
Evolution d'une pendaison incomplète sans séquelle neurologique : à propos d'un cas pris en charge à l'hôpital général de Yaoundé (Cameroun)

Evolution of a partial hanging without neurological sequella: about a case-report treated at the general hospital of Yaoundé (Cameroon)

Ntyam Mbongo'o I. V¹, Binam Bikoï C.E.T¹, Njall C², Binam F¹.

1. *Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1, Cameroun.*
2. *Médecin Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital Laquintinie de Douala, Chargé de Cours, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, Université de Douala, Cameroun.*

Auteur correspondant : Ntyam Mbongo'o I.V Email : ntyam_v@yahoo.com

Résumé

La pendaison est une pathologie accidentelle fréquente aux urgences psychiatriques. Nous avons admis un cas de pendaison incomplète au Service de Réanimation à l'Hôpital Général de Yaoundé en Novembre 2014. Il s'est agi d'une femme de 35 ans aux antécédents de dépression chronique non suivie, qui a effectué une tentative de suicide par pendaison incomplète. Elle a présenté des complications neurologiques avec l'anoxie cérébrale et des complications laryngologiques avec la laryngite aiguë post-traumatique. La prise en charge de ces complications, avec l'oxygénothérapie normobare à FiO₂ à 100% et la corticothérapie, a abouti à une évolution favorable. La prévention de la récurrence du suicide par un suivi psychiatrique régulier reste un traitement indispensable dans la prise en charge de cette patiente.

Mots clés : pendaison incomplète, complications, traitement, évolution

Summary

Hanging is an accidental pathology which is frequent at the psychiatric emergencies unit. We admitted a case of partial hanging in the Intensive Care Unit of the General Hospital of Yaoundé in November 2014. The case was a woman of 35 years old, who was suffering of untreated chronic depression and realized a suicidal attempt by partial hanging. She had presented neurological complications as cerebral anoxia and throat complications as acute traumatic laryngitis. The management of these complications with oxygenotherapy at FiO₂ 100% and corticoids had resulted in a good evolution. Otherwise, the prevention of a new suicidal attempt was the most important aspect in the management of this patient.

Key words: partial hanging, complications, treatment, evolution

Introduction

Les cas de tentatives de suicide sont fréquemment rencontrés aux urgences. Les prévalences les plus élevées sont enregistrées aux urgences psychiatriques comme le démontre une étude française réalisée au CHU de Caen au service des urgences psychiatriques. Dans cette étude qui portait sur une enquête prospective sur les tentatives de suicide, 1073 patients ont été reçus aux urgences pendant 6 mois, 52% étaient des suicidants, parmi lesquels 61,5% étaient de sexe féminin [1]. Les suicidants utilisent plusieurs moyens dont les moyens toxicologiques, les moyens traumatiques parmi lesquels la pendaison. La pendaison a été définie par Thoinot cité par Hennequin et al. comme « un acte de violence par lequel le corps pris par le cou dans un lien attaché à un point fixe et abandonné à son propre poids, exerce sur le lien une traction assez forte pour amener brusquement la perte de connaissance, l'arrêt des fonctions vitales et la mort » [2]. Dans une étude menée en 2008 par Keugoung et al. sur les suicides en zone rurale camerounaise, la pendaison avait été le mode de suicide utilisé par 17% des suicidés, et représentait ainsi le 2^{ème} mode d'autolyse après l'intoxication aux produits agricoles (76,6%) [3].

Ailleurs dans le monde, dans une étude multicentrique réalisée en Corée du Sud, au Japon, en Australie et aux Etats-Unis, les auteurs comparaient l'incidence du suicide et les méthodes utilisées en fonction du sexe. Il ressortait de cette étude que la pendaison était le mode de suicide le plus utilisé par les femmes en Corée du Sud [4]. Classiquement les tentatives de suicide par pendaison sont plutôt rares aux urgences : Ben Ghezala et al. dans une étude réalisée au Centre Médical d'Assistance Urgente de Tunis ont rapporté une prévalence de 1 à 1,6% de quasi-pendaison parmi tous les cas admis aux urgences; en effet 70% des sujets pendus décédaient avant l'arrivée des secours [5]. Les cas rattrapés par les sauveteurs présentaient des complications graves



Sillon cervical

- sur le plan respiratoire : une tachypnée à 26 cycles/minute, un battement des ailes du nez, un tirage intercostal, un stridor, des râles

d'ordre traumatique et anoxiques responsables d'une morbi-mortalité élevée : ainsi 15% de ces cas décédaient malgré les mesures de réanimation [5] et 15% survivaient avec des séquelles neurologiques [5].

Nous rapportons ici un cas clinique de prise en charge des complications d'une pendaison incomplète dont l'évolution a été favorable après les mesures de réanimation.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 35 ans, souffrant d'une dépression depuis 15 ans dont le suivi psychiatrique était irrégulier. Elle a été admise le 26 Novembre 2014 au Service d'Accueil et Urgences de l'Hôpital Général de Yaoundé pour altération de la conscience suite à une pendaison incomplète sur tentative de suicide.

La patiente a été découverte par sa nièce, suspendue à une corde par le cou et les orteils effleurant le sol, moins de cinq minutes après que cette dernière ait perçu un bruit inhabituel provenant du lieu de l'accident. Les membres de la famille appelés en urgence ont sectionné la corde et installé la victime sur le sol. La patiente a alors présenté les signes suivants : des convulsions tonico-cloniques généralisées de durée brève, et une altération de la conscience qui a motivé la famille à la transférer au moyen d'un taxi, immédiatement au service d'accueil et urgences de l'Hôpital Général de Yaoundé où elle a été reçue deux heures après sa tentative de suicide. Dans ses antécédents, la patiente avait commis 2 tentatives de suicide par immolation par le feu 10 ans plus tôt et 3 mois auparavant, et 2 autres tentatives de suicide par pendaison 9 jours et 4 jours respectivement avant la tentative actuelle. Elle avait avoué son projet de suicide à sa famille 24 heures avant le présent passage à l'acte. A l'admission au service des urgences, l'évaluation de la gravité effectuée immédiatement a révélé :

-sur le plan neurologique : un coma avec un score de Glasgow à 8/15, une mydriase bilatérale réactive à la lumière et un tonus musculaire normal. Une plaie cervicale circonférentielle (**Figure. 1**)

Figure 1 : Sillon cervical avec point de rencontre postérieur qui limitait la mise en place d'un collier cervical tel que recommandé pour tout cas de pendaison incomplète [2, 6]

d'encombrement bronchique, une SpO₂ à l'air ambiant de 90%.

-sur le plan cardiovasculaire : une tachycardie à 100 battements/minute, une pression artérielle non

invasive (PANI) normale à 120/80 mmHg et une pression artérielle moyenne (PAM) normale à 93 mmHg. La mise en condition a consisté en la libération des voies aériennes à l'aide d'une canule oropharyngée de Guédel N°3, l'oxygénothérapie aux lunettes nasales à 5l/min, la prise d'une voie veineuse périphérique 18 Gauge avec perfusion du sérum salé 0,9% et la pose d'une sonde urinaire N°16. La patiente a été placée en position latérale de sécurité en un bloc en respectant l'axe tête-cou-tronc puis en position proclive 20°. Elle a été scopée, et la surveillance des paramètres était basée sur l'évaluation toutes les 5 minutes du score de Glasgow, des pupilles, de la PANI, de la PAM, de l'électrocardiogramme (ECG), de la SpO2, la fréquence respiratoire (FR).

L'évolution aux urgences a été caractérisée par l'amélioration de la saturation sous oxygène après 5 minutes avec une SpO2 à 96%. Les autres signes physiques respiratoires, neurologiques et cardiovasculaires étaient restés stationnaires. Les examens morphologiques (le scanner cérébral et la radiographie du rachis cervical) ont pu être réalisés et la patiente a été transférée au service de réanimation.

Un examen clinique plus approfondi en réanimation a permis de noter les signes supplémentaires suivants :

- un sillon cervical (plaie cervicale circonférentielle) au-dessus du corps thyroïde avec point de rencontre postérieur, signe d'un nœud de pendaison probablement postérieur ;
- des conjonctives hyperhémées, des cicatrices de brûlure aux mains séquelles des tentatives de suicide précédentes.

La synthèse de l'examen clinique a donc révélé :

-Un tableau de strangulation incluant un sillon cervical (**Figure.1**), des conjonctives hyperhémées, une tachypnée avec stridor.

-Un syndrome de souffrance cérébrale avec des convulsions, un coma, une mydriase bilatérale réactive à la lumière.

Le diagnostic positif retenu a été celui d'un coma anoxique associé à une laryngite aiguë post-traumatique suite à une pendaison incomplète. Pour le diagnostic différentiel, une trachéite aiguë post-traumatique a été évoquée mais ce diagnostic a été réfuté sur la base de la présence du stridor et de l'emplacement sus-thyroïdien du sillon cervical.

Sur le plan paraclinique, le scanner cérébral a montré un œdème cérébral diffus avec disparition des citernes de la base, collapsus des ventricules latéraux et effacement des sillons corticaux ; la radiographie de profil du rachis cervical ne montrait pas de lésion traumatique osseuse. Une hyperleucocytose à 12 500 cellules/mm³ à prédominance neutrophile à

75% avec une anémie légère (Hémoglobine = 11,5 g/dl) étaient présents à la numération formule sanguine. L'électro-encéphalogramme, qui aurait permis de confirmer les lésions anoxiques cérébrales, n'était pas disponible.

-La laryngoscopie au miroir et la nasofibroscopie utiles pour la confirmation de la laryngite aiguë post-traumatique, n'étaient pas accessibles, cependant au cours de la laryngoscopie pour l'intubation, nous avons constaté une inflammation qui se limitait au niveau de l'épiglotte et des cordes vocales.

14 heures après l'acte de pendaison, il y a eu un épisode de convulsions tonico-cloniques généralisées traitées avec du Diazépam 10 mg.

La prise en charge en réanimation a consisté en :

-la sédation-analgésie 15 minutes après arrêt des convulsions avec à l'induction du Fentanyl 50µg et du Propofol 60 mg, puis intubation orotrachéale avec une sonde N° 5,5 et entretien de la sédation au Midazolam 2 mg/h (0,03 mg/Kg/h) et Fentanyl 50 µg/h (1 µg/Kg/h). La patiente a été mise sous ventilation mécanique en mode volumétrique contrôlé avec un volume courant à 8 ml/Kg et à une FiO2 de 100% à défaut de disposer tel que recommandé pour l'anoxie cérébrale d'une oxygénothérapie hyperbare [2].

La mise en condition a été ensuite complétée par l'installation de la patiente en proclive à 30°, la mise en place d'une sonde naso-gastrique, l'hydratation avec Sérum Salé 0,9% 2000 ml/24h (30 ml/Kg/24h) ; l'administration de Diazépam 10 mg en bolus en cas de convulsions; le traitement de l'inflammation laryngée avec la Méthylprednisolone 80 mg/12h; la prévention de l'ulcère de stress avec l'Oméprazole 40 mg/24h; la prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse par le port des bas de contention. La surveillance ci-dessus a été poursuivie toutes les 3 heures et évaluation de la sédation-analgésie par le score RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) toutes les 4 heures.

L'évolution de la patiente a été la suivante : à J1 d'hospitalisation, nous avons procédé au sevrage après 24 heures de sédation neurologique. Une amélioration a été constatée pour la SpO2 à 96% en ventilation spontanée et à l'air ambiant, ainsi que celle de la conscience avec un score de Glasgow qui était de 9/15 et survenue de la toux sur sonde d'intubation avec Head Lift test positif, ce qui a motivé son extubation 12 heures après arrêt de la sédation. Le stridor a persisté. Une alimentation entérale a été débutée après confirmation de la présence effective du transit intestinal.

A J3, les troubles de la conscience se sont amendés avec un score de Glasgow évalué à 13/15, mais

avec apparition de la dysphonie à la réponse verbale.

Entre J3 et J7, le score de Glasgow était resté stationnaire.

A J7, malgré l'amélioration du Glasgow estimée à 15/15, la patiente est restée mutique (refus de communiquer). La patiente présentait également : une fréquence respiratoire à 14 cycles/minute, une SpO₂ de 97% à l'air ambiant, une PANI normale de 120/67 mmHg, une fréquence cardiaque de 88 battements/minute. Le stridor et la dysphonie avaient disparu, mais le scanner cérébral de contrôle n'avait pu être fait à cause de son indigence. Le contrôle de la numération formule sanguine était revenu normal. Elle a été transférée dans le service de Psychiatrie où une dépression majeure a été diagnostiquée. Son traitement y était basé sur la thymorégulation pharmacologique et la psychothérapie. A J25, elle est sortie de la crise suicidaire et a repris le contact verbal et social. Sa sortie a été effective à J38 après régression de la dépression, sous thymorégulateur imipraminique (Clomipramine) avec rendez-vous un mois après.

Discussion

Le suicide par pendaison a été décrit par Keugoung et al comme étant le 2^{ème} mode d'autolyse en zone rurale camerounaise [3], et celui le plus utilisé par les femmes en Corée du Sud [4] selon Hee Ahn et al. Les suicidants sont majoritairement des femmes [1]. Les tentatives de suicide par pendaison quant à elles sont rares aux urgences car 70% des pendus décèdent sur les lieux de l'accident avant l'arrivée des secours [5]. Le décès est lié à deux mécanismes physiopathologiques : l'asphyxie par obstruction traumatique laryngée ou trachéale conduisant à l'anoxie cérébrale puis à l'œdème cérébral [2], et l'arrêt ventilatoire suite à l'élongation de la moelle cervicale ou à sa section suite à la fracture du rachis cervical [2]. Ben Ghezala et al. Démontrent que 30% des pendus restants sont retrouvés vivants, mais une moitié décède malgré les mesures de réanimation et l'autre moitié survit avec des séquelles neurologiques [5].

Dans notre observation, la patiente était âgée de 35 ans et correspondait au profil des suicidants ; en effet leur âge varie entre 15 ans et 35 ans [1, 7]. Elle a été découverte à la phase convulsive de la pendaison, moins de 5 minutes après perception du bruit de la précipitation de son corps dans le vide, ce qui correspond à une durée d'anoxie cérébrale de 5 minutes à 12 minutes [2]. A son arrivée aux urgences, deux heures après le passage à l'acte, elle

a présenté des complications de cette pendaison, qui étaient :

- neurologiques avec un coma (score de Glasgow = 8/15) anoxique associé à un diagnostic scannographique d'œdème cérébral diffus

- laryngologiques avec une laryngite aiguë post-traumatique confirmée à la laryngoscopie pour l'intubation trachéale.

Il s'agit des complications couramment décrites dans la littérature. Ces complications sont l'anoxie cérébrale confirmée à l'électro-encéphalogramme [9], le coma, l'œdème cérébral au scanner cérébral [2, 8], les troubles du rythme cardiaque [2, 8, 10] et des lésions variées du larynx allant de l'inflammation de celui-ci à sa fracture [11].

La patiente de notre observation n'a pas bénéficié d'une mise en condition pré-hospitalière tel que recommandé dans la prise en charge des cas de pendaison [2, 6]. Le traitement de ces lésions consiste en la ventilation mécanique pour le coma [2, 8], l'oxygénothérapie hyperbare ou normobare à une FiO₂ de 100% pour l'anoxie cérébrale [2, 8] et une corticothérapie pour lutter contre l'obstruction laryngée due à la laryngite [12]. La patiente a bénéficié de ces différents protocoles à l'exception de l'oxygénothérapie hyperbare, le service ne disposant pas de caisson hyperbare. Une survie est retrouvée chez 15% des quasi-pendaisons traitées sur la base des protocoles ci-dessus. Néanmoins les patients ayant survécu gardent généralement des séquelles neurologiques [5], contrairement à notre patiente dont l'évolution a été favorable avec la reprise totale de la conscience, la disparition des signes cliniques de laryngite et la normalisation de la fréquence cardiaque, probablement le fait de la découverte précoce de son accident (dans les 5 minutes suivant l'acte de pendaison) [2]. Après le traitement des détresses vitales, le second volet du traitement a consisté au suivi psychiatrique dans le service de psychiatrie. Notre patiente était à sa 5^{ème} tentative de suicide dont trois par pendaison et deux par immolation par le feu. Boiteux et al. recommandent une prise en charge psychiatrique après tentative de suicide dans le but d'en prévenir une nouvelle par pendaison ou par un autre moyen [13].

Conclusion : La prise en charge d'une victime de pendaison incomplète commence sur les lieux de l'accident. La précocité de la prise en charge, du diagnostic des complications et l'adéquation de leurs traitements conditionnent une évolution favorable. Une prise en charge psychiatrique permet de prévenir la survenue d'une nouvelle conduite suicidaire pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Références

1. **Chastang F, Rioux P, Dupont I, Kovess V, Zarifian E.** Enquête prospective sur les tentatives de suicide. *L'Encéphale*, 1997 ; 23 : 146-152
2. **Hennequin C, O'Byrne P.** Pendaison. *EMC Médecine d'Urgence* 2007, pp1-6
3. **Keugoung B, Tabah Kongnyuy E, Méli J, Criel B.** Profile of suicide in rural Cameroon: are health system doing enough? *Trop med intern health*. 2013; 18: 985-92
4. **Hee Ahn M, Park S, Ha K, Choi S H, Hong J P.** Gender ratio comparisons of the suicide rates and methods in Korea, Japan, Australia and the United States. *J Affect Disord*. 2012; 142: 161-65
5. **Ben Ghezala H, Kouraichi N, Brahmin, El Ghord H, Thabet H, Amamou M.** Quasi-pendaison aux urgences : expérience du Centre d'Assistance médicale urgente de Tunis. *Journal Européen des urgences*. 2008 ; 21 : S1, A156
6. **Salgues L, Martinez T, Pradeau, Thicoipé.** La pendaison : sa prise en charge en pré-hospitalier. *Urgences* 2011, pp 1135 -1140
7. **Atta K.** Analyse sous l'angle éthologique des tentatives de suicide chez l'adolescent Abidjanais. *European Scientific Journal*. 2013 ; 9 : 307-330
8. **Tazarourte K, Cesaréo E, Tourtier JP.** Pendaison. *Médecine d'Urgences* 2012 ; 3 : 11-16
9. **André-Obadia N, Souleau P, Chéliout-Hérait F, Convers P, Debs R, Eisermann M et al.** Recommandations françaises sur l'électro-encéphalogramme. *Neurophysiologie clinique* 2014 ; 44 : 515-612
10. **Champion S, Spagnoli V, Deye N, Mégarbane B, Baud F.** Anomalies cardiaques après tentative de pendaison : étude descriptive préliminaire. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*. 2013 ; 62 : 59-264
11. **Nikolic S, Zirkovic V, Babic D, Jukovic F, Atanasijevic T, Popovic V.** Hyoid-laryngeal fractures in hanging: where was the knot in the noose? *Med Sci Law* 2011; 51: 21-25
12. **Blanloeil Y, Le Teurnier, Demeure D.** Corticoïdes en anesthésie-réanimation. *Conférences d'actualisation d'Anesthésie-Réanimation* 1996, pp 399-420
13. **Boiteux C, Boillet V, Picard A.** Urgences psychiatriques. *Psychiatrie*. 2014 ; 11 : 1-8