Annales de l'Université Marien NGOUABI, 2016 ; 16 (1) : 12-18
Sciences de la Santé
ISSN : 1815 – 4433
www.annalesumng.org

TRACHEOTOMIE EN URGENCE A PROPOS DE 55 CAS : EXPERIENCE DU CHU DE BRAZZAVILLE

AKOLBOUT D[1], ITIERE ODZILI F A[1], NGOUONI CG[1], ONDZOTTO G[1], OTOUANA B[1], TALL A[2], DIOP E M[2]

1: Service ORL du CHU de Brazzaville.
2 : Service d'ORL du CHU de Fann (Dakar)

E-mail : aitiere@yahoo.fr

RESUME

Objectif : *La trachéotomie est une ouverture chirurgicale temporaire ou définitive de la trachée cervicale suivie de la mise en place d'une canule.*
Le but de cette étude était de déterminer la prévalence des trachéotomies en ORL au Centre Hospitalier universitaire de Brazzaville(CHUB), de recenser les indications et de décrire les suites opératoires observées.
Matériel et Méthode : *Il s'est agi d'une rétrospective transversale et descriptive. Nous avons exploité les dossiers d'observation clinique des patients, les registres d'hospitalisation et ceux du bloc opératoire Les patients ayant bénéficié d'une trachéotomie en urgence entre le 1er janvier 2005 et le 31 Décembre 2011 (soit 7 ans) ont été retenus pour cette étude.*
Résultats : *Au cours de cette période, 55 trachéotomies en ont été réalisées au service d'ORL du CHU de Brazzaville. Sa prévalence était de 6,13 %. Les sujets de tous âges ont constitué cette série dans les proportions suivantes : 33 adultes, soit 60 % de cas, et 22 enfants, soit 40 % de cas. La prédominance était masculine dans 56 %.*
Les indications étaient dominées par les cancers du larynx dans 41,81 % de cas, par dans la Papillomatose laryngée 21,81 % suivies de corps étrangers des VRI 18,18 % chez l'enfant.
La trachéotomie était faite sous anesthésie locale dans 91 % de cas.53 interventions soit 96 % ont été faites au bloc opératoire. Dans deux cas (soit 4 %), elle a été réalisée au lit du malade. Elle était sous isthmique dans 49 cas (89 %), sus isthmique dans quatre cas (7 %), transisthmique dans deux cas (4 %). L'ouverture de la trachée a été faite en « H » dans 42 cas (76 %), en « I » chez 13 patients (24 %).
Les suites opératoires ont été simples dans 83 % de cas. Elles étaient compliquées dans 16,36 %. Nous n'avons pas noté de décès dans notre série.
Conclusion : *Cette étude montre les conditions particulières de la pratique de l'ORL dans un pays sous médicalisé. La trachéotomie a été la seule alternative devant une dyspnée aigue. La relative simplicité de cet acte chirurgical devrait être porté à tout médecin exerçant dans un pays où le plateau technique est limité.*

Mots-clés : *trachéotomie, cancers, larynx, papillomatose laryngée, corps étranger.*

ABSTRACT

Objective*: Tracheotomy is a temporary or permanent surgical opening of the cervical trachea followed by of the insertion of a canula.*
The aim of this study was to estimate the frequency of tracheotomia at the University Hospital of Brazzaville, collate the different indications as well as data on the outcomes of surgery.
Patients and Methods*: We conducted a transversal and retrospective study that consisted of review of patient's records. We used records of clinical observation of the patients, the hospitalization records and those of the operating room having undergone an emergency tracheotomy between January 1, 2005 and December 31, 2011.*

***Results**: Findings: over the past seven years, 55 tracheotomia were done at the University Hospital of Brazzaville. The frequency of tracheotomia was 6.13 %. Patients from all ages were seen and 33 of them were adults representing 60 % of cases, the remaining 22 were children representing 40 % of the patients. Of the total number of cases seen, majority was male (56 %). The indications were dominated by cancers of Larynx (41, 81 %) in adults and (papillomatose laryngée) 21, 81 % followed by external agent VRI 18, 18 % in children. Surgical acts were done using local anesthesia in 91 % of the cases. Almost all surgical interventions were done in the theatre: 53(96 %) and the remaining in 4 % were done on the bed of patients. Tracheotomia was below isthmus in 49 cases (89 %) and above isthmus in 4 cases (7 %), trans-isthmus in 2 cases (4 %). The opening of trachea was done in « H » in 42 cases (76 %), in « I » in 13 patients (24 %). The outcome of surgery was simple in 83 % of cases. Complications were observed in 16, 36 % of the patients. No deaths were recorded.*

***Conclusion**: This study describes the conditions in which ORL patients are care of in a developing setting. Tracheotomia was the only alternative for patients with acute dyspnea in such setting. The relative simplicity of this surgical act calls for all physicians in this type of setting to learn it so as to be able to reduce the potential threat associated with acute dyspnea.*

***Key words**: Tracheotomia, cancers, larynx, laryngeal papillomatosis, foreign body.*

INTRODUCTION

La trachéotomie est une ouverture chirurgicale temporaire ou définitive de la trachée cervicale suivie de la mise en place d'une canule. L'éventail d'indications de la trachéotomie, qui dépend du contexte d'exercice [1-4] a en général évolué avec le développement de la chirurgie de la tête et du cou, et de la réanimation. Nous rapportons l'expérience du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville(CHUB)

L'absence d'étude consacré à cet effet , nous a conduit à mener cette étude dont le but était de déterminer la prévalence des trachéotomies en ORL au Centre Hospitalier universitaire de Brazzaville(CHUB), de recenser les indications et de décrire les suites opératoires observées.

MATERIELS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective et transversale couvrant la période 2005 à 2011 soit 7 ans. L'étude a été conduite dans le service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

Nous avons colligé 55 dossiers de patients, comportant une observation médicale, un compte rendu opératoire de trachéotomie en urgence. Les patients ayant bénéficié de trachéotomie en urgence et pour lesquels le compte rendu opératoire n'était pas disponible ont été exclus de cette étude. De même toutes les trachéotomies réalisées dans un contexte d'urgence différée n'ont pas été pris en compte dans ce travail. Les données épidémiologiques, étiologiques, les techniques opératoires et l'évolution ont été analysées.

RESULTATS

Épidémiologie:

La prévalence de la trachéotomie en urgence *:* 104 trachéotomies dont 55 en urgence ont été réalisées durant la période d'étude, soit 52,88 % des cas. Celles réalisées en urgence (55 cas) représentaient 6,13 % des 897 interventions chirurgicales réalisées durant la période considérée. La prévalence de la trachéotomie était de 11,59 sur l'ensemble des interventions pratiquées. 31 patients, soit 56 %, étaient de sexe masculin contre 24, de sexe féminin, soit 44 %. Le sex ratio était de 1,29. Parmi les 55 dossiers retenus, 33, soit 60 %, concernaient les adultes et 22 dossiers, soit 40 % étaient des enfants. La répartition des

patients selon les tranches d'âge est représentée dans **le tableau I.**

Les indications de la trachéotomie

La principale indication de la trachéotomie en urgence a été la dyspnée laryngée majeure stade 3, selon la classification de Chevalier Jackson. Elle a concerné 53 patients, soit 96 % des cas. La répartition des indications est représentée dans le **tableau II**. Nous soulignons deux indications particulières: la difficulté d'intubation pour une thyroïdectomie et l'accident vasculaire cérébral, avec respectivement 1 cas soit 2 % des indications.

Etiologies

Les causes de la dyspnée ont été dominées chez l'enfant par la papillomatose laryngée avec 12 cas, soit 21, 81 % et les corps étrangers des voies respiratoires inférieures(VRI) dans 10 cas, soit 18, 18 %. Chez l'adulte par contre, les tumeurs malignes pharyngo-laryngées ont occupé la première place des causes de dyspnée laryngée.

Considérations techniques:

Anesthésie: 49 patients soit 91 % ont bénéficié d'une trachéotomie sous anesthésie locale. Pour les 6 autres (9 %), l'intervention s'est faite sous anesthésie générale.

Lieu de l'intervention: Si la quasi-totalité des interventions notamment 53 soit96 %, ont été faites au bloc opératoire, dans 2 cas (4 %), la trachéotomie a été réalisée au lit du malade.

Abord et ouverture de la trachée: Par rapport à l'isthme thyroïdien, le siège de la trachéotomie était sous isthmique dans 49 cas (89 %), sus isthmique dans 4 cas (7 %), transisthmique dans 2 cas (4 %).

L'ouverture de la trachée a été faite en « H » dans 42 cas (76 %), en « I » chez 13 patients (24 %).

Evolution:

Les suites opératoires ont été simples chez 46 patients, soit 83 %. Chez 9 patients (16,36 %), certaines

Complications ont été enregistrées (**tableau III**). Nous n'avons pas noté de décès dans notre série.

DISCUSSION

La prévalence de la trachéotomie en urgence:

La trachéotomie est un geste courant en pratique ORL [1-3,6-9,12-14]. Elle est décrite et pratiquée depuis l'antiquité [2, 4, 6-8]. Dans notre service qui reçoit 7000 malades en moyenne à la consultation et où sont opérés 500 patients en moyenne par an. 7 trachéotomies en urgence sont annuellement exécutées. Itiere et collaborateurs [14] notent environ 8,4 trachéotomies par an sur une série de 84 trachéotomies colligées dans le même service du centre Hospitalier de Brazzaville.

Cette moyenne est retrouvée dans la plupart des séries [1- 3]. Elle l'est beaucoup moins dans les études entreprises dans les pays développés pour des raisons tenant à une plus importante médicalisation, une meilleure organisation des soins et au plateau technique satisfaisant [1,10-13]

Age et sexe des malades:

Nous avons observé dans notre étude une prédominance masculine. Cette prédominance a été rapportée par plusieurs auteurs [1, 4-5,14].

Cette prédominance est nette avec certaines étiologies comme la papillomatose laryngée et les corps étrangers des voies respiratoires inférieures(VRI) chez l'enfant [1,2, 4,5]. Chez l'adulte également dans les cancers du larynx, les hommes sont plus touchés que les femmes [1,5-7]

Indications de la trachéotomie:

L'insuffisance respiratoire aigue a été la première indication de trachéotomie en urgence dans notre série avec 51 cas soit 92,22 %. Cette constatation corrobore plusieurs études d'équipes exerçant dans les mêmes conditions que nous [6-9]. Il en est autrement pour l'exercice de l'ORL disposant d'une panoplie de moyens de lutte contre l'obstruction laryngée [1,2-14]. Dans nos pays cependant, la trachéotomie est souvent la seule alternative devant une dyspnée menaçant le pronostic vital dans l'immédiat.

Les étiologies de dyspnée laryngée aigue ont été dominées chez l'enfant par la papillomatose laryngée. Elle est suivie par des corps étrangers des voies respiratoires inférieures(VRI). Nous avons relevé 12 cas de papillomatose laryngée, soit 21,81 % des indications dans cette étude. C'est une affection de l'enfant, bénigne au plan histologique, mais dont l'évolution est émaillée de nombreuses récidives malgré le traitement.

Ces récidives exposent aux multiples séances d'épluchage. Du fait du retard à la consultation, l'importance de la dyspnée indique la pratique de la trachéotomie en urgence [1, 2, 6,7]. Cette intervention expose les petits malades aux difficultés de décanulation et à l'extension de la papillomatose. Ailleurs, le diagnostic précoce, le traitement au laser et l'auto immunisation permettent d'éviter la trachéotomie [1,8].

Concernant les étiologies de l'insuffisance respiratoire aigue chez l'enfant, les corps étrangers des voies respiratoires inferieures(VRI) méritent également une grande attention. Dans nos conditions d'exercice, la question suivante est posée: faut-il faire en urgence une laryngoscopie directe sous anesthésie générale et extraire aussitôt le corps étranger ou opter pour une trachéotomie temporaire?

Dans un pays où l'insuffisance du personnel qualifié est avérée, et où le matériel d'extraction n'est pas toujours adapté et disponible, il nous semble prudent d'assurer d'abord la liberté des voies respiratoires inferieurs par le biais de la trachéotomie. Une fois l'hématose rétablie et les conditions matérielles et anesthésiques réunies, l'extraction endoscopique peut être entreprise. Nous partageons cette attitude prônée par Diop [3] au Sénégal, Ouoba et collaborateurs au Burkina Faso[1].

Chez l'adulte cependant, les tumeurs malignes ont été la principale cause de dyspnée aigue. La trachéotomie en urgence était pratiquée pour des lésions très évoluées et classée T3, T4. De nombreux auteurs avaient déjà relevé cette indication [5, 7].

Aspects techniques de la trachéotomie

L'importance de la détresse respiratoire justifie l'usage de l'anesthésie locale dans les circonstances où, du fait du plateau humain et technique insuffisant, il n'est pas possible de recourir à l'anesthésie générale [1-4]. L'anesthésie générale cependant est utilisée dans les cas de chirurgie réglée. Elle est alors le premier temps opératoire de cet acte chirurgical.

L'incision cutanée: Nous l'avons utilisé dans 98 % de cas. Elle est l'option de plusieurs auteurs [1-6]. L'incision cutanée verticale a été proposée par certains auteurs. Elle permettrait de réaliser plus rapidement les autres temps opératoires [2].

L'abord trachéal sous isthmique a été le plus pratiqué dans notre série. L'accès rapide à la trachée dans ce contexte d'urgence, en est facilité chez les patients au cou long [1-3].

L'incision trachéale sus isthmique a été pratiquée dans 7 % de cas dans notre série. Dans les cancers évolués du larynx classés T3, T4. L'ouverture trachéale ainsi réalisée, facilite la confection du trachéostome au cours des laryngectomies [7].

L'abord transisthmique bien qu'étant en pratique plus long dans sa réalisation, donne une meilleure sécurité dans les suites opératoires à risque [1]. L'abord isthmique a été le plus utilisé(49) cas. Ce choix est assez partagé dans la littérature [2, 3 ,5] et lié à la rapidité d'accès à la trachée. Le type de fenestration trachéale est variable.

A cause du risque de section complète de la trachée ou d'une désinsertion trachéo œsophagienne lors des situations d'urgence, l'incision en «I» a été pratiquée chez tous les enfants de notre série. Cette même constatation a été faite par différents auteurs [1, 3- 5]

Une contrainte majeure de la trachéotomie est la disponibilité de la canule de trachéotomie.

Dans les conditions idéales, seules les canules complètes en argent ou en acrylique sont recommandées [1,4-7]. Dans notre cadre d'exercice, marqué par une insuffisance du matériel,

et la non disponibilité des canules, nous sommes amené à mettre en place des canules Incomplètes exposant les patients aux bouchons muqueux obstructifs [1- 5].

Les suites opératoires

Elles ont été en règle simples. Si bénéfique soit elle dans la stratégie de prise en charge des corps étrangers (CE) des voies aériennes inferieures(VRI), la trachéotomie n'est pas dénuée de morbidité, la trachéotomie est source d'une grande morbidité du fait de la texture anatomique de la trachée qui est très sensible au traumatisme endoscopique et à l'infection [5,10-14].

Mais la trachéotomie comporte une morbidité et une mortalité non négligeable. Il s'agit en effet d'un geste chirurgical dont il faut maitriser la technique, un plateau

technique minimal et une asepsie rigoureuse [1, 2].

CONCLUSION

Cette série de cas de trachéotomies réalisées dans la prise en charge des diverses pathologies illustre les conditions particulières d'exercice de l'oto-rhino-laryngologie dans un pays sous médicalisé. La trachéotomie a été la seule alternative devant une dyspnée laryngée. La relative simplicité de cet acte chirurgical et ses moindres exigences matérielles et humaines font de la trachéotomie un geste chirurgical qui devrait être connu de tout médecin exerçant dans un pays où le plateau technique est limité.

REFERENCES

1. **Ouoba K., Onadja N., Dao O M, Elola A., Gyebre Y., Ouedrago B., Ouedrago I.** Place de -la trachéotomie en pratique ORL au CHU de Ouagadougou: à propos de 82 trachéotomies.
Rev Afr Orl. 2004 ; 2(3) :104-111.

2. **Koffi Aka V., Kouassi A., Adjoua R P., De Meiederos E, Ehono E.** Trachéotomie en urgence: expérience du service d'ORL du CHU de Treichville(Abidjan). Med Afr Noire 2004 ; 51(6) :301-305.

3. **Diop E M., Tall A., Diouf R., Ndiaye I C., Diallo K.** Trachéotomie chez l'enfant porteur de
Corps étranger(CE) des voies respiratoires inférieures(VRI). Dakar médical. 1997 ; 42(2) :165-168.

4. **Diop E M., Tall A., Diouf R., Ndiaye I C.** corps étrangers laryngé: prise en charge chez L'enfant. Arch pédiatrie. 2000 ; 7 :10-15.

5. **Mvoumi O S., Ndock R., Ndjolo A., Bengono G.** Trachéotomie en urgence à l'hôpital général de Douala(Cameroun). Rev Afr Orl.2005; 1(3): 63-66.

6. **Keita M., Timbo S K., Togolo-Konipo F., Ntountkep N.,Traoré L., Ag Mohamed A.** Réflexion sur une série de 66 trachéotomies colligées en 10 ans à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Rev Afr Orl.2004 ; 1(2) :21-24.

7. **Diallo B K., Tchambet Tiako T., Diouf R., Tall A., Ndiaye I C., Diop E M.** Trachéotomie et laryngectomie au Chu de Dakar. Rev Afr Orl.2004 ; 1(2) :36-40.

8. **Mohamed A., AG, Timbo S K., Konipo-Togola F**. Papillomatose du larynx: réflexion à Propos de 6 cas récents. Med Afr Noire. 1996; 43(12): 630-632.

9. **Mignosin D., Sissoko J., Coulibaly I., Mbaye M., Monkou A., Coffi S., Bondurand A.,**
Haeffner G. Problèmes posés par la trachéotomie. Med Afr Noire. 2004 ; 37(4) : 170-
173.

10. **Quamousse Y., Filali K, Sédiki M., Boughalem M., Chafick A., Touati A., Ammar H.,Benariba F.** Complications de la trachéotomie chez les malades de réanimation. Mali Med.2009 ; 24(1) :51-54.

11. **Favarel H., Laguerre J., Conil J M., Rougé R., Bouchret A., Castagliola M**. Trachéotomie chez le grand brulé: 4 années d'expérience, Annals of MBC. 1194 ; (4) :12-14.

12. **Beduneau G., Bouchetelembl P., Muller A.** De la trachéotomie à la décanulation: quels sont les problèmes posés dans l'unité de sevrage? J.réaurg. 2006 ; 12(7) :42-48.

13. **Phillit F, Petitjean T, Guérin C.** Gestion de la trachéotomie chez les patients adultes sous assistance ventilatoire à domicile. Rev Mal Respir. 2004 ; 21 : 113-116.

14. **Itiere Odzili F A, Otiobanda F G, Ondzotto G**. La trachéotomie au Chu de Brazzaville. Rev.Afr.Chir.Spéc. 2013 ; 7(2) :11-14.

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	pourcentage
0-10 ans	21	38
11-20ans	1	2
21-30ans	3	5
31-40ans	5	9
41-50ans	2	4
51-60ans	7	13
61-70ans	11	20
71-80ans	5	9
Total	55	100%

Tableau II : Répartition des patients selon les indications et le sexe

Indications	masculin	féminin	effectif	pourcentage(%)
Tumeurs maligne du larynx	20	3	23	41,81%
Papillomatose laryngée	2	10	12	21,81%
Corps étranger des VRI	6	4	10	18,18%
Tumeurs bénigne du larynx	0	4	4	7,47%
Plaie du cou	2	0	2	3,63%
Tumeur oropharyngée	0	1	1	1,81%
Sténose trachéale	0	1	1	1,81%
AVC	1	0	1	1,81%
Goitre	0	1	1	1,81%
Total	31	24	55	100%

VRI : voies respiratoires inférieures / AVC : accident vasculaire cérébral

Tableau III : répartition des patients selon les complications

Complications	Effectif	pourcentage
Sans complication	46	83
Hémorragie veineuse	2	3,5
Infection péri orificielle	2	3,5
Emphysème sous cutané	1	2
Sténose trachéale	1	2

Bouchon muqueux	1	2
Malposition trachéale	1	2
Cicatrice rétractile	1	2
Total	55	100
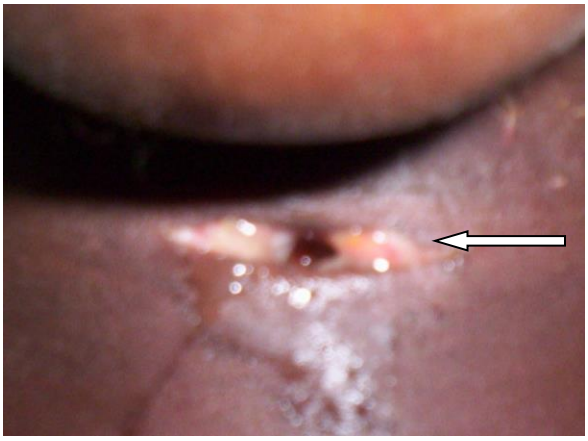
Figure 1 : orifice de trachéotomie après décanulation