



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

CAS CLINIQUE

Corps étrangers intra-rectaux : difficultés de la prise en charge au Sénégal

Intra-rectal foreign bodies : difficulties of management in Senegal

Diao ML¹, Tendeng JN¹, Takam AD¹, Ndaw AL¹, Seck SS², Sy O³, Dieng M⁴.

¹Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

²Service de Médecine interne du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

³Service d'Anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

⁴Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

Auteur Correspondant : Dr Mohamed Lamine DIAO

Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

BP : 401 Saint-Louis - Tel : 00 221 77 649 10 01 / 00 221 33 938 24 00

Fax : 00 221 33 961 10 23 - Email: mldiao@gmail.com

Résumé

La découverte de corps étrangers dans le rectum suscite toujours un intérêt particulier chez les praticiens. Nous rapportons un cas de corps étranger intra-rectal et effectuons une mise au point sur le diagnostic et la prise en charge.

Il s'agissait d'un patient âgé de 34 ans sans antécédents psychologiques connus, reçu pour douleurs abdominales d'évolution intermittente, associées à des rectorragies minimales, sur fond de constipation chronique. L'examen ano-périnéal avait permis de mettre en évidence un anus béant avec, au toucher rectal, un objet dur, mobile, présentant des contours réguliers et mous. La radiographie de l'abdomen sans préparation révélait une image anormale du rectum, épousant la forme d'un corps étranger (bouteille). Le diagnostic de corps étranger intra-rectal était posé. Les circonstances et le mécanisme n'ont pas été avoués par le patient. L'extraction a été effectuée manuellement par voie basse sous anesthésie générale. Les suites thérapeutiques étaient simples et le patient est sorti d'hôpital le lendemain de l'extraction du corps étranger, après avoir refusé une prise en charge psychiatrique.

Les corps étrangers intra-rectaux constituent un événement très rare dans notre pratique. Leur diagnostic peut être facile du fait de l'imagerie corrélée à la clinique, même si les circonstances et le mécanisme sont le plus souvent inavoués dans notre contexte socio-culturel. La précocité de la prise en charge permet d'éviter les complications.

Mots-clés : corps étranger intra-rectal, toucher rectal, anu-rectoscopie, psychothérapie.

Summary

The discovery of foreign objects into the rectum still arouses particular interest among practitioners. We report a case of intra-rectal foreign body and perform an update on the diagnosis and management.

This was a patient aged 34 with no psychological history known, received for intermittent abdominal pain, coupled with minimal rectal bleeding, and a background of chronic constipation. The ano-perineal examination allowed discovering a gaping anus, and the digital rectal examination found a hard object, mobile, with regular contours. Radiography of the abdomen without preparation allowed recovering an abnormal image of the rectum, following the shape of a foreign body (bottle). The diagnosis of intra-rectal foreign body was made. The circumstances and the mechanism have not been avowed by the patient. The extraction was performed manually by lower delivery, under general anesthesia. The follow were simple and the patient was placed exit one day after, refusing a psychiatric follow.

The intra rectal foreign bodies are a rare event in our practice. Their diagnosis may be easy because of the radiology correlated with clinical, even if the circumstances and the mechanism are often unacknowledged in our socio-cultural context. This early support can prevent complications.

Keywords: intra-rectal body, digital rectal examination, proctoscopy, psychotherapy.

INTRODUCTION

Les corps étrangers intra-rectaux (CEIR) introduits par voie anale constituent un phénomène exceptionnel dans notre pratique quotidienne ; cependant, dans les pays développés, cet événement n'est pas rare [1, 2]. Le diagnostic y est aisé et la prise en charge rapide. Ceci n'est pas toujours le cas dans nos contrées. A partir d'une observation colligée au Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis et d'une revue de la littérature, nous exposons les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces CEIR dans nos pays.

OBSERVATION

Un patient âgé de 34 ans, enseignant de profession, était reçu en consultation pour douleurs pelviennes et anales qui évoluaient de manière intermittente pendant 5 jours sur fond de constipation chronique. Ces douleurs étaient associées à quelques épisodes de rectorragies minimales. Aucun antécédent particulier n'était noté chez ce patient. A l'examen, l'état général était conservé, le patient était conscient et il présentait un abdomen souple sans masse palpable. L'examen ano-périnéal permettait de mettre en évidence un anus béant avec, au toucher rectal, la perception d'un objet dur, mobile, avec des contours réguliers et mous, situé à 4 cm environ de la marge anale. La radiographie de l'abdomen sans préparation permettait d'objectiver une image anormale du rectum, épousant la forme d'un fond de bouteille (figure 1).



Figure 1 : ASP montrant une image du rectum (encerclé) qui épouse la forme d'un fond de bouteille

Le cliché de profil n'avait pas été effectué. Le diagnostic de CEIR était retenu. Un refus de communication sur les circonstances et les motivations d'un tel acte a été noté à l'interrogatoire.

Aucun trouble du comportement n'a été retrouvé à l'interrogatoire de son entourage. L'extraction par voie basse était décidée et effectuée sous anesthésie générale. Ceci permettait de recueillir une bouteille en plastique de 30 cl (figure 2).



Figure 2 : Extraction manuelle par voie basse d'une bouteille en plastique de 30 cl

Les suites thérapeutiques étaient simples. Une consultation psychiatrique était proposée au patient, mais était refusée, le patient prétextant qu'il était « sain d'esprit ». L'exeat était effectué à J1 après extraction.

DISCUSSION

Les CEIR ne sont pas rares dans les pays développés où une augmentation de l'incidence a été notée au cours des dernières décennies [3, 4, 5]. Cette fréquence, concerne surtout l'adulte jeune de sexe masculin; cependant des cas de CEIR aux âges extrêmes de la vie ont été décrits, notamment chez l'enfant et le sujet âgé (patient âgé de 90 ans dans la série d'Ousadden [6, 7, 8]. Ce phénomène semble être lié à un accroissement des pratiques sexuelles, correspondant à une forme de liberté [9]. En effet l'érotisme anal est la première cause d'insertion d'objets dans le rectum [2]. Les différents objets introduits sont dominés par les bouteilles, les accessoires

sexuels, les fruits et légumes, et les utilitaires domestiques [10]. En dehors de la recherche de plaisir sexuel, ces objets peuvent être introduits à des fins criminelles (drogues), diagnostiques ou thérapeutiques (thermomètre, compresses) et enfin, plus rarement, lors d'un traumatisme [8].

Dans nos pays, le sexe constitue un sujet encore tabou, et les déviances sexuelles ne sont pas tolérées. Ainsi, lors de l'examen, les circonstances et le mécanisme sont difficilement avoués, cela pouvant entraîner des errements du diagnostic.

Les différents symptômes évoqués par notre patient se résument en un syndrome rectal atypique. Devant ce fait, l'examen doit être rigoureux, avec un interrogatoire poussé, intéressant aussi l'entourage à la recherche de troubles du comportement, et un examen physique soigneux dans lequel le toucher rectal prend une place prépondérante, surtout pour les CEIR accessibles au doigt. Par ailleurs la découverte d'un anus béant chez notre patient permet de conclure qu'il s'agit probablement d'un « coutumier des faits ».

Le diagnostic précoce conditionne le pronostic vital qui peut être engagé lors des complications, notamment une péritonite par perforation qui survient dans 3 à 17 % des cas, une occlusion ou un abcès pelvien [6, 11]. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) est utile pour les CEIR radio-opaques. L'incidence « bassin de profil » permet dans ce cas de mieux visualiser l'objet et d'en faire le diagnostic topographique.

En outre, l'ASP peut aussi permettre de détecter certaines complications (pneumopéritoine, niveaux hydro-aériques). Par ailleurs, le scanner avec image de reconstitution, trouve son intérêt dans la précision des CEIR radio-transparents; il en donne les dimensions et la position [10, 12].

Cependant, l'examen de référence reste l'endoscopie basse du fait de ses intérêts diagnostiques, surtout pour les CEIR radio-transparents et non accessibles au toucher rectal, mais aussi thérapeutiques [13, 14]. Cet examen présente une accessibilité très faible dans nos pays.

En dehors de toute complication, l'extraction par voie basse doit être privilégiée comme traitement de première intention. Elle nécessite un bon relâchement sphinctérien, ceci obtenu par une anesthésie loco-régionale ou générale [15]. L'extraction par voie manuelle sera dédiée aux CEIR accessibles, aidée comme dans notre cas, par une expression

abdominale. Pour les CEIR non accessibles, le recto-sigmoïdoscope garde toute sa place surtout pour les objets de petite taille [13]. Cette endoscopie basse permet en outre, après extraction, de faire un bilan lésionnel. Par ailleurs, une multitude d'instruments peuvent être utilisés, notamment gynécologiques ou orthopédiques, avec plusieurs approches et plusieurs techniques décrites [7, 12, 16].

Les complications de cette extraction trans-anale, pour la plupart mineures (abrasions, ulcérations, rectorragies), sont rapportées dans 62,5% des cas [17]. Notre patient n'en présentait pas.

Les indications de la voie haute sont constituées par les complications [18] et par l'échec de la voie basse qui est fonction de la taille, de la forme et de la migration du CEIR [10]. La laparotomie permet de repousser l'objet en distalité, par manœuvre extraluminale.

La colotomie devient indispensable pour les objets de grande taille. La stomie de dérivation temporaire sera décidée en fonction des constatations per-opératoires (lésions recto-sigmoïdiennes) et de la chronicité du CEIR [19]. La prise en charge ne saurait être complète sans une approche psychologique avec une thérapie sexuelle [8, 20]. Cette partie du traitement est souvent refusée dans notre contexte, comme chez notre patient et celui rapporté par Rakotovao et al [10]. Ceci s'explique par les nombreux interdits sur certaines pratiques sexuelles jugées « honteuses », mais aussi par une croyance populaire assimilant la psychiatrie à une partie de la médecine qui est exclusivement dédiée aux « malades mentaux » [20].

CONCLUSION

La découverte d'un CEIR reste un événement exceptionnel dans notre pratique, alors que ce phénomène n'est pas rare dans les pays développés. Sa prise en charge rencontre dans nos pays des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Les solutions sont à trouver, entre autres, dans la vulgarisation de l'endoscopie digestive et dans l'établissement d'un contrat de confiance solide entre le malade et son médecin traitant. Il faut toujours y penser devant un syndrome rectal inexplicé car, seule la précocité de la prise en charge permet d'éviter les complications qui peuvent engager le pronostic vital.

RÉFÉRENCES

1. **Kouraklis G, Misiakos E, Dovas N, et al.** Management of foreign bodies of the rectum: Report of 21 cases. *J R Coll Surg Edinb* 1997;42:246-247.
 2. **Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B.** Foreign bodies in the rectum. *Can J Surg* 1993;36:173-7.
 3. **Barone JE, Sohn N, Nealon TF Jr.** Perforations and foreign bodies of the rectum: Report of 28 cases. *Ann Surg* 1976;184:601-604.
 4. **Crass RA, Tranbaugh RF, Kudsk KA, et al.** Colorectal foreign bodies and perforation. *Am J Surg* 1981; 142: 85-88.
 5. **Rodriguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM et al.** Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis.* 2007;9:543-8.
 6. **Bouamama H, Elmadi A, Rami M, Khatala K, et al.** Péritonite sur corps étranger intra-rectal: à propos d'un cas. *The Pan African Medical Journal* 2011;8:3
 7. **Steenvoorde P, Rovers JP, Tollenaar RAEM.** Retained Foreign Body in a 14-Year-Old Boy. *J Pediatr Surg* 2003;38:1554-1556.
 8. **Oussadden A, IbnMajdoub K, El Bouhaddouti H, Lamrani J et al.** Corps étrangers colorectaux introduits volontairement. A propos de 4 cas. *Annales de Médecine et de Thérapeutique* 2009;1:22-25
 9. **Agnew J.** Some anatomical and physiological aspects of anal sexual practices. *J Homosex* 1985; 12: 75-96.
 10. **Rakotovo 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.
 11. **Sohn N, Weinstein MA, Gonchar J.** Social injuries of the rectum. *Am J Surg* 1977; 134: 611-2.
 12. **Shilpi SG, Onkar S, A Hastir, et al.** Foreign bodies in the rectum: A report on three cases including a bullhorn in the rectum. *Arab Journal of Gastroenterology* 2010;11: 108–112.
 13. **Ahmed A, Cummings SA.** Novel endoscopic approach for removal of a rectal foreign body. *Gastrointest Endosc.* 1999;50:872-4.
 14. **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
 15. **Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR.** Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005;7:98-103.
 16. **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.
 17. **Huang WC, Jiang JK, Wang HS, Yang SH et al.** Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc* 2003;66:607-12
 18. **Dieng M, Sanou A, Konaté I, Ka O, Dia A, Touré C.T.** Sigmoid perforation secondary to a ball pen tip. A late complication of colorectal foreign body. *Indian J Surg* 2006;68(6):339-340
 19. **Kantarian JC, Riether RD, Sheets JA et al.** Endoscopic retrieval of foreign bodies from the rectum. *Dis Colon Rectum* 1987;30:902-4.
 20. **Ooi BS, Ho YH, Eu KW et al.** Management of anorectal foreign bodies: A cause of obscure anal pain. *Aust N Z J Surg* 1998;68:852-5.
-