

Un cas de localisation bronchique de la cysticercose

Rabenjamina FR, Ranaivoravo J, Raholimina V, Ramialiharisoa A (1)

RESUME : Classiquement, *Cysticercosus cellulosae* est fréquemment localisée au niveau des muscles, des tissus sous-cutanés, de l'encéphale et des yeux. Les auteurs rapportent une observation de cysticercose à localisation bronchique, localisation rare de la larve, chez un homme de 30 ans. Des hémoptysies ont été les seuls signes fonctionnels révélateurs de cette affection pulmonaire. La fibroscopie bronchique a permis la visualisation de la formation larvaire. La tumeur cysticerquienne a été enlevée par voie chirurgicale. L'examen anatomopathologique a apporté le diagnostic de certitude. Le traitement chirurgical a été complété par un traitement médical par praziquantel.

Mots-clés : Cysticercose - Poumon - Bronches - Hémoptysie - Diagnostic - Anatomie pathologique - Praziquantel - MADAGASCAR.

ABSTRACT : "Bronchial cysticercosis : a case report" : *Cysticercosus cellulosae* is usually located in muscles, subcutaneous tissues, brain and eyes. The authors reported a rare case of bronchial cysticercosis in a 20-year-old man. The only clinical signs were hemoptysis. Bronchial fibroscopy allowed to have a visual field of the cysticercus lesion. This parasitological tumor was removed by surgical resection. The diagnosis was confirmed by histological examination. A drug therapy by praziquantel completed the treatment.

Key-words : Cysticercosis - Lung - Bronchi - Hemoptysis - Diagnosis - Histology - Praziquantel - MADAGASCAR.

INTRODUCTION

La ladrerie du porc ou *voavary* en malgache fut signalée par *Grandmougin A*, à Madagascar en 1901 [1].

Les premiers cas humains de cysticercose furent décrits à Madagascar en 1910 par *Monnier L* et *Andrianjafy*, d'une part [2], par *Andrianjafy* d'autre part [3].

Si les localisations cérébrales et oculaires de *Cysticercus cellulosae* sont aujourd'hui bien connues chez l'homme, les localisations au niveau de l'appareil respiratoire restent des faits inhabituels.

Nous rapportons ici une observation de cysticercose bronchique, forme rare de cysticercose qui pose des problèmes de diagnostic.

OBSERVATION

Un homme de 30 ans, paysan et domicilié dans la province d'Antananarivo, est admis au Centre Hospitalier de Fenoarivo en août 1990 pour hémoptysie de moyenne abondance.

L'anamnèse révèle des hémoptysies qui sont isolées, sans signes d'accompagnement, évoluant depuis une dizaine de jours; pas de notion de contagé, ni de traumatisme thoracique.

A l'admission, l'état général est conservé. L'examen physique est sans particularité (pas de signes respiratoires, ni d'adénopathies périphériques, ni de nodosités sous-cutanées, ni d'hépatosplénomégalie).

Dès son admission, les investigations complémentaires sont entreprises. Dans l'attente des résultats, le patient bénéficie d'un traitement symptomatique par voie parentérale : antitussif, hémostatique, et anti-inflammatoire.

Les hémoptysies diminuent progressivement, et disparaissent au bout de quatre jours, puis réapparaissent au 5^{ème} jour de l'hospitalisation.

Les examens de laboratoire révèlent notamment : une formule sanguine comportant une hyperleucocytose à polynucléose (12000/ μ l de globules blancs dont 8400/ μ l de polynucléaires neutrophiles) et une éosinophilie à 1080/ μ l.

La radiographie pulmonaire est sans particularité.

La fibroscopie trachéo-bronchique révèle une tumeur polylobée, friable de la taille d'une groseille du Cap. Cette tumeur est implantée sur la bronche intermédiaire à 1cm de l'éperon de la lobaire supérieure droite, empêchant le passage du fibroscope. Plusieurs biopsies sont effectuées et sur l'éperon et sur la tumeur.

L'examen anatomopathologique rend un résultat d'inflammation subaiguë non spécifique sur tous les fragments examinés.

Comme l'ablation de la tumeur est irréalisable par voie endoscopique, le patient nous est adressé au service de Chirurgie IV (Chirurgie viscérale et

⁽¹⁾ Hôpital général de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, BP 14 bis, 101 Antananarivo - Madagascar.

thoracique), de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo.

Les investigations sont complétées par des explorations fonctionnelles respiratoires globales et des scintigraphies pulmonaires qui sont normales.

L'intervention est programmée après douze jours de kinésithérapie respiratoire. Le compte-rendu opératoire est le suivant (Pr J Randrianonimandimby) :

- thoracotomie postéro-latérale droite par le bord supérieur de la cinquième côte. Les plèvres sont libres, les trois lobes apparemment normaux. Pas d'adénopathies perceptibles; dôme hépatique normal à la palpation à travers la coupole diaphragmatique.

On perçoit la tumeur en palpant le tronc intermédiaire préalablement découvert par abord médiastinal postérieur.

- ouverture de la bronche par bronchotomie transversale postérieure à 1cm environ de l'origine de la lobaire supérieure. La tumeur, rosée, mamelonnée, de 1cm x 1cm, repose par une large base d'implantation sur la paroi postérieure de la bronche intermédiaire.

- exérèse complète de la tumeur, sans sacrifice bronchique,

- electrocoagulation de la zone d'insertion tumorale,

- fermeture de la bronchotomie par trois points séparés au prolène n°2,

- vérification de l'aérostase et pleuralisation à minima,

- fermeture pariétale sur deux drains (coudé et droit n°30).

L'examen anatomopathologique des pièces opératoires rend compte de la nature cysticerquienne de la tumeur.

Un traitement anticysticerquien par praziquantel est institué à raison de 50mg/kg/jour pendant quinze jours. Ce traitement spécifique est associé à des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des aérosols. Des séances de kinésithérapie respiratoire sont prescrites.

Les suites opératoires sont simples : les hémoptysies ont disparu complètement. Le patient quitte le service vingt et un jours après son intervention et continue son traitement spécifique en ambulatoire.

DISCUSSION

Bien que certains auteurs aient précisé des tranches d'âge préférentiellement touchées par la maladie, la cysticerose semble, en fait, n'avoir aucun rapport avec l'âge [4].

La prédominance masculine est une donnée classique [5].

Les professions qui sont exposées au contact des matières fécales sont plus vulnérables : maraîchers, vidangeurs, vétérinaires [5].

Des études récentes, menées par l'équipe de l'Institut Pasteur de Madagascar dans 3 provinces (Antananarivo, Fianarantsoa, Mahajanga), ont montré que les prévalences variaient selon les zones, respectivement 44%, 30%, et 22% [6]. Mais ces résultats ont été obtenus dans un cadre d'étude particulier (relations entre convulsions et cysticerose), le chiffre moyen de prévalence nationale restant encore à déterminer.

Classiquement, *Cysticercosus cellulosae* est fréquemment localisée au niveau des muscles, des tissus sous-cutanés, de l'encéphale et des yeux. Si la revue de la littérature depuis 1966 nous a permis de trouver 5 observations d'une localisation pulmonaire de la larve [7,8,9,10,11], il est permis de penser que d'autres cas ont pu être décrits, mais méconnus par la difficulté à accéder aux banques de données portant sur les années antérieures à 1966. Ainsi, une localisation pleurale existait parmi les 4 cas décrits par *Andrianjafy* [3]. Plus près de nous, *Coulanges P et al* ont rapporté une localisation bronchique de *C. cellulosae* [12].

En imagerie médicale, les localisations pulmonaires de la cysticerose posent le problème de diagnostic différentiel avec les lésions pulmonaires parasitologiques, tuberculeuses, et tumorales [7].

Si le traitement de la cysticerose reposait auparavant sur la chirurgie, un traitement médical efficace est actuellement disponible par utilisation d'un larvicide : le praziquantel [11].

CONCLUSION

Les localisations pulmonaires de la cysticerose sont rares. Dans ces cas, le diagnostic différentiel doit se faire avec les lésions pulmonaires provoquées par une autre étiologie.

Si d'une manière générale, le praticien dispose de plusieurs techniques pour le diagnostic de la cysticerose, il est parfois limité par des facteurs médicaux et/ou extra-médicaux : disponibilité des équipements techniques d'investigation, problème du coût des examens.

La lutte contre la cysticerose, maladie fréquente dans les pays à hygiène déficiente, repose sur la lutte contre le téniasis : amélioration de l'hygiène collective et de l'environnement : construction de latrines certes, mais surtout leur utilisation, évacuation des déchets et des eaux usées, et prohibition de l'élevage du porc en liberté.

REFERENCES

- 1- **Grandmougin A.** La ladrerie du porc en Imerina. *J O Madagascar* 1901 : 6509.
 - 2- **Monnier L, Andrianjafy.** Cysticercose humaine confluente. *Bull Soc Sc Med Madagascar* 1910; **2** : 27-29.
 - 3- **Andrianjafy.** Cysticercose humaine. *Bull Soc Sci Med Madagascar* 1910; **2** : 53-60.
 - 4- **Andriamiandra A, Cros J, Dodin A, Brygoo ER.** La cysticercose à Madagascar. *Bull Soc Pathol Exot* 1969; **62**: 894-900.
 - 5- **Flisser A, Laclette JP, Larralde C, Vogt M, Willms K.** Estudio integral de la cisticercosis. Resena de un evento científico. [Integral study of cysticercosis. A summary of a scientific event]. *Biol Chil Parasitol* 1981; **36** : 63-65.
 - 6- **Institut Pasteur de Madagascar.** Cysticercose. In : Rapport d'activités 1999. Antananarivo : Institut Pasteur de Madagascar, 2000 : 42-46.
 - 7- **Bourilkov T, Babadjov L.** La cysticercose, problème de diagnostic différentiel en pneumologie. A propos de 2 cas. *Poumon Coeur* 1968; **24** : 239-245.
 - 8- **Mayo F, Baier H.** Cysticercotic involving the pleura. An unusual case of abnormal chest roentgram. *Arch Intern Med* 1979; **139** : 115-116.
 - 9- **Scholtz L, Mentis H.** Pulmonary cysticercosis. A case report. *S Afr Med J* 1987; **72** : 573-574.
 - 10- **Walts AE, Nivatpumin T, Epstein A.** Pulmonary cysticercus. *Med Pathol* 1995; **8** : 299-302.
 - 11- **Choi JH, Chung SI, Whang YS, Lee JD, Lim HO, Choi JH, Chang SH, Jung KM, Rhie S.** A case of pulmonary cysticercosis. *Korean J Intern Med* 1991; **6** : 38-43.
 - 12- **Coulanges P, Ramaholimihaso F, Randrianonimandimby J.** La cysticercose à Madagascar (à propos d'une localisation bronchique exceptionnelle). *Arch Inst Pasteur Madagascar* 1985 ; **52** : 53-58
-