

# PERITONITE PAR PERFORATION TRAUMATIQUE TRANS-ANALE DU RECTUM A PROPOS D'UN CAS

ZARE C.\* , SANON B.G.\* , ZAN A.\*\* , OUEDRAOGO NLM.\*\* , WANGRE E.\*\* , ZIDA M.\*\* , MEHINTO D.\*\* , TRAORE S. S.\*\* ,

## RESUME

La perforation traumatique trans-anales du rectum sans lésions anales et périnéales est une cause rare mais non exceptionnelle de péritonite. Nous rapportons un cas au Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS) chez un adolescent de 16 ans, suite à un empalement ano-rectal accidentel sur une tige de fer à béton.

L'exploration chirurgicale découvrait un épanchement purulent du cul-de-sac de Douglas associé à une perforation unique de la face antérieure du rectum supra-péritonéale. Un avivement avec suture simple de la perforation était réalisé avec toilette péritonéale sans drainage de la cavité abdominale. L'évolution était favorable.

Les aspects pathogéniques, l'approche diagnostique et les particularités de la prise en charge de cette affection sont analysés dans le milieu burkinabè.

**Mots clés :** Traumatisme transrectal, perforation rectale, péritonite

## ABSTRACT

### PERITONITIS PIERCING BY TRAUMATIC TRANS-ANAL RECTAL ABOUT A CAS

The trans-anal traumatic perforation of the rectum without perineal and anal injury is a rare but not exceptional owing to peritonitis. We report a case at the Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS) in a 16 years old teenager with anorectal accidental impalement on an iron rod in concrete.

Surgical exploration discovered a purulent effusion of the cul-de-sac of Douglas associated with a single perforation of the anterior supra-peritoneal rectum. A simple freshening suture of the perforation was performed with peritoneal washing without drainage of the abdominal cavity. The outcome was favorable.

Pathogenic aspects, diagnostic and peculiarities of the management of this condition approach are analyzed in the Burkinabe community.

**Key words:** Transrectal trauma, rectal perforation, peritonitis

## INTRODUCTION :

Une revue de la littérature nous a incités à rapporter notre observation dans le but d'analyser les aspects pathogéniques, l'approche diagnostique et les particularités thérapeutiques de cette affection dans le milieu burkinabè [1].

## OBSERVATION

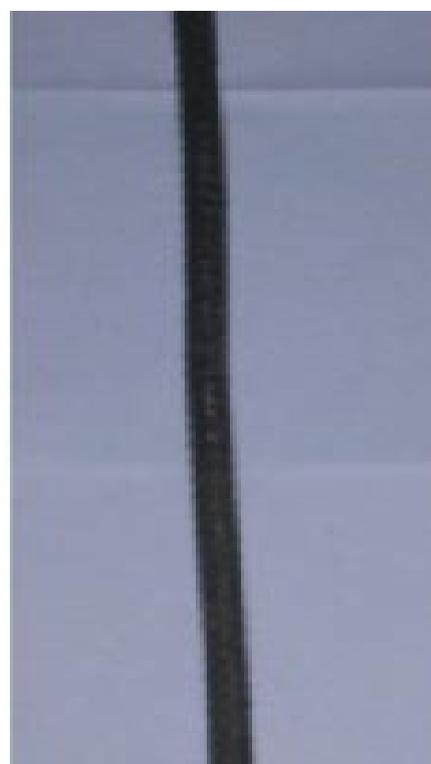
Un adolescent de 16 ans a été admis le 16 août 2012 pour une rectorragie survenue suite à un empalement ano-rectal accidentel sur une tige de fer à béton (fig1).

\* : Département de Chirurgie, CHU Sourou SANOU (Burkina Faso).

\*\* : Service de Chirurgie Viscérale, CHU Yalgado OUEDRAOGO (Burkina Faso).

\*\*\* : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A, CHNU Cotonou (Bénin).

**Auteurs et Correspondances :** Dr ZARE Cyprien ; Tél. : 00226 70 08 91 87 ; Fax : 00226 20 97 26 93 ; Email : zcyprien@yahoo.fr



**Figure 1** Tige de fer à béton ayant provoqué le traumatisme

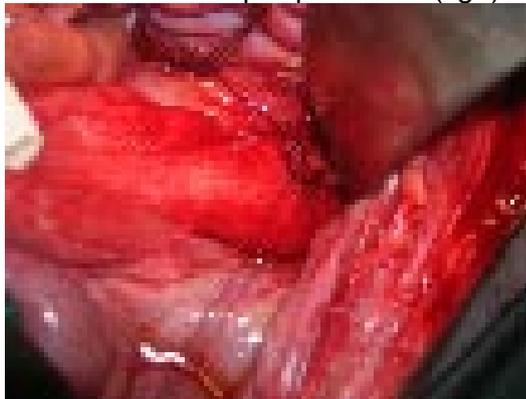
Ce traumatisme s'est produit lorsque le garçon a

voulu implanter une tige de fer à béton dans le sol à l'aide de ses fesses dans l'objectif d'attacher un animal. Dans ses antécédents, on ne notait pas de troubles psychiatriques.

L'examen clinique à l'admission n'objectivait ni d'hémorragie active, ni anémie clinique. La marge anale et l'orifice anal ne portaient aucune lésion traumatique. L'abdomen était souple sans défense ni contracture. Le toucher rectal retrouvait un sphincter anal tonique non douloureux et sans trace de sang sur le doigtier. Un bilan biologique fait à douze heures du traumatisme objectivait une hyperleucocytose à 15 000 éléments/m<sup>3</sup>, un taux d'hémoglobine à 11gr/dl, le reste du bilan biologique a été sans particularité.

La radiographie de l'abdomen sans préparation n'a pas révélé de corps étranger ni de pneumopéritoine. Devant ce tableau, une mise en observation a été instituée.

Au 2<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, le malade a signalé une douleur abdominale et l'examen de l'abdomen a permis de retrouver un syndrome péritonéal avec une défense généralisée. Le diagnostic d'une péritonite par perforation a été découvert. Une laparotomie médiane sous-ombilicale a été pratiquée après une courte réanimation. L'exploration chirurgicale découvrait un épanchement purulent dans le cul de sac de Douglas associé à une perforation unique de la face antérieure du rectum supra-péritonéal (fig2).



**Figure 2** Orifice de la perforation au niveau du rectum entre fils repères

On pratiquait un avivement suture simple des berges de la perforation avec toilette péritonéale sans drainage de la cavité péritonéale. L'examen cyto bactériologique du pus était revenu stérile. Les suites opératoires ont été simples et le malade a été exéaté le 24 août 2012. Une consultation psychiatrique a été réalisée à J15 postopératoire pour savoir si l'insertion était faite à d'autres fins. Elle a conclu à l'absence de troubles psychiques chez notre patient. Un contrôle clinique à un mois postopératoire n'a révélé aucune lésion du sphincter anal.

## DISCUSSIONS

Les objets sont insérés dans le rectum à des fins

diagnostiques, thérapeutiques, sexuelles ou lors de voies de faits criminelles ou encore lors de circonstances accidentelles [1].

L'introduction du corps étranger (CE) par l'anus n'est plus considérée comme un phénomène rare cependant elle est rarement accidentelle [2,3]. La cause d'introduction du CE chez notre patient relève d'une circonstance accidentelle exceptionnelle et insolite. L'absence de lésions périnéale et anale suggère qu'il s'est agi d'un mécanisme direct trans-anal. Ce fait est curieux et probablement rare. Une consultation psychiatrique réalisée en postopératoire chez notre patient n'a pas décelé de troubles psychiatriques pouvant expliquer ce mécanisme. Les circonstances de survenu de ce fait insolite relèverait certainement de l'imprudence.

Les CE insérés dans le rectum sont de nature variable et insolite : bouteille de whisky, sex-toys, ampoule, paire de lunette [1,2].

Quelque soit la nature du CE, cela peut entraîner de graves lésions recto-sigmoïdiennes par perforation [1]. Le diagnostic de perforation viscérale doit être toujours évoqué devant tout traumatisme par empalement anorectal. Le patient doit bénéficier d'une mise en observation car la perforation traumatique est une affection muette à l'admission. Le toucher rectal pourrait situer la brèche rectale de façon plus ou moins nette sur la face antérieure du bas ou du moyen rectum [4].

L'empalement anorectal constitue une urgence de gravité variable dont la prise en charge doit être précoce pour éviter la survenue de péritonite, complication grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital [1,5]. Dans notre pratique, nous n'avons pas de moyens de diagnostic précoce de la perforation en dehors de l'examen physique et de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) qui n'ont pas été contributif dans notre cas d'où l'intérêt de notre mise en observation. Ainsi dans le contexte d'un pays en développement comme le Burkina Faso, en l'absence de moyens de diagnostic précoce, la mise en observation s'impose devant tout traumatisme par empalement anorectal source de perforation viscérale muette à l'admission. Cette mise en observation nous a permis de découvrir à temps la survenue d'une péritonite chez notre malade. De point de vue diagnostique, la clinique a été évocatrice. Il s'est agi d'une contracture et une défense abdominale généralisée dans les 48 heures après le traumatisme. Notre patient a bénéficié d'une laparotomie avec un avivement-suture simple du rectum suivie d'une toilette péritonéale. Nous n'avons pas pratiqué de colostomie ni de drainage de la cavité abdominale. Les suites opératoires ont été simples. Notre attitude de ne pas réaliser une colostomie se justifiait par la présence de la perforation rectale qui était unique, avec des berges peu dévitalisées et de suture simple. Le drainage n'a pas été nécessaire parce que la lésion

rectale a été suffisamment réparée et la cavité abdominale abondamment lavée et asséchée complètement. La prise en charge des traumatismes anorectaux est controversée dans la littérature.

Cependant notre attitude semble proche de celle de H.Ozturk et al [6] et de Merlino et al [7] qui proposent tous les deux une fermeture primaire de la plaie rectale si les lésions sont limitées et en l'absence de contamination massive intrapéritonéale, sinon la suture rectale est protégée par une colostomie. Par contre notre attitude diffère de celle de Bouamama et al [1] qui réalise une suture rectale suivie d'une colostomie et drainage. Pour Navsariah et al [8], les traumatismes du rectum s'apparenteraient à ceux du colon et nécessiteraient une exploration abdominale pouvant être réalisée par voie coelioscopique ou par laparotomie avec un lavage rectal réalisé dans 29% des cas.

## CONCLUSION

La perforation traumatique transanale du rectum sans lésions anales par empalement accidentelle sur une tige de fer à béton est une cause rare et insolite de péritonite. La survenue d'un tel traumatisme dans le contexte d'un pays en développement aux moyens de diagnostic précoce limités d'une perforation viscérale muette à l'admission doit toujours imposer une mise en observation.

## REFERENCES

1-BOUAMANA H, ELMADI A, RAMI M, KHATALA K, BOUABDALLAH Y, AFIFI A. Péritonite sur corps étranger intra rectal: à propos d'un cas. Pan-African-medical-journal . 2011 ; 8 : 3.

2- 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 ; Volume 1, N° 1 : 22 – 25.

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

4-Bougtab A, Amoraoui M, Baroudi Ch, El Ounani M , Amziane L, Echarrab M et al. Plaies recto-vésicale traumatique. Médecine du Maghreb. 1995 ; n° 51.

5-JAOUADI S. MBAREK S ;.LAGHA H ;. ATAQUI M A,. SMAOUI W,. BOULIFI F.B et al. Une plaie du diaphragme thoraco-abdominal secondaire a un empalement anorectal R.T.S.M.Revue tunisienne de la santé militaire. 2010, vol. 12, no4, pp. 306-309.

6- H.Ozturk, A.Omen, A.I.Dokuen, S.Otçu, Y.Yagmur, S.Yucesan : Management of anorectal injuries in children: An eighteen year experience. Eur J Pediatr Surg. 2003;249-255.

7-Merlino JI. et Reynold HL. Management of rectal injuries. Semin Colon Rectal Surg 2004; 15 : 95-104.

8-Navsariah PH, Shaw JM, Zellweger R., Nicol AJ, Kahn D. Diagnostic laparoscopy and diverting sigmoid loop colostomy in the management of civilian extraperitoneal rectal gunshot injuries. Br J Surg. 2004; 91 : 460-4.