

Étude clinique et histologique d'une tumeur carcinoïde du grêle chez un chat

par M. LAHELLEC et A. JONCOURT

Note présentée par L. DHENNIN

Les carcinoïdes du tractus digestif, quoique peu fréquents chez l'homme, ont cependant fait l'objet d'études histologiques et biochimiques poussées, tant par les auteurs étrangers (FEYTER), que par les anatomo-pathologistes français (MASSON, LAUMONIER, PAGÈS).

Par contre chez l'animal cette tumeur est pratiquement inconnue. Les cas relevés dans la littérature concernent des bovins, un éléphant et quelques chats. Il est possible cependant que leur nombre soit plus élevé qu'on ne le pense, les autopsies n'étant pas faites systématiquement, et le diagnostic clinique porté chez l'homme de flush-syndrome, du à une hypersécrétion de sérotonine et de bradykinine étant ici impossible.

Il nous a donc paru intéressant de décrire le cas présent, découverte peropératoire, bien que l'observation en soit incomplète :

ETUDE CLINIQUE

L'animal (13 ans mâle castré), est examiné pour la première fois le 9 octobre 1971, n'ayant pas émis de selles depuis plusieurs jours. Le chat se lèche cependant beaucoup et le diagnostic est porté d'obstruction par un bouchon de poils ; la palpation abdominale montrant un cylindre de 6 à 7 cm de long, paraît confirmer ce diagnostic, le fait que la coprostate soit située très en avant dans la cavité abdominale n'ayant pas à ce moment attiré l'attention. Un laxatif doux permet l'émission de selles au bout de 48 heures. On peut noter à leur niveau une grande quantité de poils.

L'animal est revu en consultation le 18 octobre 1971, avec à la queue une « plaie de léchage ». Sa cicatrisation sera très longue (2 mois environ), malgré les traitements symptomatiques entrepris.

Puis, fin février, syndrome occlusif aigu. L'animal a maigri, il ne mange plus depuis quelques jours, il n'émet pas de selles. La palpation abdominale retrouve les signes cliniques précédemment observés. Les antécédents font penser de nouveau à une obstruction par un bouchon de poils. Un traitement est entrepris, sans résultats.

Une radiographie est alors décidée : elle met en évidence une masse dans la lumière intestinale d'origine probablement tumorale. On pratique une laparotomie exploratrice : elle montre un iléon dilaté par la coprostate au-dessus d'une néoformation tumorale saillante, bien limitée, d'environ 3 centimètres de diamètre, obstruant complètement la lumière intestinale, et de nombreux ganglions au niveau de la petite courbure. Ce sont ces métastases qui font décider, en accord avec le propriétaire, de sacrifier l'animal, l'entérectomie paraissant illusoire. L'autopsie complète n'a malheureusement pas pu être pratiquée.

La pièce opératoire, fixée dans le formol à 10 p. 100, est envoyée au Laboratoire :

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

L'examen microscopique met en évidence une tumeur, localisée à la sous-muqueuse, faisant en un point irruption dans la muqueuse par ailleurs intacte, dissociant en profondeur la couche musculaire.

Il s'agit d'un agencement de cordons anastomosés, parfois larges, parfois réduits à une couche cellulaire, composée d'éléments uniformément arrondis, polygones par pression réciproque, à noyau central volumineux, et contenant de nombreuses granulations éosinophiles. Il n'existe aucun arrangement glanduliforme ou palissadique, comme ceux que MASSON a décrit chez l'homme. Les mitoses sont relativement fréquentes, sans atypies nucléaires. L'argento-réduction (Fontana au nitrate d'argent ammoniacal pendant 36 heures), a montré l'aptitude réductrice des granulations dans de nombreuses cellules, non systématisées, faisant porter le diagnostic de carcinoïde. Une coloration au bleu de toluidine, pour éliminer un mastocytome, s'est avérée négative.

Selon MASSON et DELARUE, les carcinoïdes ne résultent pas directement de la prolifération de cellules de KULTCHITZKY-MASSON encore incluses dans les cryptes intestinales. Ils dérivent de cellules argentaffines qui s'isolent entre le fond des glandes et la musculaire-muqueuse.

Il est évident que chez l'animal le diagnostic de tumeur carcinoïde ne peut être porté que sur des pièces opératoires ou d'autopsie. Elle est révélée par des accidents mécaniques, comme dans ce cas, d'occlusions récidivantes ou aiguës, accompagnées d'hémorragies, l'ambiance clinique due à l'hypersécrétion de sérotonine ou flush-syndrome (crises vasomotrices), ne pouvant évidemment pas être constatée.

Deux facteurs cependant à noter : d'abord la situation iléale, la plus fréquente chez l'homme, après la localisation appendiculaire, ensuite la lésion cutanée caudale (les aspects pseudo-pellagroïdes sont fréquents dans le syndrome carcinoïdien humain).

CONCLUSION

Cette découverte fortuite peropératoire et microscopique reste intéressante en raison du très petit nombre de cas publiés en médecine vétérinaire.

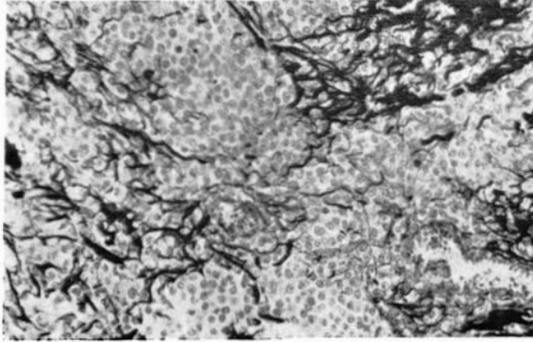


FIG. n° 1. — Travées de toutes tailles anastomosées (col. de Fontana), gross. 80.

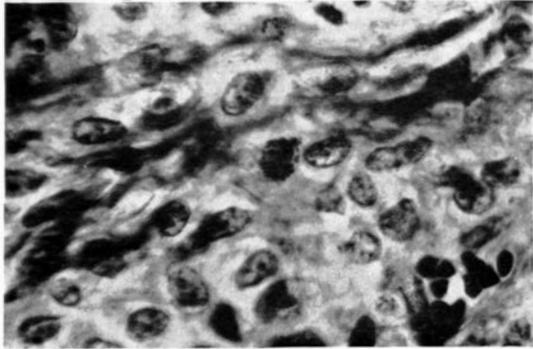


FIG. n° 2. — Granulations argentaffines (Fontana), gross. 320.

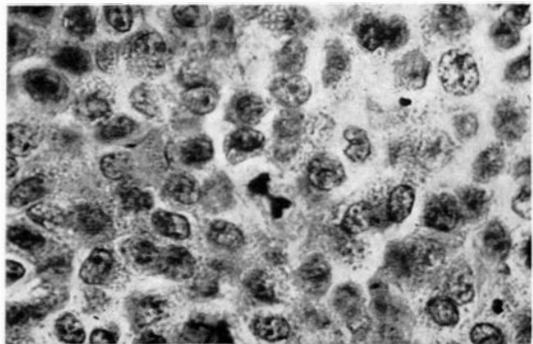


FIG. n° 3. — Granulations éosinophiles et mitoses (hémalum, éosine), gross. 320.