

Case report

Volumineux corps étranger colorectal introduit volontairement: à propos d'un cas



Voluminous colorectal foreign bodies inserted voluntarily: about a case

Saad Slaiki^{1,*}, Hicham EL Bouhaddouti¹, Oudii Mouaqit¹, Abdelmalek Ousadden¹, Khalid Ait Taleb¹, El Bachir Benjelloun¹

¹Service de Chirurgie Viscérale, CHU Hassan II, Fes, Maroc

^{*}Auteur correspondant: Saad Slaiki, Service de Chirurgie Viscérale, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Mots clés: Foreign body, rectal, voluntary

Received: 24/10/2019 - Accepted: 01/11/2019 - Published: 13/11/2019

Résumé

L'introduction de corps étrangers (CE) est une curiosité et un tabou dans notre pays. 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. 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. 2019;34:142. doi:10.11604/pamj.2019.34.142.20793

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/34/142/full/>

© Saad Slaiki 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.

Abstract

Insertion of foreign bodies is a curiosity and a taboo in our country. It is characterized by the severity of possible complications and the different therapeutic opportunities. We report the case of a patient with rectal incarceration of a voluminous object introduced voluntarily. He underwent manual extraction. Extraction, when possible, allow to avoid surgery that is necessary in the case of failure or complications.

Key words: *Kidney transplantation, left sided, left inferior vena cava*

Introduction

L'introduction de corps étrangers (CE) par l'anus est un phénomène bien décrit, et n'est plus considéré comme rare, en occident [1,2]. Par contre au Maroc, cela reste une curiosité et un tabou. Des objets, parfois insolite, 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, armes) ou plus rarement, lors de circonstances accidentelles.

Patient et observation

Un patient de 45 ans sans antécédents notables, s'est présenté aux urgences pour CE (Figure 1) incarcéré en intra rectal depuis son introduction un jour auparavant « au cours d'un acte sexuel ou le patient était ivre ». L'examen a trouvé un patient en bon état général avec un bout de la bouteille palpable en sous ombilical. Le toucher rectal percevait l'objet (bouteille de bière) au bout du doigt. La radiographie avait mis en évidence le corps étranger (Figure 2). L'extraction a été réalisée par voie basse sous sédation, au bloc opératoire, en position de taille périnéale. La manœuvre d'extraction ayant consisté en une petite pression sur l'abdomen au niveau du bout palpable ce qui a permis l'extraction du CE par voie basse (Figure 3). Le patient était gardé en observation après l'extraction. L'évolution était sans particularités. Le patient était déclaré sortant J + 2, puis il fut adressé en consultation psychiatrique.

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. Le rapport le plus ancien sur la prise en charge d'un corps étranger intra-rectal remonte au XVIème siècle [3]. 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-thérapie (d'une constipation, d'hémorroïdes, ou de prurit anal), l'origine traumatique, les agressions, et l'origine psychiatrique [4]. Notre patient rapporte l'introduction du corps étranger secondaire à un état d'ivresse lors de pratique de sexe. La présence de corps étranger intra-rectaux est très peu courante dans les pays en développement, et plus fréquente dans les pays industrialisés [5]. 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 jour [3]. Notre patient s'est présenté 1 jour 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 [1].

Un toucher rectal (mieux réalisé sous sédation consciente), vérifie l'intégrité anorectale et peut retrouver le CE [6]. Combiné à la palpation abdominale, il permet parfois d'estimer sa position [1]. Comme le cas de notre patient, le toucher rectal ainsi que la palpation abdominale a permis de faire le diagnostic. Si l'objet est radio-opaque, le diagnostic est confirmé à l'ASP (Abdomen sans préparation) qui visualise sa forme, sa taille et sa position, comme le cas pour notre patient. Les végétaux et objets en plastique peuvent rester invisibles ou être devinés grâce à leur silhouette. L'ASP peut aussi objectiver un pneumopéritoine, signe d'une perforation digestive, imposant la laparotomie en urgence. Une rectosigmoidoscopie peut être tentée en faisant attention à ne pas éloigner le CE [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-anales. Cependant, la concavité sacrée et le spasme anal tendent à retenir le CE loin de l'anus [1,7,8].

Des succès d'extraction par voie basse ont été rapportés mais concernent surtout les CE de petite taille [1]. 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 étrangers peuvent rendre difficiles la recherche et l'extraction par voie basse. En cas d'échec, une laparotomie s'avère nécessaire [7,9]. La laparoscopie offre des avantages potentiels, mais a été peu décrite dans la prise en charge de ce problème [11]. La laparotomie est réalisée dans moins de 40% des cas [2,10]. La colotomie peut être évitée, comme dans notre cas, surtout si la 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 [11].

Conclusion

L'introduction volontaire d'une CE reste une pathologie taboue dans notre pays. L'extraction sans chirurgie sous sédation reste le moyen idéal toutefois, le recours à la chirurgie s'impose en cas d'échec.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge du patient et à la rédaction de manuscrit. Ils ont également lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: le corps étranger après son extraction

Figure 2: abdomen sans préparation montrant le corps étranger au niveau du pelvis

Figure 3: le corps étranger lors de l'extraction

Références

1. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Disease*. 2005; 7(1): 98-103. **PubMed | Google Scholar**
2. Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B. Foreign bodies in the rectum. *Can J Surg*. 1993; 36(2): 173-7. **PubMed | Google Scholar**
3. 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(10): 1694-8. **Google Scholar**
4. Kurer MA, Davery C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Diseases*. 2009; 12(9): 851-861. **PubMed | Google Scholar**
5. 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. **Google Scholar**
6. Kouraklis G, Misiakos E, Dovas N, Karatzas G, Gogas J. Management of foreign bodies of the rectum: report of 21 cases. *JR Collsurg Edinb*. 1997; 42(4): 246-7. **PubMed | Google Scholar**
7. Cirocco WC. Anesthesia facilitates the extraction of rectal foreign bodies. *Gastrointest Endosc*. 2000; 52(3): 452-3. **PubMed | Google Scholar**
8. Huang WC, Jiang JK, Wang HS, Yang SH, Chen WS, Lin TC *et al*. Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc*. 2003; 66(10): 607-12. **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(3): 83-4. **PubMed | Google Scholar**
10. 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(11): 1632-4. **PubMed | Google Scholar**

11. Ousadden A, Ibn Majdoub K, El Bouhaddouti H, Lamrani J, Mazaz K, AitTaleb K. Corps étrangers colorectaux introduits volontairement: à propos de quatre cas. AMETHER. 2009 Octobre; 1(1): 22-25. **Google Scholar**

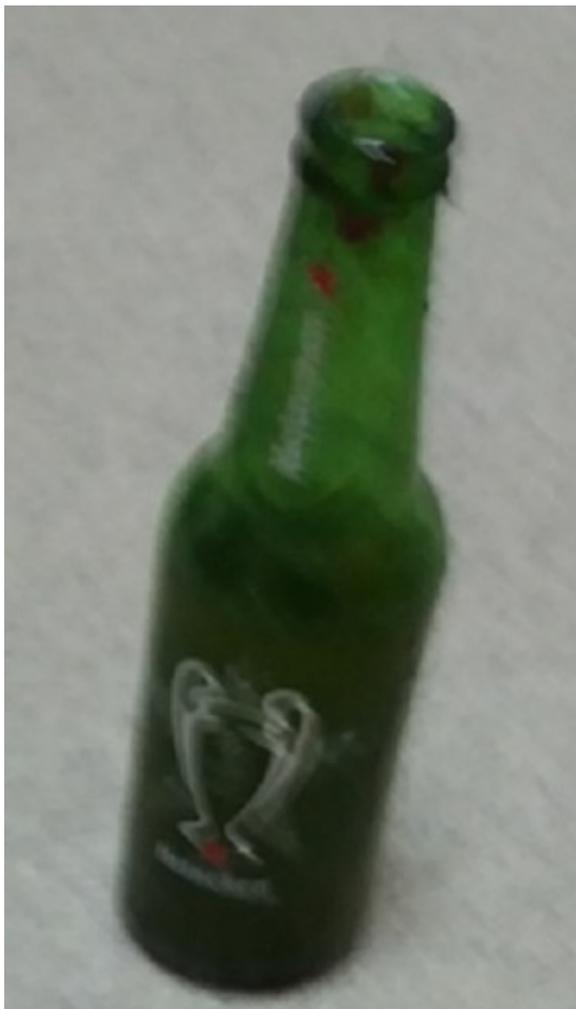


Figure 1: le corps étranger après son extraction

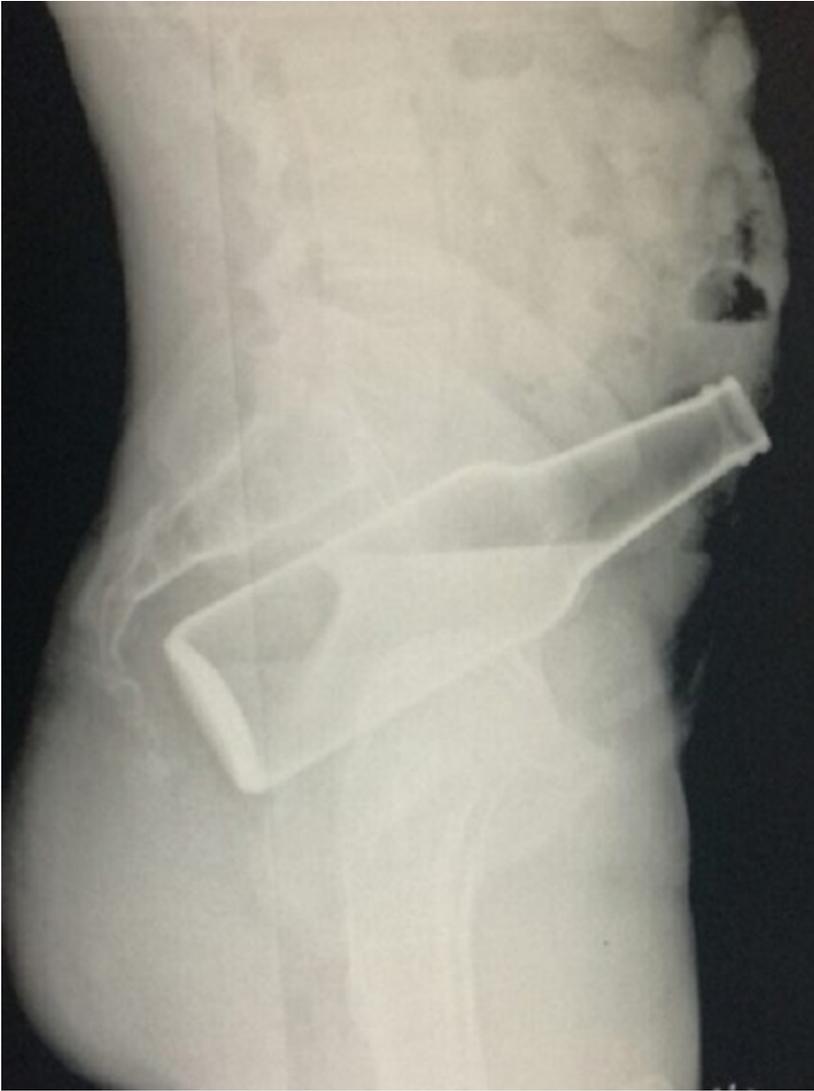


Figure 2: abdomen sans préparation montrant le corps étranger au niveau du pelvis



Figure 3: le corps étranger lors de l'extraction