

THERAPEUTIQUE

INTERET DE LA SCLERANASE DANS LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL DE L'ENFANT

A.G. DIETH**, S. da SILVA-ANOMA*, O. OUATTARA**, C. AGUEHOUNDE*, C. ROUX***

RESUME

Le prolapsus rectal de l'enfant est bénin et le traitement ne doit en modifier le pronostic. Cette étude rétrospective portant sur 45 cas de prolapsus ano-rectal observés chez des enfants a pour but de faire le point sur sa prise en charge, en promouvant la scléranase, procédé simple et efficace. En effet, notre traitement, subi par tous les patients de cette série, est basé essentiellement sur les injections sclérosantes sous-muqueuses de quinine-urée, réalisées sous anesthésie générale, en ambulatoire. La guérison a été obtenue dans 100 % des cas, sans aucune complication.

Mots-clés : prolapsus rectal, scléranase, injections sclérosantes, enfant, ambulatoire.

SUMMARY

*Efficiency of scleranasé in treatment
of rectal prolapse among children*

Rectal prolapse in children is benign and treatment should not modify the prognostic.

The purpose of this retrospective study, about 45 cases of rectal prolapse, is to take stock of his management and to recommend the scleranasé, simple and efficient method.

Actually, our treatment used for all patients, is based essentially on sclerosing sub-mucous quinine-ur ea injections, realised under general anaesthesia in an ambulatory process.

The healing was obtained in 100% of cases, without any complication.

Key-words : rectal prolapse, scleranasé, sclerosing injections, children, ambulatory process.

INTRODUCTION

Le prolapsus du rectum est une affection fréquente du jeune enfant, de diagnostic en règle évident.

Figure 1 : Prolapsus rectal chez une fillette de 6 ans.



Le prolapsus muqueux est défini par un glissement sur la musculature, de la muqueuse rectale herniée à travers l'anus sous forme de bourrelet. Dans le prolapsus total, toute la paroi rectale se retourne formant une invagination recto-rectale. Les méthodes thérapeutiques varient des "petits moyens" à la chirurgie. Depuis 1988, nous utilisons essentiellement la scléranase, méthode ancienne, peu coûteuse, simple et fiable. Il nous paraît indiqué d'apporter quelques précisions concernant cette affection et sa prise en charge.

PATIENS ET METHODES

De janvier 1988 à décembre 1997, 45 patients porteurs d'un prolapsus rectal ont été reçus. Le diagnostic a été établi exclusivement sur les données de l'examen clinique : extériorisation par l'anus d'un bourrelet rouge plissé, centré par un orifice. Tous ont été traités par scléranase. La population étudiée concernait 16 garçons et 29 filles, 25 ayant moins de 3 ans, 17 entre 3 et 6 ans, et 3 entre 6 et 14 ans.

* Professeur Agrégé, Chirurgie Pédiatrique, CHU de Yopougon.

** Assistant-chef de Clinique, Chirurgie Pédiatrique, CHU de Yopougon,

21 BP 632 Abidjan 21.

*** Chef de service, Chirurgie Pédiatrique, CHU de Yopougon.

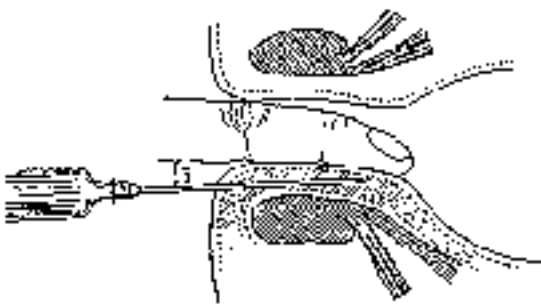
Les anomalies associées étaient représentées par 1 cas d'extrophie vésicale et 3 cas de polype rectal. Le transit intestinal était perturbé dans 21 cas : alternance diarrhée/constipation dans 3 cas, diarrhée dans 12 cas, constipation dans 6 cas. Chez 24 enfants, il était normal. Le développement staturo-pondéral (mentionné dans 33 dossiers) était bon dans 24 cas ; un retard (-1 DS) était observé chez 9 patients.

Les caractères du prolapsus étaient spécifiés dans 29 cas : muqueux et intermittent dans 26 cas (dont 5 cas de suintement hémorragique), total et permanent chez 3 patients.

Le protocole thérapeutique a été le suivant :

- * toutes les affections intercurrentes ont été traitées,
- * des conseils hygiéno-diététiques ont été dispensés dans le but de favoriser une alimentation équilibrée et proscrire les lavements traditionnels intempestifs,
- * la patiente atteinte d'extrophie vésicale présentait un prolapsus total et permanent ; 2 tentatives de cerclage isolé ont échoué. Nous avons associé la 1ère scléranase à un cerclage,
- * les injections sclérosantes strictement sous-muqueuses ont été menées en ambulatoire, sous anesthésie générale. Le patient est en décubitus dorsal, l'index gauche intra-rectal guide l'aiguille ; un mélange de 3 cc de chlorhydrate de quinine-urée à 25 mg (KINUREA H*) et de 3 cc de lidocaïne 2 % est injecté.

Figure 2 - Technique de scléranase par voie externe.(tiré de " Affections congénitales de l'anus et du rectum (4)"



La 1ère injection cutanée se fait à 3 h en se dirigeant en sous-muqueux vers 2 et 4 h et la 2ème à 9 h, en infiltrant la

sous-muqueuse vers 8 et 10 h. Ces injections doivent absolument respecter le sphincter et la partie antérieure du canal anal afin d'éviter l'urètre chez le garçon et la cloison recto-vaginale chez la fille.

Pour s'assurer du siège sous-muqueux de l'injection, le doigt intra-rectal doit nettement percevoir le gonflement. 3 injections espacées de 15 jours sont ainsi administrées.

RESULTATS

Ils sont évalués avec un recul variant de à 1 an à 5 ans.

6 patients ne se sont plus représentés après la 1ère séance. Le prolapsus ne s'est plus extériorisé dès la 1ère injection chez 15 patients, et après la 2ème dans 22 cas. 37 patients ont bénéficié du protocole complet et ont été guéris, à l'exception d'un ayant présenté une récurrence transitoire au décours d'une diarrhée survenue un mois après la dernière séance; 1 autre a dû subir 4 scléranases pour obtenir une guérison complète.

COMMENTAIRES

Chez l'enfant, le prolapsus du rectum est considéré comme une affection bénigne, pour laquelle l'étiopathogénie et le traitement ne font pas toujours l'unanimité. Comme dans la littérature (2,4,5,8,9), des facteurs favorisants ont été retrouvés : malnutrition, interdits alimentaires traditionnels (proscrivant en cas de prolapsus les aliments frais, gras ou gluants), maladies diarrhéiques et constipation. Chez l'enfant africain, la diarrhée et la constipation ont un rôle prépondérant ; en Occident la constipation et la station prolongée sur le pot (2,4,5, 7) sont le plus souvent incriminées. Quoi qu'il en soit, toute cause augmentant la poussée abdominale peut intervenir (4,6,8), ce qui peut s'expliquer par un facteur anatomique prédisposant dans le jeune âge (2,4,5,8). En effet, chez le grand enfant, le rachis est doublement incurvé et le rectum n'est pas vertical dans l'axe du canal anal mais plutôt horizontal, formant un angle marqué avec ce dernier (4). Chez le nourrisson et le jeune enfant, le sacrum et le coccyx sont presque verticaux (2, 7) et le rectum est vertical dans le même axe que le canal anal. La survenue d'un prolapsus rectal est donc complexe et multifactorielle :

- * facteurs anatomiques (2, 4, 9),
- * facteurs tissulaires (2) : hypotonie et laxité du tissu de soutien, favorisée par le rachitisme, la malnutrition, les infections chroniques (4). Les causes déterminantes sont :

la station prolongée sur le pot (4) et les troubles intestinaux.

Signalons le contexte malformatif particulier : l'extrophie vésicale qui du fait des modifications du plancher périnéal est pourvoyeuse de prolapsus rectal (2,6).

Un polype, en entraînant la muqueuse rectale, peut générer un prolapsus.

Quelles qu'en soient les causes, favorisantes ou déterminantes, le traitement du prolapsus muqueux rectal doit être réalisé dès les premières manifestations (4).

- Le cerclage de THIERSCH, réduit le diamètre anal ; mais il est d'indication rare car perturbe la défécation, crée des sténoses.

Il est contre-indiqué en cas de constipation (1, 2, 4, 7).

- les techniques de rectopexie ou de résection du boudin prolapsé (1,4,8) sont excessives vu la bénignité de l'affection.

- Le procédé d'ABOULOLA (1) consiste à introduire à travers le prolapsus réduit, une grosse sonde rectale fixée en bretelle pendant 8 jours. Cette méthode contraignante ne nous a pas donné satisfaction car source de nombreuses récidives.

- Nous n'avons pas d'expérience du méchage rétrorectal de LOCKART-MUMMERY (2, 3, 5, 7, 9),
- Les petits moyens ne doivent pas être négligés car pouvant à eux seuls donner des guérisons (4, 5, 9) .
- Nous les utilisons comme appoint à la scléranase (2, 5, 7, 9), méthode simple, efficace, peu coûteuse, indolore, qui nous a donné de très bons résultats : 100 % de guérisons sur 39 cas suivis, sans complication. Tous les produits sclérosants auraient une efficacité identique (2, 5, 9) : sérum salé à 30 %, huile phéniquée, chlorhydrate de quinine-urée à 5 %.

CONCLUSION

Le prolapsus rectal de l'enfant est une affection bénigne dont l'évolution naturelle se fait habituellement vers la guérison en 3 à 4 ans.

Le but du traitement est de hâter cette guérison sans séquelle.

Aussi la scléranase représente-t-elle la méthode de choix, car sûre, facile à réaliser, non agressive, efficace et peu coûteuse.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABOULOLA M., BOUKHELOUA B., IZEM K.
Un procédé original simple de traitement des prolapsus rectaux irréductibles chez l'enfant.
Ann. Alg. de chirurgie, 1978, XII, (4) 167-71.

2 - AIGRIN Y., EL GHONEIMI A.
Prolapsus rectal de l'enfant.
E.M.C. (Paris), Péd., 4018 P50, 1992, 4p.

3 - BALDE I., MBUMBE-KING A., VINAND P.
La technique de Lockart-Mummery dans le traitement du prolapsus rectal total de l'enfant. A propos de 25 observations.
Chir. Pédiatr., 1977, 20, (5) : 375-377.

4 - DUHAMEL J.
Le prolapsus muqueux du rectum.
In : Affections non congénitales de l'anus et du rectum chez l'enfant.
Masson, Ed. Paris, 57,116-149.

5 - FEHRI M.HAROUCHE A., REFFAS et coll.

Le prolapsus rectal de l'enfant.
Chir. Pédiatr., 1988, 29 : 313-317.

6 - GRUNER M., ALLOUCH G., BALQUET P. et coll.
Prolapsus rectaux chez l'enfant.
E.M.C. Paris, Péd., 4018 P50, 3-1981.

7 - JUSKIEWENSKI S.
Prolapsus de l'anus et du rectum.
In : Techniques de chirurgie pédiatrique.
Masson, Ed. Paris, 1978 : 394-399.

8 - MUSTARD, RAVITCH, BENSON.
Prolapse of the rectum.
In : Ped. Surg., 1972, 2 : 1007-1008.

9 - SCOTT J. Boley.
Prolapse of the rectum.
In Ped. Surg. Year Book Medical Publishers, 1979,1076-1077.