

Case report



Eviscération transanale de l'intestin grêle par empalement chez l'enfant: à propos d'un cas

Ibrahima Bocar Wellé, Pape Alassane Mbaye, Ndéye Fatou Séck, Ndéye Aby Ndoye, Doudou Guéye, Faty Balla Lo, Modou Ndiaye, Mouhamed Aly Sylla, Aloise Sagna, Gabriel Ngom

Corresponding author: Ibrahima Bocar Wellé, Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital d'Enfant Albert Royer, Sénégal. welzizou10@gmail.com

Received: 09 Feb 2019 - **Accepted:** 21 Feb 2019 - **Published:** 07 Dec 2020

Keywords: Eviscération transanale, intestin grêle, empalement, enfant, Sénégal

Copyright: Ibrahima Bocar Wellé et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Ibrahima Bocar Wellé et al. Eviscération transanale de l'intestin grêle par empalement chez l'enfant: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2020;37(320). 10.11604/pamj.2020.37.320.18332

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/37/320/full>

Eviscération transanale de l'intestin grêle par empalement chez l'enfant: à propos d'un cas

Transanal evisceration of small bowel caused by impalement in children: about a case

Ibrahima Bocar Wellé^{1,&}, Pape Alassane Mbaye¹, Ndéye Fatou Séck¹, Ndéye Aby Ndoye¹, Doudou Guéye¹, Faty Balla Lo¹, Modou Ndiaye², Mouhamed Aly Sylla², Aloise Sagna¹, Gabriel Ngom¹

¹Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital d'Enfant Albert Royer, Sénégal, ²Service de Chirurgie Générale, Hôpital de Ourosogui, Sénégal

&Auteur correspondant

Ibrahima Bocar Wellé, Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital d'Enfant Albert Royer, Sénégal

Résumé

L'éviscération transanale de l'intestin grêle par empalement est exceptionnelle chez l'enfant. Nous rapportons l'observation d'un adolescent de 11 ans reçu à 2 heures d'une issue des anses grêles à travers l'anus suite à une chute avec réception sur un morceau de bois pointu. L'examen clinique avait objectivé un bon état général, une issue, par l'anus, d'environ 25 cm d'intestin grêle viable et un abdomen sensible dans son ensemble. Le bilan biologique préopératoire était normal et aucune imagerie n'était réalisée. Après une réanimation, l'exploration chirurgicale avait mis en évidence un liquide séro-hématique (300 ml) et une issue d'environ 60 cm d'anse grêle inflammatoire à travers une brèche d'environ 5 cm de la paroi

antérieure du rectum. Une réduction des anses grêles éviscérées par traction douce, une réparation de la paroi rectale par des points séparés, une toilette et un drainage ont été réalisés. Le patient était sous antibiotique à large spectre. Les suites opératoires étaient simples avec une reprise du transit à J2 post-opératoire. La sortie a été autorisée à J7 post opératoire. Après un recul d'un mois, la patiente a été revue en consultation et l'examen clinique était normal.

English abstract

Transanal evisceration of the small intestine caused by impalement is exceptional among children. We report the case of an 11-year old girl with intestinal loops eviscerating through the anus due to a fall on a sharp piece of wood which stuck into her, occurring two hours before hospitalization. On examination, his general condition was good, with transanal evisceration of approximately 25 cm of viable small bowel through the anus and abdominal tenderness. Preoperative laboratory tests were normal and no imaging test was performed. After resuscitation, surgical exploration was performed which showed serohematic fluid collection (300 ml) and evisceration of approximately 60 cm of inflamed intestinal loops through a rupture of approximately 5 cm of the anterior wall of the rectum. Reduction of the eviscerated intestinal loops by gentle traction, repair of the rectal wall by separated sutures, wash and drainage were performed. The patient received broad-spectrum antibiotic. The operating suites were simple with a resumption of transit two days after surgery. The patient was discharged seven days after surgery. After a follow-up period of one month, the patient came for a further consultation and clinical examination was normal.

Key words: *Transanal Evisceration, small bowel, impalement, child, Senegal*

Introduction

L'éviscération intestinale est plus retrouvée dans les plaies abdominales qu'ano-rectales et le plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant. Ainsi l'éviscération transanale de l'intestin grêle par empalement chez l'enfant constitue un fait rare. Nous rappelons un cas d'empalement avec éviscération transanale chez un enfant en discutant les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

Patient et observation

Il s'agit d'un adolescent âgé de 11 ans, admis au service des urgences du Centre Hospitalier National de Ourossogui (Nord du Sénégal) pour une issue des anses grêles à travers l'anus évoluant depuis 2 heures. Il s'agissait d'un traumatisme direct ouvert du rectum à travers l'anus par chute avec réception sur un morceau de bois pointu. L'examen clinique avait retrouvé un bon état général, une issue, par l'anus, d'environ 25 cm d'intestin grêle viable (Figure 1) et un abdomen sensible dans son ensemble. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le bilan biologique pré-opératoire était normal et aucune imagerie n'était réalisée. Après une réanimation, l'exploration chirurgicale par laparotomie médiane sous ombilicale avait mis en évidence un liquide séro-hématique (300 ml) et une issue d'environ 60 cm d'anse grêle viable mais inflammatoire à travers une brèche d'environ 5 cm de la paroi antérieure du rectum (Figure 2). Une réduction des anses grêles éviscérées par traction douce, une réparation de la paroi rectale par des points séparés, une toilette et un drainage ont été réalisés. Le patient a été sous antibiotique à large spectre. Les suites opératoires étaient simples avec une reprise du transit à J2 post-opératoire. La sortie a été autorisée à J7 post-opératoire. Après un recul d'un mois, l'enfant a été revue en consultation et il était libre de tout symptôme.

Discussion

L'éviscération transanale du grêle est un phénomène rare chez l'enfant [1]. Elle est plus rencontrée chez les patients âgés. C'est la raison pour laquelle ses facteurs étiologiques sont mieux documentés chez les adultes que chez les enfants [2]. Plus de 100 cas de ce type ont été rapportés dans la littérature, mais seulement une vingtaine de cas sont décrits chez les enfants [2]. Les causes d'éviscération transanale de l'intestin grêle chez l'enfant sont dominées par les traumatismes abdominaux contondants [1-3] et les accidents d'aspiration sur bonde de piscine [2, 4, 5]. La revue de la littérature a permis de retrouver un certain nombre de cas d'éviscération transanale de l'intestin grêle chez l'enfant par empalement [6] suite à une chute sur un objet tranchant [6, 7] et une blessure auto-infligée [8]. Les lésions associées intra et/ou extra-abdominales sont souvent sévères et peuvent rendre le tableau clinique plus dramatique [2, 9, 10]. C'est la raison pour laquelle un bilan pré-opératoire complet est de la plus haute importance. Un interrogatoire détaillé permettra de préciser l'identité de l'objet ainsi que le trajet et la direction de la pénétration, des notions d'hématochézie, d'hématurie, et douleur abdominale.

Un bilan paraclinique telles que l'ano-rectoscopie, la vaginoscopie, et la cystoscopie sous anesthésie générale devraient être effectuées s'il y a un soupçon de blessure pénétrante pour évaluer l'étendue de la blessure [6]. Aucun bilan endoscopique n'a été réalisé chez notre patient du fait de leur indisponibilité dans cet hôpital. L'exploration chirurgicale permet de mieux apprécier les lésions abdominales. Au terme de ce bilan lésionnel, on peut classer les blessures d'empalement ano-rectal, en se basant d'abord sur le trajet de l'empalement comme étant soit transanal ou trans-périnéale et puis en subdivisant en lésions intrapéritonéale ou extrapéritonéale [6, 11, 12]. Chez notre patient, l'empalement était transanal et avait entraîné une perforation intrapéritonéale du rectum. Le traitement de cette

condition suit des principes de base [2]. L'intestin grêle doit être réduit doucement et s'il n'est pas viable, il doit être réséqué [2]. Par conséquent, si la viabilité de l'intestin grêle est discutable, il peut être conservé mais un deuxième coup de fil est conseillé [2].

Dans notre cas, il y avait une souffrance intestinale donc nous l'avions préservé. La déchirure du rectum peut être réparée ou réséquée [6, 13]. Une fermeture primitive de la plaie rectale est réalisée si les lésions sont limitées et en l'absence de contamination fécale intra-péritonéale. Dans le cas contraire, la suture rectale peut être protégée par une colostomie de proche amont. Habituellement il n'existe pas de contamination fécale de la cavité péritonéale en raison du colmatage de la plaie rectale par les anses éviscérées [1, 6, 9]. Cela explique que certains préfèrent la fermeture de la plaie rectale sans dérivation des matières [2] alors que d'autres optent pour une fermeture associée à une colostomie de proche amont [6]. Pour notre part, nous avons choisi de faire une suture rectale sans colostomie de protection. Le pronostic des lésions transanales par empalement est généralement bon, lorsque le principe du traitement est respecté [6, 14], comme c'est le cas chez notre enfant.

Conclusion

L'éviscération transanale de l'intestin grêle est rare chez l'enfant et le mécanisme par empalement reste exceptionnel. Les explorations radiologiques ne doivent pas retarder la chirurgie surtout dans le contexte africain où l'accès à ces explorations est parfois difficile. La conservation de l'intestin grêle éviscéré doit être privilégiée en l'absence de perforation ou de nécrose.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Ibrahima Bocar Wellé a participé à la prise en charge et à la rédaction de l'article, Pape Alassane Mbaye, Ndéye Fatou Seck, Ndéye Aby Ndoye, Doudou Guéye et Faty Balla Lo ont participé à la rédaction de l'article, Modou Ndiaye et Mouhamed Aly Sylla ont participé à la prise en charge du patient, Aloise Sagna et Gabriel Ngom ont participé à la rédaction de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: éviscération transanale de l'intestin grêle
Figure 2: perforation rectale

Références

1. Bâ PA, Soumah SA, Diop B, Traoré MM, Mahdi C, Mbaye EM *et al.* Transanal evisceration of the small intestine in a child secondary to blunt trauma to the abdomen: report of a case. *Pan Afr Med Journal.* 2011; 10: 50. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Corduk N, Koltuksuz U, Karabul M, Savran B, Bagci S, Sarioglu-Buke A. A rare presentation of crush injury: transanal small bowel evisceration: case report and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2011; 27(9): 1021-4. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Gelas T, Sylvie Combet, Perinel J, Etienne Javouhey, Pierre-Yves Mure. Transrectal small bowel evisceration after abdominal crush injury. *J Pediatr Surg.* 2012;47(11): e53-6. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Price NR, Soundappan SV, Sparnon AL, Cass DT. Swimming pool filter-induced transrectal evisceration in children: australian experience. *Med J Aust.* 2010;192(9): 534-6. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Juern J, Schmeling D, Feltis B. Transanal wading pool suction-drain injury resulting in complete evisceration of the small intestine: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2010 Apr;45(4): E1-3. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Bronkhorst MW, Wilde JCH, Hamming JF, Heij HA. Anorectal impalement in a pediatric patient with transanal evisceration of small bowel. *J Pediatr Surg.* 2007;42(9): 23-5. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Fette A, Schwoebel M. Small bowel evisceration through the rectum in childhood. *J Pediatr Surg.* 2009;44: 302-303. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Ravikumar R, Robb A, Jawaheer G. Small bowel evisceration through the rectum in childhood. *J Pediatr Surg.* 2008;43: 562-563. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Qureshi MI. Rectal tear causing prolapsed ileum after closed abdominal injury. *Injury.* 1977;9(2): 168-169. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Roy AK, Shukla P, Singh S. Rectal perforation and evisceration of the small intestine: a rare injury in blunt trauma of the abdomen. *J Trauma Inj Infect Crit Care.* 2009;66(1): 286. **PubMed** | **Google Scholar**
11. Kim S, Linden B, Cendron M, Puder M. Pediatric anorectal impalement with bladder rupture: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2006;41(9): 1-3. **PubMed** | **Google Scholar**
12. Grisoni ER, Hahn E, Marsh E, Volsko T, Dudgeon D. Pediatric perineal impalement injuries. *J Pediatr Surg.* 2000;35(5): 702-704. **PubMed** | **Google Scholar**
13. Rechner P, Cogbill TH. Transanal small bowel evisceration from abdominal crush injury: case report and review of the literature. *J Trauma.* 2001 May;50(5): 934-6. **PubMed** | **Google Scholar**
14. Beiler HA, Zachariou Z, Daum R. Impalement and anorectal injuries in childhood: a retrospective study of 12 cases. *J Pediatr Surg.* 1998;33(8): 1287-1291. **PubMed** | **Google Scholar**



Figure 1: éviscération transanale de l'intestin grêle



Figure 2: perforation rectale