

Corps étrangers colorectaux introduits volontairement. A propos de quatre cas

Corps étrangers colorectaux introduits volontairement. A propos de quatre cas

Colorectal foreign bodies voluntarily introduced. About four cases

A. Ousadden, K. IbnMajdoub, H. El Bouhaddouti, J. Lamrani, K. Mazaz, K. AitTaleb.

Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital des spécialités, CHU Hassan II - Fès

RESUME

L'insertion d'objets dans le rectum est une curiosité dans notre pays. Elle se caractérise par la gravité des complications éventuelles et les différentes possibilités thérapeutiques. Nous rapportons les observations de quatre hommes, ayant une incarceration d'objet introduit volontairement par voie anale, occasionnant sensibilité abdominale, subocclusion ou péritonite. Nos quatre observations sont, à notre connaissance, les premières à être publiées dans une revue marocaine. L'extraction manuelle ou instrumentale de l'objet permet quand elle est possible d'éviter la chirurgie qui s'impose en cas d'échec ou de complications.

Mots clés: colorectal, rectum, colon, corps étranger, méthodes d'extraction

Keywords : colon, rectum, colon, foreign body, extraction methods

Auteur correspondant :

Dr Abdelmalek OUSSADEN

Email : ousadden@gmail.com

ABSTRACT

The insertion of objects into the rectum is a curiosity in our country. It is characterized by the seriousness of possible complications and the different therapeutic possibilities. We report observations of four men presenting a retained foreign body voluntarily introduced in the anus, causing abdominal pain, subocclusion or peritonitis. Our four observations are, to our knowledge, the first to be published in a Moroccan magazine. The instrumental or manual removal of the object, when it is possible, avoid surgery

L
E
T
T
R
E

A

L
A

R
E
D
A
C
T
I
O
N

Corps étrangers colorectaux introduits volontairement. A propos de quatre cas

INTRODUCTION

L'introduction de corps étrangers (CE) par l'anus est un phénomène bien décrit, et n'est plus considéré comme rare, en occident [1-5]. Par contre au Maroc, cela reste une curiosité et un tabou. De fait, nos quatre observations seraient les premières publiées dans une revue marocaine. On ne peut donc pas estimer la fréquence de cette pathologie.

L'introduction de l'objet est rarement accidentelle. Elle est le plus souvent volontaire par trouble du comportement, pour dissimuler l'objet (drogues, etc) ou pour lever une constipation. L'agression et l'érotisme anal en sont deux autres causes [1, 4]. Ces CE sont de nature très diverse et insolite (Bouteille, déodorant, magazine, etc) [1, 4].

OBSERVATIONS

Observation 1

Un homme âgé de 28 ans, suivi en psychiatrie rapportait la notion d'introduction d'un bâton en bois (Figure 1) en intra-rectal quinze jours auparavant, avec apparition par la suite de douleurs abdominales diffuses et de diarrhées liquidiennes. Le patient était apyrétique, avec un abdomen distendu et sensible. Une hyperleucocytose était notée. Des clous et un pneumopéritoine étaient visibles sur la radiographie d'abdomen sans préparation (ASP). La laparotomie réalisée en urgence trouvait une péritonite sur deux perforations (l'une rectale et l'autre sigmoïdienne par laquelle s'extériorisait le CE). Le CE a été retiré et la toilette péritonéale réalisée. Une suture de la perforation rectale et un abouchement à la peau en sigmoïdostomie latérale de la perforation proximale terminaient l'opération. Une péritonite postopératoire au septième jour, nécessitant une résection sigmoïdienne de type Hartmann et une éviscération fixée progressivement couverte ont été notées dans les suites.

Observation 2

Un homme de 30 ans, sans antécédents pathologiques particuliers présentait une sub-occlusion et rapportait « une constipation qu'il a tenté de traiter par des laxatifs, des lavements rectaux et enfin l'introduction rectale d'un flacon de déodorant (Figure 1) deux jours auparavant ». L'examen trouvait un patient obèse, sans particularités cliniques. Ni l'examen proctologique ni la palpation abdominale ne retrouvait le CE. La radiographie abdominale sans préparation (ASP), visualisait l'image d'un flacon radio-opaque abdomino-pelvien, siège d'un niveau hydroaérique (Figure 2). La laparotomie réalisée, retrouvait l'objet ayant migré à l'angle colique gauche. Une extraction manuelle rétrograde de celui-ci a pu être faite sans colotomie. Le patient a eu des suites simples et a été adressé en consultation psychiatrique.

Observation 3

Un patient âgé de 20 ans sans antécédents notables présentait une subocclusion sur CE intra-rectal. Il s'agissait d'un flacon de shampoing (Figure 1) ayant selon le patient « pénétré l'anus, accidentellement, une semaine auparavant ». Le patient était apyrétique, avec un abdomen souple non distendu, légèrement sensible. Le toucher rectal trouvait une ampoule rectale vide. L'ASP ne visualisait pas de CE, contrairement à la rectoscopie qui visualisait le fond du CE sans réussir à l'extraire malgré l'utilisation de pinces à préhension. Le patient a été mis sous laxatifs et a réussi à expulser spontanément le CE à J2 de son hospitalisation. Il a quitté l'hôpital avec une lettre pour consultation psychiatrique.

Observation 4

Un patient de 90 ans sans antécédents notables, s'est présenté aux urgences pour CE (figure 1) incarcéré en intrarectal depuis son introduction deux jours auparavant « au cours d'un acte sexuel ». L'examen trouvait un patient en bon état général sans signe particulier. Le toucher rectal percevait l'objet (flacon de comprimés effervescents) au bout du doigt. La radiographie et l'échographie abdominales ne visualisaient pas d'épanchement péritonéal ni le CE. L'extraction par voie basse à l'aide d'une pince a été facile sans sédation à la salle d'examen. A sa sortie, le patient a été adressé en consultation psychiatrique.



Figure 1: Les corps étrangers retrouvés chez nos patients (de gauche à droite): manche en bois avec des clous à son extrémité, flacon de déodorant entouré d'un sachet en plastique, flacon de shampoing et enfin flacon en plastique de comprimés effervescents

Corps étrangers colorectaux introduits volontairement. A propos de quatre cas



Figure 2 :ASP montrant un corps étranger abdominal siégeant d'un niveau hydro-aérique.

DISCUSSION

Devant l'insertion rectale de CE, il est impératif de ne pas humilier le patient. Il faut le traiter avec le même respect montré aux autres patients. En plus d'être éthique, cela facilite la prise en charge. Un toucher rectal (mieux réalisé sous sédation consciente), vérifie l'intégrité anorectale et peut retrouver le CE [2]. Combiné à la palpation abdominale, il permet parfois d'estimer sa position [2]. Si l'objet est radio-opaque, le diagnostic est confirmé à l'ASP qui visualise sa forme, sa taille et sa position. Les végétaux et objets en plastique peuvent rester invisibles ou être devinés grâce à leur silhouette (cas des 1^{er}, 3^{ème} et 4^{ème} patients). L'ASP peut aussi objectiver un pneumopéritoine, signe d'une perforation digestive, imposant la laparotomie en urgence. Une rectosigmoïdoscopie peut être tentée en faisant attention à ne pas éloigner le CE. Le CE siégeait au-delà de la jonction recto-sigmoïdienne chez deux de nos patients, le faisant considérer comme haut situé et en deçà chez les deux autres le faisant considérer comme bas situé [1].

La prise en charge adéquate, implique l'extraction sans risques de l'objet avec diagnostic de toute lésion colorectale associée, qui peut être mortelle si non détectée. Le CE peut être amené, souvent sous sédation consciente, à descendre par une manipulation douce associée à une pression pelvienne, en vue d'une extraction trans-anale. Cependant, la concavité sacrée et

le spasme anal tendent à retenir le CE loin de l'anus [1, 7, 8]. Chez notre premier patient, une dilatation anale a été nécessaire, au moment de l'extraction, malgré l'anesthésie générale. D'autres moyens et procédés d'extraction ont été employés : sonde de Foley ou Blakemore, endoscope flexible muni d'un filet ou d'une corbeille, forceps, moyens d'aspiration, etc... [1, 6-9]. Ainsi, l'extraction trans-anale manuelle est réalisable dans plus de 60% des cas [2, 5] (50% dans notre série). Elle peut être contre-productive ou difficile à cause du volume, de la forme (cas du dernier patient) ou de la migration du CE au niveau du sigmoïde qui le piège [6], comme ce fut le cas pour nos deux premiers patients. La chronicité exacerbe cet état. Des complications sont retrouvées dans 62.5% des extractions trans-anales [8]. Celles-ci sont pour la plupart mineures (abrasion muqueuse, ulcération, rectorragie ou incontinence anale). Mais une surveillance est nécessaire pour éliminer une perforation intestinale [1]. Des extractions à l'endoscope flexible ont été reportées, mais restent exceptionnelles [1, 6]. L'expulsion spontanée sans complication, sous encadrement médical, reste une situation exceptionnelle. L'impossibilité ou l'échec de l'extraction trans-anale (cas du premier patient) ou l'existence d'une perforation digestive et d'une péritonite (cas du second patient), imposent l'intervention chirurgicale [1, 4, 7, 10]. La laparoscopie offre des avantages potentiels mais a été peu décrite dans la prise en charge de ce problème [6]. La laparotomie est réalisée dans moins de 40% des cas [5, 6] (50% dans notre série). La colotomie peut être évitée, comme dans notre premier cas, surtout si le CE n'est pas large. La mise en place d'une stomie d'amont dépend du degré du traumatisme périnéal, de la chronicité de la situation, et de l'état de la paroi colorectale apprécié en peropératoire. Enfin, le support psychologique est nécessaire dans tous les cas pouvant aller jusqu'au suivi psychiatrique.

CONCLUSION

Pathologie tabou, sous nos cieux, le corps étranger colorectal volontairement introduit nécessite l'ingéniosité du praticien pour l'extraire sans recours à la chirurgie. Celle-ci devient inévitable en cas d'échec ou en présence d'une complication majeure.

REFERENCES

1. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Disease* 2005 ; 7:98-103
2. 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

Corps étrangers colorectaux introduits volontairement. A propos de quatre cas

3. Shah J, Majed A, Rosin D. Rectal salami. *Int J Clin Pract* 2002 ; 56:558-9
4. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM, Roig J, Farrés R. Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis.* 2007 ;9(6):543-8.
5. Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B. Foreign bodies in the rectum. *Can J Surg* 1993 ; 36:173-7
6. Rispoli G, Esposito C, Monachese TD, Armellino M. Removal of a foreign body from the distal colon using a combined laparoscopic and endoanal approach: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000 ; 43:1632-4
7. Cirocco WC. Anesthesia facilitates the extraction of rectal foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2000 ; 52:452-3
8. Huang WC, Jiang JK, Wang HS, Yang SH, Chen WS, Lin TC, Lin JK. Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc* 2003 ; 66:607-12
9. Munoz JC, Habashi S, Corregidor AM, Bass R, Alizadeh M, Gupta R & al. Endoscopic removal of hollow colorectal foreign bodies with the use of a balloon catheter. *Gastrointest Endosc.* 2008; 67(3):519-21.
10. Lake JP, Essani R, Petrone P, Kaiser AM, Asensio J, Beart RW Jr. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. *Dis Colon Rectum* 2004 ; 47:1694-8