

LES RECTOCOLITES PAR LES LAVEMENTS À PROPOS DE 10 CAS AU CHU DE BOUAKE (RCI)

B. DIANÉ, R. LEBEAU, Y. BROUH, N. BOUA, K.E. KOUAMÉ

Med Trop 2006; **66** : 79-82

RÉSUMÉ • Le but de ce travail a été de rapporter notre expérience de la prise en charge des lésions rectocoliques induites par les lavements. Il s'agit d'une étude rétrospective de 10 cas de lésions rectocoliques induites par des lavements observées au CHU de Bouaké du 1^{er}/01/1997 au 31/12/2001. La série était composée de 6 hommes et 4 femmes d'un âge moyen de $26,2 \pm 5,6$ ans chez qui l'interrogatoire retrouvait une notion de lavement à but criminel (n=5), abortif (n=3), thérapeutique (n=1) et autolytique (n=1). Le toxique était connu dans 7 cas. Il s'agissait de l'acide sulfurique (n=4) et du piment (n=3). La quantité moyenne administrée était de 158 ± 64 ml. Les patients consultaient dans un tableau de péritonite aiguë diffuse (n=7) et de douleurs abdominales avec émission glairo-sanglantes par l'anus (n=3). Un patient est décédé à l'admission, 6 patients ont été opérés et 3 ont été l'objet d'un traitement médical. Le pronostic est grave. Quatre patients sont décédés, une patiente mise en colostomie n'a pu être rétablie du fait d'une sclérose du sphincter anal. La prise en charge des lésions rectocoliques induites par des lavements doit permettre de distinguer en urgence les patients justifiables d'une laparotomie de ceux nécessitant un traitement médical. C'est dans ce groupe de patient que les explorations paracliniques et l'examen clinique répété prennent toute leur importance pour diagnostiquer à temps une évolution vers une complication chirurgicale.

MOTS-CLÉS • Rectocolite - Lavement - Rectorragie - Péritonite.

RECTAL AND COLONIC INJURIES INDUCED BY ENEMAS: A 10-CASE SERIES AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN BOUAKE, IVORY COAST

ABSTRACT • The purpose of this study is to report our experience in the management of rectal and colonic injuries induced by enemas. A retrospective analysis was carried out in a series of 10 patients treated at the Bouake, Ivory Coast University Hospital Centre for rectal and colonic injuries induced by enemas between January 1, 1997 and December 31, 2001. There were 6 men and 4 women with a mean age of 26.2 ± 5.6 years. Based on history taking five enemas involved criminal intent. The other five were carried out for abortion (n=3), therapy (n=1) or autolysis (n=1). The injurious product was known in 7 cases, i.e., sulphuric acid (n=4) and hot pepper (n=3). The mean quantity administered was 158 ± 64 ml. The presenting picture involved diffuse acute peritonitis in 7 cases and abdominal pain with bloody mucoid rectal discharge in 3. One patient died at the time of admission. The remaining patients underwent either operative (n=6) or medical (n=3) treatment. Prognosis was unfavourable. Four patients died and one patient required colostomy that could not be removed due to sclerosis of the anal sphincter. Management of rectal and colonic injuries induced by enemas requires differential diagnosis to distinguish patients that require emergency laparotomy from patients that can be treated medically. For patients treated medically, close surveillance based on imaging and repeated clinical examination is of paramount importance to allow diagnosis of complications requiring surgical treatment.

KEY WORDS • Rectal and colonic injuries - Enema - Bloody rectal discharge - Peritonitis.

Les lavements induisent parfois des brûlures rectocoliques graves dont la prise en charge thérapeutique est dominée par la détermination de l'heure chirurgicale avant l'installation des conséquences graves de la péritonite chimique et/ou stercorale (1, 2). Cependant, dans certains cas, ces lésions rectocoliques évoluent favorablement sous traitement médical (3). Le but de ce travail a été de rapporter notre expérience de la prise en charge de ces brûlures rectocoliques au CHU de Bouaké.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de 10 dossiers de lésions rectocoliques colligés au CHU de Bouaké de janvier 1997 à décembre 2001. Pour chaque dossier nous avons relevé les données épidémiologiques (âge, sexe, nature et quantité du toxique, motif d'administration), diagnostiques (cliniques et paracliniques), le traitement et le pronostic.

RÉSULTATS

La série comprenait 10 patients, 6 hommes et 4 femmes d'âge moyen $26,2 \pm 5,6$ ans (extrêmes : 16 ans et 42 ans). Le produit utilisé était connu dans 7 cas. Il s'agissait d'une préparation à base de piment (n=3) ou d'acide sulfurique extrait de batteries de voiture (n=4). Le motif du lave-

• Travail du Service de chirurgie générale et digestive (B. D., R.L., Assistants chef de clinique) et du Service d'anesthésie réanimation (Y.B., Maître de conférence agrégé) et du Service d'Anesthésie Réanimation (N.B., K.E.K., Maîtres assistants) CHU de Bouaké, République de Côte d'Ivoire.

• Correspondance : R. LEBEAU, 22 BP 139, Abidjan 22, Côte d'Ivoire.

• Courriel : lebeau Roger @ yahoo. fr •

• Article reçu le 26/12/2003, définitivement accepté le 2/02/2006.

Tableau I - Caractéristiques sociodémographiques, données d'interrogatoire sur le lavement et délais de consultation des 10 patients.

Patient	Sexe	Age	Toxique	Motif du lavement	Quantité administrée	Délai de consultation
1	F	16 ans	Piment	Abortif	100 ml	7 jours
2	F	19 ans	A S	Abortif	200 ml	8 jours
3	F	25 ans	Piment	Abortif	150 ml	22 jours
4	H	22 ans	A S	Autolytique	100 ml	2 jours
5	H	20 ans	A S	Criminel	NP	7 jours
6	F	21 ans	A S	Criminel	100 ml	2 jours
7	H	38 ans	NP	Criminel	NP	6 heures
8	H	42 ans	NP	Criminel	NP	12 heures
9	H	33 ans	NP	Criminel	300 ml	1 jour
10	H	26 ans	Piment	Thérapeutique	NP	2 jours

A S : Acide sulfurique ; NP : non précisé

ment était criminel (n=5), abortif (n=3) chez des gestantes de 12, 15, 20 semaines d'aménorrhée (SA), thérapeutique (n=1) ou à visée suicidaire chez un patient ayant des troubles psychiques. La quantité de toxique administrée était connue dans 6 cas et variait entre 100 et 300 ml avec une moyenne de 158 ± 64 ml. Le délai de consultation était en moyenne de $5,2 \pm 4,1$ jours (extrêmes : 6 heures et 22 jours). Les caractéristiques sociodémographiques des 10 patients sont exposées dans le tableau I.

L'examen clinique permettait de trouver des signes rectaux, abdominaux et généraux exposés dans le tableau II.

Au plan paraclinique, l'hémogramme en urgence montrait une anémie chez tous les patients avec un taux moyen d'hémoglobine à 8,1g/100 ml (extrêmes : 5 g/100 ml et 10,5 g/100 ml), une hyperleucocytose avec des chiffres moyens de globules blancs à 15 200/mm³ (extrêmes : 10 100/mm³ et 25 400/mm³).

Ce bilan diagnostique permettait de distinguer deux groupes de patients.

Un premier groupe de 7 patients (patients 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10) dont une gestante de 15 SA (patient 2) chez qui l'indication de laparotomie était posée en urgence. Ces 7 patients avaient une péritonite avec état de choc toxico-infectieux. Dans 4 cas, cette péritonite s'associait à une expulsion de lambeaux de muqueuse par l'anus (patients 2, 4, 6, 9) et dans 3 cas à une rectorragie de grande abondance (patients 6, 7, 8). La réanimation était débutée chez ces 7 patients. Elle associait

un remplissage vasculaire, des transfusions sanguines à la demande, une bi-antibiothérapie (céfotaxime 1 g trois fois par jour en injection intraveineuse directe et métronidazole 500 mg trois fois par jour en perfusion) et chez le patient qui présentait un coma avec dyspnée (patient 8), une ventilation assistée. Ce patient est décédé avant que la laparotomie décidée ait eu lieu. Les six patients restants ont été opérés. Les découvertes opératoires, le traitement chirurgical et l'évolution post-opératoire de ces 6 patients sont précisés dans le tableau III.

Le 2^e groupe était constitué de 3 patients (patients 1, 3, 5) dont deux gestantes de 12 et 20 SA (patientes 1 et 3). Chez ces 3 patients, les signes cliniques étaient une douleur abdominale, une émission glairo-sanglante plus ou moins abondante avec fièvre. Dans ce groupe l'abstention chirurgicale était décidée, une bi-antibiothérapie (céfotaxime 1g trois fois par jour en injection intraveineuse directe et métronidazole 500 mg trois fois par jour en perfusion) était débutée, un jeûne était prescrit, une surveillance clinique biquotidienne et para clinique était instituée en hospitalisation. La surveillance clinique comprenait les constantes neurovégétatives (température, pouls, tension artérielle), l'état de l'abdomen et les signes rectaux à la recherche de l'apparition de signes de gravité (contracture ou défense, rectorragie, émission de lambeaux de muqueuse par l'anus). L'hémogramme bihebdomadaire montrait une régression de la leucocytose et l'échographie abdominale réalisée à J3

Tableau II - Signes cliniques des 10 patients.

Patients	Signes rectaux	Signes abdominaux	Signes généraux
1	Écoulement fécaloïde	Douleur abdominale-empatement FIG	Fièvre, faciès infecté
2	Expulsion lambeaux muqueux	Défense et douleur abdominales	Fièvre, choc
3	Écoulement glairo-sanglant fétide	Douleur abdominale-empatement FIG	Fièvre, faciès infecté
4	Écoulement glairo-sanglant fétide	Douleur abdominale-contraction	Fièvre, dyspnée, choc
5	Écoulement fécaloïde	Douleur abdominale-empatement FIG	Fièvre, faciès infecté
6	Rectorragie-expulsion lambeau muqueux	Douleur et défense abdominales	Fièvre, choc
7	Rectorragie ulcération spérianales	Douleur et défense abdominales	Fièvre, choc
8	Rectorragie	Douleur abdominale, contraction	Fièvre, choc, dyspnée, coma
9	Expulsion lambeaux muqueux	Douleur abdominale-contraction	Fièvre, choc
10	Écoulement fécaloïde	Douleur abdominale-contraction	Fièvre, choc

Tableau III - Indications et résultats thérapeutiques des 6 patients opérés.

Patients	Indications	Méthodes chirurgicales	Evolution
2	Nécrose du côlon gauche, de l'iléon, de l'utérus	Réanimation+transfusion + hémicolectomie gauche + Hartmann+ résection iléale + iléostomie + hystérectomie	Décès à J2 post-opératoire : anurie, choc toxi-infectieux
4	Nécrose du côlon gauche	Réanimation + transfusion + hémicolectomie gauche + Hartmann	Décès à J1 post-opératoire : choc toxi-infectieux
6	Nécrose du rectum, du côlon gauche étendue à l'angle colique droit	Réanimation + transfusion + proctectomie + colectomie sub-totale + iléostomie	scélrose du sphincter anal : pas de rétablissement
7	Nécrose de tout le côlon	Réanimation + transfusion colectomie totale + iléostomie	Décès à J7 post-opératoire : choc toxi-infectieux + anurie
9	Nécrose du côlon gauche étendue à l'angle colique droit	Réanimation + transfusion + colectomie sub-totale et iléostomie	Anastomose colo-rectale (bonne continence)
10	Nécrose colique totale et nécrose du rectum	Réanimation + transfusion + coloproctectomie totale + iléostomie	Anastomose iléo-anales sur réservoir (bonne continence)

montrait une mort fœtale chez la gestante de 20 SA, un fœtus vivant chez la gestante de 12 SA et l'absence d'épanchement liquidien chez les 3 patients. Une rectosigmoïdoscopie faite à J7 (n=3) montrait une muqueuse d'aspect inflammatoire. L'évolution était marquée par l'expulsion du fœtus mort à J4 d'hospitalisation et la sortie des 3 patients à J7 d'hospitalisation. Revus 3 mois et 6 mois plus tard, ces 3 patients avaient une bonne continence anale et n'avaient pas de signes cliniques de sténose rectocolique. La grossesse de la 3^e gestante s'est déroulée normalement et elle a accouché par voie basse à 38 SA.

COMMENTAIRES

Le lavement est un fait socioculturel très répandu en Afrique (3, 4). Il est habituellement prescrit dans un but thérapeutique pour des motifs variés qu'il s'agisse du traitement des hémorroïdes, de la constipation, de la stérilité féminine et de l'impuissance masculine (2, 5, 6). Ainsi les cas qui parviennent à l'hôpital sont des accidents liés à ces lavements (7). Ils déterminent des lésions rectocoliques à type de brûlures, dont la gravité est fonction de la nature du produit utilisé, de sa concentration, du nombre de lavements, de la durée du contact avec la muqueuse et de l'état antérieur du côlon (2, 4, 7, 8). Dans notre étude les lavements ont été faits dans 4 buts qui étaient thérapeutique, abortif, autolytique et criminel. Dans les deux premiers cas on peut penser (6-9) que le lavement avait dépassé les espérances des patients, tandis que dans les deux derniers cas l'intention était de nuire. Dans ce cas le produit utilisé est particulièrement nocif. Le type en est l'acide sulfurique comme le soulignent Keli *et Coll* (4). Ces toxiques exercent une double action délétère locale et générale. Au plan local, ils entraînent des ulcérations plus ou moins étendues avec nécrose et perforation dont les conséquences sont une péritonite aiguë diffuse et une rectorragie d'abondance variable (3, 4). Au plan général le passage systémique du produit et les conséquences de la péritonite entraî-

nent des troubles hydroélectrolytiques et des défaillances multiviscérales qui intéressent le cœur, le foie et le rein (5,7).

Le but de l'examen de ces patients est de mettre en évidence les deux tableaux cliniques dont la gravité requiert une intervention chirurgicale sans délai : une péritonite aiguë diffuse et une rectorragie de grande abondance avec retentissement hémodynamique. Ces deux tableaux étaient parfois intriqués. Sept patients sont arrivés à l'hôpital en état de péritonite aiguë et, parmi eux, 3 avaient une rectorragie ; chez eux l'indication opératoire a été posée d'emblée. Chez 6 des 7 patients arrivés à l'hôpital en état de péritonite, la réanimation et l'antibiothérapie ont encadré le geste chirurgical qui se résumait à une résection du rectum et du côlon nécrosés suivie d'une colostomie ou d'une iléostomie comme l'ont pratiqué d'autres auteurs (1, 2, 4, 6).

D'autres gestes chirurgicaux peuvent être rendus nécessaires par la filtration du produit au travers du côlon, ce qui entraîne des brûlures d'autres viscères (1). En effet, chez une malade, nous avons réalisé en plus une hystérectomie avec résection iléale. Le pronostic des patients qui arrivent au stade de péritonite aiguë diffuse est grave. Un des patients est décédé en cours de réanimation pré-opératoire tandis que 3 autres sont décédés dans la période post-opératoire immédiate.

A coté de ces tableaux de péritonites aiguës diffuses et de rectorragies de grande abondance d'autres tableaux moins sévères faits de douleurs abdominales associées à des signes rectaux telles les émissions glairo-sanglantes comme observés chez 3 de nos patients existent. De tels patients doivent être hospitalisés, surtout si l'interrogatoire retrouve une intention criminelle comme notée une fois dans notre étude. Le traitement associe une antibiothérapie parentérale, un jeûne pour mettre au repos le tube digestif, des antalgiques et une cryothérapie (2, 6, 10). Une surveillance doit être entreprise. Elle est basée sur des éléments qui sont la clinique, l'hémogramme, l'échographie abdominale, la rectosigmoïdoscopie et la coloscopie. Chez les 3 patients que nous avons pris en charge de la sorte, l'évolution a été satisfaisante au bout d'une semaine même si nous avons noté une mort *in*

utero chez une gestante de 20 SA. Cependant l'absence d'amélioration ou l'aggravation des signes cliniques observés à l'admission, l'augmentation des chiffres de globules blancs aux hémogrammes de contrôle, la présence d'un épanchement péritonéal à l'échographie et la découverte d'une nécrose rectocolique à l'endoscopie doivent conduire à la laparotomie (2). La pratique de l'endoscopie digestive basse en urgence doit être prudente car elle expose à une perforation du côlon fragilisé (2).

L'endoscopie ne nous semble pas indispensable en présence d'un tableau de péritonite aiguë diffuse. Cependant, en présence d'une rectorragie, elle peut localiser le saignement et permettre un geste d'hémostase locale. L'endoscopie trouve aussi une bonne indication dans la surveillance des patients mis en observation comme nous l'avons fait chez 3 patients. Plus tard elle est utile dans la recherche d'une sténose rectocolique cicatricielle (6, 10).

La mortalité de la série qui est de 40 % est supérieure à celles de Dunn *et Coll* et de Segal *et Coll* qui sont respectivement de 10 % et de 18,9 % (5, 6), mais peu différente de celles de Diarra *et Coll* et de Keli *et Coll* qui sont respectivement de 33,3 % et de 37,5 % (2, 4). Les patients sont menacés d'insuffisance rénale aiguë avec anurie (2, 7), de choc toxico-infectieux (7), de gangrène périnéale (6), d'abcès pelvien (6) et décèdent dans un tableau de défaillance polyviscérale (1, 2). L'analyse rétrospective des dossiers de cette courte série montre que plus que le délai de consultation (2 patients sont décédés alors qu'ils avaient consulté dans les 12 heures suivant le lavement tandis que des patients ayant consulté plus d'une semaine après ont été traités avec succès) et le motif du lavement, les principaux facteurs de mauvais pronostic sont représentés par la nature du toxique (l'acide sulfurique a une toxicité légitime), sa forte concentration et la quantité administrée (supérieure à 200 ml). Ces facteurs entraînent l'apparition rapide des lésions loco-régionales et des manifestations générales dont l'évolution fulgurante est de très mauvais pronostic. Ces constatations ont aussi été faites par d'autres auteurs (7, 11). Les patients qui survivent sont exposés au risque d'insuffisance rénale chronique (5) et à des séquelles à type de rétrécissement caustique rectocolique (5,9,10), de sclérose du sphincter anal ou de nécrose de celui-ci qui amènent à garder définitivement la stomie comme chez 1 de nos patients et 1 patiente de la série de Keli *et Coll* (4).

CONCLUSION

Les brûlures rectocoliques sont des accidents des lavements pratiqués pour des motifs variés. Notre attitude thérapeutique dans la prise en charge de ces lésions rectocoliques n'est ni attentiste ni interventionniste. Il s'agit d'une prise en charge au cas par cas avec l'interrogatoire et l'examen physique comme éléments fondamentaux de l'arbre décisionnel en urgence. L'examen clinique permet de distinguer les patients justifiables d'une laparotomie en urgence ; ce sont ceux qui se présentent dans un tableau de péritonite aiguë diffuse, de rectorragie avec retentissement hémodynamique et d'expulsion de lambeaux de muqueuse par l'anus. Les autres nécessitent un traitement médical avec une surveillance en milieu hospitalier. C'est dans ce second groupe de patients que les explorations paracliniques (échographie et endoscopie digestive basse) prennent toute leur importance.

RÉFÉRENCES

- 1 - CORNET L, DOUANE GP, N'GUESSAN A *et Coll* - Les accidents par lavement caustiques d'intention criminelle. *Med Afr Noire* 1985 ; **32** : 71-5.
- 2 - DIARRA B, COULIBALY A, EHUA FS *et Coll* - Recto-colite caustique nécrisante grave en urgence. Aspects diagnostiques et propositions thérapeutiques. *Rev Afr Chir* 1998 ; **1** : 198-202.
- 3 - ILBOUDO D, TRAORE SS, BOUGOUMA A, TRAORE W. Les rectocolites caustiques après lavement. Une cause africaine de rectorragies. *Med Trop* 1996 ; **52** : 203-4.
- 4 - KELI E, CASANELLI JM, YAPO P *et Coll* - Rectocolite caustique à intention criminelle. Histoire naturelle à propos de 8 cas. *Rev Afr Chir* 1998 ; **1** : 194-7.
- 5 - DUNN JP, KRIGE JE, WOOD R *et Coll* - Colonic complication after toxic tribal enemas. *Br J Surg* 1991 ; **78** : 545-8.
- 6 - SEGAL I, TIM LO, HAMILTON DG *et Coll* - Ritual enema induced colitis. *Dis Colon Rectum* 1979 ; **22** : 195-9.
- 7 - MOORE DA, MOORE NL - Paediatric enema syndrome in a rural African setting. *Ann Trop Paediatr* 1998 ; **18** : 139-44.
- 8 - DA FONCESCA J, BRITO MJ, FREITAS J, LEAL C - Acute colitis caused by caustic products. *Am J Gastroenterol* 1998 ; **93** : 2601-2.
- 9 - RIBAULT L, CARLI P, GABET J *et Coll* - Sténose recto-sigmoïdienne étendue par lavement caustique. *J Chir* 1988 ; **125** : 650-3.
- 10 - PAUL G, VILOTTE J, VISSUZAIN C, MIGNON M - Brûlures recto-sigmoïdiennes nécrotiques et hémorragiques. *Sem Hop Paris* 1992 ; **68** : 790-2.
- 11 - MUNOZ NAVAS M, GARCIA VILLAREAL L - Caustic colitis due to formalin enema. *Gastrointest Endosc* 1992 ; **38** : 521-2.