

Corps Étranger du Sigmoidé: À propos d'une Observation

Ibrahima KA, Maitre Assistant

Service de Chirurgie Générale,
Hôpital Général de Grand-Yoff, Dakar, Sénégal

Abib Diop,

Aliou Coly Faye,

Papa Saloum Diop,

Babacar Fall,

Faculté de Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Doi:10.19044/esj.2019.v15n27p305 [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n27p305](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n27p305)

Résumé

Les corps étrangers du côlon par voie anale sont rares dans notre pratique quotidienne et constituent un tabou contrairement à ceux ingérés. Ces objets peuvent être introduits dans le rectum à des fins thérapeutiques, sexuelles, par trouble du comportement, pour dissimuler l'objet (drogues) ou plus rarement, lors de circonstances accidentelles. Ils sont de nature très diverse et insolite. Nous rapportons le cas relativement rare dans notre pratique d'un patient de 66 ans reçu aux urgences pour corps étranger sigmoïdien. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait le corps étranger dans le sigmoïde. L'extraction a été faite en trans anale, par laparotomie médiane sous-ombilicale. Les suites opératoires étaient simples.

Mots-clés: Corps étrangers, Sigmoidé, Extraction, Chirurgie

Foreign Body of the Sigmoid: About an Observation and Review of the Literature

Ibrahima KA, Maitre, Assistant

Service de Chirurgie Générale,
Hôpital Général de Grand-Yoff, Dakar, Sénégal

Abib Diop,

Aliou Coly Faye,

Papa Saloum Diop,

Babacar Fall,

Faculté de Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Abstract

The foreign bodies of the colon by the anal way are rare in our daily practice and constitute a taboo contrary to those ingested. These objects can be put into the rectum for therapeutic, sexual, behavioral disorder, to conceal the object (drugs) or more rarely, in accidental circumstances. They are very diverse and unusual. We report the case of a 66-year-old patient admitted to the emergency department for a foreign body in the sigmoid colon. X-ray of the abdomen without preparation showed the foreign body in the sigmoid. The extraction was done in trans anal, by medial laparotomy under umbilical. The postoperative course was simple.

Keywords: Foreign body, Sigmoid colon, Extraction, Surgery

Introduction

Les corps étrangers du colon par voie anale sont rares dans notre pratique quotidienne et constituent un tabou contrairement à ceux ingérés (Bâ, 2012). Les premières publications ont été faites par Smiley O en 1919 (Smiley, 1919). Ces 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) ou plus rarement, lors de circonstances accidentelles. Ils sont de nature très diverse et insolite (bouteille, déodorant, magazine) (Khalid, 2014). La majorité des patients (es) avec corps étranger intra-rectal se présente souvent aux urgences après plusieurs tentatives d'extraction à la maison (Koornstra, 2008). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les victimes consultent aux urgences après plusieurs heures ou

jours d'insertion du corps étranger. La prise en charge de ce genre de problème a évolué avec l'apparition de la laparoscopie, de l'endoscopie et de la mini laparotomie (Kyle, 2012). L'objectif de cette observation était de rapporter notre expérience sur la prise en charge d'un corps étranger sigmoïdien.

Observation

Monsieur A.K est un patient de 66 ans marié sous régime monogame aux antécédents de maladie hémorroïdaire reçu aux urgences chirurgicales de l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY) pour douleur abdominale aiguë évoluant depuis 4 jours. Cette douleur est survenue à la suite d'une introduction accidentelle de corps étranger dans le rectum. L'examen à l'entrée notait un patient en bon état général, des muqueuses normocolorées anictériques. La tension artérielle était à 130/85mmHg, le pouls à 85battements/minute, la température à 37.1°et la fréquence respiratoire à 22cycles/minute. L'examen physique notait un abdomen souple indolore et non distendu avec une masse dure, mobile, palpée au flanc gauche. L'inspection de la marge anale montrait trois paquets hémorroïdaires externes à 3h, 8h, 11h et le toucher rectal notait sphincter hypotonique. Il n'y avait pas un objet perçu. Sur le plan biologique: la numération formule sanguine montrait des globules blancs à 6600/ μ l, un taux d'hémoglobine à 12.6g/dl, les plaquettes à 288000/ μ l. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait le corps étranger se projetant à la fosse iliaque gauche et au flanc gauche (figure 1). Devant l'indisponibilité de l'extraction endoscopique en urgence, la laparotomie réalisée a permis de retrouver un corps étranger intra-sigmoïdien de 21cm de long et de 5cm de large. Il y avait une zone de souffrance de la paroi colique sans perforation. L'extraction trans-anales au bloc opératoire après anesthésie générale et laparotomie médiane sous-ombilicale était réalisée (figures 2 et 3). Les suites opératoires étaient simples et la sortie du patient était autorisée à J7 post opératoire.

Discussion

La cause la plus fréquente des corps étrangers colo-rectaux est due à des pratiques sexuelles (Bâ, 2012). Cette pratique reste un véritable tabou dans notre société. La plupart du motif d'insertion n'est pas toujours reconnu par le ou la patient(e) qui parle d'un malencontreux accident (Bâ, 2012). C'est d'ailleurs l'auto-médication d'une constipation qui était évoquée par notre patient. Le sex-ratio observé dans la littérature est de 37 hommes pour une femme ((Bâ, 2012 ; Senéjoux, 2010). Généralement, le ou la patient (e) vient se consulter aux urgences après un délai plus ou moins long suivant l'introduction du corps étranger. Sa moyenne est de 1,9 jours (Bâ, 2012 ; Kann, 2004 ; Kyle, 2012). Notre patient s'est présenté 4 jours après l'insertion du corps étranger. Ce retard de consultation est observé dans les données de la

littérature. Les principaux motifs d'admission aux urgences sont diverses et variés pouvant aller de la simple douleur abdominale aiguë au syndrome occlusif ou sub-occlusif en passant par les ténesmes (Bâ, 2012 ; Kyle 2012). Un toucher rectal permet d'éliminer une complication et peut retrouver le corps étranger de même que sa position par rapport à la marge anale (Smiley, 1919 ; Khalid, 2014). Le diagnostic de corps étranger peut être confirmé à l'ASP qui visualise sa forme, sa taille et sa position. Il peut aussi objectiver une distension intestinale, des niveaux hydro-aériques ou un pneumopéritoine imposant la laparotomie en urgence (Bâ, 2012 ; Kann, 2004 ; Khalid, 2014). L'extraction de ses corps étrangers s'avère parfois difficile c'est pourquoi plusieurs techniques chirurgicales et non chirurgicales ont été mises en place (Koornstra, 2008 ; Kyle 2012 ; Khalid, 2014). 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 (Koornstra, 2008 ; Senéjoux, 2010).

Dans 75 % des cas, le corps étranger peut être retiré sans intervention chirurgicale (Smiley, 1919 ; Bâ, 2012). Dans un travail rétrospectif étudiant les facteurs prédictifs du recours à la chirurgie face à un corps étranger colorectal, Kyle et al. ont montré qu'une chirurgie était nécessaire chez 55 % des malades ayant un corps étranger sigmoïdien versus 24 % des malades ayant un corps étranger rectal (Kyle, 2012). Dans le cas de notre patient, la laparotomie avec extraction trans-anale était réalisée devant le corps étranger présent dans le sigmoïde. Après extraction du corps étranger, une surveillance du patient s'impose pour guetter des complications locales, locorégionales et générales (Bâ, 2012 ; Senéjoux, 2010 ; Kann, 2004). Ces complications peuvent être une lésion sphinctérienne, une perforation secondaire de la paroi rectale ou une péritonite secondaire.

Conclusion

Les corps étrangers colo-rectaux par voie anale constituent un tabou que les praticiens rencontrent de plus en plus aux urgences. Même si leur diagnostic est parfois facile ; leurs modes d'extraction sont diverses et loin d'être unanime. La laparotomie garde une place privilégiée pour les corps étrangers hauts situés.

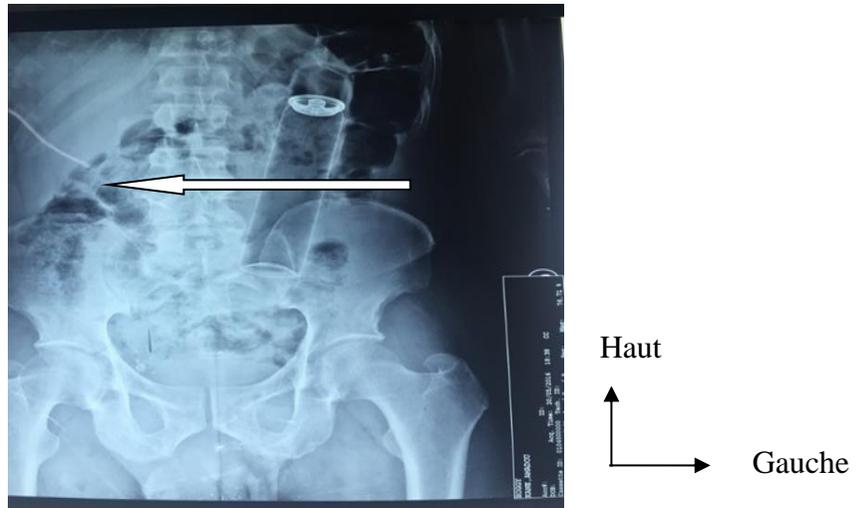


Figure1 : Radiographie de l'abdomen sans préparation, corps étranger dans le sigmoïde (flèche).

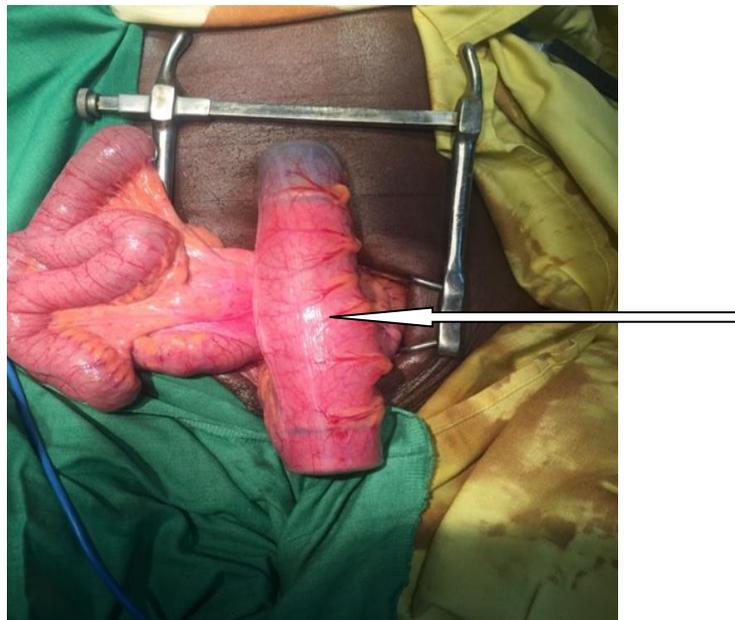


Figure 2: vue opératoire, corps étranger inta-sigmoïdien (flèche).



Figure 3: extraction trans-anale, corps étranger (flèche).

Conflit d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs: tous les auteurs ont contribué à la rédaction de cet article.

References :

1. BÂ P.A. (2012). Corps étranger du rectum: à propos d'une observation. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.*; 7:50-52.
2. Kann BR, Hicks TC. (2004). Anorectal foreign bodies: Evaluation and treatment. *Seminars in Colon and Rectal Surgery.*; 15:119-12.
3. Khalid M. (2014). Volumineux corps étranger intra-rectal: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.*; 18:273.
4. Koornstra JJ, Weersma RK. (2008). Management of rectal foreign bodies: Description of a new technique and clinical practice guidelines. *World J Gastroenterol.*; 14:4403–4406.
5. Kyle G. (2012). Rectal Foreign Bodies: what is the current standard? *Clin colon Rectal Surgery*; 25:214-218.
6. Smiley O. (1919). A glass tumbler in the rectum. *J Am Med Assoc.*; 72: 1285.
7. Senéjoux A. (2010). Extraire un corps étranger intrarectal. *Colon Rectum.*; 4:239–240.