

Une « colique néphrétique » révélant une bilharziose urogénitale

A “Renal Colic” revealing an Urogenital Schistosomiasis

N. Cury · V. Lasne · P.C. Thiebaud

Reçu le 18 juillet 2017 ; accepté le 9 octobre 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Introduction

La bilharziose est une parasitose tropicale due à des vers trématodes, les schistosomes. C’est la deuxième infection parasitaire mondiale après le paludisme. L’OMS estime qu’elle affecte 250 millions de personnes dans le monde et qu’elle en tue 20 000 à 200 000 chaque année [1]. L’agent de la bilharziose urogénitale est *Schistosoma haematobium*. Celle-ci est endémique en Afrique et au Moyen-Orient [2,3]. En France, les cas de bilharziose sont rares et diagnostiqués essentiellement chez des touristes, des expatriés et des migrants en provenance de zones endémiques. En 2014, plus d’une centaine de cas autochtones ont tout de même été identifiés, suite à une baignade dans le Cavu, une rivière située en Corse du Sud [4]. Nous rapportons le cas d’un patient originaire d’une zone d’endémie, qui nous rappelle les complications potentielles de cette pathologie tropicale mal connue dans notre pays.

Cas clinique

Un homme de 32 ans d’origine sénégalaise, en France depuis deux ans, consulte aux urgences pour une douleur lombaire gauche irradiant dans le flanc gauche, d’apparition brutale, associée à des nausées sans vomissement. L’hémodynamique est stable et le patient apyrétique. L’examen clinique retrouve une douleur à la percussion de la fosse lombaire gauche. La bandelette urinaire est négative (ni leucocyturie, ni hématurie, ni protéinurie). Il n’y a pas de syndrome inflammatoire biologique et la fonction rénale est normale. Le diagnostic de colique néphrétique semble alors confirmé par l’échographie réalisée par le médecin urgentiste, retrouvant une dilatation des cavités pyélocalicielles gauches, sans

lithiase visualisée. Soulagé efficacement aux urgences, le patient rentre à son domicile avec un traitement associant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (ketoprofène LP 100 mg matin et soir) et des antalgiques conventionnels (paracétamol 1 g toutes les six heures, tramadol LP 100 mg matin et soir). Il consulte à nouveau le lendemain pour récurrence d’une douleur lombaire gauche intense. L’examen clinique est inchangé. Un uroscanner est demandé à la recherche d’une colique néphrétique compliquée. Il montre une dilatation des cavités pyélocalicielles gauches (pyélon à 31 mm) sans calcul visualisé, ainsi qu’une calcification vésicale et urétérale bilatérale (Fig. 1) évoquant une bilharziose urogénitale. Un traitement par praziquantel (40 mg/kg en une prise unique) est alors débuté et un suivi infectieux et urologique organisé. La sérologie bilharziose est négative, tout comme la recherche d’œufs dans les urines. Une pose de sonde JJ est réalisée quelques semaines plus tard. La cystoscopie retrouve une vessie blanchâtre et cartonnée sur 90 % de sa surface. Les biopsies vésicales confirment le diagnostic par la présence de nombreux œufs de bilharziose dans un chorion légèrement inflammatoire. Nous apprenons a posteriori que le patient avait consulté différents services d’urgence à plusieurs reprises depuis plus d’un an pour une douleur basithoracique ou du flanc gauche, dont les explorations (électrocardiogrammes, radiographies thoraciques, bandelettes urinaires, bilans biologiques) étaient restées négatives.

Discussion

L’infection à *Schistosoma haematobium* est due à la pénétration cutanée des formes immatures du parasite, les furcocercaires, lors d’une baignade dans une eau douce infestée [1-3]. Dans l’organisme, les larves se développent puis à l’âge adulte, migrent vers les plexus veineux vésicaux via la circulation générale. Quelques semaines plus tard, les femelles pondent des œufs qui, par un processus d’histolyse, sont déplacés à travers les tissus. Certains atteignent la lumière vésicale et sont éliminés dans les urines, ce qui participe à la poursuite du cycle par contamination des sources

N. Cury · V. Lasne · P.C. Thiebaud (✉)
Service des urgences, hôpital Saint-Antoine, Assistance Publique
Hôpitaux de Paris (APHP), 184 rue du Faubourg Saint-Antoine,
75012 Paris, France
e-mail : pc.thiebaud@hotmail.fr



Fig. 1 Tomodensitométrie abdominopelvienne sans injection en coupe axiale, montrant des calcifications et irrégularités de la paroi vésicale (A, flèches) et des uretères droit et gauche (B, flèches), évoquant une bilharziose urogénitale

d'eau douce, les œufs infectant alors leur hôte intermédiaire, un mollusque appelé bulin, qui libérera plus tard les furcocercaires. D'autres sont piégés et meurent dans les parois du tractus urogénital et seront responsables des lésions chroniques de la bilharziose urogénitale. Certains œufs peuvent enfin être relargués dans la circulation générale et être responsables de localisations inhabituelles de bilharziose. Une dermatite cercarienne, éruption maculopapuleuse prurigineuse transitoire, peut exister dans les heures qui suivent la pénétration cutanée des larves, mais cette phase est le plus souvent asymptomatique. Chez les patients non immunisés, la phase d'invasion ou « bilharziose aiguë » se manifeste dans les semaines suivant l'infection par une réaction inflammatoire associant des signes aspécifiques tels que fièvre, asthénie, myalgies, céphalées, toux, éventuellement troubles digestifs [1-3]. La bilharziose urogénitale à la phase d'état est caractérisée par une hématurie, classiquement terminale, souvent associée à une dysurie ou une pollakiurie. L'évolution de cette « bilharziose chronique » se fait vers la fibrose et la calcification de la vessie et des uretères, responsable d'une uropathie obstructive avec urétérohydronéphrose. Les infections urinaires sont fréquentes et des atteintes rénales chroniques sont retrouvées dans les cas avancés. Il existe également une association significative

entre bilharziose et cancer vésical (carcinome à cellules squameuses). Chez l'homme, la schistosomose génitale peut être révélée par une hémospémie, une orchio-épididymite ou une prostatite. La femme peut présenter des lésions de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus. La maladie est responsable d'impuissance, de stérilité et favoriserait la transmission du virus de l'immunodéficience humaine [1-3].

Le diagnostic de certitude est la détection d'œufs dans les urines ou dans les biopsies vésicales. Les sérologies sont assez informatives chez les patients ne vivant pas en zone d'endémie et peuvent parfois rester positives longtemps. La radiographie abdominale sans préparation peut montrer des calcifications vésicales typiques (« vessie porcelaine »). L'échographie est très utile, notamment en zone d'endémie, au vu de son faible coût [2]. Elle peut montrer des calcifications, un épaississement pariétal diffus ou localisé et des irrégularités muqueuses vésicales [5], et permet d'évaluer le retentissement rénal. Le scanner confirme et précise la localisation des calcifications et permet l'analyse du parenchyme rénal. Il est l'examen de référence dans les pays occidentaux, mais est peu utilisé dans les zones endémiques en raison de son coût [3,5]. Le praziquantel est le traitement de choix, actif contre toutes les formes chroniques de schistosomose. Il est efficace, sûr et ne coûte pas cher. La lutte contre la bilharziose repose d'ailleurs sur le traitement à grande échelle des groupes de population à risque, ainsi que l'éducation sanitaire et l'amélioration du traitement des eaux usées [2,3]. Le traitement chirurgical est réservé à certaines complications urologiques.

En conclusion, la bilharziose urogénitale est à rechercher devant une symptomatologie évocatrice (hématurie ou autres signes fonctionnels génito-urinaires) chez les patients en provenance d'une zone d'endémie, un traitement précoce permettant de limiter les complications et la nécessité d'une prise en charge chirurgicale.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (2016) Bilharzioses ou schistosomoses. In: ePilly Trop 2016. Alina plus pp 798-807
2. Gryseels B (2012) Schistosomiasis. Infect Dis Clin North Am 26:383-97
3. Develoux M (2015) Bilharzioses. EMC - Maladies Infectieuses 12:1-12
4. Agence régionale de santé de Corse (2017) La bilharziose urogénitale, maladie émergente en Corse ? <https://www.corse.ars.sante.fr/la-bilharziose-urogenitale-maladie-emergente-en-corse> (Dernier accès le 1^{er} juillet 2017)
5. Faucher V, Delomez J, Puech P, et al (2004) Bilharziose urogénitale : diagnostic par imagerie. J Radiol 85:769-72