

Article Original

L'anus Antéposé Responsable d'une Constipation Opiniâtre. À Propos de 28 Cas Opérés

Preposed anus responsible of a pertinacious constipation. about 28 operated cases

Koutaba E.¹ Ondima I.¹ Massamba-Miabaou D² Nzaka Moukala CD². Ele N²

1- Service de chirurgie et orthopédie pédiatrique (CHU Brazzaville)

2- Service de chirurgie digestive (CHU Brazzaville).

Auteur correspondant : Koutaba Emmanuel ; Tél : (+242) 066 385 439 ; E-mail : koutabaemma@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif. Dégager l'intérêt de la proctoplastie dans la prise en charge de l'anus antéposé.

Patients et méthodes. Il s'agit d'une étude transversale rétrospective colligeant 28 patients entre juin 2007 et novembre 2011 dans le service de Chirurgie Pédiatrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Ont été inclus tous les enfants (âge < 18 ans) opérés pour un anus antéposé.

Résultats. L'âge moyen des patients était de 6 ans (extrêmes : 2 et 17 ans). L'échec du traitement médical de la constipation était le motif de consultation le plus fréquent (54%) chez le chirurgien pédiatre. Tous les patients avaient une inversion du cap et une poche rectale atone au lavement baryté. La résection chirurgicale de la poche anale était pratiquée avec régularisation complète du transit intestinal dans 72% des cas.

Conclusion. La proctoplastie est intéressante dans la prise en charge de l'anus antéposé chez l'enfant.

Mots clés. Anus antéposé – Constipation - Enfant

ABSTRACT

Objective. To report the results of proctoplasty in the management of preposed anus.

Patients and methods. a retrospective cross-sectional study including 28 patients was conducted from June 2007 to November 2011 in the Pediatric Surgery Department of the University Hospital of Brazzaville. It concerned all children (age <18 years) operated for preposed anus.

Results. The mean age of patients was 6 years (range 2 to 17). Failure of the medical treatment of constipation was the most frequent reason of consultation (54%) to the pediatrician surgeon. All patients had an inversed cape and an atonic rectal pouch at the barytic enema. Surgical resection of the anal pouch was practiced with full regularization of bowel transit in 72% of cases.

Conclusion: Proctoplasty is relevant in the surgical repair of preposed anus in children.

Keywords: Preposed anus, Constipation, Children

INTRODUCTION

Le degré « zéro » de la malformation ano-rectale est l'anus antéposé. C'est par définition, un anus situé trop en avant, non pas tant par rapport aux autres structures périnéales que par rapport au rectum lui-même. Dans cette conformation, l'effort de poussée à l'émission des selles se fait en arrière de l'orifice anal, et se traduit par une constipation opiniâtre et douloureuse [1, 2].

La tolérance clinique en est très variable car certains enfants régularisent spontanément leur transit avec la croissance. Dans les autres cas, nombre de familles arrivent épuisées à la consultation de chirurgie après avoir vu beaucoup de médecins dans différents centres de santé [2]. Le traitement de l'anus antéposé est chirurgical et le pronostic est excellent. L'objectif de notre étude était de montrer l'intérêt de la proctoplastie dans la prise en charge de cette pathologie souvent méconnue.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective d'une série de 28 patients traités entre juin 2007 et novembre 2011 dans le service de Chirurgie Pédiatrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Nous avons inclus tous les patients de moins de 18 ans opérés pour un anus antéposé durant la période d'étude. Le diagnostic d'anus antéposé a été fait cliniquement et radiologiquement. Sur le plan clinique, l'examen du périnée et le toucher rectal avaient permis de définir la position anatomique de l'anus, de mettre en évidence la désaxation du canal anal, d'apprécier le tonus du sphincter et de mettre en évidence la présence ou non d'un fécalome. En situation normale, l'anus se trouve à une position équidistante entre le scrotum ou la fourchette vulvaire et la pointe du coccyx (figure 1).

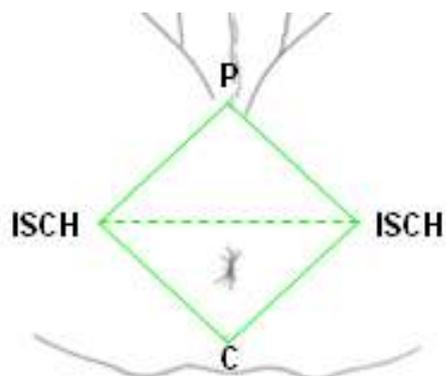


Figure. 1 : Situation normale de l'orifice anal dans le périnée.

ISCH=Tubérosités ischiatiques. P = Pubis

C = Coccyx

Ainsi, l'antéposition anale se définit comme étant un anus situé anatomiquement sur la ligne bi-ischiatique ou au-dessus de celle-ci, c'est-à-dire, dans le périnée antérieur (proche de la fourchette vulvaire chez la fille, et du sillon scrotal-anus chez le garçon).

Sur le plan radiologique, le lavement baryté sur l'incidence de profil a permis de mettre en évidence la présence d'une énorme poche rectale postérieure atone et l'inversion du cap (angle ano-rectal) (Figure 2).



Figure 2 : Lavement baryté (Notre étude)

Technique chirurgicale

L'enfant est installé en décubitus dorsal en bout de table, cuisses en flexion et abduction ; on vérifie la qualité de la préparation colique en procédant à un nouveau lavage. Exposition du canal anal par une couronne de points radiaires prenant la marge anale et les téguments voisins. La ligne pectinée est ainsi bien visible.

Pour limiter le saignement au moment de la dissection, la submuqueuse est infiltrée en U avec de la xylocaine adrénalinée à 1% diluée de moitié dans du sérum physiologique.

Incision en U de la muqueuse à l'aide du bistouri électrique à 1 ou 2 mm au dessus de la ligne pectinée (Figure 3). Cette incision va de 3 heures en passant par 6 heures et se termine à 9 heures. On amorce ainsi une dissection dans le plan sous muqueux.

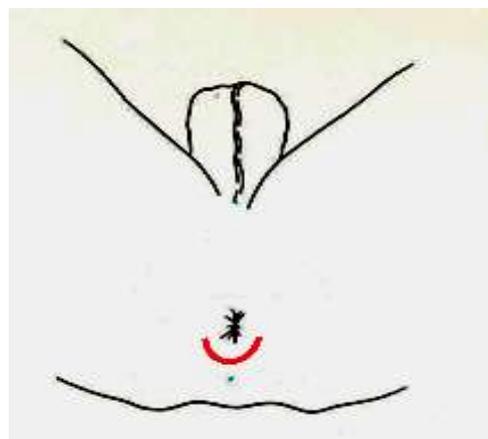


Figure 3 : Incision de la muqueuse rectale (notre schéma)

On met ensuite en place des fils de repères sur la muqueuse pour faciliter sa dissection et sa séparation avec la paroi musculaire. Le plan de dissection sous muqueux est aisément trouvé de la pointe des ciseaux en commençant en arrière à 6 heures. On sectionne progressivement tous les petits tractus qui se tendent dans la sous muqueuse. Il est essentiel de se maintenir au contact de la muqueuse pour ne pas rentrer dans les fibres de la musculature. Par ailleurs, il est inutile de faire une dissection sous muqueuse extensive. Lorsque l'on voit la musculature, il faut passer dans le plan extra-rectal. On ouvre la musculature à 6 heures pour atteindre le conjonctif lâche recto-rectal. La dissection de la paroi postérieure du rectum se poursuit en haut, en restant strictement au contact de la paroi intestinal jusqu'à l'effacement de la poche atone. Ceci est constaté en faisant un toucher rectal (Figure 4).

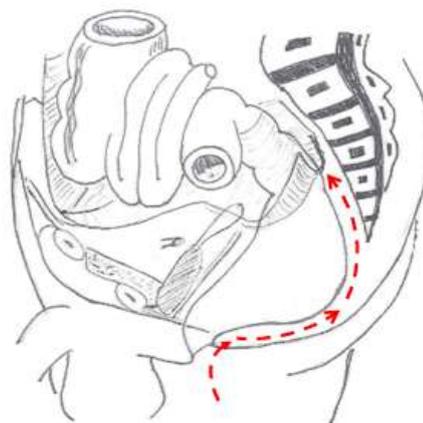


Figure 4 : Dissection de la paroi postérieure du rectum (notre schéma)

L'opération se termine par la résection de la paroi intestinale et le rétablissement de la continuité en suturant la paroi colique à la muqueuse de la ligne pectinée. Aucun examen extemporané n'a été fait pour des raisons techniques. Cependant l'examen histopathologique effectué sur les pièces réséquées n'a pas mis en évidence une aganglionose excluant une maladie de Hirschsprung.

Le suivi postopératoire des patients est fait en ambulatoire. Les patients sont revus à 15 jours, à 1 mois, à 3 mois, et à 6 mois du postopératoire.

Les résultats sont jugés :

- très satisfaisants lorsque les patients ont régularisé leur transit intestinal ;
- satisfaisants lorsque les patients vont à la selle tous les 2 jours ;
- mauvais lorsque les patients vont à la selle en faisant recours à un laxatif.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête et analysées à partir du logiciel Excel (Microsoft version 2010).

RESULTATS

ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES

Fréquence

En 4 ans, nous avons répertorié 28 cas d'anus antéposé sur 2472 patients hospitalisés dans notre service, soit une fréquence de 1,12%.

Age et sexe

L'âge moyen a été de 6 ans avec des extrêmes de 2 et 17 ans. On a noté 8 garçons et 20 filles soit un sex-ratio de 0,4.

Tableau I : Répartition des patients par tranche d'âge et selon le sexe.

	Masculin N(%)	Feminin N(%)	Total N(%)
2 à 6 ans	2 (33,33)	4 (66,67)	6 (100)
7 à 12 ans	5 (27,78)	13 (72,22)	18 (100)
13 à 18 ans	1 (25)	3 (75)	4 (100)
Total	8	20	28 (100)

ASPECTS CLINIQUES

Motifs de consultation chez le chirurgien

Quinze patients (54%) avaient consulté pour la première fois un médecin à cause de l'échec thérapeutique, et 13 (46%) l'on fait à cause de la constipation et des épisodes de sub-occlusion.

Intervalle de temps entre deux selles

Les données sont résumées dans le tableau 2

Tableau II : Intervalle de temps entre deux selles.

	Effectif	%
5 à 10 jours	15	53,6
11 à 16 jours	6	21,4
16 à 21 jours	5	17,9
21 jours et plus	2	7,1

Examen physique

Tous les enfants présentaient un fécalome au touche rectal. La fissure anale était présente chez 15 enfants (53,57%).

La position de l'anus

L'anus était sur la ligne bi-tubéro-ischiatique chez 8 patients (29%) et au dessus de cette ligne chez 20 patients (71%).

EXPLORATION RADIOLOGIQUE

Tous les patients présentaient une inversion du cap et une poche rectale atone (figure 2).

EVOLUTION POSTOPÉATOIRE

Les suites opératoires ont été simples chez tous les patients après la résection chirurgicale de la poche rectale.

Après le traitement chirurgical, 20 patients (72%) avaient eu un transit intestinal régularisé, 6 patients (22%) avaient eu une tendance à la constipation mais ne nécessitant pas la prise de laxatif, et 2 patients (6%) avaient une tendance à la constipation nécessitant un laxatif de temps en temps.

Nous n'avons pas noté de décès ni de complications locales et aucune reprise opératoire n'a été nécessaire.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5 jours avec des extrêmes de 3 et 7 jours.

DISCUSSION

L'anus antéposé a représenté 1,12% des hospitalisations durant notre période d'étude. Il s'agit d'une pathologie rare comme l'a démontré Noaro et al [3]. Cette rareté peut s'expliquer par: la méconnaissance des causes chirurgicales de la constipation, le diagnostic n'étant pas souvent évoqué. Et pourtant, la constipation est un motif très fréquent de consultation en pédiatrie et constitue le symptôme principal de l'anus antéposé. Malgré son opiniâtreté et l'échec du traitement médical, elle n'a jamais poussé le Pédiatre à demander l'avis du chirurgien pédiatre [4]. L'examen clinique doit être fait avec minutie, car c'est le pivot du diagnostic.

Ferrière et al [5] affirment une prédominance nette féminine de l'antéposition anale. Dans notre série nous avons fait le même constat.

L'examen physique doit rechercher la position de l'anus. La définition de la position de l'anus constitue la clé du diagnostic. Elle est donc obligatoire.

Ferrière et al [5] dans leurs résultats d'une étude prospective sur la mesure et la définition de la position normale de l'anus chez les nouveau-nés proposent l'utilisation de l'indice de position anale (IPA), qui est le rapport entre la distance A (fourchette vulvaire ou sillon scrotal- anus) et la distance B (fourchette vulvaire ou sillon scrotal-coccyx). Selon les promoteurs de la méthode, l'IPA ne peut pas être utilisé à tout âge à cause des difficultés de mesure selon le volume fessier. L'utilisation de cette méthode à tout âge demande donc à être validée [5].

Dans notre série, nous avons utilisé l'appréciation anatomique considérant comme anus antéposé, un anus

situé sur la ligne bitubérale ou dans le triangle urogénital (proche de la fourchette vulvaire chez la fille, et le sillon scrotal-anus chez le garçon. Toutefois, l'appréciation anatomique pose quelques problèmes chez les garçons à cause de la présence du scrotum.

Esposito et al [4] ont utilisé la même méthode de diagnostic et sont arrivés à la même conclusion que nous.

CONCLUSION

L'antéposition anale doit être systématiquement recherchée devant tout nourrisson ou enfant qui présente une constipation rebelle au traitement médical. Il s'agit d'une pathologie souvent ignorée par les médecins et dont le traitement est strictement chirurgical. L'exérèse de la poche anale atone offre de très bons résultats.

CONFLIT D'INTERET

Aucun

REFERENCES

1. Bary F. Le complexe ano-rectal : anatomie et organogénèse. In le rectum pédiatrique (Monographies du Collège national de chirurgie pédiatrique). Sauramps Médical 1996, pp 10-22.
2. Beaudoin S. Malformations ano-rectales. Encyclopédie Orphies, novembre 2002.
3. Noaro A, Joyeux L, Maudinas R, Sapin E. Anus antéposé: une anomalie trop méconnue chez la fille. Arch Pediatr 2010 ; 17 : 10-11
4. Esposito G, Ascione G, Tamburrini O, Settini A. Anteposition of the anus. A cause of constipation in children. Chir.Peditr. 1985; 26(5): 279-81 French PMID 4092318 [PubMed- indexed for MEDLINE]
5. Ferrière S, Maurage C, Faure N, Labarthe F, JC Roland, M Robert. Mesure et définition de la position normale de l'anus chez le nouveau-né; Gastroentérol clin Biol 2001 ; 25 : 0399-8320