

ARTICLE ORIGINAL

LES PLAIES TRAUMATIQUES PERINEALES NON OBSTETRIQUES EN PRATIQUE CIVILE AU BURKINA FASO. A PROPOS DE 9 CAS

TRAUMATIC NON OBSTETRICAL PERINEAL WOUNDS. ON 9 CASES

SANOU A*, SANO D*, ZONGO N*, BONKOUNGOU P G*, YAMEOGO L*,
KABORE RAF**, ZIDA M*, TRAORE SS*

* *Service de Chirurgie Générale et Digestive*

** *Service d'Anesthésie Réanimation*

Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo - 03 BP 7022 Ouagadougou- Burkina Faso

CORRESPONDANCE Dr Adama SANOU 01 BP 403 OUAGADOUGOU

Tel : 00226 70 41 57 17 - Fax : 00226 50 48 47 18 e-mail : sanoua14@yahoo.fr

RESUME

Les plaies périnéales traumatiques non obstétricales sont rares. Leur gravité et leurs étiologies sont différentes en Occident et dans les Pays en Développement. Le but de notre travail était d'en préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au Burkina Faso. Nous avons mené une étude rétrospective qui nous a permis de colliger 9 cas en 4 ans. Il s'agissait de 5 hommes et 4 femmes dont l'âge variait entre 13 et 60 ans. Ils provenaient du milieu rural dans 6 cas et du milieu urbain dans 3 cas. Le mécanisme lésionnel le plus fréquent était l'empalement, noté dans 8 cas et l'agent vulnérant était un coup de corne de bovidé pour 4 blessés. L'examen physique initial avait noté une plaie périnéale isolée chez 5 patients. Quatre autres patients présentaient une rupture du sphincter anal et une plaie rectale. Dans 1 de ces cas la plaie anale était complexe. L'antibiothérapie à large spectre était systématique, ainsi que la sérovaccinothérapie antitétanique. Tous les blessés avaient bénéficié d'un parage d'emblée. Une colostomie latérale gauche de dérivation avait été réalisée chez 5 patients et toutes les lésions sphinctériennes avaient été réparées en première intention par dissection et suture. Les complications étaient représentées par une surinfection de la plaie périnéale, une occlusion intestinale aiguë par bride chez un patient porteur de stomie et une incontinence anale aux matières et gaz. La mortalité était nulle. Les coups de corne de bovidé constituent une étiologie particulière souvent rencontrée dans notre contexte et le pronostic est bon car les traumatismes sont peu violents et les lésions peu profondes.

Mots clés : plaie périnéale, colostomie, empalement, traumatisme, coup de corne de bovidé

ABSTRACT

Traumatic non obstetrical perinea wounds are rare. Their seriousness and their etiologies are different in Occidental World and in the Developing Countries. We conducted a retrospective study on a five years basis to determine their epidemiological, clinical and therapeutic aspects at the University Teaching Hospital Yalgado Ouédraogo. We examined 9 cases over 4 years. Five men and 4 women, aged 13 to 60, were involved. They were from rural origins in 6 cases and from urban origins in 3. The most frequent mechanism of wounding was impalement, observed in 8 cases and the causal agent was bovid horn goring in 4 cases. Initial physical examination revealed an isolated perinea wound in 5 patients. The other 4 patients presented a ruptured anal sphincter and a rectal wound. A large spectrum antibiotherapy and an anti tetanus vaccination were systematically given. All patients immediately benefitted from a wound excision. Left lateral colostomy diversion was performed on 5 patients and all sphincteric wounds were tended to in first intention with dissection and suture. Complications presented were 1 case of wound infection, 1 acute intestinal obstruction by adhesions on a patient who had a colostomy and 1 anal incontinence (feces and gas). There was no mortality. Prognostic improvement comes from wound excision, antibiotherapy and diversion colostomy.

Key words : perinea wound, colostomy, impalement, trauma, bovid horn goring

INTRODUCTION

Les plaies traumatiques non obstétricales du périnée ont été pendant longtemps l'apanage de la médecine de guerre. En effet les premières séries ont été décrites lors de la Seconde Guerre Mondiale et de la Guerre du Vietnam [1]. C'est une pathologie rare et peu décrite en pratique civile. Les causes sont multiples, et diffèrent selon les pays. En Occident elles sont dominées par les accidents de la circulation et les plaies par arme à feu. Les coups de corne de bovidé constituent un mécanisme lésionnel particulier décrit dans les séries africaines. Ces plaies menacent la continence anale par les risques de lésions sphinctériennes.

Le but de notre étude était d'évaluer la fréquence des plaies traumatiques non obstétricales du périnée au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), de décrire le profil épidémiologique des blessés, les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 9 cas de plaies recto-périnéales prises en charge du 1^{er} Septembre 2004 au 31 Août 2008 aux Service des Urgences Viscérales du CHUYO. Pour chaque dossier, les éléments suivants ont été pris en compte : l'âge, le sexe, la profession, les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

RESULTATS

Neuf cas de plaies périnéales ont été notés en 4 ans, soit une moyenne annuelle de 2,25 cas. Cinq patients étaient de sexe masculin et 4 de sexe féminin. Six provenaient du milieu rural et 3 du milieu urbain. Il s'agissait d'une élève, de 3 femmes au foyer, de 2 cultivateurs, d'un mécanicien, d'un commerçant et d'un orpailleur. L'âge moyen était de 29 ans avec des extrêmes de 13 ans et 60 ans. Le mécanisme lésionnel était un empalement dans 8 cas, dont 4 par coup de corne de bovidé. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une contusion au décours d'un accident de la voie publique avec réception sur le siège.

Le délai moyen de consultation était de 3 jours avec des extrêmes de 3 h et 11 jours.

Sept patients avaient consulté pour une douleur et une hémorragie périnéale et 2 pour une suppuration périnéale. Il n'y avait ni choc hémodynamique, ni syndrome péritonéale à leur admission. Une fièvre avait été notée chez deux patients. Les touchers pelviens avaient objectivé une béance anale dans 4 cas associée à une communication recto-vaginale dans 3 cas.

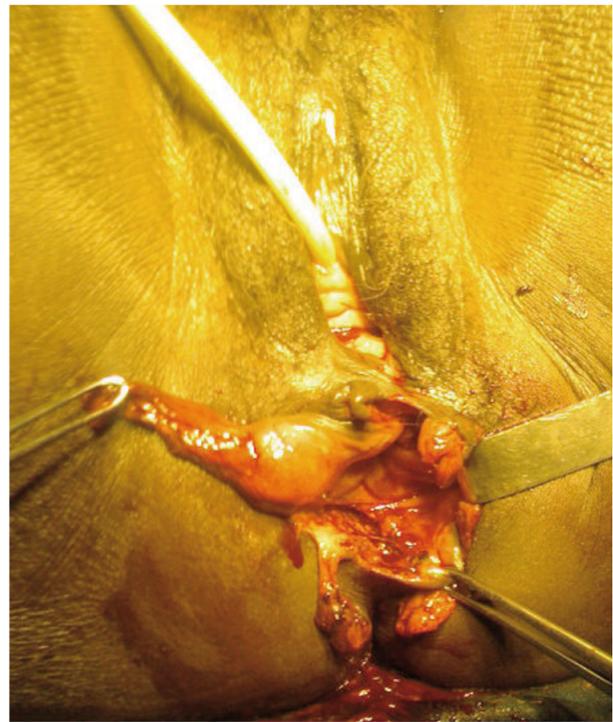


Figure 1 : Délabrement anal (lésions sphinctériennes multiples)

L'examen sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie avait permis de faire un bilan lésionnel.

Cinq patients avaient présenté une plaie périnéale isolée, déjà infectée dans 2 cas. Une rupture du sphincter anal externe par une plaie unique avait été notée chez 3 patients, dans un cas, il s'agissait d'un délabrement de ce sphincter (figure 1). Une communication recto vaginale existait dans 3 cas.

Le bilan biologique avait montré une hyperleucocytose chez deux patients.

Tous nos patients avaient bénéficié d'une antibiothérapie systématique (céphalosporines et imidazolés), d'un traitement antalgique (paracétamol), d'une séro-vaccinothérapie antitétanique et de bains de siège aux antiseptiques.

Les gestes chirurgicaux réalisés variaient en fonction des lésions.

Un parage avait été réalisé pour toutes les plaies périnéales isolées (5 cas). Une colostomie secondaire avait été nécessaire dans ce groupe pour un patient qui présentait une suppuration périnéale persistante.

Le parage avait été associé à une colostomie d'emblée et une sphinterorrhaphie chez 4 patients. Les Trois patientes qui avaient présenté des lésions rectovaginales avaient bénéficié d'une réfection de la cloison rectovaginale d'emblée. Les colostomies étaient de type Bouilly-Wolkman et le délai moyen de rétablissement de la continuité digestive était de 3 mois.

Les suites opératoires étaient simples chez 7 patients. Des complications avaient été observées chez 2 patientes. La première était une occlusion intestinale aigue sur bride chez une porteuse de stomie, elle avait

Tableau I : Récapitulatif des observations

Patient	Age / Sexe	Mécanisme / agent vulnérant	Délais	Lésions	Gestes chirurgicaux	Suites
1	13 ans / F	Empalement/Tige de bois	6 h	PP, LS unique, CRV	Colostomie, parage	Simple
2	35 ans / F	Empalement /corne de bovidé	3 h	PP, LS unique, CRV	Colostomie, parage	Occlusion post opératoire
3	20 ans / M	Empalement/Tige métallique	5 j	PP isolée infectée	Colostomie, parage	Simple
4	20 ans / M	Empalement /corne de bovidé	11 j	PP, LS unique, PR	Colostomie, parage	Simple
5	21 an / M	Empalement/Tige métallique	24 h	PP isolée	Parage	Simple
6	30 ans / M	AVP/réception sur le siège	3 h	PP isolée	Parage	Simple
7	36 ans / F	Empalement /corne de bovidé	4 j	PP isolée infectée	Parage	Simple
8	57 ans / M	Empalement /corne de bovidé	6 h	PP isolée	Parage	Simple
9	60 ans / F	Pédale de bicyclette	6 h	PP, LS multiples, CRV	Colostomie, parage	Incontinence anale

PP = Plaie Périnéale LS = Lésion Sphinctérienne CRV= Communication Recto-Vaginale
 AVP = Accident de la voie publique Délais = Délais de consultation M = Masculin F = Feminin
 h = heure j = jour

bénéficié d'une reintervention avec section de la bride et confection d'une nouvelle stomie. La seconde était une incontinence anale survenue dans le cas de délabrement du sphincter anal. La mortalité était nulle.

DISCUSSION

Les plaies périnéales traumatiques non obstétricales sont rares, leur incidence dans notre étude a été estimée à 2,25 cas par an. La moyenne annuelle dans la littérature se situe entre 1,08 et 2,27 cas [2, 3]. Aux Etats Unis, elle atteint 6, 33 à 10 cas [1,4,5]. Les circonstances et les mécanismes de ces plaies varient en fonction des régions, du niveau de développement et des habitudes des populations.

Dans notre série, comme dans celle de Yao [6], l'empalement était l'étiologie principale. La fréquence relativement élevée des coups de cornes de bovidés s'explique par deux raisons : la population est en grande partie rurale, et vit en permanence à proximité des animaux qu'elle élève ou qu'elle utilise pour les cultures. C'est un mécanisme lésionnel peu décrit dans la littérature. Quelques cas ont été rapportés chez les matadors de corrida [7].

Dans les séries américaines, les plaies par arme à feu sont plus fréquentes en raison de la divulgation des armes à feu. D'autres étiologies comme les actes sodomiques ont été décrites [1, 4,5].

L'importance des lésions est caractérisée par l'association d'atteintes sphinctériennes, rectales, vaginales, et surtout d'atteinte de viscères intra-abdominaux.

L'anorectoscopie non disponible en urgence dans notre contexte, devrait être systématique dans le cadre du bilan lésionnel car sa spécificité est de 97% dans le diagnostic des lésions rectales, contre 75% pour le toucher rectal [8,9,10].

Le traitement des plaies périnéales non obstétricales s'est progressivement amélioré, inspiré par les méthodes thérapeutiques utilisées pour les plaies de guerre lors de la Seconde Guerre mondiale et la Guerre du Vietnam. Plusieurs schémas thérapeutiques ont été proposés, basés essentiellement sur le parage, la colostomie de dérivation, le drainage pré sacral et l'irrigation rectale toujours associés à une antibiothérapie à large spectre [11,12]. La sphinctérorraphie primaire est possible dans un délai de 6 heures suivant le traumatisme [13]. Elle a de grandes chances de succès pour les lésions sphinctériennes simples ; dans notre série 4 sutures de lésions simples ont cicatrisé sans séquelle. En cas de délabrement sphinctérien important comme décrit dans un de nos cas, le risque d'incontinence anale est grand.

La tendance après la Deuxième Guerre Mondiale, était de pratiquer systématiquement la colostomie pour toute plaie périnéale [14]. Au fil des années, ses indications ont été restreintes aux lésions ano-rectales graves.

Il n'y a cependant pas de contre indication à la réaliser ; elle présente plutôt des indications absolues et des indications relatives [11,15,16]. Dans notre série, une colostomie a été confectionnée chaque fois qu'il y avait une atteinte sphinctérienne et dans un cas où la plaie périnéale isolée était surinfectée.

L'incontinence anale notée chez une patiente constitue la complication fonctionnelle majeure [17,18]. Le mécanisme et la violence du traumatisme conditionnent l'existence de lésions associées graves qui constituent des facteurs de mauvais pronostic. La mortalité effroyable en chirurgie de guerre a progressivement diminué en raison de l'utilisation des antibiotiques et les progrès de la réanimation. Dans notre série, la mortalité était nulle probablement parce que les traumatismes étaient peu violents, les lésions périnéales rarement profondes et délabrantes et les lésions

viscérales associées étaient inexistantes, ce qui a rendu la prise en charge plus aisée.

CONCLUSION

Les plaies périnéales traumatiques non obstétricales sont rares en pratique civile au Burkina Faso. Le traumatisme causal est le plus souvent un empalement par coup de corne de bovidé. Le bilan lésionnel est capital, optimisé par l'endoscopie. Le parage et la suture du sphincter anal en première intention permettent de préserver la continence. La colostomie de protection est parfois indiquée et favorise la cicatrisation.

REFERENCES

- 1- Weingerg JA, Fabian TC, Magnotti LJ, Minard G, Bee TK, Edwards N, Claridge JA, Croce MA. Penetrating rectal trauma: management by anatomic dissection improves outcome. *J Trauma* 2006; 60:508-14.
- 2- El-Ashaal YI, AL-Olama AK, Abu-Zidan FM. Transanal rectal injuries. *Singapore Med J* 2008; 49:54-6.
- 3- Öztürk H, Onen A, Dokucu AI, Yagmur Y, Yucesan S. Management of anorectal injuries in children : an eighteen-year experience. *Eur J Pediatr Surg* 2003; 13:249-55.
- 4- Burch JM, Feliciano DV, Mattox KL. Colostomy and drainage of civilian rectal injuries: is that all? *Ann Surg* 1989; 209:600-10.
- 5- Crispin PL, Kansas BT, Pieri PG, Fisher C, Gaughan JP, Pathak AS, Mydlo JH, Goldberg AJ. Immediate postoperative complications of combined penetrating rectal and bladder injuries. *J Trauma* 2007 ; 62:325-29.
- 6- Yao JG, Masso Misse P, Malonga E. Les plaies anorectales en pratique civile camerounaise. A propos de 10 cas. *Med Trop* 1994 ; 54:157-60.
- 7- Mark Sheldon Lloyd. Matador versus taurus: bull gore injury. *Ann R coll Surg Engl* 2004 ;86:3-5.
- 8- Faucheron JL, Voirin D, Thuilier C, Brugère C. Principe du traitement chirurgical des traumatismes anorectaux en pratique civile. *Encycl Med Chir, Paris* 2006, *Technique Chir-Appareil digestif, fasc* 40-730.
- 9- Grisoni ER, Marsh E, Volska T, Dudgeon D. Pediatric perineal impalement injuries. *J of pediatric surgery* 2000; 35:702-4.
- 10- Sendia K, Bradley L, Marc C, Mark P. Pediatric anorectal impalement with bladder rupture: case report and review of literature. *Journal of pediatric surgery* 2006;41,E1-E2.
- 11- La Greca G, Gagliardo S, Sofia M. Perineo ano rectal injuries clinical experience. *Chir Ital* 2008; 60: 91-101.
- 12- Lippert H, Falkenberg B. Strategy and technique in perineal impalement injuries. *Chir* 2001; 72: 1402-6.
- 13- Shawani NJ, Bani-Hani KE. Management of civilian extraperitoneal rectal injuries. *Asian J Surg* 2006; 29:11-16.
- 14- Pradeep HN, Roger G, Andrew N. A new approach to extraperitoneal rectal injuries: laparoscopy and diverting loop sigmoid colostomy. *J Trauma* 2001;51:532-35.
- 15- William F, Fallon JR. The present role of colostomy in the management of trauma. *Dis Colon rectum* 1992;35:1094-02.
- 16- Gonzalez RP, Phelan H, Hassan M, Neal Ellis C, Rodning CB. Is fecal diversion necessary for nondestructive penetrating extraperitoneal rectal injuries ? *J Trauma* 2006;61:815-19.
- 17- La Greca G, Gagliardo S, Sofia M, Barbagallo F, Chisari A, Latteri S, Pontillo T, Politi A, Russello D. Perineo-ano-rectal injuries: clinical experience. *Chir Ital* 2008; 60:91-101.
- 18- Rakoto-Ratsimiga HN, Rakotosamimanana J, Razafimahandry HJC, Ranaivozanany A. Plaie prostatique et ano-rectale associée à une incontinence anale une observation à Madagascar. *Méd Afr Noire* 2008 ; 55:46-8.