

# PROLAPSUS TOTAL ETRANGLE DU RECTUM: A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS A BOBO-DIOULASSO ET REVUE DE LA LITTERATURE.

ZARÉ C<sup>1</sup>, TRAORÉ IA<sup>2</sup>, GANDÉMA S<sup>3</sup>, SANON BG<sup>1</sup>, ZIDA M<sup>4</sup>, BELEMLIGA HGL<sup>1</sup>, BÉNAO BL<sup>1</sup>, YABRÉ N<sup>1</sup>, BARRO D<sup>2</sup>, TRAORÉ SS<sup>4</sup>

## RESUME

L'objectif de ce travail était de rapporter trois observations de prolapsus total étranglé du rectum avec nécrose pariétale de l'adulte, afin d'en préciser les aspects étiopathogéniques, évolutifs et thérapeutiques. Il a été recensé 3 cas de prolapsus total étranglé du rectum entre janvier 2014 et mars 2015, dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso. Il s'agissait de trois adultes jeunes de sexe masculin, âgés respectivement de 24 ans, 37 ans et 40 ans. Dans tous les cas, un antécédent de constipation chronique avec poussée abdominale à la défécation a été noté et l'un des patients présentait un antécédent de maladie psychiatrique chronique. Tous ces patients ont été reçus en urgence pour extériorisation d'une masse douloureuse anale et irréductible. Le prolapsus étranglé était inaugural chez tous les patients. Un œdème avec nécrose pariétale du rectum était noté chez tous les malades rendant illusoire toute tentative de réduction. Après une réanimation médicale et un bilan préopératoire, une intervention chirurgicale sous anesthésie générale a été réalisée. Elle a consisté à une rectosigmoïdectomie périnéale avec anastomose colo-anale, dite intervention de ALTEMEIER. Deux cas d'hypotonie sphinctérienne avec incontinence fécale ont été constatés en post-opératoire. 01 cas d'incontinence a connu une évolution favorable après une prise en charge en kinésithérapie pour une rééducation périnéale par biofeed back.

**Mots-clés** : Prolapsus total étranglé du rectum, urgence, rectosigmoïdectomie périnéale

## ABSTRACT

### STRANGLLED TOTAL RECTAL PROLAPSE: ABOUT THREE OBSERVATIONS TO BOBO-DIOULASSO AND LITERATURE REVIEW

The objective of this study was to report three cases of strangled total rectal prolapse with parietal necrosis in order to clarify the etiopathogenic, progressive and therapeutic aspects. It has been documented 3 cases of strangled total rectal prolapse between January 2014 and Mars 2015, in the visceral surgery department of University teaching Hospital Souro Sanou (CHUSS) of Bobo-Dioulasso. There were three young adult male, respectively aged 24 years, 37years and 40years. In all cases, a history of chronic constipation with defecation abdominal thrust was noted and one patient had a history of chronic psychiatric disease. All these patients were seen in emergency with externalizing anal painful and irreducible mass. The strangled prolapse was inaugural in all patients. Oedema with parietal necrosis of the rectum was noted in all patients rendering illusory any attempt at reduction. After intensive care and preoperative checkup, surgery under general anesthesia was performed. It consisted of perineal rectosigmoïdectomy with colo-anal anastomosis, called intervention of Altemeier. Two cases of sphincter hypotonia with fecal incontinence were observed postoperatively. 01 cases of incontinence experienced a favorable evolution after care in physiotherapy for perineal reeducation through Biofeed back.

**Keywords**: Strangled total rectal Prolapse, urgency, perineal rectosigmoïdectomy

- 1- Service de Chirurgie Générale, CHU Souro-Sanou de Bobo-Dioulasso
- 2- Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Souro-Sanou de Bobo-Dioulasso
- 3- Service de Rééducation Fonctionnelle CHU Souro-Sanou de Bobo-Dioulasso
- 4- Service de Chirurgie Viscérale CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou

**Auteur correspondant** : Dr ZARE Cyprien Tél: 00226 70 08 91 87 Fax : 00226 20 97 26 93  
CHU SourouSanou-Bobo-Dioulasso, Burkina Faso  
BP 629 Email: zcyprien@yahoo.fr

## INTRODUCTION

L'étranglement ou l'incarcération est une complication rare du prolapsus total du rectum relevant toujours du traitement chirurgical en urgence (Jacobs et al., 1997 ; Lechaux, 2002). Le prolapsus total du rectum est généralement facile à reconnaître cliniquement, tout au moins dans les formes typiques au point que le malade fait lui-même le diagnostic sous le terme imagé de « descente d'organes ». Depuis la description princeps du prolapsus total étranglé du rectum, faite par Hippocrate, seuls quelques cas ont été rapportés par des auteurs à travers des séries sur le prolapsus total du rectum d'une manière générale (Bogola, 2008 ; Ka et al., 2010 ; Benmouloud, 2008 ; Ouédraogo et al., 2013). Le prolapsus total étranglé du rectum de l'adulte est rarement rapporté comme en témoigne le manque relatif de publications sur le sujet dans cette population. C'est ainsi que nous avons jugé intéressant de rapporter trois observations de prolapsus rectal total étranglé du rectum et

d'en souligner les aspects étiopathogéniques, évolutifs et thérapeutiques.

## OBSERVATIONS

### Observation 1

Il s'agissait de Monsieur S. Tangui âgé de 37 ans, vigile, admis le 17 janvier 2014 aux urgences chirurgicales du CHUSS pour extériorisation d'une masse douloureuse par l'anus. Cette symptomatologie était survenue brutalement à 72 heures d'un épisode de diarrhée aiguë avec poussées abdominales violentes, occasionnées par le traitement traditionnel d'une constipation chronique. Le manque de moyens financiers chez le malade avait retardé la prise en charge jusqu'au cinquième jour d'évolution. Dans les antécédents, il a signalé des épisodes de constipation chronique. Cependant, antérieurement, il n'a pas été noté d'incontinence fécale ni de prolapsus rectal.

L'examen clinique a permis de noter :

- une anémie clinique;
- un abdomen sans cicatrice de laparotomie, souple, sensible à l'hypogastre à la palpation et non tympanique à la percussion;
- un bourrelet cylindro-conique, à base anale, long de 12 cm environ et irréductible avec une nécrose muqueuse par endroit ;

Le diagnostic de prolapsus total étranglé et négligé du rectum a été posé (photo 1).



**Photo 1** Prolapsus total étranglé négligé du rectum avec nécrose de la paroi rectale vu à J5 d'évolution

Après un bilan préopératoire comportant une numération formule sanguine (NFS), un groupage sanguin, une glycémie, une créatininémie et une réanimation médicale, une intervention chirurgicale par voie périnéale a été réalisée sous anesthésie générale. Il s'est agi d'une incision circonférentielle de toute l'épaisseur de la paroi rectale effectuée à environ 1 cm de la marge anale, suivie d'une amputation du rectum

et une résection segmentaire colique gauche avec anastomose colo-ale selon Altemeier. Les suites opératoires ont été marquées par une hypotonie sphinctérienne (béance anale au toucher rectal) avec incontinence fécale dont la prise en charge a été faite par une rééducation périnéale manuelle. Une amélioration de l'incontinence a été obtenue à 28 jours post-opératoire permettant un retour à domicile du patient. Revu à un mois, puis à 3 mois, le sphincter était légèrement tonique avec une bonne amélioration de la continence anale. Le suivi a été poursuivi à 6 mois et à un an avec des suites simples.

### Observation 2

Monsieur S. Dogondé, âgé de 40 ans, cultivateur a été référé d'un centre hospitalier régional le 25 mars 2015 aux urgences chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso pour prolapsus total irréductible du rectum. Cette symptomatologie évoluait depuis 4 jours. Dans les antécédents, le patient a signalé des épisodes de constipation chronique avec poussées abdominales à la défécation. Par ailleurs, le patient ne présentait pas antérieurement d'incontinence fécale ni de prolapsus du rectum.

L'examen clinique a permis de noter :

- un état général satisfaisant;
- un abdomen sans cicatrice de laparotomie, souple, sensible à l'hypogastre à la palpation et non tympanique à la percussion;
- un périnée sans cicatrice mais avec présence d'un bourrelet cylindro-conique, à base anale, (ulcero-nécrotique), long de 10 cm environ et irréductible avec une sombre avec une nécrose et d'ulcérations muqueuses par endroit. Le diagnostic de prolapsus total étranglé et négligé du rectum a été posé (photo 2).



**Photo 2** prolapsus total du rectum avec ulcération et œdème important de la paroi rectale



Après un bilan préopératoire comportant une NFS, un groupage sanguin, une glycémie, une créatininémie et une courte réanimation, une intervention chirurgicale sous anesthésie générale a été décidée. Il s'est agi d'une rectosigmoïdectomie périnéale suivie d'une anastomose colo-anales selon Altemeier. Les suites opératoires ont été simples et le patient a été sorti au cinquième jour post-opératoire. Il a été revu à un mois, puis à 6 mois sans la moindre complication.

### Observation 3

O. Ibrahim âgé de 24 ans, de sexe masculin, a été conduit le 25 juillet 2014 aux urgences chirurgicales par ses parents pour issue d'une masse à travers l'orifice anale à la défécation. Le patient aurait lui-même tenté vainement de réduire la masse. Dans les antécédents, on a noté l'existence depuis 5 ans d'une maladie psychiatrique avec une notion de constipation chronique. Cependant, antérieurement, il n'a pas été noté d'incontinence anale ni de prolapsus rectal. L'examen physique a permis de retrouver un prolapsus total du rectum étranglé avec œdème pariétale et ulcération muqueuse du rectum par endroit (photo 3). La prise en charge au CHUSS a été faite 48 heures après l'admission par manque de moyens financiers. Il a bénéficié d'une rectosigmoïdectomie périnéale suivie d'une anastomose colo-anales selon Altemeier.



**Photo 3** Prolapsus total étranglé avec ulcération et nécrose pariétale du rectum associé à des paquets hémorroïdaires

Les suites opératoires ont été marquées par une hypotonie sphinctérienne (béance anale au toucher rectal) avec incontinence anale. Malgré une prise en charge en kinésithérapie, les suites opératoires à six mois ont été marquées par une hypotonie sphinctérienne avec incontinence anale. Devant l'échec du traitement, une plastie sphinctérienne sera proposée au bout de six mois.

### DISCUSSION

Le prolapsus total étranglé du rectum est rare dans notre contexte de pratique chirurgicale (3 cas en deux

ans). Cette rareté a été notée également dans des séries africaines tels que Benmouloud, Kâ et Bogola qui ont respectivement rapporté 01 cas en 4 ans, 06 cas en 15 ans et 1 cas en 5 ans (Bogola, 2008 ; Ka et al., 2010 ; Benmouloud, 2008). Dans nos trois observations, tous les patients étaient des adultes jeunes, âgés respectivement de 24 ans, 37 ans et de 40 ans. Le prolapsus rectal de l'enfant se complique rarement (Ouédraogo et al., 2013). L'existence ou non d'une déficience périnéale avec diastasis des releveurs, hypotonie du plancher pelvien et béance anale reconnue par le seul examen clinique, différencie deux tableaux anatomocliniques. Le prolapsus « de faiblesse », multiélémentaire, comportant l'ensemble des anomalies, chez la femme âgée multipare, extériorisé en permanence, s'intègre dans une maladie dégénérative diffuse du périnée, avec fréquente association d'un prolapsus génital. Le prolapsus rectal est la conséquence d'une hernie par glissement du cul-de-sac de Douglas à travers la brèche pariétale pelvienne. À l'inverse, le prolapsus « de force », paucitélémentaire, de l'adulte jeune, le plus souvent chez la femme volontiers nullipare, plus rarement chez l'homme, avec un périnée normal et un sphincter continent, est une maladie primitive du rectum par excès de longueur et de mobilité (Lechaux, 2002). Les cas de notre série correspondent à la description de la deuxième forme anatomoclinique où l'étranglement s'est produit que chez des sujets de sexe masculin. La constipation chronique avec poussée abdominale à la défécation a été le facteur principal déclencheur retrouvé chez nos trois patients. L'étranglement du prolapsus est dû à une contracture ou à un œdème du sphincter autour du rectum prolapsé, il s'agit donc souvent d'un prolapsus récent (Bogola, 2008). C'est le cas de nos trois observations où le prolapsus était absent avant l'épisode d'étranglement était inaugural. Le diagnostic est facile à reconnaître cliniquement (Lechaux, 2002). Ce fut le cas dans nos trois observations. Cependant tous nos patients ont été vus au stade d'œdème, d'ulcération et de nécrose de la paroi rectale. Le retard à la consultation, le recours au traitement traditionnel en première intention, la hantise de l'hôpital de nos malades par manque de moyens financiers expliqueraient en partie cette situation dans notre pratique. Plusieurs attitudes sont rapportées pour traiter le prolapsus du rectum (Hatch et Steele, 2013). L'œdème et la nécrose de la paroi rectale ont rendu illusoire toute tentative de réduction du prolapsus étranglé chez tous nos patients. Le choix de la voie d'abord et de la technique dépendent de la présentation clinique (âge, comorbidités, stade du PR, résultats des examens complémentaires) (Hatch et Steele, 2013; Sun et Hull, 2014). En général, les interventions par voie périnéale (Altemeier et Delorme) sont parfois les seules possibles chez les patients fragiles, récusés pour une intervention par voie abdominale ou âgés, avec une espérance de vie

courte (Zerbid, 2011). Les présentations cliniques de nos trois malades (prolapsus total du rectum étranglé avec nécrose pariétale) font d'eux des patients à haut risque opératoire pour les interventions abdominales. Dans notre série, l'intervention choisie pour nos patients était la rectosigmoïdectomie périnéale selon la technique d'Altemeier. Cette technique a été utilisée par d'autres auteurs en cas d'irréductibilité (Ka et al., 2010 ; Ouédraogo et al., 2013). Kâ et al ont utilisé la technique de Délorme chez 3 patients qui avaient un prolapsus total étranglé du rectum (Ka et al., 2010). Selon Lechaux (2002), le but du traitement chirurgical du prolapsus est de corriger le prolapsus, mais aussi de restaurer la fonction anorectale sans induire des effets délétères. Il n'existe, pour cela, aucune technique universelle et infaillible, car le prolapsus rectal est un syndrome qui réunit des entités anatomocliniques de pathogénie différente. Nous avons constaté en post-opératoire une hypotonie sphinctérienne avec incontinence fécale chez deux de nos malades. Ce constat a été également fait par Cirocco qui rapporte que 15 % des patients développent une incontinence anale postopératoire (Cirococco, 2010). Dans tous les cas, la prise en charge post-opératoire de cette pathologie nécessite une prise en charge systématique en kinésithérapie pour une tonification du sphincter. Tous nos patients ont bénéficié d'une kinésithérapie selon la technique du biofeed back. Nous n'avons pas noté de sténose anastomotique ni de fistule anastomotique, qui est une complication fréquente de la technique d'Altemeier (Cirococco, 2010). Cependant le risque de sténose anastomotique existe à long terme même si il n'a pas été observé chez nos trois patients à des périodes de suivi relativement courtes et respectivement de 6 mois, de 7 mois et de 21 mois (Cirococco, 2010).

## CONCLUSION

Le prolapsus total du rectum étranglé avec nécrose pariétale est rare et exceptionnel dans notre contexte de pratique chirurgicale. Il s'agit le plus souvent de prolapsus de force qui se rencontre surtout chez des adultes jeunes de sexe masculin au périnée normotique. La prise en charge en urgence est retardée par le retard à la consultation, le recours au traitement traditionnel en première intention, la hantise de l'hôpital de nos malades par manque de moyens financiers. Cela a pour conséquence une nécrose pariétale met en jeu le segment rectal. La rectosigmoïdectomie avec anastomose colo-anale, dite intervention de Altemeier, s'impose alors dans ces rares cas.

## REFERENCES

1. Jacobs L, Lin Y, Orkin B. The best operation for rectal prolapse. *Surg Clin North Am.* 1997;77 (1):49-70.
2. Lechaux JP. Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet de l'adulte. *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales - Appareil*

digestif,40-710, 2002,12 p.

3. Bogola A. 2008. Prolapsus rectal dans les services de Chirurgie Générale et Pédiatrique du CHU Gabriel Toure. Université de Bamako, FMPOS, Thèse médecine, 147.
4. Kâ O, Ba PA, Dieng M, Cissé M, Konaté I, Dia A, Touré CT. Prolapsus total du rectum de l'adulte. A propos de 15 cas opérés au service de chirurgie générale du CHU Aristide Le Dantec. *Rev.Afr.Chir.Spéc.*2010,4(9): 5-10
5. Benmiloud O. 2008. Le prolapsus rectal de l'adulte : expérience du service de Chirurgie viscéral de l'hôpital militaire moulay ismail de Meknes durant une période de 4 ans (de2005 à 2008) à propos de 5 cas. Université Mohamed V. Faculté de médecine et de pharmacie, Thèse médecine, 2008, 138.
6. Ouedraogo S, Zida M, Zan A, Ouédraogo LM, Traore SS. Un cas de prolapsus rectal avec hernie pararectale étranglée. *Science et technique, Sciences de la santé.* 2013, 36 (1 et 2): 39-41
7. Hatch Q, Steele SR. Rectal prolapse and intussusception. *Gastroenterol clin North Am.* 2013;42(4):837 61.
- 8.Sun C, Hull T, Ozuner G. Facteurs de risque et caractéristiques cliniques du prolapsus rectal chez le sujet jeune. *JCHIRV.* 2014;151(6):438 43.
9. Zerbib P. Traitement du prolapsus total du rectum par voie périnéale: Altemeier ou Delorme. *Côlon & rectum.* 2011;5(1):21 2.
- 10.Cirocco WC. The altemeier procedure for rectal prolapse: an operation for all ages. *Dis Côlon & rectum.* 2010,53(12):1618-23.