

## Cellulite du cou d'étiologie inhabituelle

George Rakovich MD MA(Ed), Bartosz Adamowicz MD, Alexandre Dugas MD

■ Citation : *CMAJ* 2023 November 6;195:E1482. doi : 10.1503/cmaj.230822-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230822](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230822)

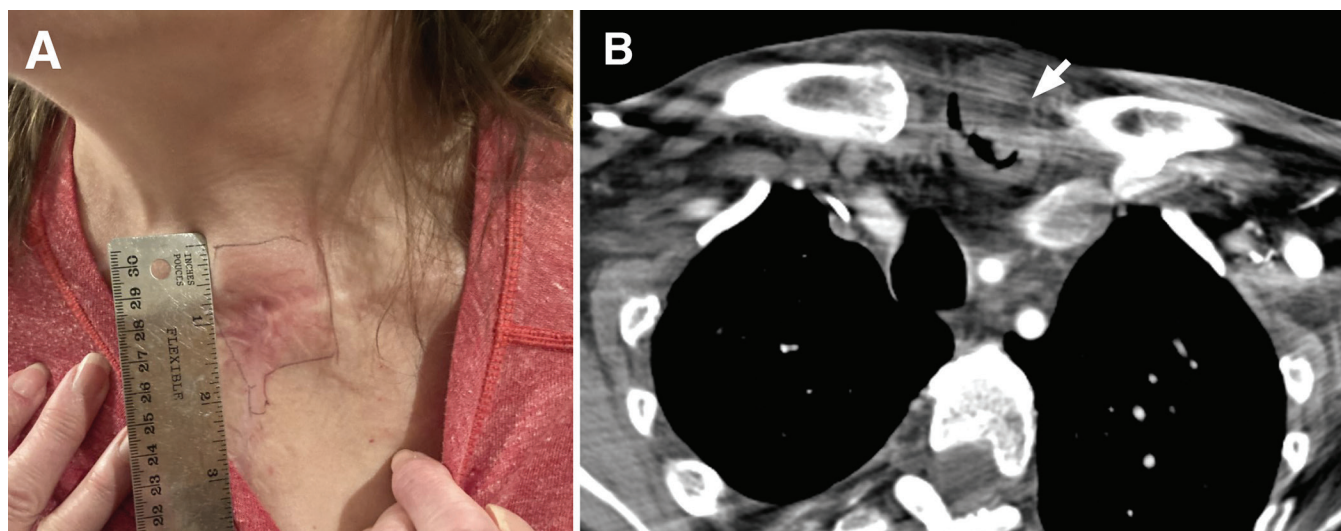


Figure 1 : (A) Cellulite du cou issue d'une diverticulite du côlon chez une femme de 55 ans ayant subi une reconstruction d'une atrésie œsophagienne avec un segment de côlon. (B) Tomodensitométrie par contraste montrant des résultats typiques de la diverticulite, dont un faux diverticule rempli de liquide (flèche), un épaississement de la paroi du côlon, des stries dans les tissus adipeux sous-cutanés et un œdème.

Une femme de 55 ans a été hospitalisée après s'être présentée à l'urgence avec un érythème et une enflure modérée, ainsi qu'une sensibilité au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche (figure 1A), qui étaient apparus 3 jours plus tôt. Elle était afebrile et avait des signes vitaux normaux. Sa leucocytémie était normale, et son taux de protéine C réactive était de 46,5 (plage normale < 5,0) mg/L.

La patiente a mentionné une dysphagie qui durait depuis quelques jours et avait des antécédents d'atrésie œsophagienne qui avait été prise en charge lorsqu'elle avait 2 ans par l'interposition d'une section de côlon entre l'œsophage cervical et l'estomac. Elle a aussi subi une réparation de cardiopathie congénitale non précisée par sternotomie médiane et, plus récemment, elle a subi une arthroplastie de l'épaule gauche en raison d'une maladie dégénérative de l'articulation de l'épaule.

Vu la proximité du matériel prosthétique et les opérations précédentes dans la région de l'érythème, nous avons craint une infection profonde s'étendant à la peau. Une tomographie par ordinateur du cou a révélé une enflure des tissus mous, un épaississement de la paroi du tube digestif et une poche œdémateuse remplie de

liquide sur le tube digestif (figure 1B). La poche avait déjà été détectée sur un tomogramme 2 ans plus tôt, et laissait alors penser à un faux diverticule non compliqué du côlon. Une endoscopie a montré un léger rétrécissement inflammatoire de l'anastomose œsophagocolique, et un creux dans la paroi du côlon, juste en dessous. Nous avons diagnostiqué une diverticulite du côlon.

La patiente avait commencé un traitement intraveineux empirique à la pipéracilline-tazobactam (3,375 g toutes les 6 h) au moment de l'admission, que nous avons continué pendant 8 jours après le diagnostic. La patiente était asymptomatique lors d'un suivi ambulatoire 1 mois plus tard.

Puisque le côlon maintient son identité histologique même s'il est transposé dans une autre région anatomique, il demeure vulnérable aux processus pathologiques qui le touchent normalement, dont le cancer et la diverticulose<sup>1,2</sup>. Au fil du temps, un côlon transposé peut venir à développer une redondance intrathoracique, ainsi que des problèmes de motilité et d'évacuation, ce qui peut contribuer à l'apparition de diverticules de pulsion<sup>3</sup>. Le risque de récurrence de la diverticulite dans un côlon transposé n'est pas connu.

## Références

1. Sterpetti AV, Sapienza P. Adenocarcinoma in the transposed colon: High grade active inflammation versus low grade chronic inflammation. *Eur J Surg Oncol* 2019;45:1536-41.
2. Punwani VV, Ong E, Hii MW. Cervical diverticulitis: a novel complication of a neonatal colonic interposition graft following oesophagectomy. *BMJ Case Rep* 2015;2015:bcr2015211711.
3. Dantas RO, Mamede RC. Motility of the transverse colon used for esophageal replacement. *J Clin Gastroenterol* 2002;34:225-8.

**Intérêts concurrents :** George Rakovich déclare avoir reçu du financement de l'Institut TransMedTech. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

**Affiliations :** Sections de chirurgie thoracique (Rakovich) et de gastro-entérologie (Adamowicz); Département de radiologie (Dugas), Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Université de Montréal, Montréal, Qc.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Dédicace :** Les auteurs aimeraient dédier cet article à la mémoire du Dr Serge Dubé (1950–2023), professeur de chirurgie, mentor et inspiration pour des générations d'étudiants en médecine et de résidents.

**Correspondance :** George Rakovich, [George.rakovich@umontreal.ca](mailto:George.rakovich@umontreal.ca)

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.