

Aspects de la prise en charge des corps étrangers intra-rectaux dans les pays en développement



M. Rakotovao *¹, R. Razafimahatratra¹,
S.D. Rakotomena¹, H.N. Rakoto-Ratsimba¹

¹ Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

La présence de corps étrangers intra-rectaux est peu courante dans les pays en développement et les praticiens qui y exercent y sont rarement confrontés. Nous en rapportons un cas observé chez un patient de 30 ans se manifestant par un syndrome occlusif. Un interrogatoire minutieux et l'examen radiographique avaient permis le diagnostic. L'extraction par voie basse ayant échoué, le corps étranger avait été refoulé vers l'anus sans ouverture de la lumière colo-rectale lors d'une laparotomie. Les auteurs discutent à partir de cette observation des particularités de la prise en charge d'une telle situation dans le contexte socio-culturel d'un pays en développement comme le nôtre.

Mots-clés: Corps étranger; Pays en développement; Rectum; Traitement

Management features of rectal foreign bodies in developing countries

Summary

Rectal foreign bodies are rarely found in patients living in developing countries and physicians working there don't used to manage them. We report here one case in a 30 year-old male patient who presented intestinal obstruction. Extraction by anal approach was failed. During laparotomy, the foreign body was pushed outside without opening column and rectal wall. From this observation, authors discuss management features of this situation in the particular socio-cultural context of a developing country like ours.

Keywords: Developing country; Foreign body; Rectum; Treatment

Introduction

La présence de corps étrangers (CE) intra-rectaux est fréquemment rencontrée dans les services des urgences des pays riches, du fait d'une dérive sexuelle conséquente à une certaine idée de la liberté [1]. Ces situations sont plutôt inhabituelles dans les pays pauvres et les praticiens qui y exercent y sont rarement confrontés dans leur pratique quotidienne. A partir d'un cas observé au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar), cette étude a pour but d'insister sur la nécessité d'une prise en charge adaptée de ce type de patient par rapport au contexte socio-culturel.

Observation

Un homme de 30 ans, avait consulté aux urgences pour une douleur abdominale aiguë évoluant depuis 24 heures. La douleur de siège hypogastrique était d'apparition brutale, à type de pesanteur et sans irradiation particulière. Elle était accompagnée d'un arrêt des matières et des gaz. Les antécédents étaient sans particularités. A l'examen, il était apyrétique et l'état général était conservé. La palpation abdominale objectivait une masse hypogastrique dure, cylindrique et mobile. Le toucher rectal percevait cette même masse en situation intra rectale, à 6cm de la marge anale. Il n'y avait pas de rectorragie. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait la présence d'une opacité cylindrique régulière en position pelvienne évoquant un CE obstruant la lumière intestinale (Figure 1). Compte tenu de ces éléments, un nouvel interrogatoire avait permis d'avoir l'aveu du patient qui avait dit avoir



Fig. 1: Radiographie: Corps étranger en position pelvienne

introduit par voie anale une bouteille lors d'un acte sexuel. Une tentative d'extraction par voie basse après dilatation anale sous anesthésie générale était réalisée mais avait échoué motivant une laparotomie. Lors de cette dernière, le CE était refoulé manuellement à travers la paroi sigmoïdienne vers le rectum et l'anus, sans ouverture de la paroi intestinale. A sa sortie, le CE en question était une bouteille de sirop en verre recouverte d'un préservatif, faisant 11x3cm de dimension (Figure 2). Le rectum et le sigmoïde étaient indemnes de lésions ischémiques ou perforatives. Les suites opératoires étaient simples avec reprise du transit à J1 et sortie à J4 post-opératoire.

Discussion

Actuellement, l'insertion de CE par l'anus ne peut plus être considérée comme rare [2]. Des objets peuvent être insérés dans le rectum à des fins diagnostiques, thérapeutiques, sexuelles ou lors de voies de fait criminelles ou encore lors de circonstances accidentelles. Chez l'adulte, les CE enclavés dans le rectum sont pour la plupart auto insé-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: docmahr@yahoo.com (M. Rakotovao).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA BP 4150, Antananarivo, Madagascar



Fig. 2: Le corps étranger: bouteille de sirop en verre faisant 11x3cm de dimension, recouverte d'un préservatif

rés à des fins sexuelles et concernent surtout les sujets de sexe masculin [3]. La nature des CE est très variable, certainement en rapport avec l'imagination « débordante » pour ne pas dire « déviante » de ces patients: bouteille de whisky, « sex-toys », ampoule, magazine, paire de lunettes pour ne citer que cela [4,5]. L'érotisme anal et l'insertion de ces CE peuvent entraîner de graves lésions recto-sigmoïdiennes perforatives survenant chez 3 à 17% des cas [6]. Le pronostic vital peut être ainsi mis en jeu d'où l'intérêt d'une prise en charge rapide [6]. Ainsi, devant un symptôme rectal atypique, un interrogatoire soigné suivi d'un examen physique bien conduit sont essentiels, garants d'un diagnostic aisé. La radiographie standard va confirmer la présence du CE s'il est radio opaque et préciser sa nature, sa situation et ses dimensions. Des signes indirects peuvent être observés en cas de CE radio transparents (légumes, objets en caoutchouc) [7] ou en cas de complication évoquant un syndrome occlusif ou une péritonite (pneumopéritoine). Pour notre part, un interrogatoire patient cernant bien le profil psychologique du sujet et une bonne relation médecin-malade avaient permis de poser le diagnostic rapidement. Le diagnostic établi, se pose alors la problématique de l'extraction. A notre avis, l'extraction par voie basse doit être privilégiée dans la mesure du possible. Elle exige un relâchement complet des sphincters anaux nécessitant souvent une anesthésie générale ou locorégionale au bloc opératoire [7]. La visualisation par le biais d'un rectosigmoïdoscope rigide peut y être associée en veillant à ne pas pousser le corps étranger en proximal [8]. Des succès d'extraction par endoscopie souple ont été rapportés mais concernent surtout des CE de petite taille [9]. Une variété d'instruments orthopédique et/ou gynécologique peut être utilisée pour avoir d'une part une bonne exposition anale et d'autre part une bonne préhension du CE permettant son extraction par voie endoluminale [10]. Certains facteurs comme la taille, la forme et la migration des CE peuvent rendre difficile la

recherche et l'extraction par voie basse. En cas d'échec, une laparotomie s'avère nécessaire [8,11] pour repousser l'objet vers la distalité sans ouvrir le colon. Néanmoins, pour les CE de grande taille, une colotomie peut s'avérer nécessaire. La décision de créer une stomie de dérivation dépend du degré de traumatisme du périnée, de la chronicité de l'acte et de l'apparence du rectum et du colon en per-opératoire [12]. Un soutien psychologique et une thérapie sexuelle ont été suggérés pour notre patient. L'intéressé refuse souvent cette démarche dans notre contexte socio-culturel riche en tabou et en interdits [13] et ceci a été le cas pour notre patient.

Conclusion

Si les CE colorectaux introduits par voie anale sont des événements banals dans les pays dits développés, ils restent peu fréquents dans notre contexte. Cette observation en a illustré un cas montrant les difficultés rencontrées dans la prise en charge et dans le suivi de ces patients. Les praticiens exerçant dans nos contrées peuvent donc y être confrontés. Si le diagnostic est relativement facile après un interrogatoire soigneux et un examen clinique rigoureux, une prise en charge rapide permet d'éviter de graves complications.

Références

- 1- Agnew J. Some anatomical and physiological aspects of anal sexual practices. *J Homosex* 1985; 12: 75-96.
- 2- Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B. Foreign bodies in the rectum. *Can J Surg* 1993; 36: 173-7.
- 3- Kouraklis G, Misiakos E, Dovas N, Karatzas G, Gogas J. Management of foreign bodies of the rectum: report of 21 cases. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42: 246-7.
- 4- Busch DB, Starling JR. Rectal foreign bodies: case reports and a comprehensive review of the world's literature. *Surgery* 1986; 100: 512-9.
- 5- Marks IN. Foreign bodies in the rectum. An unusual collection. *S Afr Med J* 1951; 25: 730-1.
- 6- Sohn N, Weinstein MA, Gonchar J. Social injuries of the rectum. *Am J Surg* 1977; 134: 611-2.
- 7- Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005; 7: 98-103.
- 8- Cirocco WC. Anesthesia facilitates the extraction of rectal foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 452-3.
- 9- Ahmed A, Cummings SA. Novel endoscopic approach for removal of a rectal foreign body. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 872-4.
- 10- Levin SE, Cooperman H, Freilich M, Lomas M. The use of a curved uterine vulsellum for removal of rectal foreign bodies: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 532-3.
- 11- Hoitsma HF, Meijer S, De Jong D. The transsphincteric approach for removal of a huge foreign body from the rectum. *Neth J Surg* 1984; 36: 83-4.
- 12- Kantarian JC, Riether RD, Sheets JA, Stasik JJ, Rosen L, Khubchandani IT. Endoscopic retrieval of foreign bodies from the rectum. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 902-4.
- 13- Ooi BS, Ho YH, Eu KW, Nyam D, Leong A, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: A cause of obscure anal pain. *Aust N Z J Surg* 1998; 68: 852-5.