

LÉSIONS CERVICALES AU COURS DES TENTATIVES DE SUICIDE PAR ARME BLANCHE

DOUMBIA-SINGARE K.*, TIMBO S.K., DEMBELE AS**, TROARE L., GUINDO B., SOUMAORO S., KEITA M., AG MOHAMED A

RESUME

Introduction: Les lésions cervicales au cours des tentatives de suicide par arme sont rares. Les lésions engendrées sont variées. Les raisons sont diverses et très contextuelles. De par la structure anatomique du cou, le pronostic vital peut être rapidement mis en jeu.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques des lésions cervicales à travers 3 cas cliniques et de déterminer les facteurs qui ont contribué à la conduite suicidaire.

Observations : Il s'agissait de 3 hommes âgés de 35, 46 et 51ans. La lésion cervicale a été une plaie pénétrante dans les 3 cas ; elle était accompagnée par une hémorragie minime consécutive à une section de petits vaisseaux dans 2 cas. L'arme blanche utilisée a été le couteau.

L'exploration cervicale réalisée en urgence a permis de faire le bilan lésionnel et de traiter les lésions. Tous les patients ont subi une évaluation psychiatrique qui a conclu à un délire hallucinatoire dans un cas et à un syndrome dépressif dans 2 cas.

Il n'y a eu aucun décès.

Conclusion : Les lésions cervicales au cours des tentatives de suicide dans notre expérience étaient des plaies pénétrantes intéressant la zone II du cou. Des troubles psychiatriques étaient à l'origine de la conduite suicidaire. Ce qui montre la nécessité d'une étroite collaboration entre l'ORL, l'anesthésiste et le psychiatre lors de leur prise en charge.

Mots-clés : lésion cervicale- suicide- arme blanche- facteurs favorisants

ABSTRACT

CERVICAL STAB INJURIES DUE TO ATTEMPTS SUICIDE

Introduction: Cervical stab injuries due to suicide attempts are rare and various. The reasons of suicide attempts are also various and very contextual. Prognosis could be quickly fatal because of anatomical structure of the neck.

Objective: The aim of this work was to study the clinical aspects of cervical lesions through three clinical cases and to determine the factors that have contributed to suicidal behavior.

Observation: There were 3 men aged 35, 46 and 51 years. Cervical lesion was a penetrating wound in 3 cases; it was accompanied by a slight bleeding consecutive of section of small vessels in 2 cases. The knife was the white weapon which was used.

Cervical exploration carried out an emergency allow to assess the lesion assess and to treat the injuries. All patients underwent a psychiatric evaluation which found a hallucinatory delirium in a case and a depressive syndrome in 2 cases. There has been no death.

Conclusion: Cervical lesions in suicide attempts in our experience were penetrating wounds interesting the zone II of the neck. Mental disorders were the origin of suicidal behavior. This shows the need for close collaboration between ENT, anesthetist and psychiatric during the care of such patients.

Keywords: cervical lesion- suicide stabbing- predisposing factors

* Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako Mali.

** :CHU IOTA (Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique).

Auteur correspondant : Kadidiatou SINGARE épouse DOUMBIA service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré de Bamako. Tel : 00223 66730799. Mail : kadidia22000@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les lésions cervicales au cours des tentatives de suicide par arme blanche sont rares, ne représentant que 1,6 à 3% des tentatives de suicide (1, 2).

Elles sont graves en raison de la présence des structures vasculaires, nerveuses et aérodigestives. Les blessures de ces structures par arme blanche entraînent la plupart du temps des plaies franches qui peuvent être graves et engager le pronostic vital dans l'immédiat et ultérieurement le pronostic fonctionnel (3).

Les problèmes familiaux ou conjugaux, les maladies psychiatriques, la maladie chronique et la pauvreté sont des facteurs de déclenchement des tentatives de suicide (4, 5).

La prise en charge de ces blessures est pluridisciplinaire nécessitant la collaboration étroite de l'Oto-Rhino-Laryngologiste, de l'Anesthésiste et du Psy-

chiatre.

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques des lésions cervicales à travers 3 cas et de déterminer les facteurs qui ont contribué à la conduite suicidaire.

OBSERVATIONS

Cas n°1

Un cultivateur de 35 ans, marié, résidant à Koutiala (391 kilomètres de Bamako) a été admis le 10-08-2012 au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré pour une tentative de suicide à l'aide d'un couteau. L'accident était survenu la veille. Il avait été référé par le centre de santé de Koutiala, après, des soins locaux, un traitement à base d'amoxicilline, de diclofenac per os et, une prophylaxie antitétanique. Il avait des antécédents de dépression majeure traitée traditionnellement. Il n'y avait pas de notion d'intoxication alcoolique ni de prise de stupéfiant.

A l'examen clinique, la conscience, les constantes hémodynamiques et la température étaient normales. L'examen de la peau cervico-faciale objectivait une plaie antéro-cervicale sous hyoïdienne, horizontale, mesurant 5 centimètres, fermée par 4 points de sutures. La plaie était sèche et non infectée. Le reste de l'examen ORL était normal.

Une cervicotomie exploratrice avait été réalisée en urgence sous anesthésie générale. Après l'ablation des points de suture cutanée, on découvrait une plaie pénétrante sèche avec section des muscles sous-hyoïdiens et de la membrane crico-thyroïdienne. La plaie a été nettoyée à la povidone iodée dermique 10% diluée puis fermée sur drainage à l'aide d'une lame de Delbet.

Le patient a été mis sous paracétamol 1gx3/j pendant 5 jours et association amoxicilline-acide clavulanique 1gX3/j pendant 10 jours.

Un avis psychiatrique a été sollicité. Le diagnostic de délire hallucinatoire était retenu ; le suicide était dû à une souffrance psychique majeure. Un traitement, à base de Trihexyphenidyl 5mg/j, Chlorpromazine 25 mg/j, Haloperidol 10 mg/j, a été instauré.

Les suites ont été simples autorisant la sortie du patient à J10.

Cas n°2

Un chauffeur de 46 ans, marié, résidant à Bamako, a été admis le 22-03-2013, dans le service des urgences du CHU Gabriel Touré de Bamako, 2 heures après une tentative de suicide à l'aide d'un couteau. Il n'y a pas d'antécédent de trouble psychiatrique, ni de notion d'intoxication alcoolique ni de prise de stupéfiant.

L'examen clinique a révélé une obnubilation, une pâleur conjonctivale, une tension artérielle à 8/6 centi-

mètre de mercure.

L'examen de la peau cervico-faciale a trouvé une plaie horizontale, mesurant 4 centimètres de la région sous maxillaire droite avec franchissement du peaucier et dilacération de la glande sous maxillaire. La plaie était saignante.

Le taux d'hémoglobine était à 8g/dl.

La cervicotomie exploratrice a été réalisée en urgence sous anesthésie générale. Après élargissement de la plaie provoquée par l'agent vulnérant sur 1,5 centimètres, l'exploration a trouvé une section du pédicule facial, une lésion de la glande sous maxillaire droite, une section du ventre postérieur du digastrique. Après l'hémostase du pédicule facial, les plans musculaires puis cutanés ont été fermés par des points séparés.

Le patient a été transfusé de 2 unités de sang total iso groupe iso-résus. Il a reçu du paracétamol 1gx3/j pendant 5 jours et une association amoxicilline-acide clavulanique 1gX3/j pendant 10 jours.

L'examen psychiatrique a évoqué un syndrome dépressif lié aux difficultés financières pour subvenir aux besoins de la famille. Un traitement à base de Paroxétine 20mg/j et Prazepam 10mg/j a été instauré. Les suites ont été simples autorisant une sortie de l'hôpital au bout de 12 jours.

Cas n°3

Un commerçant de 51 ans, vivant en concubinage a été admis au service des urgences le 20-08-2013 pour une tentative de suicide à l'aide d'un couteau. L'accident est survenu à 4 heures du matin après une tentative d'homicide sur sa compagne. Il n'y avait pas de dyspnée ni de dysphagie.

Dans ses antécédents, il n'y avait pas de trouble psychiatrique ni d'intoxication alcoolique ni de prise de stupéfiant.

L'état général était satisfaisant, la conscience, la tension artérielle, les pouls étaient normaux.



Figure 1: incisions cervicales antérieures étagées à bords déchiquetés ; la plus large saignante mettant à nu les cartilages laryngés et les anneaux trachéaux (Cas n° 3)

L'examen de la peau cervico-faciale a trouvé au niveau de la région cervicale antérieure des plaies étagées. La première mesurait 5 cm ; elle était saignante à bords déchiquetés avec une perte de substance. La seconde située à 2 cm au-dessous de la précédente était sèche et mesurait 3 cm (figure 1). L'examen des autres appareils a trouvé une hydrocèle.

Une trachéotomie première a été réalisée le même jour suivie d'une laryngoscopie directe après intubation à travers l'orifice de trachéotomie. L'exploration laryngée n'a pas trouvé de lésion endolaryngée. La cervicotomie a constitué le 3ème temps de l'intervention ; elle a trouvé une section des muscles sous hyoïdiens mettant à nue le cartilage thyroïde et une section non franche de l'angle rentrant du cartilage thyroïde et de son 1/3 moyen (figure 2). Les plans cutanés et musculaires ont été fermés par des points séparés.



Figure 2 : Vue per opératoire montrant une section des muscles sous hyoïdiens mettant en nue le cartilage thyroïde, une section non franche de l'angle rentrant du cartilage thyroïde et de son 1/3 moyen. La sonde d'intubation était placée dans l'orifice de trachéotomie (Cas N°3).

La cure de l'hydrocèle a été réalisée après l'exploration cervicale par l'équipe de chirurgie générale.

L'évaluation psychiatrique a retenu le diagnostic de dépression due à l'impuissance sexuelle causée par l'hydrocèle. Le patient a été traité par Paroxétine 20mg/j et Prazepam 10mg/j. La trachéotomie a été fermée au bout de 3 jours. Les suites ont été simples autorisant la sortie à J18.

DISCUSSION

Les lésions cervicales rencontrées dans la présente étude sont des formes ouvertes avec franchissement du muscle peaucier du cou ou plaies pénétrantes cervicales.

Le couteau a été la seule arme blanche utilisée dans

ces 3 cas tout comme dans la série de Tall et al (6). Ceci s'explique par l'accessibilité facile du couteau dans le contexte Africain. L'utilisation d'autres méthodes de suicide comme les armes à feu, la pendaison ont été rapportées (7).

Dans la littérature les hommes commettent 2 à 3 fois plus de tentatives de suicide avec lésion cervicale que les femmes. Ils ont tendance à utiliser les méthodes plus violentes comme les armes blanches contre les femmes qui utilisent les médicaments (2, 8). Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le désir plus faible des femmes de mourir que des hommes et d'autre part par des considérations culturelles. Les hommes pourraient avoir plus de difficultés à admettre les problèmes qui indiquent leur faiblesse (8).

Les 3 observations concernaient un jeune et deux hommes adultes. Ce qui confirme que les tentatives de suicide sont fréquentes chez les jeunes et les hommes adultes (2, 8).

Chez tous les patients la lésion était située, comme décrit dans la littérature, au niveau de la zone II du cou (2,8). Cette zone qui s'étend du cartilage cricoïde à l'angle de la mandibule n'est pas protégée par les structures osseuses ; ce qui la rend vulnérable lors d'un traumatisme cervical (2,4, 9, 10).

Dans la présente étude, nous avons relevé chez le patient n°3, une section non franche du cartilage thyroïde et des lésions de petits vaisseaux du cou. D'autres lésions comme la fracture thyroïde, la rupture trachéale, des lésions de l'hypopharynx ou des gros vaisseaux (carotide interne et veine jugulaire interne), ont été rapportées (1, 2, 12).

Nous n'avons pas noté de mortalité. Ceci était dû à la prise en charge précoce et à la localisation de la lésion en zone II comme rapporté dans la littérature (1, 12).

La mortalité diminuerait lorsque l'exploration chirurgicale est réalisée précocement dans les 6 premières heures (10). Cependant, Nason et al (12) ont rapporté deux cas décès par hémorragie des gros vaisseaux du cou malgré une cervicotomie précoce. Pour Barrett et al (10), la mortalité par blessure vasculaire représente 50%.

Selon la littérature la cervicotomie est réalisée devant une hémorragie franche, un hématome pulsatile en expansion, une lésion des voies aériennes supérieures et une dyspnée (1,12).

Tous les malades ont bénéficié d'une évaluation psychiatrique débouchant sur la prise en charge des troubles psychiatriques. Certains auteurs ont montré un taux de récurrence plus élevé dans l'année suivant la tentative de suicide chez les patients qui n'avaient pas été évalués par une équipe de psychiatrie lors de leur premier passage aux urgences (17).

Les troubles psychiatriques observés chez ces 3 patients sont également décrits dans la littérature (4, 9,13). D'autres facteurs de risque tels que les antécédents psychiatriques, le chômage, les maladies

chroniques en particulier le cancer, le VIH ont été rapportés (14, 15).

Les conflits familiaux consécutifs à l'impuissance sexuelle ont été la cause de la dépression chez le patient n°3. L'abus de substances telles que l'alcool ou le stupéfiant est reconnu comme cause de conflits familiaux (16). Ceux-ci n'ont pas été retrouvés chez ces 3 patients.

CONCLUSION

Les lésions cervicales au cours des tentatives de suicide dans notre expérience étaient des plaies pénétrantes intéressant la zone II du cou. Des troubles psychiatriques étaient à l'origine de la conduite suicidaire. Ce qui montre la nécessité d'une étroite collaboration entre l'ORL, l'anesthésiste et le psychiatre lors de leur prise en charge.

REFERENCES

1- Kaya KH, Koç AK, Uzut M et al. Timely management of penetrating neck trauma: report of three cases. *J Emerg Trauma Shock* 2013; 6(4): 289–292.

2- Badger JM, Gregg SC, Adams CA. Non-fatal suicide attempt by intentional stab wound: Clinical management, psychiatric assessment, and multidisciplinary considerations. *J Emerg Trauma Shock* 2012; 5(3): 228–232.

3-Ménard M, Brasnu D. Traumatismes externes du larynx. EMC (Elsevier Masson Paris) Oto-Rhino-Laryngologie. 20-720-A-10, 2010, 17p.

4- Gilyoma JM, Hauli KU, Chalya PL. Cut throat injuries at a university teaching hospital in Northwestern Tanzania: a review of 98 cases. *BMC Emerg Med* 2014; 14: 1.

5-Dejong TM, Overholser JC. Apples to oranges? A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010; 124 (1-2): 90-97.

6-Tall A, Sy A, Diouf R et al. Notre expérience des traumatismes du cou en pratique civile: A propos de 45 cas. *Med Afr Noire* 2004 ; 51 (4) : 200-202.

7- Choi JW, Koo BS, Rha KS, Yoon YH. Complete laryngotracheal separation following attempted hanging. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2012; 5 (3): 117-180.

8-Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit* 2011; 17 (8): 65-70.

9-Vishwanatha B, Sagayaraj A, Huddar SG, Kumar P, Datta RK. Penetrating neck injuries. *Indian J Otolaryngol. Head Neck Surg* 2007; 59: 221-224.

10- Barrett G, Williams C, Thomas D. Delay presentation of a penetrating neck injury: Diagnostic and management difficulties with retained organic material. *JRSM Short Rep.*

2010 ; 1: 19.

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

12-Nason RW, Assuras GN, Gray PR, Lipschitz J, Burns CM. Penetrating neck injuries: analyzing of experience from Canadian trauma centre. *Can J Surg* 2001; 44 (2): 122-126.

13- Halayem S, Bouden A, Othman S et al. Profil du suicidant en population clinique: une expérience tunisienne. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 2010 ; 58 : 120-125.

14-Adoga AA, Ma'an ND, Embu HY, Obindo TJ. Management of suicidal cut throat injuries in a developing nation: three cases report. *Cases journal* 2010; 3: 65.

15- Kennedy JC, Huffman JC, Stern TA. Fear of medical illness: Differential diagnosis, workup, and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10 (5): 403-408

16- Salari S. Patterns of intima partner homicide suicide in later life: Strategies for prevention. *Clin Interv Aging* 2007; 2 (3): 441-452.

17- Mazet P, Benoit M, Archambeaud M et al. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Paris ANAES. 1998 ; 44p.