivement à deux centres de santé et à l'hôpital de district de KIRUNDO où il n'a reçu qu'un traitement antalgique.

Faute de prise en charge adéquate, il a été transféré au CHU Kamenge après 48 heures en ambulance. Il a été admis en chirurgie pour plaie pénétrante du thorax par lance. L'examen physique notait un patient conscient, coopérant, pâle, portant le fer d'une lance « plantée » dans la région sous-axillaire gauche (Image 1), se plaignant de douleurs et de difficulté respiratoire.



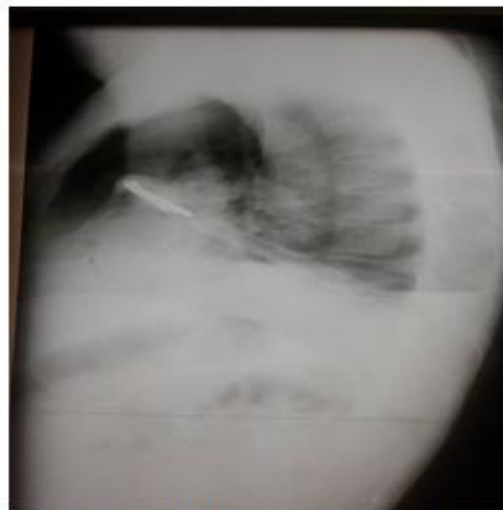
Image 1: Fer de lance plantée en sous axillaire gauche

L'état hémodynamique était stable mais présentait une asthénie. Les paramètres vitaux étaient : FR : 24 cycles/min, SpO₂ : 96% en air ambiant, Pouls : 110/min, PA : 135/84 mmHg, Température : 37,7 °C, poids : 77kg. Il présentait à travers l'orifice de pénétration du fer de lance un soufflement qui était en phase avec les mouvements respiratoires et les battements cardiaques. A l'inspection,

l'hémi-thorax gauche était presque immobile. L'auscultation notait une diminution du murmure vésiculaire tandis que la palpation notait un crépitement; signant un emphysème avec emphysème sous cutané. Le poumon droit était sans particularité et le reste de l'examen était normal. La radiographie du thorax notait un hémopneumothorax gauche et une opacité linéaire (fer de lance) atteignant le parenchyme du poumon gauche (Clichés 1&2) :



Cliché 1 : Cliché de face: opacité linéaire (fer de lance) et hémopneumothorax gauche



Cliché 2 : Cliché de profil: opacité en V renversé (crochets de fer de lance).

Une indication de thoracotomie gauche pour extraction de la lance et exploration pleuro-thoracique a été décidée.

Un abord de la cavité thoracique par prolongement du point de pénétration de la lance a été fait. Le bilan lésionnel était:

1. Une fracture unifocale et incomplète de la 4^e côte au passage de la lance
2. Embrochage par la lance du segment antéro-supérieur du lobe supérieur gauche
3. Plaie punctiforme du péricarde au bout de la lance sans atteinte cardiaque ni subluxation



Image 2 : Lance plantée dans segment antéro-supérieur du lobe supérieur gauche.

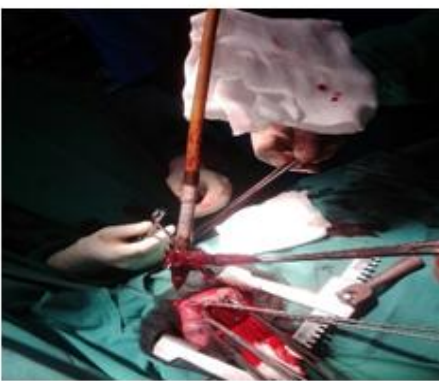


Image 3 : Lobectomie atypique enlevant en bloc la lance et une partie du parenchyme lobaire supérieur Gauche.



Image 4 : lance enlevée

La cavité pleurale contenait un hémithorax de moyenne abondance. Le segment lobaire embroché était ischémié. On notait de dépôts de fibrine, témoin de début de pleuro-pneumopathie par surinfection.

Après une résection lobaire atypique, nous avons procédé à l'aérostase par du prolène 4-0, suivies du lavage de la cavité thoracique au sérum physiologique, d'un drainage thoracique et de la fermeture de la paroi thoracique. Les suites post-opératoires ont été simples et la sortie a été autorisée au 7^{ème} jour post-opératoire chez un patient ayant été sous antalgiques et antibiotiques.

Discussion

Les plaies pénétrantes du thorax par arme blanche sont fréquentes [1, 2, 3, 4]. Les agents vulnérants fréquemment cités dans la littérature pour ces plaies thoraciques sont les couteaux, les coupe-coupe, les poignards, les tourne vis [1, 2, 5]. La lance est peu ordinaire. Il s'agit d'une arme blanche facile d'accès plus en milieu rural qu'urbain.

Anciennement utilisée au Burundi comme arme de chasse; elle est forgée localement de façon artisanale.

Ce type de traumatisme est rarement rapporté dans les pays développés. Toutefois quelques cas cliniques ont été rapportés en Afrique [1, 5, 6, 7, 8].

Le but de notre observation est de présenter les difficultés du diagnostic lésionnel et de traitement dans un pays à ressources limitées.

La plaie thoracique pénétrante par lance fait communiquer directement la cavité thoracique et le milieu extérieur par l'orifice de pénétration de celle-ci. Lequel orifice émet un soufflement en phase avec les mouvements respiratoires au passage de l'air [1, 5, 6]. Notre patient présentait ce tableau clinique de soufflement par l'orifice d'entrée. Selon les organes touchés, les malades peuvent présenter des détresses hémodynamiques et respiratoires heureusement absentes chez notre cas probablement par l'absence de lésion de tronc vasculaire et le fait que la partie métallique de la lance contenait toujours la plaie parenchymateuse pulmonaire avec moins de fuite aérique et moins de saignement, donc un hémopneumothorax encore toléré. Certains auteurs notent un tableau infectieux si la plaie thoracique pénétrante a été prise en charge tardivement, et cette infection a contribué fortement à la dégradation progressive de leurs malades [5, 6, 10]. Chez notre cas, il y avait, à l'exploration chirurgicale, des signes en faveur de début d'infection (début de médiastinite)

L'examen clinique doit être complet et rechercher d'éventuelles lésions abdominales, rachidiennes ou cervicales associées. Dans l'étude de Randriamananjara et al. [7] au CHU Ampefiloha de Madagascar, les plaies pénétrantes du thorax étaient beaucoup associées aux plaies abdominales. La radiographie standard dans ses incidences de face et de profil suffit pour le diagnostic. Elle permet d'évaluer le degré de pénétration de la

flèche et de déterminer l'anatomie de celle-ci. La tomographie précise mieux les lésions engendrées par ce traumatisme.

Les corps étrangers métalliques intra thoraciques sont radio-opaques et leur classification se fait selon divers facteurs tels que le nombre, la taille, la nature, l'emplacement exact dans le thorax ainsi que la lésion induite [9, 10]. Si l'orifice d'entrée est situé en dessous du 5^{ème} espace intercostal avec un syndrome d'irritation péritonéal, une échographie abdominale à la recherche d'hémopéritoine et/ou une radiographie d'abdomen sans préparation à la recherche de pneumopéritoine sont indiquées pour toute plaie pénétrante thoracique chez un patient stable. Si le patient est hémodynamiquement instable, une laparotomie exploratrice sans délai est bien indiquée dans cette situation.

Toute plaie pénétrante du thorax doit être explorée en milieu chirurgical après des mesures de conditionnement à base de réhydratation et d'antibioprophylaxie [5, 11, 12, 13].

Tous les auteurs concluent qu'une thoracotomie faite pour plaie pénétrante thoracique doit l'être dans un délai le plus court pour avoir un bon résultat post-opératoire [7, 11]. Le délai ne doit pas excéder les 30 minutes depuis l'accident [12, 14].

Ceci ne se conçoit que dans un environnement de prise en charge pré-hospitalière des blessés et une réanimation performante. Dans les pays à ressources limitées, le geste chirurgical est fait souvent avec retard. Entre autre causes de ce retard il faut noter: l'éloignement du lieu d'incident au centre de prise en charge spécialisée, l'accessibilité financière aux soins et l'absence d'une prise en charge pré hospitalière.

Pour notre malade, la thoracotomie gauche a été faite 48 heures après le traumatisme. Nous avons réalisé une résection atypique minimaliste emportant juste la zone en aval du fer de lance car dilacérée.

En effet, la règle pour le traitement des plaies du parenchyme pulmonaire est d'être le plus conservateur possible car l'importance de l'exérèse pulmonaire, en traumatologie, est un facteur indépendant de mortalité post-opératoire [15]. L'aérostase pulmonaire a été faite grâce aux points en X de prolène 4-0. Néanmoins, la meilleure indication est l'application d'endo-GIA [14, 15].

Une suture péricardique par un point simple au prolène 4-0. Un lavage de la cavité pleurale par du sérum physiologique suivi d'un drainage thoracique ont été fait. Ces gestes ont été décrits par d'autres auteurs en traumatologie thoracique [9, 13, 15].

La kinésithérapie respiratoire post-opératoire immédiate a été faite permettant de recouvrer une fonction respiratoire normale.

Conclusion

Les plaies pénétrantes du thorax par jet de lance sont très rares. Elles sont plus rencontrées en milieu rural dans les pays à ressources limitées. Les lésions intra-thoraciques secondaires à la perforation de la paroi par le fer de lance sont de gravité différente selon la région touchée et la forme de la flèche. Les lésions associées cervicales, rachidiennes et/ou abdominales seront en rapport avec la localisation. Il est déconseillé d'arracher la flèche. Le pronostic est amélioré par la rapidité et la qualité de la prise en charge médicale et chirurgicale. Dans les pays à ressources limitées cette prise en charge est souvent tardive.

*Correspondance

Jean Claude Mbonicura

mbonicurajc@gmail.com

Reçu: 1^{er} Jan, 2019; Accepté: 29 Jan, 2019; Publié: 16, Mars, 2019

¹Département de Chirurgie générale, CHU Kamenge de Burundi

²Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Kamenge, Burundi

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

- [1] Adegboye V.O., Lapido J.K., Brimmo I.A., Adebo A.O. – Penetrating chest injuries in civilian practices. *Afr. J. Med. Sci.* 2001; 30(4): 327-331.
- [2] Solofomalala G.D., Rakotorisoa A.J.C., Ravalisoa A., Nouria N., Randriamananjara N., Ranaivozanany A. – Particularités des traumatismes thoraciques à Antananarivo. *Médecine d'Afrique Noire* 2009 ; 56(4) : 207-212.
- [3] Sissokho B, conessa C, Petrognani R Endoscopie rigide et corps étrangers laryngo-trachéo-bronchique chez les enfants. A propos de 200 endoscopies réalisées en milieu tropical. *Med Trop* 1999 ; 61-7
- [4] Gôktas O, Snidero S et coll. Foreign body aspiration in children: field report of German hospital. *Pediatr Int* 2010 ; 52 : 100-3
- [5] Owono Etoundi et coll. Plaie Pénétrante Thoracique par Jet de Lance. *Health Sci.Dis: Vol 15 (4) October-November-December 2014. www.hsd-fmsb.org*
- [6] Yena S, Sanogo ZZ et al. Les traumatismes thoraciques à l'hôpital du point « G ». *Mali médical* 2006 ; 21 (1) : 43-48
- [7] Randriamananjara N., Ratovoson H., Ranaivozanany A. Plaies pénétrantes du thorax. Bilan de notre prise en charge en urgence. *Médecine d'Afrique Noire* 2001 ; 48 (6) : 270-273.
- [8] Ndiaye M., Dia A. et coll. Penetrating wounds of the chest. *Dakar Med.* 1990, 35 (2) : 145-147
- [9] S. Rabiou, Y. Ouadnoui et coll. Corps étranger métallique intra thoracique chez l'adulte. *J Fran Viet Pneu* 2015 ; 19 (19) : 1-xx CrossRef : <http://doi.dox:10.12699>
- [10] Yena S, Sanogo ZZ et al. Un cas de plaie pénétrante du thorax avec lésion du pédicule lobaire supérieur droit au mali. *J. Chir. Thorac. Cardio-vascul.* 2003 ; 3 : 172-174.
- [11] Brown SE, Gomez GA, Jacobson LE. Penetrating chest trauma should indications for emergency thoracotomy limited? Department of surgery. Indianapolis (USA). *Am. Surg.* 1996, 62 (7) 350-353.
- [12] Tentiller F, Duret A et al. Prise en charge des plaies pénétrantes du thorax. *Méd. Urg.* 1997 19 (2) : 77-79.
- [13] De Kerangal X et al. Plaies thoraciques, les gestes d'urgence. *Médecine et armées.* 2000 ; 28 (8) : 707-713.
- [14] FREEZAE, MEGZHEBE H. In ten minutes the golden period to perform emergency room thoracotomy in penetrating chest injuries. Howard University Hospital. Department of surgery. Washington (USA). *J. Cardio. Vasc. Surg.* 1999, 40 (1) : 147-5.
- [15] Avaro J.P et al. Le traumatisme thoracique grave aux urgences, stratégie de prise en charge initiale. Mise au point. *Réanimation* 15 (2006) 561-567.

Pour citer cet article:

Mbonicura Jean Claude, Niyondiko Jean Claude, Harakandi Stany, Bampoye Freddy, Nimubona Steve, Bazira Léodegal. Plaie pénétrante du thorax par lance : Difficultés diagnostiques et thérapeutiques; à propos d'un cas. *Jaccr Africa 2019; 3(1): 45-50.*