

LES FISTULES PHARYNGO - CUTANÉES

MISE AU POINT PRATIQUE

AUTEUR

PR LAZRAK Abdennasser

MAIL

lazabdennasser3@gmail.com

ADRESSE PROFESSIONNELLE

3, avenue Moulay ismaïl

10020 Hassan - Rabat

DATE DE PUBLICATION ELECTRONIQUE

Juillet 2021

INTRODUCTION

Les fistules pharyngo – cutanées ou pharyngées externes sont décrites dans la littérature médicale depuis la pratique courante de la laryngectomie totale dans les tumeurs malignes évoluées du larynx ou du pharyngo - larynx.

Certes, leur fréquence n'a fait que baisser depuis au moins une quarantaine d'années grâce à une série d'améliorations techniques de la fermeture pharyngée et qui ont permis des cicatrisations rapides et la poursuite des traitements complémentaires préconisés en post - laryngectomie. Ces améliorations ont porté à la fois sur :

- la technique elle même de fermeture;
- l'usage de matériel de suture de qualité irréprochable;
- la prise en charge adéquate de la composante nutritionnelle du patient aussi bien en pré qu'en post - opératoire et
- la gestion des soins post - opératoires.

Les fistules pharyngées communément désignées sous le nom de pharyngostomes ou de fistules à expression externe signent un retard de cicatrisation et peuvent annoncer des complications sérieuses sur le plan broncho - pulmonaire sans oublier le risque d'ulcération vasculaire carotidienne qui a emporté bon nombre de laryngectomisés.

La fréquence de ces fistules n'est pas nulle même dans les grands centres de cancérologie des V.A.D.S. et cette mise au point permettra d'apporter une série de caractéristiques cliniques de ces fistules et surtout leur prise en charge adéquate dont le but est de limiter les complications potentielles et de favoriser la cicatrisation et, par-là, l'irradiation en vue d'optimiser les traitements du cancer laryngé.

DONNEES CLINIQUES

Par fistule pharyngo-cutanée, on entend une communication anormale (pathologique) entre le conduit pharyngé et la peau à l'origine d'un passage salivaire permanent ou intermittent et nuisible pour la reprise alimentaire. Pour rappel, la laryngectomie totale ou la pharyngo - laryngectomie totale (non circulaire) impose une fermeture étanche du conduit pharyngé, supposé être large dans le sens transversal sans tension anormale et sans procédé de fermeture sur sonde. Ce conduit ouvert a une longueur variable selon l'étendue de l'exérèse et s'étend depuis le sillon glosso - épi glottique jusqu'à la partie basse du mur rétro-cricoïdien, à distance de la bouche œsophagienne.

I - Le 1^{er} cas est certainement le plus fréquent et il est observé chez les patients opérés

→ La constatation d'une fistule peut se faire de diverses manières et cela peut être observé dès le 3^{ème} ou le 4^{ème} jour du post – opératoire. Le diagnostic de fistule reste, très souvent, aisé sans aucune aide de l'imagerie et parmi les signes d'orientation :

- l'abcès latéro – cervical qui survient, contre toute attente et surprend par la présence anormale de pus derrière une peau rougeâtre et une tuméfaction rénitente assez postérieure. L'incision – drainage de cette tuméfaction donne issue à un pus franc mêlé avec de la salive ou des restes alimentaires ;

- les signes généraux peuvent s'y associer tels une fièvre modérée, de l'asthénie anormale ou des frissons ;

- le caractère malodorant du pus local qui est un argument fiable en faveur de l'ouverture du conduit pharyngé.

→ La seconde constatation de fistule est lors du test de reprise alimentaire, généralement à J + 10 ou J + 11 et qui se fait avec un colorant dilué (bleu de méthylène en l'occurrence) ou un aliment liquide tel le lait ou un sirop teinté. Ce test, en cas de fistule, donne issue à du liquide dont le passage antérieur se fait directement dans la trachée en raison de la voie néo- formée où le pharynx communique aisément avec la trachéostomie. Ce passage alimentaire est marqué, ainsi, par de la toux incessante et le déclenchement des crachats.

→ Plus rarement, la fistule peut être à déclenchement tardif vers J + 15 voire à J + 30 et ses manifestations sont quasi – identiques à ce qui a été décrit plus haut.

Quelle que soit la symptomatologie inaugurale, le diagnostic positif est aisé et peut faire appel à une vérification itérative par un test au bleu de méthylène dilué pour s'en assurer du débit. Cette donnée impose une série de mesures dans l'urgence pour parer à toute fuite salivaire supplémentaire vers :

- Les régions latéro – cervicales sièges des gros vaisseaux du cou
- La trachéostomie où la surinfection broncho – pulmonaire peut s'installer rapidement

Ces gestes sont destinés à

- lutter contre l'infection cervicale ;
- prévenir tout accident de macération, et par-là de rupture, de la paroi artérielle (les carotides) qui reste imprévisible et parfois précoce entre J + 16 et J + 20 ;
- protéger les voies aériennes basses.

Ainsi, la conduite à tenir se compose de procédés médicaux mais aussi chirurgicaux que nous détaillons ici.

① Sur le plan médical, il faut prévoir un renforcement de l'antibiothérapie pour lutter contre l'infection cervicale et potentiellement respiratoire basse. L'antibiothérapie doit intéresser la flore microbienne bucco – pharyngée. Principalement, les bacilles gram négatifs et les anaérobies sont ciblés en raison de la continuité anatomique entre cavité buccale et hypopharynx. Le recours à la voie veineuse demeure prioritaire dans cette situation. A côté, il faut mettre en place une alimentation hyper –protidique entérale ou même parentérale sans délai car toute aide à la cicatrisation et tout équilibre nutritionnel sont un gage de sauvegarde de la volémie et des défenses immunitaires de l'organisme. De même, la protection gastrique doit être instaurée grâce aux inhibiteurs de la pompe à protons (I.P.P.) et même par des alginates.

La protection des poumons par l'usage régulier d'une canule à ballonnet à basse pression doit aussi être systématique. Cet obstacle, permis par le ballonnet, fait barrage à la moindre infiltration de salive source de majoration de la toux, des crachats et de l'infection sur un terrain fragilisé par le tabagisme antérieur et par d'autres tares respiratoires telles l'emphysème et la B.P.C.O.

Au niveau buccal, les désinfectants à pH neutre doivent permettre l'absence d'accumulation de germes et surtout toute sécheresse anormale qui perturbe la flore locale. La déglutition de salive doit être atténuée par les micro –aspirations oro – pharyngées régulières sans les agents de lutte contre la sécrétion salivaire tels les atropiniques dont l'usage est régulièrement déconseillé en raison de leurs multiples effets secondaires.

② Sur le plan chirurgical, nous pensons que le procédé de dérivation ou de drainage externe salivaire est essentiel pour prévenir toutes les complications liées à cet écoulement. Pour rappel, la fistule pharyngée (en post-laryngectomie totale sans irradiation préalable) a un siège antérieur à la jonction base de langue et hypopharynx, là où se fait l'union entre les sutures horizontales hautes et les sutures verticales (à la manière d'un T majuscule) qui couvrent tout le conduit pharyngé. Cette zone de fragilité est connue par son potentiel de lâchage assez élevé.

Cette dérivation consiste à faire une ouverture cervicale cutanée antérieure horizontale sous anesthésie locale et à créer un conduit perméable direct entre la peau de la région hyoïdienne et le pharynx permettant à la salive d'avoir un passage néo – formé vers l'extérieur et de pouvoir faire ainsi tous les gestes destinés à la cicatrisation dirigée de cette fistule par les agents antiseptiques et éventuellement les méchages sans suture secondaire. Cette technique simplifiée améliore quasiment l'ensemble des fistules moyennant des soins quotidiens et avec l'assurance d'une protection vasculaire et pulmonaire maximum.

Cette technique à la portée de tous nous paraît à elle seule, et très souvent, garante de la cicatrisation pharyngée sans recours à la reprise chirurgicale hasardeuse. Cette dernière peut se justifier dans d'autres circonstances sur lesquelles nous reviendrons plus en détail.

II - Le 2^{ème} cas est lié à l'expulsion d'une prothèse phonatoire qui n'a pas été renouvelée.

Il ne s'agit pas d'une fuite péri – prothétique dont la prise en charge est différente. Cette situation se rencontre chez des patients dont le remplacement de la prothèse n'a pas eu lieu dans les délais fixés par le fabricant, ce qui engendre une dégradation physique de la prothèse, sa colonisation mycosique et son ballotement au sein du shunt pharyngo – trachéal qui conduit à sa mobilisation excessive puis à son expulsion. Cette situation peut encore permettre, mais rarement, la réinsertion d'une nouvelle prothèse pour des patients demandeurs.

La fuite salivaire qui en découle impose une fermeture pharyngée étanche. L'anesthésie locale peut toujours être possible ici en abordant l'espace trachéo – pharyngé par une incision sus – trachéostomiale. Le but est de séparer la paroi trachéale postérieure du plan de la muqueuse pharyngée et d'assurer une fermeture étanche de cette même muqueuse par des points séparés et solidarités par un lambeau musculaire disposé en V prélevé à partir des fibres basses des 2 muscles sterno – cléido – mastoïdiens donnant une étanchéité supplémentaire. L'alimentation est toujours assurée par une sonde naso – gastrique durant une période de 10 à 12 jours et jusqu'à cicatrisation muqueuse, ce qui autorise la reprise orale quasi- normale sans restriction.

III - Le 3^{ème} type de fistule est dit post - radique

La précision concerne ici la dose d'irradiation qui est maximale autour de 75 Gy. Autrement dit, il s'agit d'une dose tumoricide (à larynx conservé, en général) et non d'une dose complémentaire après une laryngectomie totale (qui reste aux alentours de 50 à 55 Gy). La fistule peut apparaître 6 à 8 semaines après la fin de l'irradiation mais des cas de manifestations tardives sont aussi décrits. La fistule est, généralement, précédée d'une phase inflammatoire locale avec douleurs inexplicables, tuméfaction antéro – latérale et signes généraux. Ce tableau évolue vers la fistulisation dont le siège est variable, souvent paramédian et dont l'issue de salive ou des aliments est retardée.

L'explication en est parfois la nécrose tissulaire qui est devenue rare avec le développement des nouvelles techniques d'irradiation. Mais la seconde explication est plus à craindre car elle peut être annonciatrice d'une récurrence pharyngée qui peut être térébrante pour le revêtement muqueux et qui peut aller jusqu'à la fistule salivaire réputée par son mauvais pronostic en raison du caractère avancé et sous – estimé de cette récurrence et de l'essaimage tumoral antérieur dont la résection chirurgicale nécessite de larges sacrifices cutanés et muqueux.

Dans le cadre du protocole dit de conservation d'organe, l'irradiation exclusive de l'organe peut prédisposer à une fistulisation dont l'explication est la chondro – nécrose qui peut toucher divers cartilages et, en premier, le cartilage thyroïde. L'union intime entre les ailes

cartilagineuses latérales de ce dernier et la muqueuse des sinus piriformes entraîne un retentissement muqueux de type abrasif prédisposant ainsi à une fistule inflammatoire initiale qui évolue vers la persistance et la chronicité en l'absence de solution thérapeutique appropriée. A un stade de début, la nécrose cartilagineuse entraîne un tableau d'une inflammation locale, pseudo – cellulitique, dans un contexte fébrile et même dysphagique et va vers la suppuration locale avec mise à nu du cartilage dont une partie, plus ou moins nécrosée, peut être rejetée sous forme de séquestre avasculaire limité. La fistulisation pharyngée peut s'installer et son comportement clinique est celui d'une fistule assez haute, latéralisée, à berges œdématisées, ne cédant pas aux différents soins et traitements et son pronostic reste assez réservé en raison de la possibilité d'évolution locale du cancer. Cette dernière possibilité est toujours à craindre en pareille situation. Ce type de fistule exige des bilans rigoureux et surtout orientés à la recherche d'une reprise évolutive.

Cette fistulisation externe est à rapprocher, sur un plan évolutif, d'un autre type où la fistule se fait directement vers la trachée et qui est beaucoup plus menaçante sur le plan vital en raison de l'infection broncho - pulmonaire par un débit élevé de salive et d'aliments. C'est le cas de l'irradiation à forte dose pour des pathologies laryngées et même extra – laryngées avec œsophagite radique, dysphagie totale et apparition de fausses routes fébriles à l'origine d'une dénutrition progressive, d'une toux incessante et de véritables bronchopneumopathies d'inhalation dont la prise en charge réclame urgence et soins adaptés. Les fondements de cette prise en charge sont triples

1 – La lutte contre l'infection par une antibiothérapie adaptée à large spectre visant en premier les bacilles gram négatifs et les anaérobies. Ce traitement fait appel à la voie intra – veineuse et sa durée est prolongée

2 – La prise en compte de l'état nutritionnel est essentielle ; cet état qui se dégrade par l'arrêt volontaire des ingestats par voie orale. Une phase d'alimentation parentérale reste, au début, justifiée pour l'équilibration hydro – électrolytique et pour son apport protidique à la hauteur des conséquences de la dénutrition. Le recours à l'alimentation entérale est possible avec l'aide d'une sonde naso – gastrique dont la pose atraumatique doit se faire sous anesthésie générale en raison de l'état de l'œsophage et de la possibilité de passage extra – œsophagien. Des difficultés de pose de cette sonde peuvent conduire au choix d'une gastrostomie ou même d'une jéjunostomie pour éviter tout traumatisme supplémentaire à une muqueuse œsophagienne malade et ulcérée par endroits

3 – La protection de l'arbre respiratoire est tout aussi importante et le blocage à l'écoulement passif de la salive et de quelques aliments liquides doit être effectif dès le diagnostic posé. La meilleure méthode d'une efficacité certaine est la mise en place d'une sonde trachéale à ballonnet et qui atteint presque la région de la carène. Le maintien du gonflage maximum permet d'éviter tout passage de haut en bas et, par-là, la protection des poumons et d'arrêter le cercle d'inhalation et de toux rebelle sans parler des crachats et des éventuelles infections authentiques. Ce gonflage obéit aux règles d'équilibre entre

protection et surpression pariétale pouvant être source d'ulcération voire même de nécrose muqueuse limitée qui peut évoluer, mais rarement, vers les dégâts cartilagineux.

IV - Les situations d'extrême urgence

Nous leur réservons un chapitre à part pour insister sur leurs données séméiologiques et le caractère impératif de leur diagnostic avant une issue fatale

- Toute fistulisation teintée de sang ;
- Toute fistulisation connue qui s'aggrave par l'élimination de sang rouge ;
- Toute fistulisation sur terrain irradié
- Toute fistulisation avec un curage ganglionnaire bilatéral dont un côté non conservateur où le risque vasculaire est maximum
- Toute fistulisation fébrile avec signes généraux où le problème de l'infection pulmonaire est à craindre en premier.

Nul besoin de répéter que la prise en charge doit se faire en urgence en pareille situation car un risque immédiat vital peut être largement évité à condition de respecter quelques règles qui ont montré leur efficacité.

4 – 1 : Sur terrain non irradié

Toute fistule diagnostiquée nécessite une reprise chirurgicale au bloc opératoire et sous anesthésie générale. Une ré - évaluation rapide de l'hémogramme (taux des globules blancs et de l'hémoglobine) permet des indicateurs fiables sur l'infection et les pertes sanguines qui doivent être corrigées.

Tout saignement associé doit conditionner le statut de l'extrême urgence et le passage au bloc opératoire ne doit souffrir aucun retard. En effet, un tel saignement ne doit surtout pas être synonyme de « la fin » et, par conséquent, de voir l'équipe soignante se mettre en observateur mais bien au contraire prendre l'attitude du dynamisme exceptionnel car bien des hémorragies à ce stade ont été récupérées par l'efficacité et la rapidité des gestes. En effet, l'hémorragie cervicale signe d'une plaie vasculaire chez un patient non irradié est parfaitement récupérable en cas de geste adapté et non de clampage prolongé ou de ligature du tronc carotidien primitif.

L'artère carotide externe ou ses collatérales (thyroïdienne supérieure, linguale et plus rarement la faciale), de siège rapproché par rapport au conduit pharyngé est, statistiquement, plus intéressée et sa ligature même à son origine et après la bifurcation, ne pose guère de problèmes. La carotide interne peut faire l'objet d'une suture adaptée avec l'aide éventuelle d'un chirurgien vasculaire disponible, après ablation des tissus nécrosés ou lacérés par l'écoulement salivaire. Le bulbe carotidien reste aussi vulnérable chez le patient âgé et à terrain athéroscléreux et sa rupture doit être suturée sans dommage tissulaire autour de la plaie.

4 – 2 : Sur terrain irradié

La règle d'or, en matière de chirurgie post – radique, de type laryngectomie totale ou pharyngo – laryngectomie totale est l'intérêt d'un apport tissulaire extra- cervical capable de favoriser la cicatrisation et de protéger les gouttières vasculaires d'une éventuelle fistule pharyngée, assez courante sur un tel terrain. Ce tissu extra – cervical ne peut être que celui d'une région non irradiée, en l'occurrence la région pectorale où le lambeau de même nom garde ici toutes ses lettres de noblesse en tant que tissu viable, facile à monter et capable de prévenir une série de complications post – radiques dominées par les fistules et les nécroses. Ce lambeau musculo – cutané, en îlot, peut être utilisé de diverses manières. Son versant cutané peut être destiné à la fermeture muqueuse pharyngée en cas de réduction du diamètre du conduit de l'hypopharynx . Cette même palette cutanée peut aussi servir à la couverture d'une perte de substance antérieure qui peut être une rétraction cutanée en regard du larynx dont la couverture n'est pas possible. La palette musculaire, de bonne qualité, servira à protéger une gouttière vasculaire menacée

Quant au lambeau de la région latéro – dorsale dit du grand dorsal, il garde les mêmes avantages que celui du grand pectoral mais sa dissection est un peu plus laborieuse (changement de position) et plus chronophage, ce qui le place en deuxième rang, en termes d'utilisation par les différents centres de chirurgie cervicale.

Compte tenu de la menace réelle sur ce terrain irradié, l'usage d'un tel lambeau est désormais systématique et a permis une nette réduction d'une série de menaces. D'un point de vue technique, le versant cutané est le plus utilisé pour l'agrandissement du passage pharyngé et cela exige :

- Une mobilisation satisfaisante de la palette qui doit atteindre le territoire cervical sans la moindre tension ;
- Une section du nerf du muscle grand pectoral lors du temps de repérage du pédicule ; cette section évite les rétractions musculaires secondaires ;
- Une section du tendon du muscle pour faciliter la montée ;
- L'absence de désolidarisation entre muscle et peau par une suture entre sous-peau et masse musculaire par des points séparés et rapprochés ;
- La conception d'un patch qui permet à la peau du lambeau d'être suturée dans le sens de la longueur et d'augmenter le diamètre et la surface muqueuse, ce qui garantit une meilleure cicatrisation et une alimentation orale de qualité après le retrait de la sonde naso – gastrique

NOTES CONCERNANT LES FUITES PERI – PROTHETIQUES

Il ne s'agit pas à proprement parler de fistules pharyngées mais plutôt de fuites salivaires, plus rarement alimentaires autour de l'insertion de la prothèse phonatoire. Cette situation peut causer un inconfort alimentaire et surtout pulmonaire par le passage silencieux, à bas

débit de la salive dans l'arbre trachéo – bronchique. La gêne alimentaire est la tendance à épaissir les repas et à éviter les boissons de toutes natures ce qui est contre – productif en termes d'alimentation saine.

Parmi les causes favorables à ce genre de fuites :

- Le vieillissement de la prothèse avec dégradation et rigidification des ailes de la prothèse ;
- Le non-respect des consignes de mise en place telles les ponctures répétées et les gestes inappropriés ;
- Le mauvais choix du siège sur la paroi pharyngée. A ce sujet, il faut éviter les bourrelets muqueux et les sièges bas autour de la bouche œsophagienne ;
- Les manipulations excessives autour de la fistule et c'est le cas des patients bronchorrhéiques ou porteurs d'un reflux acide par hernie hiatale.

La fuite doit être séparée en intra et en péri – prothétique. Par intra, on entend toute fuite se produisant par dégradation du système valvaire avec un passage intra – trachéal à chaque bouchée ou gorgée. Ce type de fuite exige un changement immédiat de la prothèse phonatoire. Par contre, la fuite autour de la prothèse est liée à une insuffisance d'étanchéité qui peut être liée à :

- la qualité de la muqueuse, en particulier en post – irradiation,
- l'insertion trop traumatique où la couverture muqueuse autour des ailerons de prothèse n'est pas totale.

Ces fuites péri – prothétiques peuvent nécessiter l'apport de matériel exogène autour de l'orifice tel la graisse autologue, le tissu conjonctif prélevé à proximité ou même de l'acide hyaluronique. L'insertion de ce dernier agent se fait grâce à une seringue pré – remplie et destinée à cet usage.

FACTEURS DE RISQUE ET REGLES PREVENTIVES

On peut en citer trois grands groupes de facteurs

● Les premiers concernent le statut chirurgical et général du patient. Cinq facteurs y font partie

- l'hypoalbuminémie inférieure à 35g/l en pré – opératoire, source de carence protidique chronique et de prédisposition à la mauvaise cicatrisation ;
- l'anémie pré et post- opératoire insuffisamment corrigée ;
- l'étendue de la pharyngectomie et avec comme corollaire, la qualité de la muqueuse restante
- la trachéotomie pré – opératoire où l'infection locale peut se propager de façon ascendante lors de l'acte chirurgical ;

- le curage ganglionnaire bilatéral, y compris celui du relais VI qui peut compromettre la vascularisation pharyngée basse.
- Les seconds ont trait à la technique de fermeture pharyngée. Cet argument a été à l'origine d'un certain nombre de changements, depuis le début des années 20, dans la technique de fermeture. Cette dernière a connu des améliorations constantes partagées entre la fermeture manuelle au fil résorbable selon plusieurs procédés dont les plus sûrs restent sous – muqueux respectant la muqueuse dans son intégralité et son invagination vers la lumière pharyngée. Quant à la fermeture mécanique et à l'instar des sutures digestives (pour d'autres segments) les procédés d'agrafes connaissent des périodes alternant entre l'adoption et l'abandon malgré l'amélioration des dispositifs mis à la disposition des chirurgiens ORL.
 - Les troisièmes font privilégier le statut dit des comorbidités, bien connu dans d'autres types de chirurgie mais dont l'impact réel est diversement apprécié et surtout faiblement retentissant sur l'incidence des fistules, d'après l'ensemble des publications. Cinq pathologies y font partie que l'on peut citer par ordre d'importance :
 - le diabète sucré ;
 - la pathologie broncho – pulmonaire ;
 - l'obésité ;
 - la pathologie coronarienne et
 - l'hypertension artérielle

EN CONCLUSION

Le chapitre des fistules pharyngées s'est élargi et diversifié et n'est plus cantonné à la période post – opératoire qui suit l'ablation du larynx avec une partie de l'hypopharynx. Ce chapitre s'est enrichi par la chirurgie après échec du protocole de conservation d'organe et par les suites lointaines de l'usage des prothèses phonatoires en cas de réhabilitation fonctionnelle. Chaque type de fistule a ses caractéristiques cliniques mais les principes de la prise en charge demeurent centrés sur 10 points – clés (autrement appelés Take Home messages ou Key Points) que nous résumons dans cette synthèse courte

- La fistule pharyngo - cutanée, en cas de laryngectomie totale sur terrain non irradié, doit déboucher systématiquement sur la **dérivation haute**, médiane de la salive et en regard de la fistule.
- La **protection broncho – pulmonaire** doit être systématique et cela engendre une hospitalisation prolongée et une mise en contribution de toute l'équipe soignante.
- Le procédé de **fermeture pharyngée étroite (dite sur sonde) doit être banni** car source de plus de fistules et même de sténoses.
- La régularité **quotidienne** des soins.

- Le maintien de **l'équilibre nutritionnel** doit marquer la période post – opératoire car il peut conditionner l'évolution de ces fistules.
- Le **contrôle du débit salivaire local**, après dérivation, conditionne le programme thérapeutique et l'éventuelle reprise alimentaire.
- Le début de cicatrisation en péri – fistulaire offre la possibilité d'une **suture secondaire directe** sous – muqueuse pour la fermeture pharyngée.
- L'usage de plus en plus large des prothèses phonatoires sous – entend des **vérifications régulières et périodiques de ces dispositifs** et donc un consentement des patients en vue de ces contrôles.
- La chirurgie dite de rattrapage ou sur terrain irradié impose plus de règles préventives parmi lesquelles **l'usage régulier d'un lambeau musculo – cutané**, non vascularisé et extra –cervical, connu par la qualité de sa peau et de son muscle pour la protection du pharynx et des vaisseaux du cou.
- La fermeture pharyngée doit privilégier **la technique de suture sous – muqueuse** par points séparés. La meilleure technique est celle que l'on connaît et que l'on maîtrise le mieux.