

Polype bilharzien vésical de découverte fortuite : cas clinique

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 25 ans aux antécédents de fibrome utérin non compliqué et de tabagisme actif (2 à 3 PA). Lors de son suivi gynécologique, une échographie pelvienne met en évidence un polype de 14 mm du plancher vésical (fig. 1) alors que la patiente est asymptomatique.

La résection trans-urétrale de ce polype est effectuée, sans complications. L'analyse anatomopathologique met en évidence une inflammation intense (éosinophile) du tissu vésical, et des structures parasitaires pouvant évoquer des œufs de schistosomes (fig. 2). L'examen parasitologique des urines n'a pas été réalisé mais la sérologie de la bilharziose est positive. Il s'agit très vraisemblablement d'une infection subaigüe à *Schistosoma haematobium*.

A la lumière de ces données, l'interrogatoire de la patiente retrouve un séjour 6 mois auparavant à Madagascar (bain infectant en rivière), mais sans notion de dysurie ou d'hématurie. La patiente a été traitée par une dose unique de praziquantel (40 mg/kg).



Fig. 1 - Echographie pelvienne : polype périmétatal du plancher vésical de 14 mm.

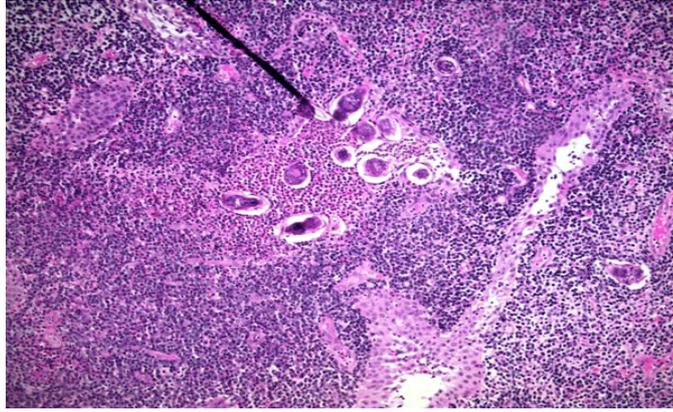


Fig. 2 - Anatomopathologie du polype (HES x100) : tissu vésical inflammatoire éosinophile, et œufs de schistosomes.

Questions

- 1 - Quel est votre diagnostic ? Sur quel examen paraclinique repose ce diagnostic ?
- 2 - Quels examens complémentaires auraient permis un diagnostic de l'espèce du parasite en cause ?
- 3 - Quelles sont les complications urologiques de cette parasitose ?
- 4- Quelle est la zone géographique ?
- 5 - Comment se fait la contamination ?
- 6 - Quel est l'intérêt de la sérologie ?
- 7 - Y a-t-il une relation entre le fibrome de l'utérus et la schistosomose uro-génitale?
- 8 - Quel en est le traitement ?
- 9 - Quelle est la prévention individuelle de cette parasitose ?

Réponses

1- La mise en évidence d'un polype vésical à l'échographie pelvienne lors d'un contrôle de fibrome utérin, pose le problème d'une tumeur de vessie, les polypes vésicaux pouvant être bénins, malins ou intermédiaires. Il n'y avait aucun signe clinique d'appel : ni hématurie, ni trouble de la miction. Le diagnostic a été porté après la résection trans-urétrale de la vessie (RTUV) par l'examen anatomo-pathologique du polype vésical qui a mis en évidence des œufs de schistosomes : il s'agit d'un polype bilharzien.

2 - Il n'a pas été possible de reconnaître l'espèce de schistosome à l'examen anatomo-pathologique, même si la localisation du polype est en faveur d'œufs de *Schistosoma haematobium*. La recherche d'œufs dans les urines (technique de Kato-Katz) et/ou une biopsie de muqueuse rectale auraient pu apporter le diagnostic d'espèce en objectivant des œufs à éperon terminal.

3 - Les complications urologiques de la schistosomose urogénitale se font à bas bruit et sont révélées par l'échographie abdominale, examen de première intention pour explorer les conséquences de l'infection sur l'appareil urinaire. Ce sont des calcifications des parois vésicales et des bas uretères, un syndrome de petite vessie, une urétéro-hydronephrose uni ou bilatérale. L'association schistosomiase urogénitale et cancer de la vessie est connue depuis longtemps, en particulier en Egypte : il s'agit en général d'un cancer de l'homme jeune, de type épidermoïde.

4 - La schistosomose uro-génitale sévit en Afrique sub-saharienne des régions arides situées au sud du Sahara jusqu'en Afrique australe, dans les régions nord et ouest de Madagascar et à l'île de Zanzibar. Elle est absente des Comores, de La Réunion et a été éradiquée à l'île Maurice. Elle n'est plus transmise au Maroc et en Tunisie, mais persisterait en Algérie et en Lybie. Elle reste très prévalente en Egypte et est signalée dans quelques foyers en Arabie saoudite et au Yémen. Pour mémoire, quelques cas ont été rapportés chez des touristes après des bains en rivière en Corse en 2014.

5 - La contamination se fait par voie transcutanée avec l'eau douce souillée par les urines d'un sujet infecté. La cystoscopie, si elle est pratiquée, met en évidence au niveau de la vessie des lésions granulomateuses évolutives allant des lésions primaires (semis de granulations brillantes, réfringentes, de

la taille d'une tête d'épingle, grains de semoule), lésions secondaires de type "acné", lésions tertiaires "en tapis sableux", jusqu' aux lésions tumorales framboisées (bilharziomes) réalisant des polypes vésicaux.

6 - En phase d'invasion, avant la ponte ovulaire, la sérologie permet le diagnostic. La recherche d'anticorps spécifiques anti-bilharziens se fait par l'hémagglutination et la méthode ELISA. Il convient d'associer les deux méthodes. La sérologie des bilharzioses se positive tardivement, en moyenne 46 jours après le bain infectant. Il ya des réactions croisées avec les cestodoses.

7 - L'atteinte génitale est fréquente lorsque *S. haematobium* est en cause, d'où le nom de schistosomose uro-génitale. Les œufs de *S. haematobium* peuvent être retrouvés sur tout l'appareil génital. Les lésions proliférantes ou ulcérées siègent préférentiellement à la vulve, au vagin et au col de l'utérus. L'association fibrome utérin - schistosomiase n'a pas fait l'objet d'études, à notre connaissance.

8 - Le traitement des schistosomiasis est le praziquantel (Biltricide) qui est actif sur les schistosomules de 2 jours et les vers adultes. Entre ces deux stades, son efficacité est très réduite. Administré trop précocement, avant le 28^{ème} jour, le praziquantel est inefficace.

Il se présente en comprimés quadri-sécables à 600 mg, la posologie classique est de 40 mg/kg, en prise unique. Outre l'inefficacité d'une dose trop précoce de praziquantel, l'intérêt d'une dose de 60 mg avec 2 administrations à un mois d'intervalle est actuellement souligné. Les femmes enceintes ou qui allaitent peuvent être traitées.

9- La prévention individuelle repose sur l'évitement de tout contact avec les eaux douces. Les voyageurs doivent être informés sur la maladie avant leur départ en zone d'endémie. La mise à disposition d'un vaccin n'est pas envisageable à court terme.

Commentaires sur le cas clinique

Il s'agit d'un cas instructif, montrant une découverte asymptomatique d'une schistosomiase urinaire au cours d'un examen gynécologique de routine. Bien que la patiente n'ait pas décrit d'hématurie macroscopique, signe classique dans cette pathologie, l'ECBU a mis en évidence une hématurie microscopique.

Initialement, lors de la première consultation la patiente n'a pas spontanément décrit de voyages, mais à la lumière des examens anatomopathologiques du polype vésical, on retrouvait à l'interrogatoire des voyages fréquents à Madagascar.

Références

- Chai J.Y. Praziquantel treatment in trematode and cestodeinfections: an update. Infect Chemother 2013; 45 : 32-43.
- Colley D.G., Bustinduy A.L., Secor W.E., King C.H. Human schistosomiasis. Lancet 2014; 383: 2253-2254- Chai J.Y. Praziquantel treatment
- Develoux M. Bilharzioses. EMC - Maladies infectieuses 2015 ; 12(3) : 1-12 [Article 8-513-A-10].
- Olveda R.M., Acosta L.P., Tallo V. et coll. Efficacy and safety of praziquantel for the treatment of human schistosomiasis during pregnancy: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Infect Dis. 2016; 16: 199-208.

Auteurs : Dr Gautier Hoarau, Dr Sebastien Duquenne, Dr Jean-François Dessyn, Pr Pierre Aubry (Texte revu le 13/10/2016).