ANNALES DE PARASITOLOGIE

HUMAINE ET COMPARÉE

Tome XLII

1967

N° 5

Annales de Parasitologie (Paris), t. 42, 1967, n° 5, pp. 457 à 464

MÉMOIRES ORIGINAUX

La valeur de l'examen radiologique dans le diagnostic de l'ascaridiose intestinale

Par Eliza MARINESCU, Ion GHERMAN* et Oct. IONITA

L'ascaridiose a fait l'objet de nombreuses descriptions radiologiques.

Notre communication se propose de présenter l'aspect et les modifications de l'intestin grêle chez trente malades atteints d'ascaridiose, découverts ces neuf dernières années, à la suite d'examens radiologiques, dans un service de gastro-entérologie.

Le diagnostic radiologique a été établi par hasard, à l'occasion du contrôle systématique que nous pratiquons trois heures après l'ingestion de la bouillie de baryte chez tous les malades dont on examine l'estomac. Ce contrôle recherche le mode d'évacuation gastrique ainsi que l'aspect et le transit intestinal.

Les sujets sont examinés en decubitus dorsal ou en position de Trendelenburg, en compression dosée, sous l'écran.

Les malades dont l'examen de contrôle a mis en évidence, après le délai de trois heures, la présence du parasite intestinal, sont réexaminés par l'étude fractionnée de l'intestin grêle. La bouillie barytée est administrée en deux prises de 70 ml, à une demi-heure d'intervalle. L'intestin grêle est suivi par radiographie ou radiocinématographie de 30' en 30' jusqu'à ce que la tête de la colonne opaque atteigne la région caecale.

Résultats

Nous avons établi le diagnostic de l'ascaridiose intestinale dans tous les cas par la présence du parasite dans la lumière de l'intestin : selon les bandes claires, longues

* Bucarest, Brezoianu, Nr. 53, Roumanie.

de 15 à 20 cm, larges de 5 à 6 mm, effilées aux extrémités, disposées d'une manière rectiligne ou circulaire à l'intérieur du grêle. Ces cordons lacunaires n'ont pu être bien identifiés que par compression dosée du grêle rempli de baryte. En demi-évacuation et en image en couche mince, le moulage dentelé de la muqueuse, ayant l'aspect d'arabesque, caractéristique au niveau du jéjunum, ne favorise pas une bonne visibilité. En ce cas, les bandes transparentes paraissent entrecoupées par la baryte moulée sur les valvules intestinales (fig. 1, fig. 2).

Par rapport à la lumière intestinale, le parasite se situe d'habitude vers le centre, ou vers la paroi externe des anses, orienté vers la courbure de celles-ci, comme le signale Cova (1948).

Nous avons rencontré seulement dans quelques rares cas, le tube digestif du parasite rempli de baryte. L'image d'enduit opaque de la cuticule rugueuse n'a été observée en aucun cas (fig. 3).

La localisation de prédilection du parasite a été dans le jéjunum moyen et distal, beaucoup plus rarement dans l'iléon, et chez trois malades, nous l'avons trouvée en plein iléon distal.

La localisation gastrique ou duodénale a été remarquée chez deux sujets, dont l'un opéré selon le procédé Pean-Billroth.

L'intestin grêle chez ce lot de malades était indemne dans neuf cas. Chez les autres 21 sujets, nous avons constaté des modifications morphologiques et fonctionnelles d'aspects et d'intensités variés. Les changements essentiels ont été les modifications fonctionnelles parmi lesquelles le plus souvent des troubles de la motilité avec transit global accéléré et hypertonies segmentaires associées (spécialement au voisinage des anses peuplées), des fragmentations anarchiques, la rétention des gaz et des liquides. Dans l'un des cas, la rétention des gaz et la distension du grêle, relativement localisées au niveau de l'iléon, pouvaient prêter à une interprétation tumorale. Les hypotonies rencontrées, accompagnées de transit lent et de répartition inégale de la baryte dans le grêle, ont été plus rares (fig. 4).

Le relief jéjunal a présenté dans sept cas des modifications inflammatoires caractéristiques : disparition ou diminution de l'aspect penné, contours marginaux irréguliers et arrondis, épaississement ou effacement des plis par œdème muqueux. Dans ces cas, les parasites étaient situés au niveau du jéjunum distal. Dans la localisation duodénale du parasite, le duodénum était hypotonique avec stase opaque prolongée.

Discussion

Notre communication a pour but d'attirer l'attention sur la nécessité de l'exploration systématique de l'intestin grêle chez les malades du tube digestif, autant que sur la valeur de l'examen radiologique dans l'établissement du diagnostic d'ascaridiose. Cet examen est souvent très utile au clinicien, surtout lorsque les examens répétés copro-parasitologiques se maintiennent d'une manière constante négatifs. L'échec para-

FIG. 1

FIG. 2

FIG. 3

FIG. 4

FIG. 5

FIG. 6

FIG. 7

FIG. 8

sitologique s'explique, soit par l'infestation avec des parasites mâles, soit par la fréquence des périodes négatives dans l'évolution du parasite. De la sorte, nous mentionnons le cas d'un de nos malades chez lequel le praticien a demandé trois examens coprologiques, effectués à quelques semaines d'intervalle, et qui sont restés négatifs.

En comparant les manifestations cliniques avec les images radiologiques, nous constatons que la symptomatologie clinique a été présente dans tous nos cas, ce qui a justifié l'hospitalisation. Le tableau clinique, extrêmement variable et banal, n'a pas suggéré cliniquement l'existence d'une étiologie parasitaire, exception faite pour la malade chez laquelle le médecin a demandé le renouvellement de l'examen coprologique. Il faut préciser qu'après l'expulsion des parasites, les troubles cliniques ont cessé dans les cas où l'intestin grêle ne présentait pas de modifications organiques, et se sont atténués chez les sujets dont le grêle présentait des aspects de jéjunite.

Tous ces malades présentaient des troubles digestifs chroniques : douleurs épigastriques ou abdominales diffuses, variables en intensité, météorisme, diarrhée et constipation alternées, d'autres fois constipation rebelle, nausées, maux de tête, sensation de fatigue, etc.

Nous avons constaté des troubles plus graves chez trois de nos malades chez lesquels l'état d'asthénie et de dénutrition paraissaient être proportionnels au nombre élevé d'*Ascarides* évacués.

La localisation de prédilection des *Ascarides* en rapport avec l'intestin grêle a été le jéjunum distal. Ce segment, où les échanges nutritifs sont accentués, paraît offrir au parasite une bonne hospitalité (fig. 5-6).

Dans un cas de résection gastrique, où nous avons découvert la présence du parasite, les *Ascarides* étaient placés autour de l'anastomose. Ce fait, mentionné dans la littérature, s'explique par la tendance qu'ont ces parasites à se diriger vers (ou même à traverser) les sutures chirurgicales dans leur erratisme migrateur (fig. 7).

En ce qui concerne les troubles fonctionnels, la dystonie segmentaire et la dyskinésie du grêle, rencontrés chez la plupart de nos malades, représentent des signes indirects de réactivité à la toxine parasitaire ou à l'irritation de la muqueuse due à la présence du parasite. Ces troubles sont difficiles à interpréter lorsqu'ils sont considérés isolément, pouvant induire à de nombreuses erreurs de diagnostic (De Bernardi).

Les troubles fonctionnels observés ont prédominé au niveau du jéjunum, l'iléon, et surtout l'iléon terminal, étant normal, comme le signale aussi la littérature (fig. 8).

En conclusion, nous pouvons affirmer la valeur de l'examen radiologique dans la découverte de l'ascaridiose intestinale.

Mais, dans la conduite de l'examen, le détachement des anses intestinales par la position de decubitus dorsal s'impose, de même que l'utilisation obligatoire de la compression des anses distendues par la baryte.

Résumé

Les auteurs présentent leurs observations sur trente cas d'ascaridiose, découverts au cours de ces dernières années à l'occasion d'examens radiologiques barytés, effectués

chez des malades atteints de diverses affections gastro-intestinales et hospitalisés dans un service de gastro-entérologie.

Ils insistent sur l'intérêt d'un examen systématique de l'intestin grêle dans les meilleures conditions, et soulignent que le radiologiste se doit de penser également, chaque fois, à la présence éventuelle d'*Ascarides* le long du trajet gastro-intestinal.

Ce fait est d'autant plus important que les signes cliniques ne sont pas caractéristiques dans cette parasitose, et que, chez plus de 50 % des malades ainsi dépistés, les examens copro-parasitologiques étaient toujours restés négatifs.

Bibliographie

- AICKEN (D. W.) et DICKMAN (F. N.), 1957. — Surgery in obstruction of small intestine due to ascariasis. *J. Am. Med. Assoc.*, 164, 1317.
- ARCHER (V. W.) et PETERSON (C. H.), 1930. — Roentgen diagnosis of ascariasis. *J. Am. Med. Assoc.*, 95, 1819.
- BARBIER (A.), 1939. — L'indogine radiologica nelle ascaridiosi. *Radiol. Med.*, 26, 197 et 475.
- BERNARDI (de E.), 1949. — Rilievi radiologici indiretti nelle ascaridiosi. *Riv. Rad. e Fis. Med.*, 35, 997.
- BRUMPT (E.), 1951. — *Précis de Parasitologie*, Ed. 6^e. Ed. Masson, Paris.
- CHERIGIE (E.), HILIMAN (P.), PROUX (Ch.) et BOURDON (R.), 1957. — *L'intestin grêle normal et pathologique*, Paris.
- CORDOBA (S.), 1950. — Ascaridose intestinale. *J. Radiol. et Electrol.*, 31, 96.
- COVA (P. L.), 1949. — L'ascaridiosi intestinale: importanza clinica del suo riconoscimento radiologico. *Minerva Med.*, 39, 144.
- GODART (J.), 1963. — *Traité Pratique de Pathologie Digestive* (vol. II), Editions Arsacia, S.A. Bruxelles.
- GOLVAN (J.), LAPIERRE (J.) et ROUSSET (J. J.), 1965. — Le diagnostic parasitologique dans la pratique courante hospitalière. *La Presse médicale*, 47, pp. 2669-74.
- HILLEMAND (B.) et GOIFFON (B.), 1959. — Les parasitoses digestives. *Encycl. Méd.-Chir.*, Estomac-Intestin, vol. II, p. 9062.
- NITZULESCU (V.), GHERMAN (I.), 1964. — *Parazitologie, clinică*, Editura medicală Bucuresti.
- PORCHER (P.), BUFFARD (P.) et SAUVEGRAIN (J.), 1954. — *Radiologie clinique de l'intestin grêle de l'adulte et de l'enfant*. Paris, Masson et C^{ie} édit.
- ROSELL (José-Maria), CAMBIES (J.), 1927. — *Coprologie clinique*. Paris, Vigot Frères.
- SCHINZ (H. R.), BAENSCH (W. E.), FRIEDL (E.) et UEHLINGER (E.), 1958. — *Traité de Radio-diagnostic*, vol. IV, Ed. Buffard.
- VASILIKOVA (Z. G.), 1950. — Helminthiazele principale ale omului si combaterea lor. *Medghiz*. Moscova.
- VAUCEL (M.), 1957. — *Médecine tropicale*, Paris, Masson et C^{ie} édit.

[Centre de Gastro-entérologie. (Directeur: Prof. T. Spîrchez) Bucarest, Roumanie]