

NEUROTRAUMATISME PAR ROSTRE D'ESPADON
NEURO-TRAUMATISM BY A SWORDFISH ROSTRUM

**GAYE M¹, TRAORE C², THIAM AB², THIOUB M², ALIHONOU T², MUTOMB S¹, NDOYE ND², BA M.C², SAKHO Y¹,
 BADIANE S.B².**

¹ *Hopital Général Grand Yoff. Dakar / Sénégal*

² *Clinique neurochirurgicale de Fann BP 5035 Dakar-Fann*

Correspondance : Magatte Gaye, magou762003@yahoo.fr

RESUME

Nous rapportons deux cas de neuro-traumatisme par un objet insolite : le rostre d'espardon.

Il s'agit de deux patients âgés de 19 et 36 ans, sans antécédents pathologiques, qui ont été admis dans le service de neurochirurgie du CHUN de Fann. Le premier avait présenté une plaie pénétrante crânio-cérébrale négligée siégeant au niveau frontal gauche et le second des lombalgies invalidantes dans un contexte fébrile secondaire à une plaie pénétrante du rachis de niveau L4. Chez nos deux patients le traumatisme faisait suite à des coups et blessures avec un rostre d'espardon. Le bilan radiologique avait mis en évidence pour le premier un abcès cérébral de siège frontal avec présence d'un corps étranger intra cérébral et pour le second une fracture du pédicule gauche et du corps vertébral de L4. Nos deux patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

Mots clés : neuro-traumatisme – abcès – rostre d'espardon

ABSTRACT

We report two cases of neuro-traumatism by an unusual object: the swordfish rostrum.

Two patients 19 and 36 years old, with no history of pathology, were admitted to the Fann CHUN neurosurgery department. The first had a neglected cranio-cerebral penetrating wound in the left frontal area and the second had lower back pain in a febrile context secondary to a penetrating wound of the L4 spine. In both of our patients, the trauma was a result of assault by a swordfish rostrum. For the first patient, the radiological assessment revealed a cerebral abscess of frontal seat with presence of an intracerebral foreign body and for the second one, a fracture of the left pedicle and the vertebral body of L4. Both of our patients were treated surgically.

Key words: neuro-traumatism - abscess - swordfish rostrum

INTRODUCTION

La neuro-traumatologie connaît un regain d'intérêt dans le monde. Le plus souvent les causes les plus répandues restent les accidents de la voie publique et les chutes. Les traumatismes par arme blanche sont relativement rares dans notre pays. En milieu urbain du fait de la recrudescence de la violence nous assistons à de plus en plus à des cas de traumatisme par arme blanche. Nous rapportons deux cas de neuro traumatisme par rostre d'espardon.

Nos Observations

Cas N° 1 : Il s'agit d'un patient de 19 ans de sexe masculin sans antécédents particuliers qui avait consulté le 28 janvier 2011 pour des céphalées intenses sans notion de vomissements associées à une hyperthermie évoluant depuis 3jours et une plaie frontale gauche suite à une rixe survenue deux semaines auparavant. Il aurait été victime de coups et blessures par rostre d'espardon lors d'un combat de lutte traditionnelle. L'examen avait retrouvé une plaie bourgeonnante latéro-frontale gauche. Un scanner cérébral a été fait et a montré une plaie crânio cérébrale avec un corps étranger compliquée d'un abcès frontal gauche entouré d'un œdème péri lésionnel important [Figure 1]. Il a bénéficié d'une intervention chirurgicale avec extraction d'un bout de bec d'espardon [Figure 2] avec évacuation de l'abcès suivie d'un parage de la plaie crânio cérébrale et réparation des différents plans. Les suites opératoires sont simples. L'examen bactériologique n'a pas isolé de germe. Cependant une antibiothérapie probabiliste a été instituée associant la Ceftriaxone

à la dose de 2g/jour pendant 21 jours, la Métronidazole 500mg /jour pendant 10 jours et la Gentamicine 80mg /jour pendant 5 jours. L'évolution a été satisfaisante avec un recul d'un an sans notion de récurrence.

Cas N° 2 : Il s'agit d'un patient de 36 ans de sexe masculin sans antécédents particuliers connus, reçu le 12 Mars 2012 pour des lombalgies invalidantes évoluant dans un contexte fébrile. Il aurait été victime de coups et blessures par rostre d'espardon survenus 10 jours auparavant au décours d'un combat de lutte traditionnelle. L'examen clinique avait retrouvé une plaie para vertébrale lombaire mal cicatrisée et inflammatoire [Figure 3]. La radiographie du rachis dorsolombaire avait permis de voir un corps étranger pénétrant à hauteur du pédicule gauche de L4 [Figure 4 a et b]. Le scanner à rayon X lombosacré avait montré une fracture du corps de L4 [Figure 5]. Le patient a bénéficié d'une intervention chirurgicale qui a consisté en une extraction d'un bout de bec d'espardon suivi d'un nettoyage du foyer et une réparation des différents plans aponévrotique et cutané. L'examen bactériologique n'a pas isolé de germe. Il a aussi bénéficié d'un traitement antibiotique par l'association amoxicilline et acide clavulanique à la dose de 3g/ jour répartie en 3 prises durant une période de 15 jours associé à un traitement orthopédique par corset rigide.

L'évolution a été satisfaisante avec un recul d'un mois. Il a été perdu de vu par la suite.

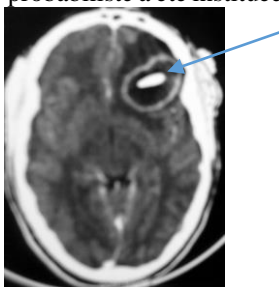


Figure 1 : Tomodensitométrie cérébrale en coupe axiale après injection de produit de contraste en fenêtre parenchymateuse montrant un abcès cérébrale frontale gauche avec un corps étranger in situ (flèche)



Figure 2 : Corps étranger extrait correspondant à un bout du rostre d'espardon



Figure 3 : Plaie para vertébrale lombaire mal cicatrisée et tuméfiée

DISCUSSION

Les plaies par arme blanche sont rares et représentent entre 5 et 13% de l'ensemble des traumatismes en France, 35% aux USA [1]. Le ratio plaies par arme à feu / plaies par arme blanche varie en fonction des pays. Au Sénégal il est de 1/4 [2]. La moyenne d'âge des victimes par arme blanche est comprise entre 20 et 35 ans avec une prédominance masculine nette : 1femme/15 hommes. Les neuro traumatismes par arme blanche sont encore plus rares et en pratique civile surviennent le plus souvent lors des rixes [3]. Dans nos deux cas les circonstances de survenue sont les mêmes à savoir lors d'une séance de lutte traditionnelle. Au Sénégal, il s'agit d'un sport populaire très répandu et très apprécié. Cependant ce type de manifestations s'accompagnent de beaucoup de violences entre camps rivaux. Des croyances ancestrales font que certains lutteurs ou leur entourage circulent avec un pec d'espadon comme arme pour se protéger.

Dans les traumatismes par arme blanche les lésions primaires sont localisées sur le trajet de la lame ou de l'objet pénétrant contrairement aux traumatismes balistiques. L'étendue des lésions dépend de la taille et au tranchant de l'agent pénétrant mais aussi de l'énergie déployée et des éléments anatomiques intéressés [4]. Dans nos deux cas, la violence de l'impact explique les fractures mais aussi la rupture de la pointe du rostre d'espadon. Les plaies pénétrantes posent le plus souvent des risques neurologiques, vasculaires ou infectieux. L'absence de troubles neurologiques ou vasculaires chez nos deux patients explique le retard de consultation en milieu spécialisé. Nos patients ont consulté en première instance dans des centres secondaires ce qui explique la

survenue des complications infectieuses. Les blessures par arme blanche entraînent rarement une dévitalisation et une nécrose des tissus. En revanche, l'infection peut survenir suite à la pénétration de bactéries exogènes. Dans les plaies cranio-cérébrales pénétrantes la source de contamination est représentée préférentiellement par la peau, plus que par le projectile lui-même [5]. Les principaux agents pathogènes incriminés sont les staphylocoques et les bacilles à Gram négatif de type entérobactéries [6]. Cependant la non ablation de l'objet pénétrant augmente le risque infectieux. Notre second patient n'a eu qu'une suppuration pariétale et risquait plus tôt une spondylodiscite vu le trajet du rostre d'espadon. L'ablation précoce du corps étranger associée à une antibio-prophylaxie aurait pu réduire considérablement le risque infectieux chez nos deux patients. Des études ont montré qu'une antibiothérapie systématique probabiliste dans les plaies cranio-cérébrales réduit considérablement le taux d'abcès cérébral [7]. Gerhardt et col [8] ont aussi montré l'importance de l'antibiothérapie et du rinçage précoce dans la prise en charge des plaies pénétrantes des tissus mous. Ils ont effectué une analyse rétrospective de 53 combattants présentant des blessures pénétrantes en Irak. Seul 7% de ceux qui avaient pris une antibio-prophylaxie ont développé des infections de la plaie contre 40% de ceux qui n'en avaient pas pris. L'incidence de l'infection était également nettement plus faible dans le groupe qui a reçu une irrigation dans le cadre des premiers soins.

La tomodensitométrie a permis de faire un bilan lésionnel correct et proposer la meilleure prise en charge.

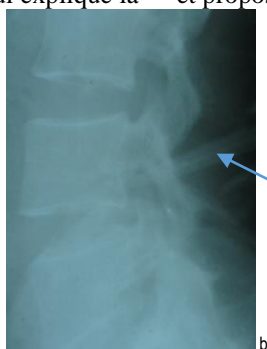
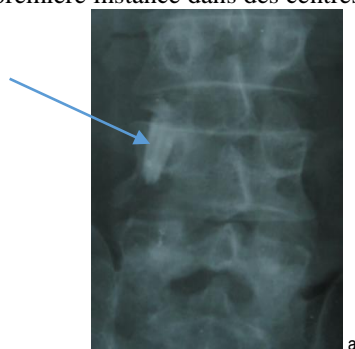


Figure 4 : Radiographie du rachis dorsolombaire incidences de face (a) et incidence de profil (b) montrant un corps étranger pénétrant à hauteur du pédicule de L4 (flèche)

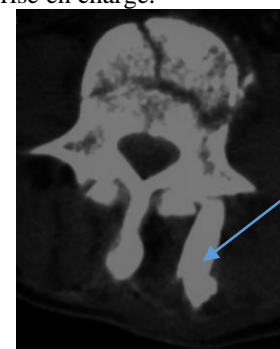


Figure 5 : Tomodensitométrie lombosacrée montrant une fracture du corps de L4 avec un corps étranger correspondant au rostre d'espadon (flèche)

CONCLUSION

Les neuro-traumatismes par arme blanche restent relativement rares et potentiellement graves. Ils posent un problème infectieux s'ils sont pris en charge tardivement. Dans notre pays les circonstances de survenue doivent pousser à une sensibilisation dans le milieu de la lutte traditionnelle.

REFERENCES

- 1/ Meyran D, Laforge V, Bar C, Le Dreff P. Prise en charge pré hospitalière des traumatismes pénétrants par agression. Réanoxyo, la revue du Club des Anesthésistes Réanimateurs et Urgentistes Militaires n° 18, Ganges, Édition Urgence Pratique Publications, avril 2006 : 4-5.
- 2/ Le Dantec P, Gaillard PE, N'diaye M, Niang B. Plaies par arme blanche, Expérience au sein d'un hôpital d'une capitale africaine. Réanoxyo, la revue du Club des Anesthésistes Réanimateurs et Urgentistes Militaires n° 18, Ganges, Édition Urgence Pratique Publications, avril 2006 : 6-7.

- 3/ Meel BL. Incidence and Patterns of Violent and/or Traumatic Deaths between 1993 and 1999 in the Transkei Region of South Africa. *J Trauma*, 2004, 57(1): 125-9.
- 4/ Pernot Ph, Rigal S, Ladagnous JF. Plaies Vertébro-Médullaires par Arme Blanche A propos d'un cas. *Rachis*, 1992, 4 (5): 293-298.
- 5/ Albanese J, Bourgoin A, Martin C. Prophylaxie et traitement des infections chez le sujet polytraumatisé. *Conférences d'actualisation 2002*; p. 621-40.
- 6/ Lane JCE, Mabvuure NT, Hindocha S, Khan W. Current Concepts of Prophylactic Antibiotics in Trauma: A Review. *The Open Orthopaedics Journal*, 2012, 6: 511-517
- 7/ Diop AA, Tine I, Hode L. Les plaies cranio-encéphaliques : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques à Dakar, *AJNS* 2011 30(1)
- 8/ Gerhardt RT, Matthews JM, Sullivan SG. The Effect of Systemic Antibiotic Prophylaxis and Wound Irrigation on Penetrating Combat Wounds in a Return-to-Duty Population. *Prehosp Emerg Care* 2009; 13(4): 500-4