

— Les rétrécissements coliques bilharziens

J.P. Arrighi, J.F. Blanc et P.A. Hervé

La Bilharziose occupe une place importante dans la pathologie Outre-Mer.

Elle peut présenter les tableaux les plus inattendus: aigus ou chroniques, telle par exemple cette volumineuse tumeur bourgeonnante et ulcérée de la vulve chez une fillette de 6 ans que nous avons prise pour un épithélioma et qui était un volumineux granulome bilharzien : telles ces sténoses urétérales basses ou ces localisations génitales bien connues.

- Aujourd'hui nous voulons vous rapporter deux observations de sténose colique et rectale.

De nombreux auteurs se sont intéressés au problème des abdomens chirurgicaux bilharziens. En France ce sont surtout des Médecins militaires : DEJOU - NAVARRANNE - MERLES et CHABEUF - PINSON et FUSTEC, LAHITTE. Ils ont étudié ce problème dont la dernière en date est une revue très complète de la question faite par CARAYON et Coll. parue dans Médecine Tropicale de Février 1962.

- Les occlusions bilharziennes ne sont pas rares en pays à forte endémicité et parmi tous les mécanismes possibles :

- Tumeur granulomateuse
- Invagination
- Adhérences péritonéales
- Dégénérescence d'un granulome

Les occlusions par sténose annulaire sont remarquablement rares.

CARAYON n'en a retrouvé que 16 cas publiés par CHEN.

- Les deux cas que nous vous rapportons, sont intéressants sous plusieurs aspects :

- Parce que l'un d'entre eux présentait des retrécissements étagés depuis le bas rectum jusqu'au colon transverse; aucun cas de ce genre n'a encore été publié.

- La seconde malade présentait une sténose sigmoïdienne et des lésions génitales qui soulèvent des hypothèses très intéressantes.

- Et enfin ces 2 observations nous permettent d'attirer l'attention sur certaines formes de pathologie ano-rectale qui doivent faire penser plus souvent à la bilharziose en pays d'endémicité. Le peu de cas rapportés est sans doute plus dû à leur méconnaissance qu'à leur rareté.

OBSERVATIONS1ère observation - Six retrecissements étages du rectum au colon transverse.

GOSY... femme Malgache de 35 ans, est hospitalisée à 3 reprises depuis 1957, dans le service de Chirurgie "B" de l'Hôpital Befelatanana.

Le début de sa maladie remonte à 1955 (soit environ 8 ans) où elle a vu se constituer progressivement un syndrome de retrecissement rectal se traduisant par une constipation opiniâtre; des selles dures rubanées, émises après de grands efforts, accompagnées de sang rouge et suivies de glaires et de pus.

En même temps que s'installait ce syndrome, des fistules péri-anales s'ouvraient à la peau.

1er hospitalisation: Elle est hospitalisée une première fois le 6 Avril 1957, A son entrée un retrecissement perméable au petit doigt siègeait à environ 5cm de l'anus.

Le périnée postérieur et la région péri-anale avaient l'aspect d'une pomme d'arrosoir tellement les orifices fistuleux étaient nombreux; il existait un abcès de la cloison recto-vaginale qui s'est spontanément fistulisé dans le rectum et le vagin provoquant une fistule recto-vaginale. Cette fistule se ferma d'elle-même 2 ans plus tard.

Par ailleurs rate normale.
Foie débordant de 3 travers de doigts.
Réaction de FREI légèrement positive.

On porte le diagnostic de lymphogranulomatose bénigne, on pratique un anus iliaque gauche de dérivation et une mise à plat du trajet fistuleux.
Exécuté le 9 Mai 1957.

2ème hospitalisation

Ne pouvant se résoudre à cette infirmité d'un anus iliaque gauche définitif, elle se fait rehospitaliser le 24 Mai 1959 se plaignant également de douleurs abdominales.

Le retrecissement rectal est devenu infranchissable au doigt. La rectoscopie pratiquée sur les quelques centimètres de rectum en aval du retrecissement, montre une muqueuse tomenteuse, boutonneuse, hypertrophique, des glaires purulentes descendent par l'orifice du retrecissement, la biopsie n'est malheureusement pas pratiquée car elle aurait donné le diagnostic à cette époque :

Le 29.10.59 - le Prof. NAVARRANNE, tente une résection abdomino-trans-anale. A l'exploration, il constate la présence de plusieurs retrecissements étagés sur le haut rectum, l'anse sigmoïde, et le colon gauche.

En raison de difficultés anesthésiques, il renonce à l'opération projetée et substitue à l'anus sigmoïde un anus transverse en amont du retrecissement le plus haut.

La malade sort du 10 Janvier avec le même diagnostic et un anus transverse définitif.

3è hospitalisation

Elle se fait rehospitaliser le 1er Juillet 1961, demandant la fermeture de son anus quoi qu'il puisse arriver. Les fistules périnéale et recto-vaginale sont tarées et forment des cicatrices invaginantes.

Les retrecissements sont toujours aussi serrés. Les lavements barytés pratiqués par l'anus transverse, dans les 2 sens, ainsi qu'une opacification de l'ampoule rectale par l'anus, ont montré 4 des 6 retrecissements existants 2 sur l'ampoule rectale, filiforme sur une bonne partie de sa hauteur, 1 sur le sigmoïde - deux sur le colon gauche qui ne sont pas visibles sur les clichés - et 1 sur le colon transverse. On voit sur le cliché 1 que l'anus de dérivation porte sur la partie moyenne du transverse.

Chose à retenir également, le colon descendant est diminué dans ses haustrations caractéristiques et donne l'aspect d'un tuyau inerte.

Après déparasitage contre les tricocéphales et les ankylostomes trouvés dans les selles, un traitement par anthiomaline et cortancyl est institué à tout hasard, ainsi qu'une préparation minutieuse tant sur le plan colique que général. Une nouvelle tentative d'hémicolectomie gauche avec abaissement abdominotrans-anal du colon transverse est entreprise non sans inquiétudes le 14, Septembre 61 (Dr. ARRIGHI). - On est surpris de la facilité avec laquelle le rectum se laisse cliver dans le petit bassin; la paroi est blindée, épaisse par endroits de 2 à 3 travers de doigts, formée d'un tissu fibreux, dense mais se laissant cliver très facilement des parois du bassin. Le rectum est sectionné au dessous du retrecissement le plus bas soit à 2 à 3cm de l'anús. La colectomie gauche ne présente pas de difficultés.

L'abaissement de la partie droite du colon transverse à l'anús a nécessité la bascule du colon droit après la libération de l'angle droit, la section de l'artère de l'angle droit et également d'une artère colique moyenne droite, pratiquée selon la technique de TOUPET.

Les suites furent simples, reprise du transit au 4^e jour. L'examen anatomo-pathologique a montré (Dr. BRYGOO);

"Importantes lésions inflammatoires chroniques de la sous muqueuse où dominent les plasmocytes. Pas d'image spécifique. Quelques oeufs de *Schistosoma Mansonii* dont certains récemment pondus".

Une biopsie du foie à l'aiguille n'a pas montré d'ensemencement hépatique. La malade est sortie le 26, 1.63 après 2 autres cures d'anthiomaline avant de retourner sur la côte ouest.

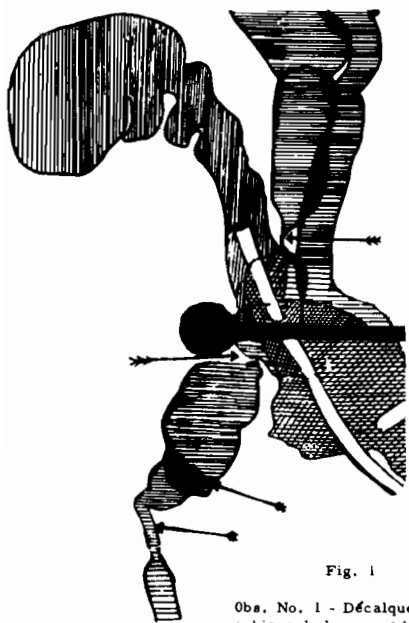


Fig. 1

Obs. No. 1 - Décalque radiographique du lavement baryté pratiqué par l'anús traversé. Le tube est dirigé vers l'angle droit. Les flèches montrent quatre des six rétrécissements, l'un au milieu de l'ampoule rectale, l'autre recto-sigmoïdien, puis sigmoïdien, et enfin sur le colon.

Noter l'aspect du colon qui a perdu ses haustrations, prenant l'aspect des recto-colites hémorragiques à la phase terminale.

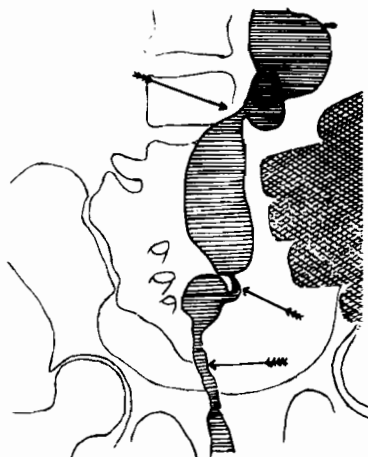


Fig. 2

Obs. No. 1 - Décalque radiographique. Rétrécissements rectaux et bilharziens déroulés.

2e ObservationRétrécissement colo-sigmoïde

Mme R., femme Malgache de 36 ans, hospitalisée à l'Hôpital Girard et Robic en Octobre 1962 pour un syndrome de constipation chronique présente une tumeur du volume d'un pamplemousse dans la fosse iliaque gauche. Elle est en mauvais état général, elle a perdu 12kg en 3 ans.

Dans ses antécédents, il faut retenir 2 choses :

- un épisode dysentérique aigu en 1953
- une hystérectomie subtotale en 1959 en urgence à la Maternité pour fibrome avec infection génitale associée.

Le lavement baryté net en évidence une sténose du colon sigmoïde près de sa jonction avec le colon gauche. Le 9.11.62 (Dr. BLANC). Intervention.

Laparotomie médiane, la paroi du colon sigmoïde est épaissie. Il est le siège d'une gangue annulaire qui sténose la lumière colique. On n'existe pas de ganglions, le foie et la rate sont normaux - La tumeur adhérente à l'anses grêles et à l'épiploon est également fixée par son bord libre au détroit supérieur du bassin, cette adhérence très difficile à libérer est centrée par un diverticule de 1cm de diamètre. Section du sigmoïde, 8 à 9cm en aval et en amont de la tumeur, anastomose termino-terminale à points séparés en 2 plans.

Examen anatomo-pathologique (Dr. S. R. BRYGOO) :

"Le processus tumoral est constitué par de nombreux granulomes bilharziens situés dans la muqueuse, la musculuse et la séreuse, granulomes centrés par des oeufs de schistosoma Mansonii récemment pondus pour beaucoup et viables."

Suites opératoires simples.

Sort le 2/12/62, en cours de traitement par anthiomaline.

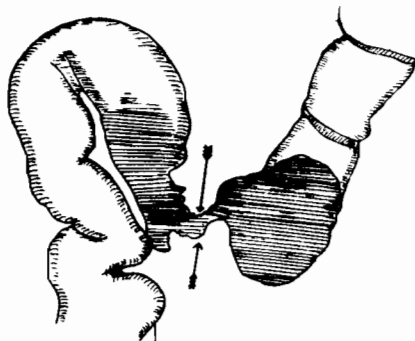


Fig. 3

Obs. No. 2 - Décalque radiographique. Rétrécissements dentelés en pleine évolution à la jonction colon - sigmoïde, colon descendant.

COMMENTAIRES

Ces deux observations soulèvent plusieurs problèmes.

1) Problème des rétrécissementsa) Leur aspect.

Les rétrécissements étaient annulaires et serrés. Les parois coliques et rectale étaient épaissies infiltrées, scléreuses, évoquant un véritable blindage.

Les phénomènes infectieux surajoutés avaient créé dans l'observation no.2 des adhérences difficiles à libérer au point qu'on peut se demander si le diverticule trouvé au centre de la tumeur, n'était pas un diverticule

Dans l'observation no. 1, la dérivation intestinale avait mis les lésions au repos pendant 4 ans; et les adhérences inflammatoires s'étaient relâchées. Lors de notre dernière réintervention, on avait l'impression que l'hypertrophie scléreuse des parois (cette coulée de ciment) avait refoulé la gaine rectale, mais ne l'avait pas franchie, ce qui n'a pas compliqué l'amputation du rectum; de même au niveau du sigmoïde et du colon gauche, l'épaississement annulaire des parois ne franchissait pas le péritoine et le décollement colopariétal gauche fut facile.

b) Leur étiopathogénie:

- Dans nos deux observations, il s'agissait de *Schistosoma Mansoni* contrairement aux 16 cas de CHEN provoqués par *Schistosoma Japonicum*.

- La positivité de la réaction de FREI dans un retrecissement du rectum peut égarer le diagnostic mais une faible positivité comme dans l'observation no. 1 est sans valeur car elle peut être provoquée par la lymphe retirée du ganglion lors de la préparation de l'antigène.

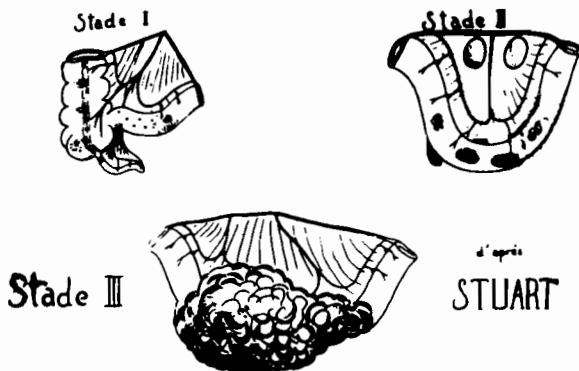


Fig. 4

Lésions anatomiques reproduites (A. CARAYON)
in Med. Trop. Février 1962.

- Au point de vue anatomique STUART a décrit trois stades évolutifs, le stade III correspond à de volumineuses masses circulaires, véritable conglomérat de granulomes truphés de micro abcès. Le rétrécissement représente un 4ème et dernier stade, celui de la cicatrisation par constitution d'une gangue épaisse scléreuse, véritable chéloïde viscérale résultant de la sclérose inflammatoire et de la sclérose parasitaire.

2e) Problème des périnéas

Le périnée en pomme d'arrosoir de l'observation no. 1 nous fait penser à un autre malade un homme qui avait été hospitalisé pour des fistules péri-anales multiples et chez lequel des oeufs de *Schistosoma Mansoni* avaient été retrouvés dans les selles. Il avait guéri par un traitement à l'anthiomaline et antibiotiques, les retrecissements ne se sont pas produits, se produiront-ils plus tard ?

Devant ces périnés fistuleux il faut penser à la bilharziose en pays d'endémicité. En traversant la muqueuse pour pondre les vers, les schistosomes provoquent des abcès par l'infection dont ils sont vecteurs. L'abcès de la cloison rectovaginale de l'observation no. 1 en est une expression majeure.

3e) Problème des lésions annexielles

Il n'est pas question de faire une étude complète après DEJOU et NAVARRANNE. Nous voulons simplement rappeler que dans l'observation no. 2 une hystérectomie avait été pratiquée en urgence pour des lésions annexielles inflammatoires, il n'y a malheureusement pas eu d'examen histologique; mais on peut soulever l'hypothèse de l'étiologie bilharzienne de cette affection gynécologique devant une infestation aussi massive. Nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas.

CONCLUSION

Enfin en terminant nous voulions que ces deux observations (qui peuvent paraître des cas rares et extraordinaires) soient le prétexte pour attirer l'attention de tous les médecins. Car nous pensons que s'il n'y a que 16 cas publiés de retrecissements coliques, c'est uniquement parcequ'on étiquette retrecissement inflammatoire, d'authentiques bilharzioses.

Egalement devant toute fistule anale, devant ces périnés en pomme d'arrosoir, devant une diarrhée glaireuse, même non sanglante, qui n'a pas fait sa preuve, il faudra rechercher la bilharziose, non seulement par des examens des selles mais surtout par des rectoscopies avec biopsie systématique. Son intérêt a été démontré à cette même tribune, par nos camarades de l'Institut Pasteur, qui ont amélioré la technique d'examen par un éclaircissement des prélèvements au chloral lacto-phénol.

RESUME

Les auteurs rapportent 2 observations de rétrécissement coliques bilharziens chez des Malgaches.

Première observation : 6 rétrécissements étagés depuis le bas rectum jusqu'au transverse, abcès de la cloison recto-vaginale et périnée en pomme d'arrosoir, dérivation intestinale dans un premier temps, hémicolectomie gauche avec abaissement trans-anal du transverse après bascule du colon droit.

Deuxième observation : Rétrécissement colosigmoïdien associé à des lésions génitales antérieures; résections.

Commentaires pathogéniques et cliniques.

INTERPELLATIONS

M. le Dr. RADAODY RALAROSY signale trois cas de bilharzioses chirurgicales. Dans sa réponse, M. le Dr. ARRIGHI attire l'attention sur le problème de certaines occlusions.

M. le Doyen MORIN

Je remercie M. ARRIGHI de cette intéressante communication, ainsi que M. RADAODY-RALAROSY de son interpellation.