

# LA PERITONITE PAR PERFORATION RECTALE : UN MODE RARE ET INHABITUEL DE REVELATION D'UNE AGRESSION SEXUELLE

## PERITONITIS BY RECTAL PERFORATION : A RARE AND UNUSUAL WAY OF REVEALING A SEXUAL ASSAULT

W.BEN AMAR<sup>1,3,\*</sup> ; H. DHOUB<sup>1,3</sup> ; H. HARBI<sup>2,3</sup> ; M. ZRIBI<sup>1,3</sup> ; M. SAHNOUN<sup>2,3</sup> ; J. KAMMOUN<sup>1,3</sup> ;  
Z. HAMMAMI<sup>1,3</sup> ; R. MZALI<sup>2,3</sup> ET S. MAATOUG<sup>1,3</sup>

1 : Service de médecine légale , CHU Habib BOURGUIBA, Sfax-Tunisie.

2 : Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba Sfax-Tunisie.

3 : Faculté de médecine de Sfax, Université de Sfax-Tunisie.

E- mail de l'auteur correspondant : wiembenamar@yahoo.fr

### Résumé

Les abus sexuels chez les mineurs constituent une réalité troublante, un problème majeur de santé publique qui soulève, à juste titre, une réprobation universelle. Toutefois, cette forme d'agression reste sous diagnostiquée et sous déclarée, malgré ses conséquences néfastes indéniables sur la santé physique et mentale de l'enfant.

Dans ce travail, nous rapportons un mode rare et atypique de révélation d'une agression sexuelle par pénétration anale, avec une péritonite stercorale inaugurale, survenue chez une fille de 11 ans.

A travers ce cas, nous soulignons la nécessité pour tout médecin d'évoquer le diagnostic d'agression sexuelle anale devant une symptomatologie abdominale inexplicée telle que la péritonite par perforation rectale, et d'adopter une stratégie médico-légale adéquate afin de protéger la victime et garantir ses droits.

**Mots - clés :** Agression sexuelle ; Mineur ; Péritonite ; Perforation rectale.

### Abstract

Child sexual abuse is a disturbing reality, a major public health problem which rightly raises universal disapproval. However, this form of aggression remains under diagnosed and underreported, despite its undeniable harmful consequences on the physical and mental health of the child.

In this paper, we report a rare and atypical way of disclosure of sexual assault by anal penetration, with inaugural stercoral peritonitis, occurring in an 11-year-old girl.

We highlight the need for each primary care physician to evoke the diagnosis of anal sexual assault in front of an unexplained abdominal symptomatology such as peritonitis by rectal perforation, and to adopt an adequate medico-legal strategy in order to preserve the victim and his rights.

**Key - words :** Sexual assault; Minor; Peritonitis; Rectal perforation.

### ملخص

يمثل الاعتداء الجنسي على القصر مشكل صحة أساسية على الصعيد العالمي ومحل رفض كل الأمم. في هذا المقال، نوثق حالة نادرة وغير معهودة من الاعتداءات الجنسية من حيث أسلوب اكتشافه لدى بنية تبلغ من العمر 11 سنة حيث تمت ملاحظة التهاب سفاق البطن ناجم عن ثقب للمعي الغليظ المستقيم. ونؤكد على ضرورة قيام أي طبيب باستحضار تشخيص الاعتداء الجنسي الشرجي أمام الأعراض البطنية غير المبررة مثل التهاب السفاق الناتجة عن ثقب المستقيم، واعتماد استراتيجية طبية قانونية مناسبة من أجل الحفاظ على الضحية وضمان حقوقها.

**الكلمات المفتاحية:** الاعتداء الجنسي ; قاصر ; التهاب سفاق البطن; ثقب شرجي.

## INTRODUCTION

Dans la population pédiatrique, les lésions anorectales sont rarement observées en pratique médicale. Plus rares encore sont les perforations rectales secondaires à une agression sexuelle. Il y a peu de cas d'agression sexuelle rapportés dans la littérature entraînant une perforation rectale et encore moins impliquant des enfants ou des adolescents [1-3]. En effet, au cours des agressions sexuelles, la présence de lésions a été décrite et rapportée dans 7 à 17% des cas [4,5].

Dans ce travail, nous rapportons un mode de révélation inhabituel d'une agression sexuelle chez un enfant, avec une péritonite par perforation rectale inaugurale. Nous soulignons à travers ce cas la nécessité pour tout médecin d'évoquer le diagnostic d'agression sexuelle par pénétration anale devant une symptomatologie abdominale inexplicée telle que la péritonite par perforation rectale, et d'adopter une stratégie médico-légale adéquate afin de protéger la victime et garantir ses droits.

## RAPPORT DU CAS

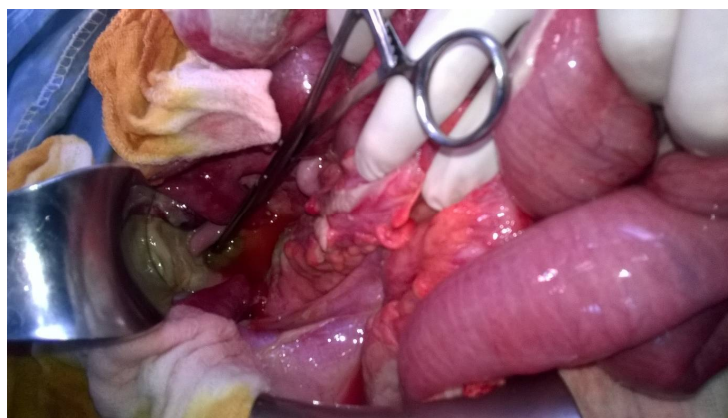
Il s'agit d'une fillette âgée de 11 ans et qui s'est présentée aux urgences pour des douleurs abdominales avec vomissements. Elle a d'abord été admise au service de chirurgie pédiatrique pour suspicion d'appendicite. L'examen physique a révélé des signes cliniques de péritonite : une douleur avec une défense abdominale. Un scanner abdominal effectué a révélé la présence d'une péritonite stercorale secondaire à une perforation digestive du bas rectum, une distension avec un épaississement

régulier pariétal de quelques anses grêles sans niveau hydro-aérique d'allure réactionnelle.

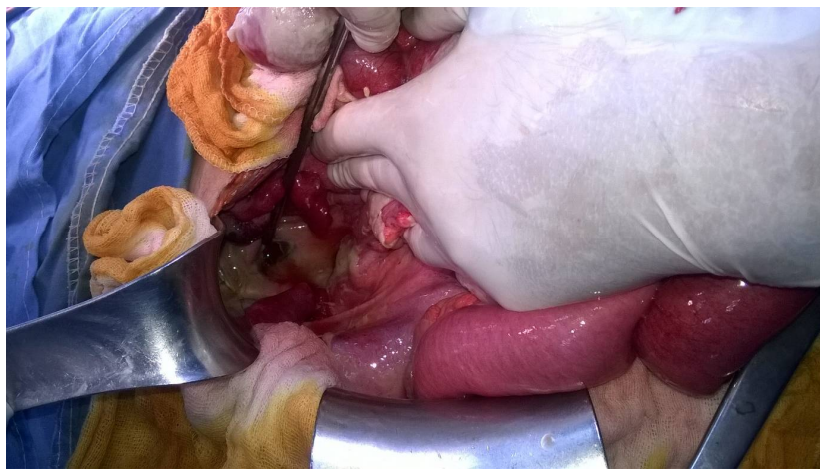
La décision était d'opérer la patiente. Lors de l'exploration chirurgicale, l'examen de la marge anale a mis en évidence la présence d'une fistule anale avec un anus érythémateux et béant. L'examen de la cavité péritonéale a révélé la présence d'une péritonite stercorale secondaire à une perforation au niveau de la paroi antérieure du rectum à 10 cm du bulbe rectal (figures 1 et 2). Une toilette péritonéale, une suture de la perforation et une colostomie iliaque gauche ont été réalisées.

L'hypothèse de la pénétration anale a été soulevée par le chirurgien mais la patiente a explicitement nié toute pénétration anale. Le chirurgien a signalé le cas aux autorités locales. Des réquisitions médico-judiciaires pour examens médico-légal et psychiatrique ont été délivrées. L'examen médico-légal de la marge anale a révélé un érythème périanal, une fissure récente à 6 heures par rapport au quadrant horaire et une perforation au niveau de la face antérieure de la paroi rectale. L'examen génital était sans anomalies. La recherche de spermatozoïdes s'est révélée négative.

L'entretien psychologique de la patiente a révélé une patiente angoissée, anxieuse réticente concernant les circonstances du traumatisme. Lors du premier entretien elle a déclaré qu'il s'agit d'une blessure accidentelle. Elle aurait été blessée par un bâton lorsqu'elle a voulu passer par une fenêtre. C'est seulement au cours du 4<sup>ème</sup> entretien qu'elle a avoué avoir été agressée sexuellement par son cousin avec une pénétration trans-anale par un bâton. L'agresseur avait 12 ans, et ils avaient eu des rapports sexuels consentants par pénétration anale à plusieurs reprises au paravent.



**Figure1 : Image per-opératoire de la cavité pelvienne.**



**Figure2 : Image per-opératoire de la perforation rectale.**

## DISCUSSION

Ce cas illustre un mode inhabituel de révélation d'agression sexuelle. Les agressions sexuelles chez l'enfant laissent rarement des lésions organiques visibles. Pour Johnson [6], 96 % des enfants agressés ont un examen clinique normal. Une autre étude a démontré que les lésions traumatiques étaient constatées au cours de 7,2 % des examens cliniques seulement [7]. De plus, la répartition des blessures est telle que l'atteinte de la région anorectale est rare, avec une fourchette rapportée de 7% à 17% [4-5]. Ceci peut être expliqué par le fait que l'examen clinique de l'anus est souvent décevant, notamment quand il est réalisé tardivement. L'interprétation correcte des anomalies reste controversée. Les lésions ou anomalies génitales sont plus souvent reconnues comme des signes possibles d'abus, tandis que les lésions anales et périanales sont souvent mises sur le compte des troubles intestinaux courants tels que la constipation ou la diarrhée. En effet, chez l'enfant, le sphincter anal et le rectum sont élastiques et permettent une dilatation. La pénétration d'un corps étranger de petite taille tel que les doigts ne laissent généralement pas de déchirure de la muqueuse anale ou du sphincter. La pénétration d'un objet plus gros peut entraîner des blessures allant d'un petit gonflement du bord anal à une déchirure grossière du sphincter, voire à une perforation intestinale [8]. Si une lubrification est utilisée et que le sphincter est détendu, aucune preuve physique ne peut être trouvée. Même la pénétration d'un organe viril en érection d'un adulte peut se produire sans laisser de traces.

D'une autre part, ce cas illustre la difficulté de la révélation de l'agression sexuelle par les victimes. Ceci peut être dû à plusieurs facteurs. D'abord,

le contexte socioculturel nous renvoyant à une société arabe et africaine, où des études antérieures [9–12] ont déjà démontré la faible «judiciarisation» des abus sexuels du fait d'un «silence» issu des tabous culturels, de la honte, et de l'accent mis sur la virginité et l'honneur, en plus des scripts sexuels qui normalisent les agressions sexuelles. A cet effet, une étude réalisée en Turquie entre janvier 1987 et août 2002 a révélé que 57% des filles qui avaient rapporté un traumatisme génital pénétrant isolé suite à une chute sur objets contondants, avaient en fait été victimes d'abus sexuels [13].

Le contexte socio-culturel dans ce cas permet aussi d'expliquer le siège de la lésion au niveau de l'anus et l'absence de lésions génitales anciennes ou récentes. En effet, dans les sociétés conservatrices qui donnent de l'importance à l'hymen comme la Tunisie, les jeunes ont l'habitude d'avoir des relations anales pour préserver la virginité.

D'autre part, comme l'illustre notre cas, les adolescentes sont plus susceptibles d'être agressées par une connaissance ou un membre de la famille. Selon une étude menée par Jones et al les abus sexuels intrafamiliaux ont une prévalence de 84% [14]. Ces cas-là sont difficiles à documenter et à gérer car les enfants divulguent rarement les abus sexuels immédiatement après l'événement. La divulgation a tendance à être un processus long et onéreux. Elle est souvent déclenchée à la suite d'une plainte physique ou d'un changement de comportement. Dans notre cas, la révélation de plusieurs épisodes d'agression sexuelle n'a été rapportée qu'après un traumatisme périnéal grave. De plus, la divulgation est retardée dans la majorité des cas [15,16]. Le délai de déclaration varie de quelques heures à 24 mois [14,17], voire à des années. Ceci peut être expliqué par le fait qu'en

plus d'être vulnérables sur le plan du développement, les enfants sont souvent manipulés pour se sentir coupables ou complices ou même responsables de la maltraitance. Ces enfants peuvent craindre que la divulgation ne soit crue ou qu'elle nuise à leur propre bien-être et à celui de leur famille. De plus, ils peuvent être préoccupés par les conséquences pour l'agresseur, comme dans notre cas.

Finalement, ce cas souligne la difficulté de dépister et de diagnostiquer une agression sexuelle dans le cadre d'un traumatisme grave, en particulier lorsque le type de blessure est inhabituel.

L'éventualité d'une agression sexuelle par pénétration anale doit effleurer l'esprit de tout médecin traitant devant une symptomatologie abdominale inexplicquée, à fortiori s'il s'agit d'une péritonite. Les médecins de première ligne jouent un rôle primordial dans le dépistage et le diagnostic des agressions sexuelles. Ceci est possible grâce à un interrogatoire exhaustif et un examen clinique complet. À l'aide de questionnements empathiques non stigmatisants et sans jugement, les enfants ou les adolescents peuvent pour la première fois révéler des antécédents d'abus sexuels.

L'examen ano-génital doit être précoce, minutieux et prudent, et confié au spécialiste au moindre doute, étant donné la gravité des conséquences médico-légales des conclusions formulées par le médecin. Des blessures internes et des perforations d'organe doivent être suspectées chez toute victime d'agression sexuelle présentant des antécédents de saignement anal ou vaginal, de douleur abdominale et de lésions génitales.

Dans tous les cas, en cas de suspicion d'agression sexuelle chez un mineur, le médecin doit déclarer le cas au délégué à la protection à l'enfance, et ce conformément aux dispositions de l'article 31 du code de protection de l'enfant [18]. Il doit prendre en charge en urgence l'enfant, avec hospitalisation si nécessaire, et effectuer le plus tôt possible l'examen et les prélèvements génito-anaux pour analyses génétiques et recherche de spermatozoïdes. Ces prélèvements sont à réaliser à chaque fois que l'agression remonte à moins d'une semaine de l'examen, et ils vont permettre de confirmer l'abus et d'identifier l'agresseur. Les complications somatiques de l'agression doivent être recherchées et prévenues, notamment la grossesse et les infections sexuellement transmissibles. Sans oublier la nécessité d'assurer une prise en charge pédopsychiatrique systématique afin de limiter les conséquences à long terme du traumatisme.

## CONCLUSION

L'agression sexuelle chez le mineur est une forme grave de maltraitance touchant tous les niveaux sociaux. Ce crime est très souvent vécu par l'enfant dans le silence et le secret. L'examen physique seul permet rarement de poser le diagnostic. Par conséquent, les preuves biologiques de l'agression et les aveux de l'enfant sont souvent les éléments les plus importants pour appuyer le diagnostic.

Ce cas souligne le rôle primordial du médecin de première ligne dans le dépistage de ces cas atypiques d'agressions sexuelles mais aussi l'importance de faire un examen génital et anal systématique en cas de péritonite.

## RÉFÉRENCES

- [1]C. J. Orr, M. A. Clark, D. A. Hawley, J. E. Pless, L. R. Tate, et P. M. Fardal, « Fatal Anorectal Injuries: A Series of Four Cases », *J. Forensic Sci.*, vol. 40, n° 2, p. 15345J, mars 1995, doi: 10.1520/JFS15345J.
- [2]H. A. Kadish, J. E. Schunk, et H. Britton, « Pediatric male rectal and genital trauma: Accidental and nonaccidental injuries », *Pediatr. Emerg. Care*, vol. 14, n° 2, p. 95-98, avr. 1998, doi: 10.1097/00006565-199804000-00002.
- [3]E. R. Grisoni, E. Hahn, E. Marsh, T. Volsko, et D. Dudgeon, « Pediatric perineal impalement injuries », *J. Pediatr. Surg.*, vol. 35, n° 5, p. 702-704, mai 2000, doi: 10.1053/jpsu.2000.6011.
- [4]N. Riggs, D. Houry, G. Long, V. Markovchick, et K. M. Feldhaus, « Analysis of 1,076 cases of sexual assault », *Ann. Emerg. Med.*, vol. 35, n° 4, p. 358-362, avr. 2000, doi: 10.1016/S0196-0644(00)70054-0.
- [5]C. Grossin, I. Sibille, G. Lorin de la Grandmaison, A. Banasr, F. Brion, et M. Durigon, « Analysis of 418 cases of sexual assault », *Forensic Sci. Int.*, vol. 131, n° 2,3, p. 125-30, janv. 2003, doi: 10.1016/S0379-0738(02)00427-429.
- [6]C. F. Johnson, « Child sexual abuse », *The Lancet*, vol. 364, n° 9432, p. 462-70, juill. 2004, doi: 10.1016/S0140-6736(04)16771-8.
- [7]P. Saint-Martin, M. Bouyssy, A. Jacquet, et P. O'Byrne, « Les victimes d'abus sexuels: éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas) », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 36, n° 6, p. 588-94, oct. 2007, doi: 10.1016/j.jgyn.2007.04.008.
- [8]E. I. Sakelliadis, C. A. Spiliopoulou, et S. A. Papadodima, « Forensic investigation of child victim with sexual abuse », *Indian Pediatr.*, vol. 46, n° 2, p. 144-51, févr. 2009.
- [9]L. Robbana, A. Belhadj, F. Charfi, S. Othmen, S. Halayem, et A. Bouden, « Étude de 28 expertises d'abus sexuels sur mineurs », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 62, n° 5, p. 287-92, sept. 2014, doi: 10.1016/j.neurenf.2014.04.007.
- [10]M. Marzouki, A. H. Fredj, et M. Chelli, « L'enfant battu et les attitudes culturelles: L'exemple de la Tunisie », *Child Abuse Negl.*, vol. 11, n° 1, p. 137-41, janv. 1987, doi: 10.1016/0145-2134(87)90043-3.
- [11]N. Gaddour, A. Mechri, S. Lahbib, et L. Gaha, « Profil épidémiologique et criminologique des abus sexuels dans une région du centre-est tunisien », *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, France, p. 517-23, 2003.

[12]K. Ndombo, P. O. Biyong, I. F. Eteki Tamba, N. GRÛSELLE, et G. Lantum, « Les enfants victimes de sévices sexuels au Cameroun », *Annales de pédiatrie*, Paris, France, p. 111-14, 1992.

[13]A. Onen, H. Öztürk, M. Yayla, E. Basuguy, et Ş. Gedik, « Genital trauma in children: Classification and management », *Urology*, vol. 65, n° 5, p. 986-90, mai 2005, doi: 10.1016/j.urology.2005.01.018.

[14]J. S. Jones, « Comparative Analysis of Adult versus Adolescent Sexual Assault: Epidemiology and Patterns of Anogenital Injury », *Acad. Emerg. Med.*, vol. 10, n° 8, p. 872-77, août 2003, doi: 10.1197/aemj.10.8.872.

[15]L. Frasier, « Medical Evaluation of Child Sexual Abuse: A Practical Guide, 2nd ed », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, vol. 156, n° 6, p. 627, juin 2002, doi: 10.1001/archpedi.156.6.627.

[16]R. C. Summit, « The child sexual abuse accomodation syndrome », *Child Abuse Negl.*, vol. 7, n° 2, p. 177-93, janv. 1983, doi: 10.1016/0145-2134(83)90070-4.

[17]L. Essabar, A. Khalqallah, et B. S. Benjelloun, « Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 20, 2015, doi: 10.11604/pamj.2015.20.47.4569.

[18]*Code de la protection de l'enfant*. 2017, p. 13-14.