

Type of the Paper (Article)

CELLULITE ET FISTULE CERVICALE SECONDAIRE A UN CORPS ETRANGER ANCIEN

Deradj Salah Eddine^{a,*}, Benyahia Samir^b, Allouche Loubna^c

^a Service ORL, CHU de Sétif.

^b Service ORL CHU Mustapha.

^c ORL libéral Sétif.

* Corresponding authors: salaheddinederadj@yahoo.fr. Tel: (213)663489375

Résumé

Les corps étrangers des parties molles cervicales constituent une situation clinique rare en pratique oto-rhino-laryngologique et en chirurgie cervico-faciale. Le diagnostic est le plus souvent immédiat, reposant sur un contexte traumatique évident et une symptomatologie aiguë. Les formes anciennes, passées inaperçues pendant plusieurs mois, sont exceptionnelles et peuvent se révéler par des complications infectieuses trompeuses. Nous rapportons l'observation d'un homme de 31 ans, incarcéré depuis deux ans, présentant une cellulite cervicale gauche récidivante compliquée secondairement d'une fistule cutanée. L'enquête étiologique initiale était négative et les traitements antibiotiques successifs n'apportaient qu'une amélioration transitoire. L'imagerie par échographie puis tomodensitométrie cervico-thoracique a permis de mettre en évidence un corps étranger linéaire de 61 mm de long, de type crayon, enclavé dans les parties molles cervicales depuis environ 18 mois. Une cervicotomie exploratrice a permis l'extraction complète du corps étranger sans complication vasculaire ou neurologique. L'évolution postopératoire était favorable. À travers cette observation, nous discutons les particularités diagnostiques, radiologiques et thérapeutiques des corps étrangers cervicaux anciens, ainsi que les difficultés de prise en charge dans un contexte socio-judiciaire particulier.

Mots-clés : cellulite cervicale, cervicotomie, corps étranger, fistule cutanée, infection profonde du cou.

Summary

Foreign bodies in the cervical soft tissues are rare and are usually diagnosed immediately after trauma. Delayed diagnosis is exceptional. We report a rare case of an 18-month-old cervical foreign body causing cervical cellulitis complicated by a cutaneous fistula. A 31-year-old incarcerated man presented with recurrent left cervical cellulitis with secondary fistulization. Imaging revealed a 61-mm pencil fragment crossing several cervical muscles and extending close to the pharyngeal constrictor muscles, while major vascular structures were preserved. Surgical removal was successfully performed after antibiotic therapy, with favorable postoperative outcomes. This case highlights the importance of considering a retained foreign body in unexplained cervical infections and reviews diagnostic and therapeutic aspects based on the literature.

Keywords: cervical cellulitis, Cervical infection, cervicotomy, cutaneous fistula, foreign bodie.

Citation: To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name Last name

Received: date : 06/09/2025

Revised: date: 24/09/2025

Accepted: date: 20/12/2025

Published: date: 03/01/2026

Copyright: © 2024 by the authors.

Submitted publication under the terms and conditions of the Creative Commons

1. Introduction :

Les infections cervicales profondes représentent un ensemble hétérogène de pathologies potentiellement graves, en raison de la richesse anatomique du cou et de la proximité de structures vitales telles que les axes vasculo-nerveux, les voies aériennes et le médiastin [1–4]. Parmi les causes identifiées, les corps étrangers des parties molles cervicales restent rares, représentant une situation diagnostique inhabituelle en dehors du contexte traumatique aigu [5].

Dans la majorité des cas, la présence d'un corps étranger cervical est rapidement

identifiée, soit par l'interrogatoire, soit par l'examen clinique ou l'imagerie [6]. Cependant, certains corps étrangers peuvent rester longtemps asymptomatiques ou n'entraîner que des manifestations frustes, retardant ainsi le diagnostic [7,8]. Ces formes anciennes exposent à des complications infectieuses chroniques telles que les cellulites récidivantes, les abcès profonds ou les fistules cutanées [9].

Nous rapportons un cas exceptionnel de corps étranger cervical ancien, passé inaperçu pendant 18 mois, révélé par une cellulite cervicale fistulisée, afin de souligner l'importance d'évoquer cette étiologie devant toute infection cervicale atypique ou résistante au traitement médical.

2. Observation clinique

Il s'agit d'un patient de sexe masculin, âgé de 31 ans, incarcéré depuis deux ans, consultant pour une tuméfaction cervicale gauche douloureuse évoluant depuis plusieurs semaines. Le tableau initial était celui d'une cellulite cervicale sans signe de collection, associée à une douleur locale et à une gêne fonctionnelle modérée, tableau classiquement décrit dans les infections cervicales profondes [1,2].

L'interrogatoire initial ne retrouvait ni notion d'infection ORL récente, ni traumatisme cervical récent, ni notion de pénétration de corps étranger. Le patient avait bénéficié de deux cures successives d'antibiothérapie probabiliste, avec une amélioration partielle et transitoire, situation rapportée dans les infections cervicales d'origine inhabituelle [10].

Secondairement, une fistulisation cutanée est apparue au niveau de la région latérocervicale gauche. L'examen clinique retrouvait une tuméfaction inflammatoire latérocervicale gauche, douloureuse à la palpation, associée à un orifice fistuleux cutané avec écoulement séro-purulent, sans signe de détresse respiratoire ni de déficit neurologique. L'état général était conservé, comme décrit dans certaines formes chroniques liées aux corps étrangers cervicaux [11].

L'échographie cervicale mettait en évidence des signes de cellulite cervicale fistulisée, centrés par une image hyperéchogène linéaire évoquant un corps étranger, examen reconnu utile pour la détection des corps étrangers radio-transparents [6,12].

La tomodensitométrie cervicale confirmait la présence d'un corps étranger de type crayon, traversant le muscle sterno-cléido-mastoïdien et les muscles scalènes, avec un trajet rétro-jugulo-carotidien sans atteinte vasculaire identifiable, et des signes de cellulite intéressant les espaces carotidien, para-pharyngé et pré-vertébral, sans collection patente. La TDM est considérée comme l'examen de référence dans ce contexte [6,13].

Après un traitement antibiotique adapté visant à contrôler l'infection locale [14], une cervicotomie exploratrice a permis l'extraction complète du corps étranger sans complication peropératoire. Les suites opératoires étaient simples, avec une évolution favorable, comme rapporté dans la majorité des cas après extraction complète [15]. Le patient a souhaité réintégrer la prison collective dès le deuxième jour postopératoire. Le suivi clinique à un mois et trois mois montrait une cicatrisation satisfaisante, sans récurrence de la fistule ni des signes infectieux.



Figure 1. Extraction du corps étranger (crayon) après cervicotomie.



Figure 2. Le corps étranger (crayon) après extraction.

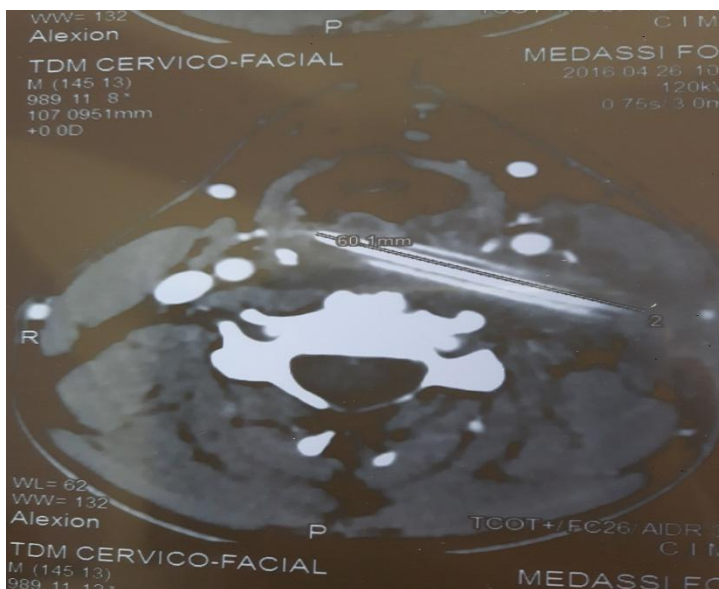


Figure 3. Image TDM en coupe axiale montrant les rapports vasculo-nerveux du corps étranger (crayon).

3. Discussion

Les corps étrangers des parties molles cervicales constituent une entité rare mais potentiellement grave en raison de la complexité anatomique du cou [5,13]. La majorité des cas décrits concernent des traumatismes pénétrants récents, rapidement identifiés [16]. L'originalité de notre observation réside dans le délai diagnostique exceptionnel (18 mois), l'absence de notion initiale de traumatisme et la révélation tardive sous forme de cellulite cervicale fistulisée, situation rarement rapportée [9,17].

1. Aspects épidémiologiques et étiologiques :

Les corps étrangers cervicaux surviennent préférentiellement chez l'enfant ou chez l'adulte dans un contexte de traumatisme violent, d'automutilation ou d'agression [5,16]. Les objets décrits sont variés : fragments métalliques, éclats de bois, verre, os ou matériaux plastiques. Les matériaux organiques ou composites, tels que le bois ou certains plastiques, sont associés à un risque infectieux élevé et à des difficultés diagnostiques [18]. Dans notre cas, il s'agissait d'un objet inhabituel (morceau de crayon) introduit lors d'une rixe il y'a 18 mois en milieu carcéral. Le contexte socio-judiciaire a probablement contribué au retard diagnostique, en raison d'un interrogatoire initial peu contributif, d'une minimisation des symptômes par le patient et d'une difficulté d'adhésion à la réalité du diagnostic.

2. Physiopathologie et mécanismes évolutifs :

Un corps étranger peut rester longtemps asymptomatique lorsqu'il n'entraîne pas de lésion immédiate d'une structure vitale [7]. Une réaction inflammatoire chronique et une fibrose d'enclavement peuvent se développer, avec surinfection secondaire tardive [9]. La fistulisation cutanée constitue un mode évolutif rare mais évocateur d'un processus infectieux chronique persistant [11]. La fistulisation cutanée observée dans notre cas traduit un processus chronique ancien. Elle correspond à un mécanisme de drainage spontané vers la peau, souvent observé lorsque l'organisme tente d'éliminer un foyer infectieux persistant. Cette évolution est inhabituelle dans les cellulites cervicales classiques et doit alerter le clinicien sur une cause sous-jacente non identifiée.

3. Apport de l'imagerie :

L'imagerie joue un rôle déterminant dans le diagnostic des corps étrangers cervicaux anciens. L'échographie, bien que dépendante de l'opérateur, constitue un excellent examen de première intention pour les lésions superficielles et permet parfois d'identifier des corps étrangers radio-transparents [6,12]. La tomodensitométrie est cependant l'examen clé. Elle permet non seulement de confirmer la présence du corps étranger, mais aussi de préciser son trajet, sa nature supposée, ses rapports avec les structures vasculaires et viscérales, ainsi que l'extension de l'infection aux différents espaces cervicaux pour une meilleure planification de l'acte chirurgical [6,13]. Dans notre observation, la TDM a mis en évidence le passage du corps étranger en arrière de l'axe jugulo-carotidien, sans atteinte vasculaire. L'IRM peut être discutée dans certains cas complexes, notamment pour l'étude des tissus mous, mais elle reste limitée par le risque de déplacement des corps étrangers métalliques et par sa moindre disponibilité en situation d'urgence [18].

4. Prise en charge thérapeutique :

Le traitement repose sur deux principes fondamentaux : le contrôle de l'infection et l'extraction complète du corps étranger [14,15]. Une antibiothérapie probabiliste est indispensable en phase aiguë afin de limiter le risque de dissémination locorégionale ou médiastinale. La chirurgie doit être soigneusement planifiée à partir des données radiologiques. La voie d'abord cervicale externe est le plus souvent privilégiée pour les corps étrangers profonds, permettant une dissection progressive et sécurisée des structures anatomiques [16]. Dans notre cas, l'extraction a été facilitée par l'absence d'adhérences majeures et par le respect de l'axe vasculaire. Le moment de l'intervention doit être discuté au cas par cas. Certains auteurs recommandent une extraction en urgence, tandis que d'autres préconisent un délai après refroidissement infectieux, comme cela a été fait chez notre patient [15].

5. Complications et pronostic :

Les complications liées aux corps étrangers cervicaux anciens peuvent être sévères : abcès profonds, médiastinite descendante, thrombophlébite de la veine jugulaire interne, hémorragie par érosion vasculaire ou atteinte neurologique [19,20]. Leur prévention repose sur un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée. Le pronostic est généralement favorable après extraction complète du corps étranger, à condition qu'aucune complication majeure ne soit survenue. Dans notre observation, l'évolution a été simple, avec une cicatrisation complète et l'absence de récurrence de la fistule cervicale à moyen terme.

6- Intérêt clinique :

Cette observation rappelle qu'un corps étranger cervical doit toujours être évoqué devant une cellulite cervicale atypique, récidivante ou fistulisée, en particulier en l'absence de foyer ORL évident [5,9]. Il rappelle également la nécessité d'un interrogatoire approfondi et répété, parfois orienté, surtout dans des contextes particuliers tels que le milieu carcéral.

Conclusion

Les corps étrangers anciens des parties molles cervicales sont rares mais doivent être connus, car ils peuvent se manifester tardivement par des complications infectieuses trompeuses. La présence d'une cellulite cervicale sans cause évidente, notamment lorsqu'elle est récidivante ou fistulisée, doit faire évoquer cette étiologie. L'imagerie, en particulier la tomodensitométrie, est indispensable au diagnostic et à la planification thérapeutique. L'extraction chirurgicale permet généralement une évolution favorable.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références bibliographiques

-
- [01] Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Huang KJ. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck*. 2003;25(10):854–860.
- [02] Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 133 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;131(6):854–860.
- [03] Vieira F, Allen SM, Stocks RM, Thompson JW. Deep neck infection. *Otolaryngol Clin North Am*. 2008;41(3):459–483.
- [04] Eftekharian A, Roozbahany NA, Vaezeafshar R, Narimani N. Deep neck infections: a review of 112 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2009;266(2):273–277.
- [05] Lee YQ, Kanagalingam J. Retained foreign bodies in the neck. *J Laryngol Otol*. 2010;124(7):789–792.
- [06] Ginsberg LE. Imaging of foreign bodies in the head and neck. *Radiographics*. 2012;32(4):E129–E144.
- [07] Brook I. Microbiology and management of deep facial infections. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(4):453–459.
- [08] Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Montesco MC, Vaglia A. Deep neck infections: a constant challenge. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2006;68(5):259–265.
- [09] Marioni G, Rinaldi R, Staffieri C, et al. Deep neck infection with cervical fistula. *Acta Otolaryngol*. 2006;126(7):754–757.
- [10] Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, Staffieri A. Deep neck infections: a present-day complication. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2003;260(10):576–579.
- [11] Becker M, Zbären P, Hermans R, et al. Imaging of infections in the head and neck. *Eur Radiol*. 2005;15(8):1605–1618.
- [12] Curtin HD. Head and neck imaging of foreign bodies. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1997;18(3):477–481.
- [13] Osborn TM. Foreign bodies in the neck. *Emerg Med Clin North Am*. 2007;25(4):1037–1051.
- [14] Ridder GJ, Technau-Ihling K, Sander A, Boedeker CC. Management of deep neck infections. *Laryngoscope*. 2005;115(9):1610–1616.
- [15] Lalakea ML, Messner AH. Deep neck infections in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;120(6):775–779.
- [16] Plaza Mayor G, Martínez-San Millán J, Martínez-Vidal A. Cervical foreign bodies: diagnosis and management. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007;58(1):35–39.
- [17] Daramola OO, Flanagan CE, Maisel RH, Odland RM. Delayed presentation of neck foreign body. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(12):1824–1826.
- [18] Liu Y, Zhang X, Li J. Imaging pitfalls of wooden foreign bodies. *Insights Imaging*. 2022;13(1):45.
- [19] Wong DK, Brown C, Mills N, Spielmann P. Complications of retained foreign bodies. *Clin Otolaryngol*. 2015;40(3):247–252.
- [20] Rahman N, Islam S, Rahman M. Delayed complications of penetrating neck injury. *Trauma Case Rep*. 2022;38:100610.