

## GROSSESSE EXTRA UTERINE ET BILHARZIOSE GENITALE AU CENTRE HOSPITALIER DE MEAUX (FRANCE).

### *Ectopic pregnancy on tubal obstruction by bilharzia eggs at Meaux medical center (France).*

Traoré SO, Doumbia S, Berthé B, Sangaré RT, Lefèvre V, De Bièvre P, Baharissoufa M, Abdelilah A, Abdelouahab M, Guerin C, Boubeker H, Fagfoury F, Kamdem G, Denno N, Timbely O, Mounkoro N.

**Lieu de l'étude :** Centre Hospitalier de Meaux, Paris/ France

**Auteur principal :** Dr Traoré Soumana Oumar Gynécologue Obstétricien ; Cell : +22366879642 ; Email : traoreoumar69@yahoo.fr

### RESUME

La bilharziose est la seconde endémie parasitaire mondiale et ses atteintes génito-urinaires sont bien décrites. Les grossesses ectopiques sur salpingite bilharziennes ont rapportées dans les populations Africaines. Nous vous rapportons un cas exceptionnel de grossesse extra-utérine sur bilharziose tubaire chez une française d'origine mais particulièrement affectionnée par l'Afrique au sud du saharienne où elle mène des activités humanitaires dans les pays Africains en conflits armés (République Démocratique Congo, Côte d'Ivoire, et Mali). **Mots clés :** Grossesse, extra utérine, bilharziose, Meaux.

### SUMMARY

Bilharzia is the world's second parasitic endemic and its genito-urinary lesions are well described. Ectopic pregnancies on tubal obstruction by bilharzia eggs are reported in African populations. Through a case of clinical observation we report an exceptional case of tubal erythema tubal bilharziasis in a French woman of origin but particularly affectionate by the African woman Africa south of the sahara. where she carries out humanitarian activities in countries in conflits (Democratic Republic Of Congo, Ivory Coast, and Mali). **Key words:** Extra uterine pregnancy, genital bilharziasis, Meaux.

### INTRODUCTION

Les atteintes génitales de la bilharziose sont connues et peuvent toucher les ovaires, l'utérus, la vulve, le vagin, le col utérin et les trompes. Les grossesses extra utérines (le plus souvent rompues avec un hémopéritoine) sont fréquemment rapportées dans la littérature mais uniquement dans les populations africaines [1, 2]. Néanmoins un cas en Inde et un autre au Brésil ont été décrits [3]. Un seul cas de GEU bilatérale synchrone est relaté chez une femme Nigérienne [2]. Peu d'articles relatent les atteintes génitales chez les voyageurs femmes. Elles sont majoritairement urinaires [4]. Nous rapportons un cas exceptionnel de GEU sur bilharziose tubaire chez une Française d'origine avec résidence secondaire en Afrique subsaharienne (zones de conflits) où elle mène des activités humanitaires.

### OBSERVATION CLINIQUE

Patiente de 37ans, 3<sup>ème</sup> geste 2<sup>ème</sup>epare, 2 enfants vivants, un antécédent de grossesse extra utérine traitée médicalement dans un hôpital en banlieue Parisienne il y a 3ans. Il s'agit d'une Française d'origine avec résidence secondaire en Afrique au Sud du Sahara où elle évolue dans l'humanitaire dans les zones de Conflits(d'abord en République Démocratique du Congo, Côte-d'Ivoire et depuis 2013 au Mali).A la faveur des vacances d'Été 2017, elle consulte aux urgences Gynécologiques du Centre Hospitalier(CH) de Meaux(France) pour douleur pelvienne

modérée, évoluant depuis trois jours avec notion d'hypothyrie sur fond de retard des règles de deux (2) mois environ. Elle avait été reçue par son médecin traitant en ville le même jour pour le même motif où des BHCG demandés étaient revenus positifs à 1558mUI par ml. L'examen clinique ce jour aux urgences Gynécologiques du Centre Hospitalier de Meaux a mis en évidence une patiente avec un état général avec des constantes hémodynamiques stables : La Tension Artérielle au Dynamap oscillait entre 138/76 et 120/71 mmHg, Pouls = 98bpm, Poids= 75kg, température à 36°9.

L'examen physique retrouve une patiente avec douleur pelvienne provoquée légère à modérée mais sans défense. L'examen au spéculum met en évidence des métrorragies minimales faites de sang noirâtre provenant de l'endocol. Les parois cervicale et vaginale sont macroscopiquement saines. Une échographie endovaginale et abdomino-pelvienne faite en urgence retrouve un utérus vide avec masse latéro-utérine droite de 34mm sans structure embryonnaire objectivée, ni d'épanchement intra-péritonéal. Les B HCG dosés sont revenus positifs à 1633mUI par ml avec une Progestéronémie à 5ng par ml. La patiente est alors hospitalisée avec surveillance clinique, biologique et échographique. Quarante huit heures (48H)après l'hospitalisation :

-L'examen clinique retrouve une patiente stable au plan hémodynamique par rapport à

l'examen initial et une douleur pelvienne d'intensité modérée.

-Au plan biologique : Les BHCG étaient à 2008mUI par ml et la Progestéronémie à 8ng par ml.

-L'échographie retrouve un utérus vide et une masse latéro-utérine droite de 36mm et absence d'épanchement intrapéritonéal.

Il a été alors suspecté une grossesse extra-utérine droite non rompue paucisymptomatique. Un traitement médical par Méthotrexate à raison de 1mg/kg/ en intra musculaire (soit 75mg de Méthotrexate) a été administré avec consigne d'usage (à savoir consulter en urgence sans délai si douleur intense, vertiges, syncope et sensation d'affaiblissement) et un rendez-vous à J4 et J7 post Méthotrexate pour évaluation clinique biologique et échographique.

### Les conditions remplies avant de décider du traitement médical étaient :

- Un accord obtenu de la patiente ;
- Conditions de surveillance en ambulatoire réunies : patiente hospitalisée ;
- Etat hémodynamique stable ;
- Absence d'épanchement intra péritonéal ;
- Douleur pelvienne modérée ;
- Absence d'embryon avec activité cardiaque visible ce jour en extra utérine ;
- Une masse latéro utérine de taille <40mm ;
- BHCG<5000mUIpar ml;
- Plaquettes>100000 par mm<sup>3</sup> ;
- Leucocytes>2000 par mm<sup>3</sup> ;
- Créatinine normale ;
- Enzymes hépatiques (ALAT ou ASAT) normales;
- Un score de Fernandez évalué à 11 (voir Tableau I).

L'évaluation à J4 retrouve une patiente avec état hémodynamique stable, des B HCG à 2150mUI/ml et une masse latéro-utérine de 38 mm, épanchement intra péritonéal de 18mm à l'échographie. La patiente a été mise en observation. Le lendemain, à J6 soit la veille de son rendez-vous ordinaire (prévu dans le protocole) à J7, la patiente a signalé une douleur pelvienne qu'elle décrit comme étant brutale et atroce car évaluée à 9/10 selon l'échelle visuelle analogue (EVA). La Température était à 110/60 mm Hg, Pouls à 120bpm, et la Température à 36°C.L'examen physique note une défense pelvienne.

L'échographie met en évidence un épanchement intra- péritonéal abondant de 49mm avec un utérus vide à l'échographie et des BHCG à 2300UI.Le diagnostic de grossesse extra utérine rompue après échec du traitement médical au Méthotrexate a été posé. Le traitement chirurgical coelioscopique a été alors envisagé et réalisé. Au cours de cette coelioscopie une GEU (sous forme de sac gestationnel avec un caillot sanguin sans structure embryonnaire nettement

individualisée) tubaire droite rompue a été mise en évidence. Une salpingectomie droite a été réalisée. La trompe controlatérale était d'aspect inflammatoire. L'examen histologique de la pièce opératoire a mis en évidence la présence d'une structure trophoblastique avec granulome bilharzien autour d'œufs de schistosoma haematobium centrants les nodules de sténoses. Ces œufs en involution sont calcifiés. La patiente a été mise sous Praziquantel 60 mg, comprimé à raison 40mg par Kilogramme (Kg) soit 5 comprimés (pour 75kg) en prise unique par voie orale. Les suites post opératoires ont été simples et la patiente fut sortie de l'Hôpital avec un taux décroissant de B HCG dont la surveillance hebdomadaire en externe a abouti à la négativation au bout de quatre(4) semaines.

Une échographie pelvienne réalisée à distance était revenue normale.

### DISCUSSION

**Epidémiologie [11] :** La bilharziose ou schistosomiase est une maladie parasitaire à vers plat d'Afrique et d'Asie à transmission urinaire ou fécale dans les eaux douces. On compte 230 millions de personnes atteintes à travers le monde. Il existe trois types de vers: schistosoma Mansoni (tropisme intestinal), Haematobium (tropisme urinaire) et Japonicum (tropisme artério-veineux). Dans les eaux douces, la larve de schistosoma pénètre dans l'organisme de son hôte par voie transcutanée, migre dans la circulation sanguine et y devient adulte. Elle pond des œufs qui migrent à travers la paroi d'un organe creux (intestin, vessie) et sont éliminés dans les selles ou les urines. Le traitement est médical et repose sur une prise unique par voie orale de Praziquantel dosé à 60 mg à raison de 40mg par Kg, soit un comprimé pour 15 Kg. La contamination génitale se fait par le biais d'anastomoses vasculaires entre la vessie et l'appareil génital féminin. Les œufs de schistosoma peuvent se nicher dans les trompes et entraînent une fibrose classique avec une inflammation provoquant l'obstruction partielle ou totale de celles-ci. Les grossesses extra -utérines (GEU) d'origine parasitaire sont fréquentes en Afrique et sont souvent découvertes devant un tableau d'hémopéritoine. La bilharziose atteint aussi les voyageurs avec une atteinte urinaire plus fréquente (hématurie, infections urinaires) que l'atteinte génitale.

**Revue de la littérature :** Les atteintes génitales de la bilharziose sont connues et peuvent toucher les ovaires, l'utérus, la vulve, le vagin, le col utérin et les trompes. Les grossesses extra utérines (le plus souvent rompues avec un hémopéritoine) sont fréquemment rapportées dans la littérature, mais uniquement dans les populations

africaines [1, 2,11]. Néanmoins quelques cas ont été rapportés dans la littérature Indienne, Brésilienne et Française [3,11]. Un seul cas de GEU bilatérale synchrone est relaté chez une femme Nigérienne [2] et un autre cas de GEU tubaire successive au cours de deux cycles successifs chez une touriste Française [11]. Peu d'articles relatent les atteintes génitales chez les voyageurs femmes. Ces atteintes sont majoritairement urinaires [4].

On retrouve quelques cas de bilharzioses tubaires rapportés dans la littérature: l'une chez une Britannique et deux autres chez deux Françaises, découverts sur pièces opératoires de salpingectomies pratiquées pour douleurs pelviennes [5, 6,11]. Deux cas de bilharziose vulvaire ont été décrits dont l'une chez une Britannique également après s'être baignée dans le Lac Malawi [7, 8]. Il n'est rapporté que trois cas de GEU sur bilharziose tubaire chez un voyageur. Il s'agit :

- D'une Australienne de 34 ans, qui avait voyagé une dizaine d'années plus tôt au Lac Victoria et au Malawi ;
- D'une Anglaise de 37 ans après coelioscopie ;
- Et enfin d'une Française, après un voyage touristique au Mali [9, 10, 11].

**Prise en charge :** Le cas clinique que nous vous rapportons obéissait à tous les critères d'éligibilité du traitement médical de la GEU. Laroche J et Coll. [11] ont rapporté un cas où la taille échographique de la masse latéro utérine et la présence d'épanchement les avaient emmenés à opter pour un traitement chirurgical avec découverte fortuite de bilharziose tubaire chez une patiente jusque-là totalement asymptomatique. Ces mêmes auteurs rapportent chez la même patiente une récurrence de la GEU dès le cycle suivant (devant l'absence de prise de contraceptif) suivant sur la trompe controlatérale. Laroche et Coll. [11] avaient préféré un traitement chirurgical conservateur (salpingotomie).

Dans notre cas le contexte clinique nous a emmenés à pratiquer une chirurgie radicale en réalisant une salpingectomie. Il n'a pas été décrit de cas de GEU successives à l'heure actuelle sur bilharziose. Il existe peu de publications utilisant un traitement conservateur et/ou médical par Méthotrexate pour une GEU sur bilharziose tubaire.

Laroche J et Coll [11] ont rapporté un cas de traitement médical par Méthotrexate d'une GEU sur bilharziose tubaire après traitement chirurgical conservateur type salpingotomie.

**Devenir obstétrical après bilharziose génitale :** Quelque cas de grossesses après bilharziose tubaire ont été rapportés dans la littérature. Ainsi Laroche et Coll. [11] ont rapporté un cas de grossesse spontanée menée à terme plusieurs années après deux GEU tubaires successives dans un contexte de bilharziose tubaire. Pour le cas que nous vous

rapportons, nous n'avons pas eu assez de recul nécessaire pour apprécier le devenir obstétrical de cette patiente.

**Tableau I :** Score pour le traitement médical de la GEU d'après Fernandez H [12].

	1	2	3
Terme en jours d'aménorrhée	>49	42-49	≤42
βHCG plasmatiques(mUI /ml)	≤100 0	1000- 5000	>5000
Progestéronémie(n g/ml)	≤5	5-10	>10
Douleur	Abse nt	Provoq uée	Sponta née
Hématosalpinx en cm	≤1	1-3	>3
Hémopéritoine en ml	0	1-100	>100

### CONCLUSION

La GEU dans un contexte de bilharziose est exceptionnelle chez L'Européenne d'une manière générale et de façon singulière chez la Française dehors d'un séjour en milieu Africain sub-saharien où sévit la maladie à l'état endémique. La salpingectomie per coelioscopique a été pratiquée devant l'échec du traitement médical.

### REFERENCES

1. **Woto-Gaye G, Moreau JC, Mendes V, Boye CS, Rupari L, Diadhiou F, Ndiaye PD.** Grossesses extrautérines et bilharziose tubaire au Sénégal: à propos de 3 cas. *Médecine d'Afrique Noire.* 2000;47(6):307-309.
2. **Odubamowo KH, Akinpelu OM, Lawal OO, Okolo CA, Odukogbe AA, Adekunle AO.** Bilateral tubal gestation associated with schistosomiasis in a African woman. *Case report Obstet Gynecol.* 2014;2014:674514.
3. **Orlandini LF, Munhoz AS, Nogaroto M, Galão EA, Bagarelli LB, Oliani AH, Orlandini LF.** Tubal schistosomiasis in Brazilian women: a case report. *Prague Med Rep.* 2009;110(3):250-4.
4. **Meltzer E, Artom G, Marva E, Assous MV, Rahav G, Schwartz S.** Schistosomiasis among travelers: new aspects of an old disease. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(11):1696-1700.
5. **Crump JA, Murdoch DR, Chambers ST, Aickin DR, Hunter LA.** Female genital schistosomiasis. *J Travel Med.* 2000;7(1):30-2.
6. **Morice P, Gadonneix P, Van den Akker M, Antoine M, Villet R.** Tubular bilharziosis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1993;22(8):848-850.
7. **Catteau X, Fakhri A, Albert V, Doukoure B, Noël JC.** Genital schistosomiasis in European women. *ISRN Obstetrics and gynecology.* 2011;2011:242140.

**8.Carey FM, Quah SP, Hedderwick S, Finnegan D, Dinsmore WW, Maw RD.** Genital schistosomiasis. Int J STD AIDS. 2001;12(9):609-11.

**9.Sheorey H, Charles PG, Pyman J.** Ectopic schistosomiasis in a returned traveler. J Travel Med. 2004 Jul-Aug;11(4):251-2.

**10.Laxman VV, Adamson B, Mahmood T.** Recurrent ectopic pregnancy due to Schistosomahematobium. J ObstetGynaecol. 2008;28(4):461-2.

**11.Laroche J, Mottet N, Malincenco M, Gay C, Roger PY, Riethmuller D.** Grossesses extra utérines successives et bilharziose tubaire chez une touriste française. J Pan Afr Med. 2016 ; Vol 23, 18.

**12.Fernandez H, Bourget P, Ville Y, Lelaidier C, Fridman R.** Treatment of ruptured tubal pregnancy with methotrexate : pharmacokinetic analysis of local versus intramuscular administration. FertilSteril 1994; 62:947-7.