

A PROPOS DE DEUX TUMEURS BILHARZIENNES ABDOMINALES

RAZAFINDRANOVDNA

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer deux tumeurs abdominales qui en imposaient pour des tumeurs cancéreuses alors qu'il s'agissait de tumeurs bilharziennes.

Dans le premier cas, l'allure clinique nous engagea à intervenir car il s'agissait d'une tumeur recto-colique. L'examen anatomopathologique redressa le diagnostic. Averti, nous nous sommes méfiés et dans le second cas où la tumeur était latéro-colique, un traitement spécifique antibilharzien fut d'emblée institué dès que l'examen des selles révéla la présence des œufs de *shistosoma mansoni*.

Les deux malades guérirent et voici leurs observations.

OBSERVATIONS

Obs. n° 1. — LEM Charles, 42 ans

Bilharzien reconnu il y a une dizaine d'années (dépistage fait à Mananjary). Depuis 5 ans, douleurs intermittentes avec selles sero-sanguinolentes parfois liquides. La douleur est toujours accompagnée de selles liquides ou de selles sero-sanguinolentes. A noter cependant que le malade a, par ailleurs, une selle normale moulée par jour indépendante des selles liquides ou sanguinolentes. Les douleurs précèdent parfois les selles normales, mais ne les suivent jamais.

Assez bon état général. La palpation révèle une fosse iliaque gauche, dure, bosselée, aux dimensions d'un ananas moyen, à peine mobile latéralement, fixe de bas en haut.

Toucher rectal : sensation d'une tumeur faisant corps avec le rectum. Cette tumeur est sentie à bout de doigt. Lumière rectale normale. A la Rectoscopie : tube arrêté à 15 cm, muqueuse normale, lumière intestinale se dessinant à l'insufflation mais progression impossible par suite des coudures.

Lavement baryté : arrêt du lavement opaque aux environs de la jonction recto-sigmoïdienne infranchissable malgré la pression. Image d'arrêt en rostre évoquant le volvulus du sigmoïde.

Transit total : le colon est injecté normalement six heures après ingestion, mais la progression s'arrête à une hauteur du descendant ; il existe à ce niveau une image d'arrêt en trident qui persiste pendant plus de 24 heures ; cependant un peu de baryte finit par passer dans le rectum.

Très probablement tumeur intrinsèque sténosante avec l'appoint d'un spasme localisé interrompant le transit sur la moitié inférieure du colon gauche.

Examen des selles : 2 septembre 1963 : ascaris et ankylostomes.

A l'irritation au sulfate de soude : absence de parasites et d'œufs de parasites.

Formule sanguine : leucocyte 22 %, monocyte 2 %, polynucléaire : eosinophile : 5 %, neutrophile : 61 %.

Numération globulaire : globules rouges 3.500.000, globules blancs 7.800, par ailleurs, azotémie 0,35, glycémie 0,90 %-gr., protides totaux 85 % p., albumine urinaire 0,70, sucre : absence.

On décide une hémicolectomie gauche.

Protocole opératoire :

Laparotomie para-médiane gauche d'exploration. On se trouve en présence d'une tumeur recto-sigmoïdienne dure avec infiltration du méso. A l'exploration : absence de ganglions autre que ceux trouvés immédiatement au-dessous de la tumeur. Foie normal.

On décide une hémicolectomie gauche avec abaissement de l'angle. Pour avoir un jour suffisant, on branche sur l'extrémité libre de l'incision primitive une autre rejoignant l'extrémité libre de la onzième côte. Résection de la tête de cette dernière. Hémicolectomie large, la section est faite à trois travers de doigt au-dessus et au-dessous de la tumeur. Rétablissement de la continuité selon le procédé de la coupe et de la recoupe. Il reste 7 cm. environ de rectum.

Anastomose termino-terminale en 2 plans au fil de lin serti, un plan total par points séparés, séro-séreux en surjet. Péritonisation de la brèche mésocolique par quelques points de fixation du gros intestin. Anti-biothérapie locale, paroi en trois plans, peau aux crins.

Examen de la pièce : recto-sigmoïde à parois très épaisses — 1 centimètre — Lumière conservée mais coudée en deux endroits différents, muqueuse de coloration normale.

Examen anatomo-pathologique : (n° 2554-I). Sur ces fragments rien ne me permet de conclure à un processus néoplastique. Les deux ganglions sont indemnes. Par contre, infiltration massive par des œufs de schistosoma mansoni récemment pondus (Dr. R.R. BRYGOO).

Obs. n° 2. — Mr. SAI 47 ans —

Admis à l'Hôpital le 30 novembre 1963 pour suspicion de cancer du colon gauche.

Selles diarrhéiques avec glaires et sang il y a six ans ; non traité. Depuis trois ans, apparition d'une tumeur de la fosse iliaque gauche augmentant progressivement. En même temps, douleurs intermittentes sans horaire ni coïncidence précis, selles plus espacées et diminuées de quantité.

Homme de taille moyenne avec état général passable, se plaignant de douleurs intermittentes de la fosse iliaque gauche et présentant une tumeur ferme, bosselée, mâte, ayant les dimensions d'un ballon de rugby, partant de la fosse iliaque et de l'hypochondre gauches et atteignant l'ombilic : c'est une tumeur fixe.

Caractères de la douleur : quelquefois sourde, d'autres fois comparée à une torsion et certaines fois à de la pesanteur.

Au toucher rectal : tumeur dure, fixe, bombant dans le petit bassin.

Rectoscopie : tube arrêté à 20 cm, muqueuse normale, à l'insufflation on voit bêr la lumière colique, mais le passage est rendu impossible par la déviation de la direction du colon.

Radioscopie : lavement baryté — colon gauche et transverse refoulées en bas par une tumeur volumineuse extrinsèque. Importante distension du recto-sigmoïde — Présence d'un corps étranger opaque gastrique ou intestinal.

Examen complémentaire :

— Selle *ascaris* ++, *trichocéphale* +, absence d'autres parasites. — A l'irritation par injection quotidienne de cyanure de mercure : *schistosominum mansoni* ++.

— Sang : T.H. 70 %, G.R. 3.400.000, G.B. 9.800, Lympho 51 58 %, Monocyte 7 58 %, Poly-neutro 39 42 %, Poly-eosino 3 42 %, V.S.H. : 1ère heure 63 mm, 2ème heure 126 mm.

— Cuti réaction positive.

Traitement : 22-12-63 au 8-2-64.

Bilharstan : 8 comprimés par jour — cure de 8 jours — arrêt 10 jours et reprise. Au total 4 cures de 8 jours soit 32 jours totalisant 128 d'oxyde stanneux.

Anthiomaline : en I.M. tous les 2 jours à dose progressive : 1 cm³ les 3 premières injections, 2 cm³ les 3 suivantes et 3 cm³ pour le reste, soit 20 injections totalisant 42 cm³ de solution d'anthiomaline ou 25,20 gr. de produit pur.

Evolution : La tumeur fond à vue d'œil. A la sortie du malade, qui est adressé à son médecin traitant (avec prière de nous le renvoyer pour contrôle au bout de trois mois), elle a les dimensions d'une noisette.

Il a été recommandé au médecin évacuateur de continuer la cure antibilharzienne sus-mentionnée.

COMMENTAIRES

Il existe deux points communs à ces deux observations toutes deux d'origine bilharzienne dont l'un a une localisation recto-sigmoïdienne indiscutable et l'autre paraissent para-colique.

1. — L'aspect normal de la muqueuse rectale à la rectoscopie.

2. — L'émission diminuée mais possible de selles malgré des lésions aussi importantes et même avec une certaine facilité.

Nous notons que l'irritation avec le sulfate de soude n'a donné dans les deux cas aucun résultat ; au contraire, le cyanure de mercure a été suivi immédiatement d'effet.

Pour le second cas, l'association anthiomaline-bilharstan a eù un effet spectaculaire.

Nous regrettons de n'avoir pas pu poser à temps le diagnostic du premier cas.

(Travail de l'Hôpital de FIANARANTSOA.)

R É S U M É

L'auteur rapporte deux cas de tumeurs bilharziennes à *shistosoma mansoni* : l'une, juste au-dessus de la jonction recto sigmoïdienne, l'autre, para-colique gauche. Dans le premier cas, l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a permis de préciser l'étiologie de la tumeur. Dans le second cas le traitement antibilharzien seul permit d'obtenir la guérison.

Communication à la Société des Sciences Médicales. — Séance du 5-5-64.