

CAS CLINIQUE / CASE REPORT

Coloproctectomie avec anastomose colo-sus-anale pour tumeur bénigne du rectum : à propos d'un cas de bilharziome rectal.

Dossou F.M. *, Gbessi D.G.*, Tidjani I.F.*, Sissinto S.D.T.Y.*, Lawani I.*, Imorou S.Y.*, Hounkpe P.C.*, Akele A.M.T.**

Résumé

Dans l'infestation à *Schistosoma haematobium*, l'envahissement du rectum est anatomiquement constant mais généralement asymptomatique. Nous rapportons l'observation d'un adulte jeune atteint d'une pseudo-tumeur bénigne du rectum due à *Schistosoma haematobium*. Le patient H.D. (dossier n° 14/5304/VB), âgé de vingt ans, lycéen, fut admis le 20/06/14 pour la prise en charge d'une tumeur hémorragique du bas rectum avec anémie sévère et asthénie intense. Une recto-sigmoïdoscopie observa des lésions tumorales rectales et des biopsies furent faites. L'examen des fragments biopsiques conclut à une lésion d'aspect polypoïde avec une prolifération de cryptes normocrines et régulières faisant conclure à un polype adénomateux. Une coloproctectomie fut réalisée le 30/06/2014 avec anastomose colo-anale, colostomie de protection sous-couvert d'une transfusion sanguine. L'examen histologique du segment colorectal prélevé objectiva une rectocolite granulomateuse autour de nombreux œufs de schistosomes. En effet, le patient a vécu à Pahou, un arrondissement rural marécageux du Bénin où sévit une endémie bilharzienne. Le rétablissement de la continuité digestive fut réalisé le 22/10/2014 après un contrôle radiologique satisfaisant de l'anastomose colo-sus-anale. Le bilharziome rectal symptomatique est très rare et devrait attirer l'attention des chirurgiens des zones d'endémie bilharzienne devant une tumeur rectale hémorragique.

Mots Clés : Bilharziome ; Rectorragie ; Tumeur ; Bénin ; Coloproctectomie

Summary

*In the infestation by *Schistosoma haematobium*, the invasion of the rectum is constant but generally asymptomatic. We report the case of a young adult with a benign rectal pseudo-tumor caused by *Schistosoma haematobium*. Patient HD (record n° 14/5304/VB), twenty years old, high school student, was admitted for the treatment of a hemorrhagic tumor of the lower rectum with severe anemia and asthenia. A proctosigmoidoscopy observed rectal tumoral lesions and biopsies were made. Examination of biopsy fragments concluded to a polypoid lesion with a proliferation of normocrine and regular crypts making thinking of adenomatous polyp. A coloproctectomy was realized on 30/06/2014 with a colo-anal anastomosis, a colostomy protection under cover by a blood transfusion. Histological examination of the colorectal segment found a granulomatous colitis around numerous schistosoma eggs. Indeed, the patient lived in Pahou, a swampy rural district of Benin where there is aschistosomiasis-endemic. The restoration of digestive continuity was achieved on 22/10/2014 after a satisfactory radiological control of the colo-anal anastomosis. Symptomatic rectal bilharziome is very rare. It should attract the attention of surgeons in schistosomiasis endemic areas in face of hemorrhagic rectal tumor.*

Keys words : bilharziome, tumor, benign, coloproctectomy.

Introduction

La bilharziose rectale est habituellement due à *Schistosoma intercalatum* mais l'infestation par *Schistosoma haematobium*, agent pathogène de la bilharziose urogénitale s'accompagne d'un envahissement rectal, habituellement sans manifestations cliniques [2,5]. Ces dernières existent parfois et miment des pathologies tumorales [5].

* Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU HKM), Cotonou (Bénin)

** Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou (Bénin)

Correspondant : TIDJANI I.F., CNHU HKM, 01 BP 386 Cotonou (Bénin) Téléphone : 0022996806607 Email : ireti89@hotmail.fr

Nous rapportons l'observation d'un jeune adulte atteint d'une pseudo-tumeur bénigne du rectum due à *Schistosoma haematobium*.

Observation

Monsieur H. D (dossier n°14/5304/VB), âgé de 20 ans, lycéen, fut reçu en consultation de chirurgie viscérale le 05/06/14 pour une rectorragie. L'histoire retrouvait une symptomatologie ayant débuté il y a 02 ans environ par la survenue de rectorragies minimales associées à des faux-besoins, des ténésmes, une constipation et une altération progressive de l'état général. Le patient n'avait signalé aucun antécédent particulier. L'examen à l'admission avait permis de noter une altération de l'état général avec un indice de performance de l'OMS à 2, une pâleur des muqueuses et téguments, une apyrexie (température à 37,2°C), une stabilité aux plans respiratoire et cardiovasculaire. L'abdomen était souple, indolore, sans organomégalie palpable. L'examen de la marge anale notait des bourrelets hémorroïdaires non hémorragiques. Le toucher rectal et le reste de l'examen physique étaient normaux. Une endoscopie basse réalisée le 22/05/14 avait découvert cinq lésions tumorales rectales, la plus importante se situant à environ 8 cm de la marge anale. Il s'agissait de polypes adénomateux, selon l'examen histologique des prélèvements biopsiques. L'héogramme du 05/06/14 retrouvait une anémie microcytaire hypochrome (Hb=4,1g/dL ; Hte=16,4% ; VGM=60,7 fL ; CCMH=15,2%) associée à une hyperéosinophilie à 0,585G/L (Norme : [0,15-0,40] G/L). L'échographie abdominale du 10/06/14 retrouvait un foie homogène de taille normale et une splénomégalie homogène mesurée à 149 mm sur l'axe bipolaire. Le diagnostic de probable tumeur maligne du bas rectum compliquée d'anémie sévère non décompensée avait donc été posé. Une résection rectosigmoïdienne fut réalisée le 30/06/14, avec anastomose colo-anale immédiate et colostomie de protection. Ce geste avait été entouré d'une transfusion de 04 poches de culot globulaire. Les suites opératoires furent simples : bon réveil anesthésique, colostomie fonctionnelle dès le 3ème jour post-opératoire, cicatrisation de 1ère intention satisfaisante, exéat décidé au 14ème jour post opératoire. L'examen anatomo-pathologique de la

tranche colique, réalisé le 12/08/14 retrouvait de très nombreux œufs de schistosomes enchâssés dans la muqueuse, dissociant les cryptes avec certains œufs calcifiés (Figure 1). On retrouvait une réaction granulomateuse très inflammatoire autour des œufs, faisant conclure à une colite granulomateuse contre œufs de schistosomes.

Œuf de schistosome à éperon terminal

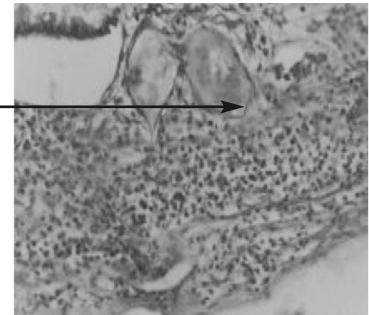


Figure 1 : œufs de *Schistosoma haematobium* à l'examen anatomopathologique.

Le patient a reconnu que 4 ans avant la symptomatologie, il se baignait dans un lac à Pahou, son village natal. Il bénéficia alors d'un traitement médical à base de Praziquantel 40mg/kg en prise unique. Le rétablissement de la continuité digestive fut réalisé le 22/10/2014 après un contrôle radiologique satisfaisant de l'anastomose colo-anale. La continence rectale a été maîtrisée par le patient au bout de trois mois.

Discussion :

La bilharziose est une maladie parasitaire due à des vers hématophages que l'on trouve essentiellement dans les zones à climat chaud et humide [1, 2,3]. On distingue plusieurs types de schistosomes, avec des localisations géographiques variables : *Schistosoma Haematobium*, *Japonicum*, *Mansoni*, *Intercalatum*, *Mekongi* et *Guineensis* [1,3]. Au Bénin, la répartition de ces parasites est très disparate, mais les foyers les plus importants sont dans le Sud [4]. Chaque schistosome, après une phase d'invasion dans l'organisme humain, a un territoire d'élection principal, et c'est la ponte d'œufs dans ce territoire qui est en grande partie responsable des symptômes de la maladie. *Schistosoma haematobium* est l'agent de la bilharziose uro-génitale [2,3]. Il a un tropisme électif pour les plexus veineux périvésicaux et périrectaux [2]. La femelle pond ses œufs à éperon terminal, en paquet, dans les parois rectales et vésicales. Certains

œufs sont éliminés à l'extérieur essentiellement par les urines, mais beaucoup restent dans les parois viscérales ou sont embolisés à distance [1,3]. Comme tous les schistosomes, *Schistosoma haematobium* peut provoquer des manifestations tumorales recto-coliques à cause de l'élimination des œufs dans la lumière colique. Ces lésions sont observées lors des phases de focalisation viscérale et au stade séquellaire [3,5]. La fréquence et l'intensité de ces formes cliniques particulières sont cependant fonction de l'espèce en cause. Les signes sont aspécifiques, représentés par des douleurs abdominales souvent localisées au flanc et à la fosse iliaque gauches, des troubles du transit, une diarrhée glairo-sanglante et des rectorragies parfois abondantes comme c'était le cas pour notre patient [5]. Sur l'hémogramme, on observe une hyperéosinophilie caractéristique des parasitoses, principalement à la phase d'invasion [5]. Dans notre observation, cette hyperéosinophilie persistait de façon modérée après la phase d'invasion. C'est l'examen anatomo-pathologique du prélèvement biopsique rectal qui pose le diagnostic en objectivant des lésions granulomateuses [5]. Les polypes ou amas de polypes, plus fréquemment observés dans l'infection à *S. Mansoni* [5] étaient de type adénomateux dans notre contexte. Des lésions aspécifiques, inflammatoires et non granulomateuses, peuvent aussi être associées : hyperhémie de la muqueuse avec varicosités rectales, suffusions hémorragiques et ulcérations de taille variable [5]. Quel que soit le siège de la tumeur, les biopsies rectales ont une excellente sensibilité, atteignant 95 % avec 3 prélèvements, même quand la muqueuse est macroscopiquement saine [5]. L'examen anatomo-pathologique révélait une lésion bénigne dans notre observation mais des études ont déjà souligné la possible association entre cancer du côlon et infection à *Schistosoma* [3] ; de plus l'infection par *Schistosoma Haematobium* est connue pour son rôle de « co-carcinogène » dans les tumeurs de vessie [3]. Les polypes recto-coliques qu'elle engendre ont une dégénérescence qui pourrait être maligne [3]. Notre patient a été pris en charge au stade de polype adénomateux. Le traitement de ces manifestations tumorales bilharziennes repose sur la chimiothérapie, couplée à une exérèse endoscopique pour les lésions limitées, voire plus rarement à la chirurgie dans les formes compli-

quées ne répondant pas au traitement médical [5]. Le Praziquantel (40 à 60 mg/kg en 1 ou 2 prises dans la même journée) est aujourd'hui le chistosomicide de référence en raison de son spectre étendu à toutes les espèces, de sa bonne tolérance et de l'efficacité remarquable d'une prise unique [2,5]. Notre patient a reçu tardivement cette chimiothérapie à cause du retard au diagnostic de certitude, qui n'a été fait qu'après une exérèse chirurgicale pour suspicion de cancer colorectal. La conséquence est un alourdissement du coût financier et de la morbidité de la prise en charge. L'excrétion des œufs peut persister pendant au moins 2 mois, rendant nécessaires des contrôles réguliers [5]. Ce contrôle n'a pas été fait chez notre patient.

Conclusion

Le bilharziome rectal symptomatique à *Schistosoma Haematobium* est très rare. Les chirurgiens des zones d'endémie doivent garder à l'esprit cette pathologie qui mime une tumeur rectale hémorragique, afin d'éviter aux patients un traitement lourd souvent non nécessaire.

Références

1. **Bourée P., Djibo N., Kanner A.** Aspect actuel des bilharzioses. Antibiotiques, 2007 ; 9 : 156 - 63.
2. **Guiguen C., Belaz S., Robert-Gangneux F., Gangneux J.P.** Les bilharzioses : aspects épidémiocliniques et diagnostiques. Rev francophone laboratoires ; 2013 (457) : 75-85.
3. **Lapoile E., Bellaiche G., Boucard M., Choudat L., Orcheret H., Slama J.L.** Cancer du rectum associé à une infection à *Schistosoma Haematobium*. Gastroenterol Clin Biol ; 2006 (30) : 1225-6.
4. **Kindé-Gazard D., Massoughbodji A.** Situation des schistosomoses au Bénin. La lutte contre les schistosomoses en Afrique de l'Ouest, 15-18 février 2000, Niamey- Cermes (Niger). Paris : Institut de recherche pour le développement ; 2000 : 175-6.
5. **Rey P., Perret J.L., Carrere C., Casassus-Builhe D., Debonne J.M., Klotz F.** Tumeurs rectocoliques d'origine parasitaire. Gastroenterolog ClinBiol ; 2003 (27) : 1116-25.