

Case report

Volumineux corps étranger intra-rectal: à propos d'un cas

Khalid Mazine^{1,*}, Abdesslam Bouassria¹, Hicham Elbouhaddouti¹, Ouadii Mouaqit¹, Elbachir Benjelloun¹, Abdelmalek Ousadden¹, Khalid Mazaz¹, Khalid Ait Taleb¹

¹Service de Chirurgie Viscérale, CHU Hassan II – Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Fès, Maroc

^{*}Corresponding author: Khalid Mazine, Service de Chirurgie Viscérale, CHU Hassan II – Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Fès, Marco

Key words: Corps étranger, rectum, voie anale

Received: 20/03/2014 - Accepted: 01/04/2014 - Published: 04/08/2014

Abstract

L'insertion d'objets dans le rectum est peu courante dans les pays au contexte socio-culturel tels que le Maroc. Elle se caractérise par la gravité des complications éventuelles et les différentes possibilités thérapeutiques. Nous rapportons le cas d'un patient, ayant eu une incarcération d'un énorme objet introduit volontairement par voie anale, cet objet étant soigneusement façonné par le patient. Il a bénéficié d'une extraction manuelle. Cette dernière permet, quand elle est possible, d'éviter la chirurgie qui s'impose en cas d'échec ou de complications.

Pan African Medical Journal. 2014; 18:273 doi:10.11604/pamj.2014.18.273.4226

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/273/full/>

© Khalid Mazine et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

L'introduction de corps étrangers (CE) par l'anus est un phénomène bien décrit qui reste, au Maroc, une curiosité et un tabou. On ne peut donc pas estimer la fréquence de cette pathologie. Des objets peuvent être introduits dans le rectum à des fins thérapeutiques, sexuelles (érotisme anal ou agressions sexuelles), par trouble du comportement, pour dissimuler l'objet (drogues, etc) ou plus rarement, lors de circonstances accidentelles. Ces CE sont de nature très diverse et insolite (Bouteille, déodorant, magazine, etc).

Patient et observation

Un patient de 49 ans sans antécédents notables, s'est présenté aux urgences pour une sub-occlusion en rapport avec un CE incarcéré en intra-rectal depuis son introduction cinq jours auparavant en vue de traiter une crise hémorroïdaire. L'examen trouvait un patient en bon état général, stable sur le plan hémodynamique, et apyrétique. L'examen abdominal était sans particularités, avec un abdomen souple et non distendu. Le toucher rectal percevait au bout du doigt l'extrémité distale de l'objet qui venait buter contre l'excavation sacrée. La radiographie de l'abdomen sans préparation permettait de visualiser le CE, volumineux et se projetant au niveau du pelvis (**Figure 1**). L'extraction par voie basse à l'aide d'une pince a été faite sous sédation, au bloc opératoire, en position de taille périnéale. Il s'agissait d'un objet volumineux et oblong, mesurant près de 15 cm, ayant été fabriqué par le patient à partir d'un tuyau d'arrosage soigneusement recouvert de plusieurs couches de plastique, et introduit volontairement (**Figure 2, Figure 3**). Le patient était gardé en observation après l'extraction. L'évolution était sans particularités, et la reprise d'un transit effectif en gaz et en selles s'est faite le lendemain de l'extraction. Le patient était déclaré sortant J+2.

Discussion

Le rapport le plus ancien sur la prise en charge d'un corps étranger intra-rectal remonte au XVIème siècle [1]. On distingue l'incarcération de corps étrangers ingérés par voie buccale et les corps étrangers introduits par voie rectale pour diverses raisons. La cause la plus fréquente d'insertion de corps étranger est liée aux

pratiques sexuelles, la plupart du temps solitaires. Les autres étiologies sont l'auto-thérapeutique (d'une constipation, d'hémorroïdes, ou de prurit anal), l'origine traumatique, les agressions, et l'origine psychiatrique [2]. Notre patient rapporte l'introduction du corps étranger dans un but d'auto-thérapeutique, même si l'hypothèse de pratique sexuelle solitaire ne peut être écartée. La présence de corps étranger intra-rectaux est très peu courante dans les pays en développement, et plus fréquente dans les pays industrialisés [3]. Les patients se présentent souvent aux urgences plusieurs heures ou plusieurs jours après l'insertion du corps étranger, avec un délai moyen de 1,9 jours [1]. Notre patient s'est présenté 5 jours après l'introduction du corps étranger. Les principaux motifs de consultation sont la rectorragie et la douleur abdominale aiguë ou persistante associée à un syndrome occlusif ou sub-occlusif. Les ténesmes ou les inconforts ano-rectaux sont souvent citées [4]. Un toucher rectal (mieux réalisé sous sédation), vérifie l'intégrité anorectale et peut retrouver le CE. Combiné à la palpation abdominale, il permet parfois d'estimer sa position [5]. Si l'objet est radio-opaque, le diagnostic est confirmé à l'ASP qui visualise sa forme, sa taille et sa position. L'ASP peut aussi objectiver un pneumopéritoine, signe d'une perforation digestive, imposant la laparotomie en urgence. Les corps étrangers peuvent en effet être à l'origine d'érosions intestinales ou vasculaires, d'abcès, d'obstruction, et d'hémorragie [6]. Si le diagnostic est établi avant le stade de complication, l'extraction s'imposerait sauf que cette dernière pose aussi une problématique. Elle doit être réalisée par voie basse dans la mesure du possible. Une anesthésie locorégionale ou même générale au bloc opératoire s'impose pour un relâchement des sphincters anaux [7]. Des succès d'extraction par voie basse ont été rapportés mais concernent surtout les CE de petite taille [7]. Chez notre patient, malgré la taille considérable de l'objet, l'extraction par voie basse était réussie. Certains facteurs comme la taille, la forme et la migration des corps étranger peuvent rendre difficile la recherche et l'extraction par voie basse. En cas d'échec, une laparotomie s'avère nécessaire [8,9] pour repousser l'objet vers l'ampoule rectale sans ouvrir le colon. Néanmoins, pour les corps étrangers de grande taille, une colostomie peut s'avérer nécessaire. [10]. La mise en place d'une stomie d'amont dépend du traumatisme périnéal, de la chronicité de la situation, et de l'état de la paroi colorectale appréciée en per opératoire [11].

Conclusion

Les corps étrangers colorectaux introduits par voie anale sont des événements qui restent peu fréquents dans notre contexte, mais les praticiens exerçant dans nos contrées peuvent y être confrontés. Cette observation en a illustré un cas montrant la possibilité de l'extraction par voie basse malgré la taille considérable du corps étranger. 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.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Khalid Mazine et Abdesslam Bouassria ont rédigé l'article. Tous les auteurs ont participé à la prise en charge et au suivi du patient et à la correction de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article.

Figures

Figure 1: Abdomen sans préparation montrant le corps étranger au niveau du pelvis

Figure 2: corps étranger après son extraction

Figure 3: corps étranger après son extraction

Références

1. 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. **PubMed | Google Scholar**
2. Kurer MA, Davery C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Diseases*. 2009; 12(9): 851-861. **PubMed | Google Scholar**
3. Rakatovao M, Razafimahatratra R, Rakotomena SD, Rakoto-Ratsimba HN. Aspects de la prise en charge des corps étrangers intra-rectaux dans les pays en développement. *Revue tropicale de chirurgie*. 2008; 2 :16-17. **PubMed | Google Scholar**
4. Kann BR, Hicks TC. Anorectal foreign bodies : Evaluation and treatment. *Seminars in Colon & Rectal Surgery*. 2004; 15 :119-12. **PubMed | Google Scholar**
5. 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(4):246-7. **PubMed | Google Scholar**
6. Dje K, Turquin TH, Kouassi R, Attoumo R, Kouadio L. Corps étranger insolite de l'espace de Retzius, à propos d'un bout de bois pelvien. *Médecine d'Afrique Noire*. 1999; 46(3) : 181-183. **PubMed | Google Scholar**
7. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis*. 2005; 7(1): 98-103. **PubMed | Google Scholar**
8. Cirocco WC. Anesthesia facilitates the extraction of rectal foreign bodies. *Gastrointest Endosc*. 2000; 52(3): 452-3. **PubMed | Google Scholar**
9. 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. **PubMed | Google Scholar**
10. 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(11): 902-4. **PubMed | Google Scholar**
11. A Ousadden, K IbnMajdoub, H El Bouhaddouti, J Lamrani, K Mazaz, K AitTaleb. Corps étrangers colorectaux introduits volontairement: A propos de quatre cas. *AMETHER*. Octobre 2009 ; 1(1): 22-25. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: Abdomen sans préparation montrant le corps étranger au niveau du pelvis



Figure 2: corps étranger après son extraction



Figure 3: corps étranger après son extraction