



## Traumatismes sexuels anorectaux : aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques. Orientations thérapeutiques

### *Sexual anorectal trauma: epidemiology, clinical and paraclinical aspects. Therapeutic orientations*

■ A. Senéjoux\*

#### POINTS FORTS.

- La sodomie librement consentie n'a aucune conséquence délétère.
- Certaines pratiques sont à risque (insertion de corps étrangers, fist, klismaphilie) et peuvent avoir les mêmes complications que les viols anaux.
- Si l'on excepte les lésions liées à l'accouchement par voie vaginale, la première étiologie des traumatismes anorectaux est liée à la sexualité. Des hématomes, des perforations du rectum et des lésions sphinctériennes peuvent être observés.
- Chez l'enfant, il faut savoir distinguer les variantes anatomiques normales de l'anus des signes d'agression sexuelle.

**Mots-clés :** Sodomie – Viol – Continence – Corps étrangers rectaux – *Fist fucking* – Klismaphilie.

#### MAIN POINTS.

- Anoreceptive voluntary anal intercourse has no negative consequence on anorectal function.
- Some practices (foreign bodies insertions, fist fucking, klismaphilia) are risky and can have the same complications than anal rape.
- Except birth trauma, first etiology of anorectal trauma is sexual trauma. Hematomas, rectal perforations, and sphincter tears can be observed.
- For children, it is necessary to differentiate normal anatomy from sexual abuse symptoms.

**Keywords:** Anoreceptive anal intercourse – Rape – Foreign bodies – *Fist fucking* – Klismaphilia.

La sexualité anale revêt plusieurs aspects : masturbation anale consciente ou non (usage immodéré de suppositoires, du thermomètre, etc., prurit anal idiopathique), introduction de corps étrangers, lavements, rapports anobuccaux et sodomie proprement dite. La pratique de cette dernière concerne toutes les communautés sexuelles et remonte à la nuit des temps : on peut assurément supposer qu'elle avait cours

bien avant le XIX<sup>e</sup> siècle avant J.-C., époque historique de Sodome et Gomorrhe...

Deux cas de figures s'opposent en matière de traumatismes sexuels anorectaux : la sexualité librement consentie sans pratique dite dangereuse (telle que l'introduction de corps étrangers divers, de produits chimiques ou le *fist fucking*...) et l'agression (qu'il s'agisse d'un viol ou d'une pratique à risque) qui constitue, si l'on excepte

\* Service de colo-proctologie, hôpital Léopold-Bellan, Paris.

les lésions liées à l'accouchement par voie vaginale, la première étiologie des traumatismes anorectaux, devant les accidents de la route, les plaies par armes à feu ou par arme blanche (1).

### SEXUALITÉ CONSENTIE SANS PRATIQUE DANGEREUSE

La sodomie est le principal aspect de la sexualité anale. Elle concerne toutes les communautés sexuelles.

En France, la prévalence de l'homosexualité masculine est stable et a été estimée à 4,1 % (2). Aux États-Unis, il a été estimé que 80 % des homosexuels masculins pratiquent régulièrement la sodomie (3). On peut aussi signaler que 30 % des hommes français ont eu au moins une expérience de pénétration anale au cours de leur vie (2), taux concordant avec les chiffres rapportés aux États-Unis (4).

La prévalence et les conséquences de la sodomie, dans la population hétérosexuelle, sont quant à elles peu étudiées. Ce type d'enquête reste difficile à mettre en œuvre avec des taux de réponse souvent faibles, les questions posées pouvant être vécues comme gênantes, ce qui peut induire un biais dans les réponses (5). D'après les enquêtes réalisées chez les étudiants américaines, ou d'après le rapport Spira sur les habitus sexuels des Français, 23 % à 32 % des femmes interrogées ont déjà pratiqué la sodomie (2, 6, 7). Cette pratique intéresse toutes les générations, et il semble qu'elle progresse dans la population hétérosexuelle, puisqu'en 1972 seulement 14 % des femmes déclaraient l'avoir expérimentée (8). Cependant, ces chiffres peuvent aussi traduire une déclaration facilitée par un contexte social plus tolérant. Néanmoins, la pratique régulière reste assez rare puisque, dans le rapport Spira, 3 % des femmes disent la pratiquer souvent et 10 % parfois (2). Dans une étude américaine datant de 1977 réalisée sur 526 femmes consultant pour un examen gynécologique de routine, 25 % avaient essayé la sodomie et 8 % la pratiquaient régulièrement avec plaisir (5).

Les sensations érotiques liées à la stimulation ano-rectale peuvent s'expliquer par l'innervation commune et la musculature partagée de l'anus et de l'appareil génital. La pression sur le sphincter externe entraîne une traction sur le clitoris chez la femme et peut provoquer une érection chez l'homme. De plus, la sodomie permet de sti-

muler les organes de voisinage (prostate et vésicules séminales chez l'homme, utérus et mur postérieur du vagin chez la femme) par pression sur la paroi rectale (9). La réceptivité à la stimulation anale est toutefois variable selon les individus, du fait de variations même de sensibilité et de facteurs psychologiques (religieux, esthétiques, éducatifs ou autres).

Les complications de la sodomie librement consentie sont très rares. Contrairement au vagin, le rectum n'est pas recouvert par un épithélium malpighien non kératinisé solide protecteur, et n'a pas de lubrification naturelle. Il est donc beaucoup plus sensible à l'abrasion. En l'absence de tout contexte agressif, il est possible d'observer une "anodyspareunie" dans 12,5 % des cas (10) et des phénomènes d'irritation anale et rectale, de prurit, d'écoulement glaireux, de diarrhée, voire bien plus rarement de fissuration, de lacération de la muqueuse rectale ou de réaction hémorroïdaire après sodomie (9, 11). Ce type de complication s'observe avant tout en cas de pénétration rétrograde trop brutale sur un anus contracté, sans lubrification suffisante, sans stimulation préalable de l'anus par massage digital et lorsque la sodomie est mal acceptée sur le plan psychologique (10). L'examen proctologique peut objectiver un aspect érythémateux de la face antérieure du rectum surtout en cas de rapports multiples.

Il faut également signaler la possibilité d'allergies aux lubrifiants ou au latex se manifestant par des dermatites périanales et la moindre efficacité du préservatif dans ce type de rapports sexuels pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles.

La physiologie anorectale a été étudiée chez l'homosexuel masculin, et il semble bien que les rapports ano-rectaux n'entraînent pas de trouble de la continence ni de rupture sphinctérienne (12). Une tendance non significative à l'amincissement des sphincters internes et externes a pu être mise en évidence grâce à l'écho-endoscopie (12) et il a été trouvé, chez l'homosexuel masculin, des pressions anales de base diminuées sans anomalie de la contraction volontaire ni retentissement physiologique sur la continence (12). Dans un autre travail de méthodologie plus critiquable, il avait été suggéré que la sodomie pourrait être à l'origine d'une incontinence anale, ce même travail retrouvait également une diminution des pressions de base chez les homosexuels passifs ainsi qu'une baisse de la contrac-

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Marti MC, Morel P, Rohmer A. Traumatic lesions of the rectum. *Int J Colorectal Dis* 1986;1(3):152-4.
2. Spira A, Bajos N, ACSF G. Les comportements sexuels en France. Paris : La Documentation française, 1993.
3. Siegel K, Krauss BJ, Karus D. Reporting recent sexual practices: gay men's disclosure of HIV risk by questionnaire and interview. *Arch Sex Behav* 1994;23(2):217-30.
4. Seidman SN, Rieder RO. A review of sexual behavior in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151(3):330-41.
5. Bolling Dr Jr. Prevalence, goals and complications of heterosexual anal intercourse in a gynecologic population. *J Reprod Med* 1977;19(3):120-4.
6. Baldwin JI, Baldwin JD. Heterosexual anal intercourse: an understudied, high-risk sexual behavior. *Arch Sex Behav* 2000;29(4):357-73.
7. Flannery D, Ellingson L, Votaw KS, Schaefer EA. Anal intercourse and sexual risk factors among college women, 1993-2000. *Am J Health Behav* 2003;27(3):228-34.
8. Simon P, Gondouneau J, Mironer L, Dourlen-Rollier AM. Rapport sur le comportement sexuel des français. Paris : Julliard et Charron, 1972.
9. Agnew J. Some anatomical and physiological aspects of anal sexual practices. *J Homosex* 1985;12(1):75-96.
10. Rosser BR, Short BJ, Thurmes PJ, Coleman E. Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: a validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men. *J Sex Marital Ther* 1998;24(4):281-92.
11. Geist RF. Sexually related trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1988;6(3):439-66.

tion volontaire chez la fraction de malades ayant une incontinence (13).

La prévalence de la fissure anale et de la maladie hémorroïdaire n'a pas été spécifiquement étudiée dans la population homosexuelle masculine.

## LES PRATIQUES DANGEREUSES

La sexualité anale ne se limite pas à la seule sodomie, les pratiques sont variées.

L'insertion de corps étrangers est un classique. La littérature proctologique est féconde en la matière, l'imagination de bon nombre de patients étant suffisamment fertile pour avoir fait naître chez certains proctologues une âme de collectionneur... Dans cette panoplie, l'un des exemples les plus créatifs est constitué par le "violon anal" décrit en 1973 par Haft et Benjamin (14), consistant à introduire dans le rectum une boule d'ivoire attachée à un fil de catgut, le partenaire jouant à l'aide d'un archet sur le fil tendu, transmettant ainsi des sensations érotiques à l'anorectum... Cette forme de masturbation concerne les deux sexes. Néanmoins dans la littérature sur les corps étrangers rectaux enclavés, les hommes sont vingt-huit fois plus nombreux (11). Cela peut s'expliquer par une agressivité plus grande de l'autoérotisme masculin et par une anatomie pelvienne caractérisée par un sacrum plus court ayant une concavité antérieure plus marquée, ce qui favorise l'enclavement chez l'homme.

Si l'insertion du corps étranger est souvent avouée, certains allèguent une chute malencontreuse... Les manifestations cliniques mises au premier plan par le malade peuvent être des douleurs anorectales ou abdominales, des rectorragies, un prurit, et l'origine de ces symptômes peut être passée sous silence.

Dans une minorité de cas, il existe une perforation digestive qu'il convient toujours de rechercher. Souvent l'extraction peut être réalisée aux urgences en s'aidant, au besoin, d'une sédation intraveineuse ou d'une anesthésie locale. Dans 30 % des cas (15), il faut recourir à l'anesthésie générale qui permet l'utilisation d'écarteurs pour une extraction sous contrôle de la vue. Les techniques d'ablation décrites dans la littérature sont presque aussi variées que les corps étrangers eux-mêmes, si les doigts sont bien sûr utilisés, certains emploieront des pinces, des ventouses ou des forceps obstétricaux, des sondes de Foley ou de Blakemore montées en amont, ou encore

des techniques endoscopiques, etc. (16, 17). Le médecin peut souvent s'aider d'une pression abdominale douce sur le corps étranger permettant de faire progresser celui-ci vers le canal anal (18). La plus grande douceur est nécessaire pour les objets en verre (bouteille, verre, ampoule électrique, etc.) en raison du risque de cassure. Si le corps étranger est inaccessible par voie basse, une hospitalisation avec repos au lit de 12 à 24 heures associé à la prise de laxatifs permet souvent de le faire descendre et d'éviter la laparotomie qui n'est qu'exceptionnellement indispensable (moins de 3 % des cas dans la série de Barone et al.) (15). La colotomie n'est que rarement nécessaire, le corps étranger pouvant être repoussé vers le rectum et extrait par voie trans-anale (15).

Après extraction d'un corps étranger rectal, une rectoscopie est nécessaire pour apprécier l'état de la muqueuse rectale et rechercher d'éventuels objets ou fragments d'objets persistants.

Les lavements peuvent être utilisés à des fins érotiques (19), c'est la klismaphilie. Le plaisir pouvant être le fait de la dilatation colique ou de la contraction rectocolique lors de l'évacuation (20), ils peuvent s'intégrer dans des pratiques sadomasochistes. Les lavements de grand volume, sous pression, brûlants, contenant des produits irritants ou caustiques (alcool, hallucinogènes, détergents, etc.) (21), voire bizarres (insertion de béton à l'aide d'un entonnoir) (22), sont dangereux et peuvent causer des colites caustiques, des nécroses pariétales et des perforations nécessitant un traitement chirurgical (9). Une intoxication à l'eau avec hyponatrémie sévère et des symptômes allant du simple malaise aux convulsions et au coma ont été décrits (9).

Le *fist fucking* ou *fist fornication* consiste à introduire dans l'anus et le rectum le poing et l'avant-bras. Il peut être simple ou multiple, étant souvent pratiqué en groupe. Cette pratique est plus fréquente chez l'homosexuel masculin, chez qui sa fréquence a été estimée à 5 % (11). Elle est souvent associée à la consommation ou à l'introduction rectale de drogues et/ou d'alcool ayant pour but de lever l'inhibition, de supprimer la douleur et, selon les croyances de ses adeptes, de favoriser la relaxation sphinctérienne (23). Les complications de ce type de pratique incluent des ruptures sphinctériennes responsables d'incontinence fécale, des perforations rectocoliques, des hémorragies, des hématomes, des cellulites

12. Chun AB, Rose S, Mitrani C et al. Anal sphincter structure and function in homosexual males engaging in anoreceptive intercourse. *Am J Gastroenterol* 1997;92(3):465-8.

13. Miles AJ, Allen-Mersh TG, Wastell C. Effect of anoreceptive intercourse on anorectal function. *J R Soc Med* 1993;86(3):144-7.

14. Haft JS, Benjamin HB. Foreign bodies in the rectum: some psychosexual aspects. *Medical aspects of human sexuality* 1973;7:8.

15. Barone JE, Yee J, Nealon TF Jr. Management of foreign bodies and trauma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1983;156(4):453-7.

16. Mackinnon RP. Removing rectal foreign bodies: is the ventouse gender specific? *Med J Aust* 1998;169(11-12):670-1.

17. Kantarian JC, Riether RD, Sheets JA, Stasik JJ. Endoscopic retrieval of foreign bodies from the rectum. *Dis Colon Rectum* 1987;30(11):902-4.

18. Nehme Kingsley A, Abcarian H. Colorectal foreign bodies. Management update. *Dis Colon Rectum* 1985;28(12):941-4.

19. Agnew J. Klismaphilia – a physiological perspective. *Am J Psychother* 1982;36(4):554-66.

20. Greenberg-Englander S, Levine S. Significant of frequent enemas. *Medical aspects of human sexuality* 1981;15:116.

21. Irizarry E, Gottesman L. Rectal sexual trauma including foreign bodies. *Int J STD AIDS* 1996;7(3):166-9.

22. Stephens PJ, Tuff ML. Rectal impaction following enema with concrete mix. *Am J Forensic Med Pathol* 1987;8(2):179-82.

23. Shook LL, Whittle R, Rose EF. Rectal fist insertion. An unusual form of sexual behavior. *Am J Forensic Med Pathol* 1985;6(4):319-24.

24. Weinstein MA, Sohn N, Robbins RD. Syndrome of pelvic cellulitis following rectal sexual trauma. *Am J Gastroenterol* 1981;75(5):380-1.

25. Navin H. Medical and surgical risks in handballing: implications of an inadequate socialization process. *J Homosex* 1981;6(3):67-76.

26. Reay DT, Eisele JW. Sexual abuse and death of an elderly lady by "fisting". *Am J Forensic Med Pathol* 1983;4(4):347-9.

27. Orr CJ, Clark MA, Hawley DA et al. Fatal anorectal injuries: a series of four cases. *J Forensic Sci* 1995;40(2):219-21.

pelviennes sans perforation (24) ainsi que des troubles du rythme cardiaque d'origine vagale (25). Des décès ont été décrits (23, 26, 27). L'incidence de ce type de complication est inconnue.

## LES AGRESSIONS SEXUELLES ANALES

### Conduite à tenir devant un viol (28)

Selon l'article 222-23 du Code pénal, le viol est défini par tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. Il est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

L'incidence du viol aux États-Unis était en 1986 de 37 pour 100 000 habitants (73/100 000 chez la femme) (11). En France, en 2000, selon les statistiques du ministère de l'Intérieur 8 458 viols ont été déclarés, soit une augmentation de 6,28 % par rapport à l'année antérieure. Cependant, seuls 10 à 20 % des viols sont déclarés selon le FBI, probablement encore moins pour les victimes de sexe masculin qui répugnent à révéler une telle agression (29). Les victimes de viol sont préférentiellement des adolescents, mais les vieillards comme les nourrissons peuvent être atteints. Selon les rapports publiés, les victimes sont de sexe masculin dans 4 à 13 % des cas (30, 31), ce type d'agression survenant fréquemment dans les milieux fermés non mixtes (prisons).

En cas de viol anal, le risque de lésions est important, qu'il s'agisse de déchirures de la marge et du canal anal, d'hématomes ou de perforations du rectum ou encore de ruptures sphinctériennes interne ou externe, occultes ou non, sources d'incontinence fécale. Par ailleurs, il a été avancé que l'abus sexuel, à plus long terme, pourrait être impliqué dans la physiopathologie de l'anisme (32) ou des troubles fonctionnels intestinaux (33). Tout médecin peut être amené à examiner une victime de viol dans deux cas de figures : à la demande de la victime elle-même (ou de son représentant légal) ou sur réquisition d'une autorité judiciaire lorsqu'il y a eu dépôt de plainte. Lorsque le viol date de moins de trois jours, il s'agit d'une urgence médico-légale pour constater d'éventuelles lésions cliniques récentes avant cicatrisation, effectuer les prélèvements médicaux (biologie, bactériovirologie, toxiques, etc.) et médico-légaux (empreintes génétiques, recherche de spermatozoïdes qui persistent 72 heures au niveau anorectal, etc.), pour mettre

en route une contraception d'urgence et un traitement prophylactique des maladies sexuellement transmissibles (antibiothérapie visant les *Chlamydiae*, le gonocoque et la syphilis, traitement antirétroviral selon la circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998).

Lorsque le viol date de plus de trois jours, il appartient au médecin d'apprécier le degré d'urgence de la prise en charge médicale et psychologique de la victime. Cependant, pour des faits datant de trois à huit jours, il est sage de ne pas trop différer l'examen afin de constater des lésions en cours de cicatrisation, ce qui peut prendre de cinq à huit jours.

Aucun examen ne doit être pratiqué sans l'accord préalable de la victime. Il comporte outre une anamnèse la plus précise possible, un examen clinique complet, les lésions traumatiques générales non anogénitales (traces de coups par exemple) étant les plus fréquemment observées (65 % des cas dans le travail de Riggs et al.) (30). L'examen de l'anus recherche des traces de contusion, une béance anale ou une hypotonie sphinctérienne, une anomalie de la disposition de plis radiés, des lésions muqueuses, etc. Au besoin, cet examen peut être pratiqué sous anesthésie générale. Un certificat médical est soigneusement rédigé rapportant les déclarations de la victime en reprenant ses mots, les constatations de l'examen, la nature des prélèvements effectués et les conclusions avec, éventuellement, mention de l'incapacité temporaire totale, voire de l'incapacité permanente partielle à prévoir. Un examen normal ne permet pas d'éliminer une agression à caractère sexuel, la mission du médecin n'est pas de prouver que les révélations sont fondées, que le viol a eu lieu ou non. En cas d'impossibilité de réaliser un examen médico-légal dans des conditions de compétence et de matériel suffisant, il est préférable d'orienter la victime vers un centre hospitalier de proximité.

### Le cas particulier de l'enfant prépubère

L'épidémiologie des violences sexuelles chez l'enfant est difficile à apprécier. Il a en effet été estimé que moins de 2 % de ce type de crime est déclaré aux autorités (34). Vingt pour cent des femmes et 10 % des hommes auraient subi des abus sexuels de quelque intensité que ce soit dans l'enfance (11). Dans la très grande majorité des cas, ces abus sont pratiqués par un proche, le diagnostic est tardif et près de 90 % des



28. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'État chargé de la Santé. *Le praticien face aux violences sexuelles*, 2000.

29. Kaufman A, Divasto P, Jackson R et al. *Male rape victims: noninstitutionalized assault*. *Am J Psychiatry* 1980; 137(2):221-3.

30. Riggs N, Houry D, Long G et al. *Analysis of 1,076 cases of sexual assault*. *Ann Emerg Med* 2000;35(4):358-62.

31. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G et al. *Analysis of 418 cases of sexual assault*. *Forensic Sci Int* 2003;131(2-3):125-30.

32. Leroi AM, Berkelmans I, Denis P et al. *Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on ano-rectal motility*. *Dig Dis Sci* 1995;40(7):1411-6.

33. Leroi AM, Bernier C, Watier A et al. *Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract*. *Int J Colorectal Dis* 1995;10(4):200-6.

34. Russell DE. *The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children*. *Child Abuse Negl* 1983;7(2):133-46.

35. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM et al. *A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse*. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):820-31; discussion 831-4.

36. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. *Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal*. *Pediatrics* 1994;94(3):310-7.

37. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. *Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children*. *Child Abuse Negl* 2002; 26(6-7):645-59.

38. Hobbs CJ, Wynne JM. *Child sexual abuse-an increasing rate of diagnosis*. *Lancet* 1987;2(8563):837-41.

39. Kellogg ND, Parra JM, Menard S. *Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152(7):634-41.

40. Adams JA. *Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse*. *Child Maltreat* 2001;6(1):31-6.

41. Stanton A, Sunderland R. *Prevalence of reflex anal dilatation in 200 children*. *Br Med J* 1989;298(6676):802-3.

enfants sont examinés plus d'une semaine après l'agression (35), date à laquelle la plupart des lésions cutané-muqueuses sont réépithéliées. La consultation peut faire suite à une révélation de l'enfant à un proche ou il peut s'agir d'allégations portées par un parent souvent dans un contexte de séparation. Il n'est pas rare que l'enfant nie ou se rétracte, craignant des représailles de son agresseur.

La très grande majorité des enfants ayant subi des violences sexuelles ont un examen clinique normal (36, 37). Si les premiers travaux retrouvaient 80 % d'anomalies ano-génitales chez les enfants suspects d'agression, les travaux plus récents montrent qu'au contraire ce type de lésions est rare (3 % des cas dans le travail de Berenson et al. en 2000 (35). Concernant la pénétration anale, un travail ancien faisait état de respectivement 83 et 25 % d'examens de l'anus suspects ou franchement anormaux chez le garçon versus 35 et 7 % chez la fillette (38). À l'inverse, trois séries plus récentes ne retrouvaient d'anomalies anales décelables que dans 0 à 7 % des cas (36, 37, 39). Cela s'explique par une meilleure connaissance de l'anatomie ano-génitale normale chez l'enfant. Il convient donc d'éviter certains pièges de l'examen clinique et de ne pas prendre des variantes de la normale pour des signes de violences sexuelles. À ce propos, une classification des signes physiques observés en quatre catégories, avec aide à l'évaluation de la probabilité de l'agression sexuelle (normal, non spécifique d'une agression, suggestif d'un tel traumatisme ou clairement en rapport avec un viol), a été élaborée (40). En ce qui concerne la région anale, on peut observer, de façon physiologique ou non spécifique d'abus sexuel, un diastasis ani (région lisse anale située à 6 ou 12 heures sans pli radié), une hyperpigmentation périanale ou un érythème, une congestion veineuse périanale entraînant une coloration bleutée de la peau (favorisée par la constipation ou la position d'examen), des marisques, une fissure anale, une dilatation anale de toute taille à l'écartement des fesses en présence de selles rectales (réflexe anorectal normal) (41) ou survenant plus de 30 secondes après que l'enfant ait été placé dans la position genu-pectorale. La présence d'une cicatrice anale est, en revanche, suspecte, et à interpréter selon les antécédents, les déchirures anales et rectales profondes sont un signe formel d'agression (40). En ce qui concerne les condy-

lomes anaux, si leur présence est suspecte, elle n'est en aucun cas synonyme d'agression sexuelle et la prudence s'impose donc. La transmission verticale de ce virus est en effet possible, surtout avant deux ou trois ans même si ce risque paraît faible, évalué à 5 % dans un travail prospectif (42).

S'agissant de mineurs de moins de 15 ans ou de personnes vulnérables en raison de leur situation personnelle physique ou psychologique, le médecin dispose de la possibilité d'effectuer un signalement aux autorités judiciaires, médicales ou administratives même sans l'accord de l'intéressé.

## LA PATHOLOGIE OBSERVÉE

### Les lacérations muqueuses rectales

Elles peuvent s'observer après un rapport pénien trop "ardent" mais, souvent, elles surviennent après une pratique à risque (15). Elles sont le plus souvent bénignes, traitées par l'abstinence temporaire associée à des laxatifs. Elles peuvent rarement entraîner des rectorragies abondantes ou nécessiter une réparation chirurgicale (15).

### Les perforations rectocoliques

Le danger des perforations rectales est connu depuis plusieurs siècles, le roi d'Angleterre Edouard II a même été assassiné de la sorte en 1327, l'insertion rectale d'un fer rouge à travers une corne de vache laissant à l'époque peu de traces permettant de suspecter un crime... L'introduction de corps étrangers, le *fist fucking* et moins souvent les lavements peuvent entraîner une perforation digestive. Celle-ci est exceptionnelle après pénétration pénienne (15).

Dans deux tiers des cas, les perforations surviennent sur les deux tiers supérieurs du rectum et sont intrapéritonéales (21), provoquant une péritonite accompagnée de signes généraux plus ou moins intenses et d'un pneumopéritoine sur les clichés d'abdomen sans préparation (ASP). Une laparotomie est alors nécessaire, pour enlever l'éventuel corps étranger, suturer la perforation et laver le péritoine. Une colostomie d'amont est le plus souvent nécessaire.

Les perforations du tiers inférieur du rectum sont sous-péritonéales, de diagnostic plus difficile, souvent retardé, se manifestant fréquemment par un sepsis pouvant aller jusqu'à la gangrène de Fournier (15, 24). Leur traitement est adapté à chaque cas, il fait appel à l'antibiothérapie, au

42. Watts DH, Koutsky LA, Holmes KK et al. Low risk of perinatal transmission of human papillomavirus: results from a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178(2):365-73.

43. Morken JJ, Kraatz JJ, Balcos EG et al. Civilian rectal trauma: a changing perspective. *Surgery* 1999;126(4):693-8; discussion 698-700.

44. Gonzalez RP, Falimirski ME, Holevar MR. The role of presacral drainage in the management of penetrating rectal injuries. *J Trauma* 1998;45(4):656-61.

45. Chen YM, Davis M, Ott DJ. Traumatic rectal hematoma following anal rape. *Ann Emerg Med* 1986;15(7):850-2.

46. Engel AF, Kamm MA, Bartram CI. Unwanted anal penetration as a physical cause of faecal incontinence. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7(1):65-7.

47. Rakotomalala L, de Parades V, Parisot C, Atienza P. Multiple ruptures of the internal sphincter after anal rape: an underknown cause of fecal incontinence. *Gastroenterol Clin Biol* 1996;20(12):1142-3.

48. Critchlow JF, Houlihan MJ, Landolt CC, Weinstein ME. Primary sphincter repair in anorectal trauma. *Dis Colon Rectum* 1985;28(12):945-7.

49. Kammerer-Doak DN, Dominguez C, Harner K, Dorin MH. Surgical repair of fecal incontinence. Correlation of sonographic anal sphincter integrity with subjective cure. *J Reprod Med* 1998;43(7):576-80.

50. Leroi AM, Kamm MA, Weber J et al. Internal anal sphincter repair. *Int J Colorectal Dis* 1997;12(4):243-5.

lavage rectal, à la suture de la plaie chaque fois que possible, et à la diversion fécale lorsque que la plaie rectale touche l'ensemble de la paroi rectale (43). L'utilité du drainage présacré est discutée (43, 44).

### Les hématomes rectaux

Les hématomes rectaux s'observent surtout après une pratique à risque (fist, corps étrangers). Un seul cas a été décrit après pénétration pénienne, il s'agissait d'un viol (45). Ils se manifestent cliniquement par des douleurs rectales, un ténesme et des rectorragies. Rarement, il existe une anémie et un retentissement hémodynamique. Le toucher rectal permet de suspecter le diagnostic en percevant une masse rectale, le plus souvent antérieure. La rectoscopie prudente peut montrer l'hématome. En cas de besoin, le diagnostic peut être confirmé par les techniques d'imagerie (endosonographie, TDM). Le traitement est fonction du volume et du retentissement de l'hématome : une surveillance simple peut suffire, un drainage est parfois nécessaire.

### Les déchirures sphinctériennes

Ce type de lésion est peu documenté. Des ruptures sphinctériennes ont été décrites après un viol ou des pratiques à risque (46). Des lésions des sphincters interne et externe ont été mises en évidence par l'endosonographie, il peut s'agir de déchirures multiples (47). Ces lésions peuvent être patentes, découvertes immédiatement après l'agression, ou occultes, mises en évidence par l'endosonographie lors du bilan d'une incontinence anale. Dans le premier cas de figure, lorsque la déchirure touche le sphincter externe,

une réparation sphinctérienne immédiate est pratiquée, éventuellement sous couvert d'une colostomie (souillure fécale importante, gros délabrement périnéal) ; cependant, pour les larges ruptures vues tardivement, il peut exister un œdème important, un hématome et une infection de la plaie faisant préférer une réparation secondaire après colostomie (21). Dans le second cas, le traitement sera fonction des caractéristiques de la rupture. On peut envisager la réparation d'une rupture sphinctérienne externe lorsque la rupture est unique et qu'elle est étendue sur moins de 180°. Les résultats des sphinctérorraphies sur la continence ne sont bien connus qu'après déchirures obstétricales. Seuls quelques cas de réparation sphinctérienne post-traumatisme, d'origine sexuelle, sont rapportés dans la littérature (1, 48, 49). Les lésions du sphincter interne ne sont pas réparables (50). Lorsqu'il existe des lésions sphinctériennes multiples et/ou étendues et une incontinence fécale invalidante, une réparation par une technique dite de néosphincter (graciloplastie dynamisée ou sphincter anal artificiel) peut se discuter en milieu spécialisé.

### CONCLUSION

Le rapport anal consenti n'a pas de complication importante. À l'inverse, certaines pratiques sont dangereuses et peuvent, tout comme le viol, entraîner des complications menaçant du moins la continence sinon, plus rarement, le pronostic vital. ■

© Le Courrier de colo-proctologie 2004;V(1):7-12.  
Texte issu du dossier "Abus et traumatismes"  
coordonné par Th. du Puy-Montbrun.