

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNÉE 1988

N° 22

**La Localisation Cutanée de la Bilharziose
à Bamako (à propos de 24 cas)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ devant

l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

PAR :

Idrissa Mamadou DIABATÉ

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Examineurs

Président : Professeur Aliou BA

Membres { **Docteur Ogobara DOUMBO**
Docteur Eric RICHARD
Docteur Sonoussi NANAKASSÉ

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989

Professeur Aliou BA
Professeur Bocar SALL
Docteur Hubert BALIQUE
Demba DOUCOURE
Hama B. TRAORE

Directeur Général
Directeur Général Adjoint
Conseiller Technique
Secrétaire Général
Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mahamadou Lamine TRAORE

Chef de D.E.R. Chirurgie
Générale - Médecine Légale
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Secourisme

Professeur Aliou BA

Professeur Bocar SALL

Professeur Mamadou DEMBELE

Professeur Abdel Karim KOUMARE

Professeur Sambou SOUMARE

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA

Docteur Mme SY Aïda SOW

Docteur Abdoul Alassane TOURE

Docteur Kalilou OUATARA

Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Urologie

Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
	Soins infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologue
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologue
Docteur Alhouséini AG MOHAMED	O.R.L.L.
Docteur Madani TOURE	Chirurgie Infantile
Docteur Tahirou BA	Chirurgie Générale
Docteur Mamadou DOLO	Chirurgie Générale
Docteur Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Mme Fantan KONIPO	O.R.L.
Docteur Nouhoum BA	Chirurgie Générale
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Chirurgie

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie - Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Sidy Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE Chef de DER	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréssi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Issa TRAORE	Radiologie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Eric Pierre COUDRAY	Psychiatrie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Gérard GROSSETETE	Dermatologie-Léprologie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie - Médecine Interne
Docteur Sidi Mohamed SALL	Cardiologie

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Souminta M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie Histologie-Embryologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéyia Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Zoologie-Généétique

3. DOCTEURS 3^{ème} CYCLE

Professeur Boubou DIARRA	Microbiologie
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique-Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Professeur Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie Humaines
Professeur Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Yéya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sidéye MAIGA	Parasitologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Gaoussou KANOUE

Chimie Analytique

Docteur Hama CISSE

Chimie Générale

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO

T.P. Microbiologie

Docteur Amadou TOURE

Histo-Embryologie

Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP

T.P. Anatomie

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA

Diététique - Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE, Chef de D.E.R. Toxicologie
Professeur Mamadou KOUMARE Matière Médicale
Pharmacologie

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boukassoum HAIDARA Législation et Gestion
Pharmaceutique
Docteur Boubacar KANTE Pharmacie Galénique
Docteur Elimane MARIKO Pharmacodynamie
Docteur Souleymane DIA Pharmacie Chimique
Docteur Alou KEITA Pharmacie Galénique
Docteur Arouna KEITA Matière Médicale
Docteur Souleymane GUINDO Gestion

3. DOCTEURS 3^{ème} CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS ET AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA, Chef de D.E.R. Santé Publique
Docteur Hubert BALIQUE Maître de conférence Agrégé en Santé
Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA Santé Publique
Docteur Georges SOULA Santé Publique
Docteur Pascal FABRE Santé Publique

3. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
(Ingénieur Sanitaire)

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie
Docteur Guy BECHIS Biochimie
Professeur François MIRANDA Biochimie
Professeur Alain GERAULT Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT Pharmacie Galénique
Docteur François TOUX Biophysique
Docteur Alain LAURENS Pharmacie Chimique
Monsieur El Hadj Makhtar WADE Bibliographie
Professeur Pierre Jean REYNIER Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Jean Pierre BISSET Biophysique
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER Anatomie-Physiologie
Humaines.

D E D I C A C E S

A la mémoire de mon père Mamadou DIABATE.

A ma mère et ma tante Coumba,
pour les efforts qu'elles ont consentis à la réalisation de
mes études et celles de mes frères ; qu'elles trouvent ici le
témoignage de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

A mes frères et soeurs,
que ce travail puisse nous unir davantage.

A Oumou ma fiancée,
avec toute ma tendresse et mon amour.

A mes beaux parents et proches parents.

A mes amis.

A tous les camarades de la promotion.

A tous les miens,
avec toute mon affection.

R E M E R C I E M E N T S

A travers le présent travail, nous nous sommes attaqués à un aspect clinique peu fréquent de la bilharziose. C'est ainsi que nous avons eu recours à la compétence du personnel et des techniciens des services :

Du Laboratoire de biologie médicale de l'Institut Marchoux,

De la médecine interne de l'Hôpital du Point G,

De l'Institut National de Recherche en Santé Publique (G.T.Z.),

Du Département d'anatomopathologie :

. Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN (France),

. Hôpital d'Instruction des Armées DU VAL DE GRACE
(France),

. Hôpital ST LOUIS (France),

. Hôpital d'Instruction des Armées DOMINIQUE LARREY
(France).

A tout le personnel de l'Unité de Dermatologie de l'Institut Marchoux :

Dr Sominta KEITA,

Dr KONARE Habibatou,

Dr SAWADOGO N. O.,

Aux amis FOMBA et TALL,

La soeur Dorothee DUPE,

III

Mme KEITA Oumou,

Nestor KONE,

Mamadou FOMBA.

A tous, mes remerciements sincères et ma très profonde gratitude.

Au Docteur Gérard GROSSETETE, mon Directeur de Thèse,
Votre collaboration a fait naître en moi de nouvelles idées
concernant la pratique médicale.

J'ai connu en votre personne un médecin d'une compétence
extraordinaire mais aussi un homme aux dimensions sociales
inestimables : votre patience devant le patient, l'amour du
patient et de l'homme en général.

Malgré votre absence à ce jury, je tiens à vous renouveler tout
mon attachement et à vous témoigner ma très profonde gratitude.

Au Président et aux membres du Jury.

Au Président du Jury, le Professeur Aliou BA Doyen de la faculté,
Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.
Vous avez toujours su diriger cet établissement avec esprit tant
par vos qualités d'homme de science que par les qualités indispen-
sables à tout responsable pour conduire les hommes. Vous êtes
resté pour nous étudiants, un maître, un père et un conseiller ;
j'espère que l'image de marque que vous avez imprimée à cet
établissement demeurera un acquis.
Je vous remercie pour votre disponibilité en acceptant de présider
ce Jury.

Au Docteur O. DOUMBO, un nouvel espoir vient de naître avec votre
arrivée au sein du corps enseignant de cette école. J'espère que
cet espoir ira grandissant pour le bonheur des étudiants et pour
le prestige de cet établissement.
Acceptez mes sincères remerciements.

IV

Au Docteur Eric PICHARD, pour la réalisation du présent travail, votre apport a été considérable tant par la qualité de vos conseils que par l'aide matérielle fournie.

Vous avez insufflé aux étudiants une nouvelle dynamique quant à la compréhension et à l'exercice de la médecine.

Soyez en remercié de votre totale disponibilité.

Au Docteur Sanoussi NANAKASSE,

Votre rencontre a été d'un intérêt tout particulier pour moi en tant que clinicien dévoué, mais aussi par la qualité des conseils judicieux reçus.

Le département de dermatologie a connu un nouvel essor avec votre arrivée en son sein.

Acceptez mes sincères remerciements.

S O M M A I R E

	Pages
CHAPITRE 1 - INTRODUCTION	2
CHAPITRE 2 - RAPPEL SUR LA BILHARZIOSE	3
- Définition	3
- Historique	3-5
- Epidémiologie	6-16
- Clinique	17-19
- Physiopathologie	20-23
- Diagnostic	24-25
- Traitement	26-27
CHAPITRE 3 : NOS OBSERVATIONS	28
- Matériel et méthodes	28-30
- Etude analytique	31-54
- Tableau récapitulatif	54-bis
- Iconographie	
CHAPITRE 4 : COMMENTAIRES ET DISCUSSION	55
- Fréquence - Terrain - Origine Géographique ..	55-56
- Clinique	57-61
- Résultats	62
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	VI-IX

**LA LOCALISATION CUTANEE DE LA BILHARZIOSE
A BAMAKO : A PROPOS DE 24 CAS.**

Chapitre 1- INTRODUCTION

Les Bilharzioses restent un problème de santé très actuel au Mali et dans les régions sahéliennes en général, en raison de la multiplication des périmètres d'irrigation.

Les manifestations classiques de l'affection sont très variées, essentiellement urinaires, digestives, génitales ; mais elles sont volontiers pauci-symptomatiques voire latentes.

A coté de ces localisations habituelles, il existe des localisations plus rares de la bilharziose, en particulier au niveau de la peau. Ces localisations méritent d'être reconnues pour deux raisons :

- d'une part elles peuvent prêter à confusion avec d'autres affections dermatologiques ;
- d'autre part, facilement accessibles aux cliniciens, elles permettent un diagnostic et un traitement précoces de la bilharziose.

A propos de 24 cas de schistosomiase cutanée, il nous a paru intéressant d'insister sur la valeur de cette localisation pour le diagnostic précoce de cette affection, particulièrement chez l'enfant.

Après une brève revue de la littérature, nous examinerons les 24 cas observés sur une période de 18 mois, puis nous essayerons de dégager les aspects cliniques et épidémiologiques des localisations cutanées en comparant nos résultats avec ceux que nous avons relevés dans la littérature.

Chapitre 2- RAPPEL SUR L'AFFECTION

DEFINITION :

Les bilharzioses sont des affections parasitaires dues aux bilharzies ou schistosomes, vers plats parasites des plexus veineux viscéraux.

Les pontes ovulaires massives de ces parasites dans les veines irriguants certains organes entraînent des lésions et des troubles pathologiques variés. Le cycle évolutif des bilharzies fait intervenir obligatoirement des hôtes intermédiaires qui sont des mollusques gastéropodes d'eau douce et un hôte définitif qui est l'homme.

Maladies à transmission percutanée par l'intermédiaire des fèces et des urines, les bilharzioses sévissent sur le mode endémique dans les zones tropicales et subtropicales.

HISTORIQUE :

Dans le monde :

Déjà citée dans le papyrus d'Eber (1500 avant J.C.), l'existence de bilharziose à Schistosoma Roematoibium (SH) a été établie par la découverte d'oeufs calcifiés dans la vessie d'une momie égyptienne de la XX^e dynastie (plus de 1000 avant J.C.). Au Moyen Age, les médecins arabes parlent de "pissement de sang" des caravaniers revenant de Tombouctou et ces hématuries sont également signalées par les chirurgiens qui accompagnent Bonaparte en Egypte. Au 17^e siècle, la traite des noirs vers les colonies espagnoles et portugaises d'Amérique permet l'installation de Schistosoma Mansoni (SM) dans le Nouveau-Monde.

En 1852, Théodor BILHARZ découvre et décrit Schistosoma Roematosobium.

En 1904, Mansoni décrit les oeufs de Schistosoma Mansoni tandis que Katsurada, au Japon, découvre Schistosoma Japonicum (SJ).

Enfin, en 1934 Fisher, au Zaïre, individualise Schistosoma Intercalatum (SI).

Au Mali :

Historiquement, la bilharziose est connue au Mali depuis le XVII^e siècle. (De la Roucière 1924 : cité par S. DOUMBIA [9]). Beaucoup de travaux épidémiologiques furent menées par l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie pour évaluer la prévalence des schistosomiasés dans quelques cercles de la république, en particulier les travaux suivants :

- En 1975 DIALLO S., dans sa thèse : "Contribution à l'épidémiologie et à la lutte contre la schistosomiase dans les lacs artificiels du Mali" (7) estime que 1,2 % des consultants de l'hôpital de Niono étaient atteints de bilharziose en 1973 ; ce taux atteint 1,8 % en 1974. DIALLO signale que selon Ansari dans "Epidemiology and control of schistosomiasis", la plupart des foyers bilharziens seraient localisés tout le long du fleuve Niger et de ses affluents, avec la portion Ouest du fleuve Sénégal.

En 1940, le cercle de Gourma-Rharous présentait un taux de 75 % de bilharziose, 75 % de la population de Kayes était présumée atteinte.

En 1955, GAUD recense le taux de prévalence de SH dans 10 localités : le taux le plus élevé étant dans le secteur de Koulikoro avec 85 % de la population selon les statistiques de 1942 et le taux le plus faible à Bougouni (Kolomdiéba) avec 2 %. Il estimait le ~~taux~~ moyen d'infection au Mali à 35 %, tandis que DESCHIENS l'estimait à 47 %.

- En 1976 PLEAH B. dans sa thèse "Etat actuel de l'endémie bilharzienne à Schistosoma haematobium dans le cercle de Bandiagara" (2) a trouvé des taux très élevés : 15,6 % ; 76,9 % ; 80,1 % ; 80,9 % ; 95,6 % dans 5 villages.

- En 1980, KARAMBIRI B. dans sa thèse : "Contribution à l'étude épidémiologique des bilharzioses à Schistosoma mansoni et à Schistosoma haematobium dans la vallée du Oéouyanko : essai de traitement de masse par le praziquantel" (13), a donné un motif épidémiologique de la zone étudiée.

La vallée de Ouéouyanko constitue un foyer très actif de bilharziose à SM car, sur 256 sujets examinés 41,79 % excrètent des oeufs ; SH est également bien représenté, touchant environ 52,81 % des 89 sujets sélectionnés pour l'expérimentation.

- KONE D. dans sa thèse "Bilharziose et helminthoses intestinales : Evaluation épidémiologique avant la mise en eau du barrage de Sélingué" (14), a trouvé une prévalence ajustée de SH à 3,2 % pour 3649 sujets examinés (urines) alors que la prévalence ajustée de SM est de 0,95 % (examen des selles).

- DOUMBIA S. dans sa thèse "Etudes épidémiologiques et socio-économiques des schistosomiasés à SH et SM dans l'arrondissement de Nossombougou (cercle de Kolokani) (9) a pu établir un taux faible de 0,7 % pour SM à propos de 3198 examens de selles : tandis que la prévalence globale de SH dans les 49 villages était de 31,2 %.

- La GTZ (Office Allemand de Coopération Technique) entama à partir de 1979, les premières mesures de lutte pour réduire la prévalence de schistosomiase à moins de 20 % dans les zones d'action qui sont :

- . les villages riverains des barrages du plateau Dogon dans le cercle de Bandiagara ;
- . les périmètres irrigués (Niono, Kolongotomo) de l'Office du Niger ;
- . les lacs de retenue du barrage de Sélingué ;
- . les périmètres irrigués de Baguineda.

Les résultats de l'ensemble de ces travaux montrent une grande variabilité des prévalences instantanées mesurées dans les zones géographiques considérées comme homogènes ; leur extrapolation à l'ensemble de la population n'est donc pas possible.

EPIDEMIOLOGIE :- Situation systématique :

Maladies parasitaires abondamment répandues dans le monde (300 millions de cas environ), les bilharzioses reconnaissent pour agents les schistosomes, du groupe des trématodes dont toutes les espèces sont pathogènes.

Ce groupe comprend, selon la classification de LARUE en 1957 (6) :

- . la sous-classe des Monogènes (leur cycle fait intervenir un seul hôte), parasites externes d'animaux aquatiques tels que les poissons ou les grenouilles ;

- . la sous-classe des Digènes (leur cycle fait intervenir deux hôtes) : un hôte intermédiaire mollusque et un hôte définitif vertébré).

D'un point de vue médical, on divise ces digènes :

- .. En Douves (du foie, du poumon ou de l'intestin) parasite des épithéliums hermaphrodites, dont les oeufs sont operculés.

- .. En schistosomes, parasites des endothéliums chez lesquels les sexes sont séparés et dont les oeufs sont munis d'éperons. Ils produisent essentiellement des lésions au niveau de la vessie et du colon, mais aussi des uretères et du foie.

Parmi les 4 espèces de schistosomes pouvant évoluer chez l'homme jusqu'au stade adulte, seule SJ est totalement absente d'Afrique. Deux autres espèces : SM, agent de la bilharziose intestinale et hépatosplénique et SH, agent de la bilharziose urogénitale sont très répandues en Afrique où elles parasiteraient environ 75 millions d'individus (6).

La quatrième espèce, SI, agent de la bilharziose rectale n'est présente pour l'instant qu'en Afrique Centrale, en particulier au Zaïre et au Gabon.

- Morphologie des parasites :

Les vers adultes : ils vivent par couples, mâle et femelle, dans les veines abdominales profondes. Le mâle est plat, la femelle est cylindrique. La femelle se niche contre le mâle qui s'enroule autour d'elle pour former le canal gynécophore. Les vers adultes peuvent vivre jusqu'à 20 - 30 ans, mais leur longévité moyenne est plus courte, 3 à 8 ans environ.

S.H. : le mâle mesure 10 à 15 mm de long pour 0,75 à 1 mm de large. La femelle, plus longue, atteint 20 à 26 mm pour un diamètre de 0,25. Les vers vivent surtout dans le plexus périvericéral, autour de la vessie et des urtères (Figure I et II).

S.M. : les vers sont plus petits que S.H., le mâle mesure 6 à 13 mm de long et 1 mm de large, la femelle atteignant 7 à 17 mm, pour un diamètre de 0,25 mm. Les vers adultes se retrouvent essentiellement dans le système mésenterique inférieur (plexus hémorroïdai-re) et dans le système porte, exceptionnellement dans le plexus périvericéral.

Tableau I - CARACTERISTIQUES DES OEUFS DE SCHISTOSOMES D'APRES
HUNTER SWARTZENWELDER ET CLYDE.

Espèces	Longueur (en micromètres)	Largeur (en micromètres)	Eléments de diagnostic
<i>S. haematobium</i>	112-170 moy 150	40-70 moy 60	Eperon terminal
<i>S. mansoni</i>	114-170 moy 150	45-70 moy 60	Eperon latéral
<i>S. japonicum</i>	70-100 moy 89	50-70 moy 66	Petit éperon, ou simple protubérance souvent invisible
<i>S. intercalatum</i>	140-240	50-85	Eperon terminal

Les oeufs : Ils sont ovales, allongés, de grande taille pour des oeufs d'heminthes.

S.H. : Les oeufs mesurent 80 à 190 μ de long pour 45 à 60 μ de large et sont reconnaissables à leur éperon terminal. La femelle pond environ 20 à 290 oeufs par jour que l'on retrouve surtout dans les urines, mais assez souvent aussi dans les selles (Figure II) (Tableau I).

S.M. : Les oeufs, moins allongés, plus ovales que ceux de S.H., mesurent 110 à 175 μ de long pour 45 à 70 μ de large, et présentent un éperon latéral. Ces oeufs se retrouvent surtout dans les selles, exceptionnellement dans les urines (Figure III, Tableau I).

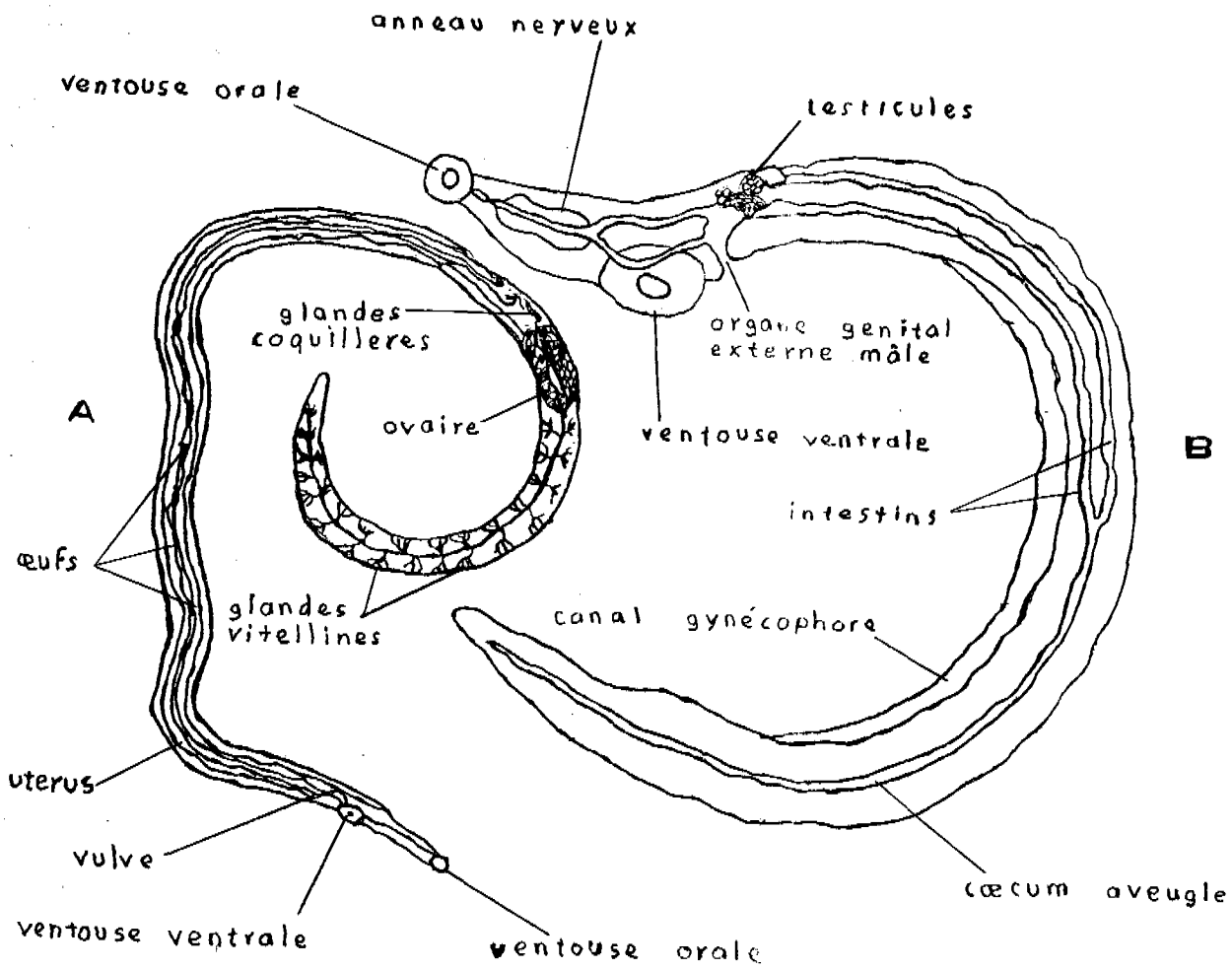
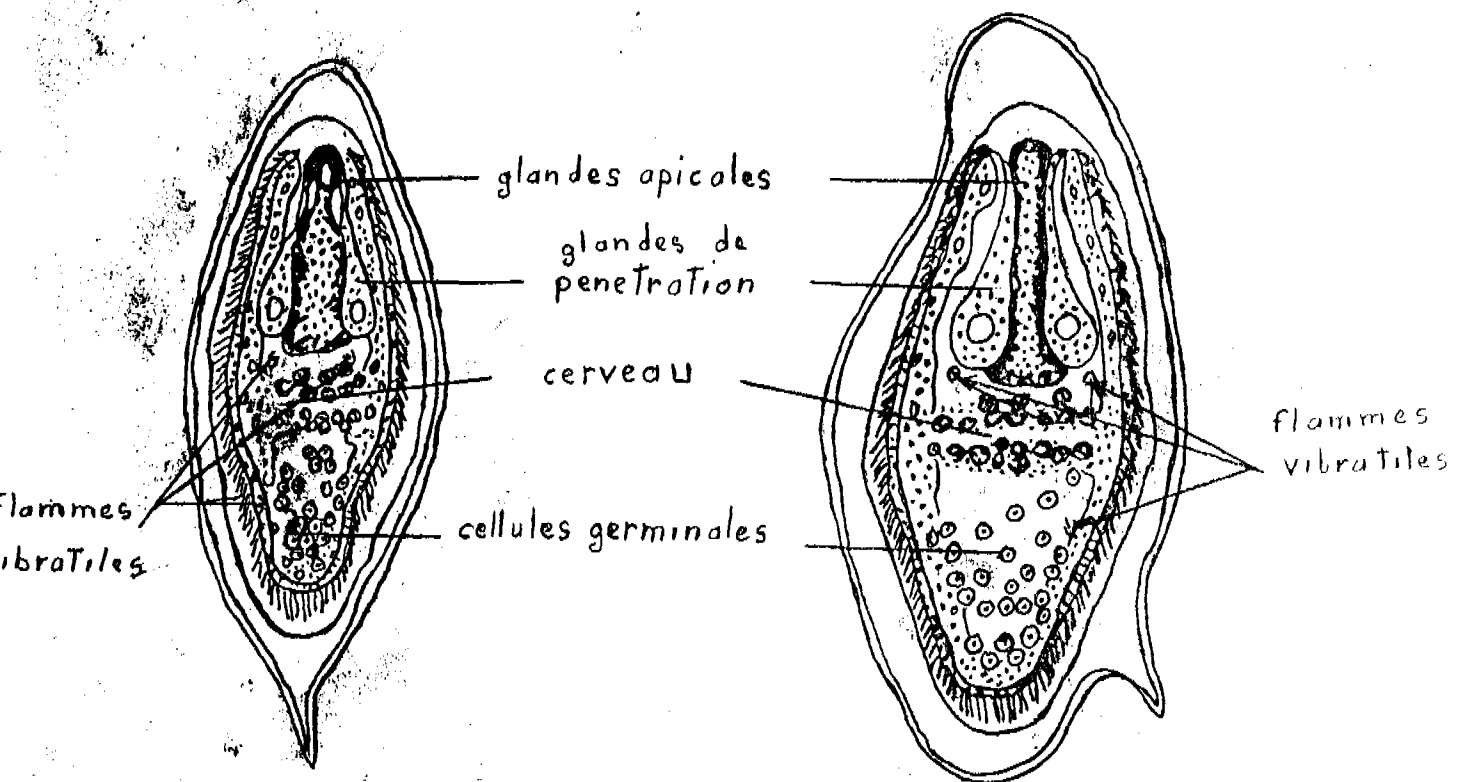
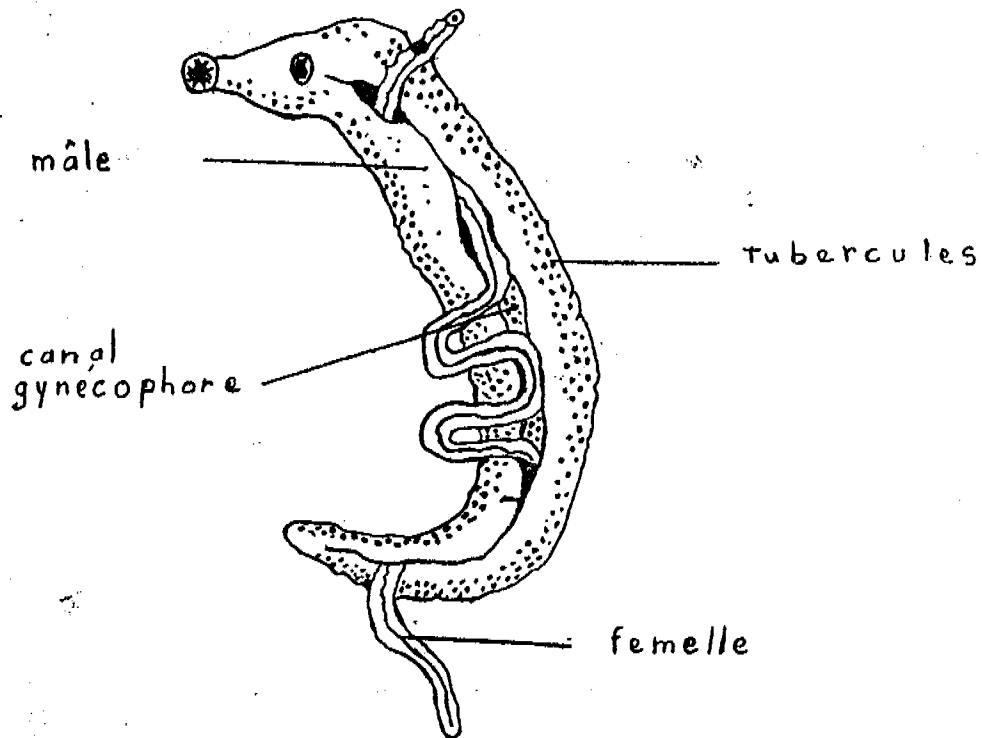


figure I

**COUPES LONGITUDINALES DE
S. HAEMATODEIUM: A - femelle
B - mâle**

Figure II

COUPLE DE SCHISTOSOMES ADULTES



œuf de
S. HÆMATOBIUM

œuf de S. MANSONI

Figure III : œufs de schistosomes

Les oeufs, lorsqu'ils sont observés vivants, contiennent un embryon cilié, mobile. La ponte a lieu dans les petites veines terminales autour de la vessie (pour S.H.) ou du gros intestin (pour S.M.) et les oeufs doivent traverser activement la paroi veineuse puis celle de l'organe (vessie ou intestin) en cause. Un grand nombre (plus de la moitié) de ces oeufs n'y parviennent pas et restent bloqués dans la paroi vésicale ou intestinale, ou bien seront emportés par le courant sanguin et vont se retrouver dans d'autres organes à distance de la vessie ou de l'intestin. Des études nécropsiques systématiques ont montré que la migration de ces oeufs était ubiquitaire puisque l'on peut en retrouver dans tous les organes (6).

Notre étude concerne la migration erratique de ces oeufs au niveau des téguments.

Les miracidiums :

Lorsque les oeufs éliminés par les selles ou les urines atteignent l'eau douce, ils éclosent et libèrent une larve dite de 1^{er} stade, le miracidium, qui présente des cils mobiles sur tout son corps. Ces larves mesurent 140 à 160 μ de long et nagent activement à l'aide de leurs cils, à la recherche de l'hôte intermédiaire. Les miracidiums peuvent survivre 8 à 12 heures au maximum dans l'eau douce, puis ils meurent s'ils n'ont pas trouvé leur hôte intermédiaire.

Multiplication asexuée chez l'escargot :

Ce phénomène appelé encore polyembryonie, ne se produit que si le miracidium rencontre un escargot de la bonne espèce, susceptible d'assurer son développement. La larve pénètre activement à travers le revêtement cutané et gagne la glande hépatocrénale. Le miracidium se transforme en sporocyste mère, qui donne des sporocystes filles, d'où sont libérées des larves de 2^{ème} stade, les cercaires qui représentent la forme infestante du parasite.

En effet, libérées dans l'eau, en grande quantité (500 à 3000 par jour), ces larves, d'une longueur de 400 à 500 μ , vont nager à la rencontre de leur hôte définitif. Elles peuvent survivre 12 à 48 heures dans l'eau.

Développement dans l'hôte définitif :

L'infection se fait par pénétration transcutanée. Seule la tête de la cercarie pénètre, la queue est éliminée. Le parasite que l'on appelle alors schistosomule, traverse le tissu sous cutané et gagne les vaisseaux lymphatiques ou veineux après environ 48 heures. La pénétration se fait à travers la peau saine : il n'est pas nécessaire que la peau présente une lésion (éraflure, plaie) pour permettre le passage. Exceptionnellement, l'infection peut se faire par ingestion d'eau, mais en général, l'acide gastrique tue les cercaires.

Après avoir gagné la circulation veineuse, les schistosomules gagnent les poumons puis les vaisseaux porte du foie, où a lieu la maturation en vers adultes.

Les vers adultes s'accouplent, puis quittent le foie pour rejoindre leurs territoires respectifs : plexus périsésical pour S.H., système mésentérique et porte pour S.M., où les femelles commencent à pondre ; les premiers oeufs peuvent être retrouvés dans les excréta 30 à 40 jours après la pénétration des cercaires (11).

BIOLOGIE : (Figure IV)

- Les hôtes intermédiaires des schistosomes en Afrique sont des escargots aquatiques d'eau douce. Ces escargots hermaphrodites, présentent une grande capacité d'adaptation écologique, et se retrouvent dans des milieux aquatiques forts divers : mares (permanentes ou non), fleuves, lacs (naturels ou de retenue), canaux d'irrigation.

Les buléins sont responsables de la transmission de S.H., tandis que les planorbes assurent celle des S.M.

- Le milieu de vie des escargots :

Les escargots, hôtes intermédiaires peuvent se rencontrer dans des milieux très divers ; certains facteurs limitent cependant leur développement, tels :

- . la température : l'idéale est de 25°C,
- . la vitesse du courant : les escargots aiment les eaux calmes, voire stagnantes,
- . la végétation aquatique : elle n'est pas absolument nécessaire, mais peut constituer un bon support pour les escargots qui se fixeront sur la face inférieure des feuilles (celle qui regarde vers le fond de l'eau).

- Dans l'organisme humain :

L'infestation de l'homme s'effectue lors de bains dans des eaux douces et calmes, riches en végétation aquatique qui sert de support et de nourriture aux mollusques hôtes intermédiaires. Les cercaires se fixent, grâce à leur ventouse antérieure munie d'épines, sur l'épiderme. La pénétration à travers la couche cornée fait intervenir une action mécanique (par la ventouse et les épines) et une action chimique (secretion d'enzymes lytiques synthétisés dans les glandes de pénétration). Cette pénétration est complète en 10 minutes environ. La jeune schistosomule traverse la couche de Malpighi suivant un trajet oblique, en lysant les cellules épidermiques, atteint le derme conjonctif et pénètre dans un petit vaisseau lymphatique ou dans une veinule. Un grand nombre

de schistosomules, même en l'absence de toute réaction immunitaire de l'hôte, vont mourir, soit dans l'épiderme, soit dans le derme. Le trajet du derme au poumons se fait de façon passive, par transport lymphatique ou veineux et l'arrivée dans les poumons est effective 4 jours après la pénétration.

Le trajet des poumons jusqu'aux veinules portes intrahépatiques, se fait dans la grande majorité des cas par voie circulatoire, mais il est possible que certains schistosomules gagnent le foie par un trajet transtissulaire à travers la plèvre, le diaphragme, la capsule de GLISSON (théorie plus récente).

La phase migratoire dure au total 10 à 21 jours. Seuls les schistosomules qui atteignent les veinules portes intrahépatiques vont pouvoir poursuivre leur développement pour atteindre la différenciation et la maturité sexuelle (en 3 semaines environ). Par contre, les schistosomules qui se perdent dans d'autres organes, ne peuvent dans l'immense majorité des cas poursuivre leur développement. Ce fait permet de penser que les localisations ectopiques, en particulier cutanées, des billarziés ne sont pas consécutives au développement "in situ" de schistosomules.

Des veinules portes intrahépatiques, le schistosome femelle, engagé dans le canal gynécophore du mâle, est transporté contre le courant veineux, vers les milieux de ponte.

Pour SM et SH, le trajet s'effectue d'abord par la veine porte, puis par la veine mésentérique inférieure et enfin par la veine hémorroïdale supérieure vers le plexus hémorroïdal.

S.M. s'arrête, en règle, dans ce plexus (reste donc dans le système veineux porte).

S.H. va poursuivre sa route par les anastomoses entre le plexus hémorroïdal et les plexus vésicaux, vaginaux et de Santorini et s'arrêtera au niveau principalement du plexus vésical (qui fait partie du système cave).

Arrivée dans les veinules des plexus, la femelle va quitter le mâle pour s'engager dans les fines ramifications veineuses des parois vésicales ou intestinales et remonter jusqu'aux veines de la sous-muqueuse où elle va commencer sa ponte.

La femelle S.M. pond des oeufs un par un et change fréquemment de place au cours de l'oviposition, on estime que chaque femelle pond, par jour, environ 150 à 200 oeufs.

La femelle S.H. pond un grand nombre d'oeufs en même temps et a tendance à rester à la même place au cours de l'oviposition. Le nombre journalier d'oeufs pondus par une femelle est estimé à environ 300 oeufs.

Il faut noter que l'immunité ne se développe que grâce à la présence d'adultes vivants dans l'organisme humain. Enfin, les vers vivants n'induisent pas de réactions inflammatoires des vaisseaux dans lesquels ils se trouvent.

Les oeufs pondus peuvent avoir trois destinés :

. Ceux qui se dirigent dans la bonne direction vont pouvoir traverser la muqueuse et tombent alors dans la lumière de l'organe creux (vessie ou intestin). Ils seront éliminés avec les excréta, le miracidium étant à ce moment là, en général, infestant pour le mollusque hôte intermédiaire.

. Les oeufs qui ne se déplacent pas assez loin, ou qui se déplacent dans la mauvaise direction, soit pour des raisons qui leur sont propres, soit à cause des réactions tissulaires de l'hôte, vont rester vivants pendant environ 25 jours. Ces oeufs seront entourés de cellules eosinophiles, de macrophages et de cellules géantes qui en phagocyteront les débris (on obtient ainsi le granulome bilharzien classique, réaction plus en détail ultérieurement). Certains oeufs vont se calcifier (cette dernière possibilité est plus fréquente avec S.H.).

. Enfin, d'autres oeufs seront emportés passivement par le courant veineux et iront s'emboliser dans les veinules portes intrahépatiques, ou dans les poumons et d'autres organes (17). Les oeufs vivants induiront dans les organes, la formation des granulomes. Les oeufs et leur miracidium semblent jouer un rôle essentiel dans la pathogénie des lésions bilharziennes.

FIGURE IV

CYCLE EVOLUTIF DE SCHISTOSOMA MANSONI (d'après L. BRUMPT)

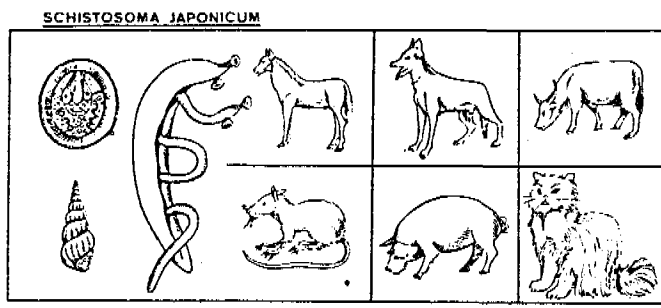
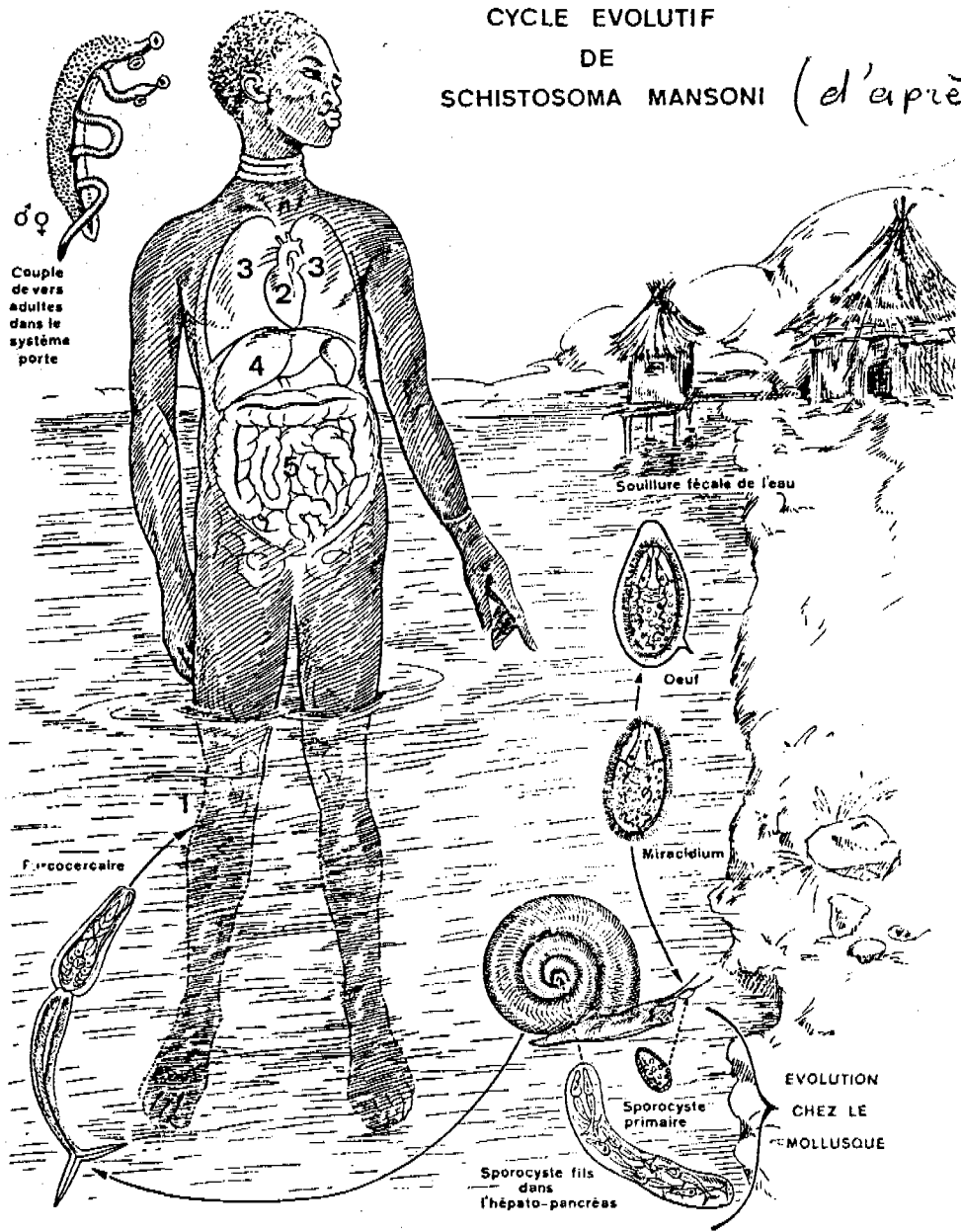


Fig. IV

REPARTITION GEOGRAPHIQUE :

- Les bilharzioses à S.H. et à S.M. sévissent sur l'ensemble du continent africain ; atteignant environ 100 millions de personnes. Les deux foyers importants sont : la zone soudano-sahélienne d'une part, l'Afrique centrale d'autre part.

- Les foyers de S.I. sont limités à l'Afrique centrale, principalement le Zaïre et le Gabon.

Au Mali : (Tableau II, Figure V)

Aucune enquête systématique, couvrant l'ensemble du pays, n'a encore été menée, mais les différentes études réalisées au cours des quarantes dernières années dans diverses parties du Mali montrent que les schistosomiasés, et surtout la forme urinaire, sont très répandues au Mali.

Les résultats existant à ce jour, bien que fragmentaires et incomplets, permettent cependant de faire quelques observations quant à la distribution de la schistosomiase dans le pays.

La schistosomiase urogénitale sévit pratiquement partout au Mali ; la forme intestinale se retrouve beaucoup moins fréquemment et présente une distribution plus focale.

Il est à noter que les études menées en milieu urbain (Bamako, une école de la ville de San) ont révélé des taux non négligeables pour les deux parasites (23).

Aussi, la plupart des foyers importants de schistosomiase au Mali sont des foyers artificiels, créés par l'homme : ce sont les zones d'irrigation, de petits barrages, ... Ainsi les villages colons de l'Office du Niger présentent des prévalences extrêmement élevées ; dans certains cas, pratiquement toute la population est infestée par l'une ou l'autre forme de parasite, voire les deux.

Au plateau Dogon, les villages disposant d'un petit barrage retenant de l'eau pendant plusieurs mois présentent des taux d'infestation par SH très élevés de 50 % à plus de 90 %, à l'opposé des villes sans barrages où la prévalence ne dépasse pas 30 %.

Une étude faite dans un service de médecine à l'hôpital du Point G (Bamako) à partir de la biopsie rectale, a permis de rapporter les résultats suivants :

Cinq cent cinquante trois biopsies rectales ont été pratiquées durant une période d'un an chez des africains hospitalisés à l'hôpital du Point G (72 %) ou chez des consultants (28 %), soient 391 hommes et 162 femmes.

Dans la moitié des cas, la biopsie est pratiquée pour un dépistage systématique en l'absence de tout symptôme.

Dans les autres cas, la bilharzioses est activement recherchée devant une symptomatologie générale évocatrice ou après un traitement antibilharzien. 34 % des biopsies ont été positives.

SH a été retrouvé environ deux fois plus souvent que SM ; dans 12 % des cas les deux parasites étaient associés.

Cette étude confirme la haute prévalence de la bilharziose en Afrique de l'Ouest : 19,3 % chez les malades hospitalisés au Mali; 16 % au Sénégal.

Selon J. P. MOREAU et collaborateurs en 1980, il existe différents niveaux d'endémie en République du Mali :

- pour SH le niveau d'endémie élevé se situe à Koulikoro, Niafunké, Gourma Rharous ; le niveau d'endémie moyen est à Kayes tandis que Kati, Bamako, Bougouni et Koutiala enregistrent le niveau le plus bas.

- pour SM, le niveau d'endémie est en général bas portant sur les localités de Kayes, Kati, Nioro, Bamako et Mopti.

Tableau II : Repartition des Schistosomiasés au Mali.

(D'après C. WERLER "Les Schistosomiasés au Mali")

Cercles	Région	Prévalence en %		Moyenne		An- née
		SH	SM	SH	SM	
Kéniéba-Bafoulabé- Kita (15 villages)	Kayes	04,6-60,0	02,2-39,4	22,7	-	1981
Yélimané :	"					
┌ Ecole	"	84,9	7,6			1981
└ Village de TANGO	"	7,6	11,8			
Nara (16 villages)	Koulikoro	02,3-46,2		10,6		1983
Kolokani (Nossemb)	"	01,3-98,3	00,7-06,9	31,2		1983
Kati :	"					
- Vallée de Woyow.	"	44,8-56,7	34,4-46,0			1980
- Périm. irrig/Bag	"					
. 14 villages	"	10,1-59,3	12,6-83,5			1982
. Ecole	"	38,1	92,6			1982
	"	35,7	68,6			1984
Hopital du Point G (500 malades)	District	35,0	19,3			1982
PMI (800 consultants)	"	16,3	11,8			
Bougouni (6 villages)		68,8		14,1		1978
Selingué avant la mise en eau du bar rage :	Sikasso					
- Kangaré	"	08,4-11,8	0,3-1			1974
- 14 autres villages	"	0,5-10,3	0,5-5,4	3,5	0,9	1980
Après la mise en eau du barrage :	"					
. 15 villages (po- pulations autoch.)	"	00,0-45,2	0,6-07,9	20,0	1,6	1982
. Campements Bozo	"	41,1-74,2	10,0-37,5			1982
Niono - Macina :	Ségou					
- 41 villages	"	38,8-97,0	20,8-83,7	62,3	54,6	81/85
- Ecoles	"	61,7-88,1	20,7-79,8			81/85
Cercle de Ségou :	"					
- deux écoles	"	46 - 54	2,7- 5,1			1983
- Un village voisin	"	20	5,6			1983
San :	"					
- deux écoles	"	45 - 46,4	2,2- 2,5			1983
- Un village	"	21				
Bandiagara (5 vil.)	Mopti	15,6-95,6				1976
Zone du plateau				20,4		1979
Goundam (5 écoles)	Tombouctou	4,7-21,4	2,6(1 école)			1979
GOSSI :						
- Ecole	Gao	82,1	0,7			79/85
- Echantillon pop.		30,0	1,9			79/85

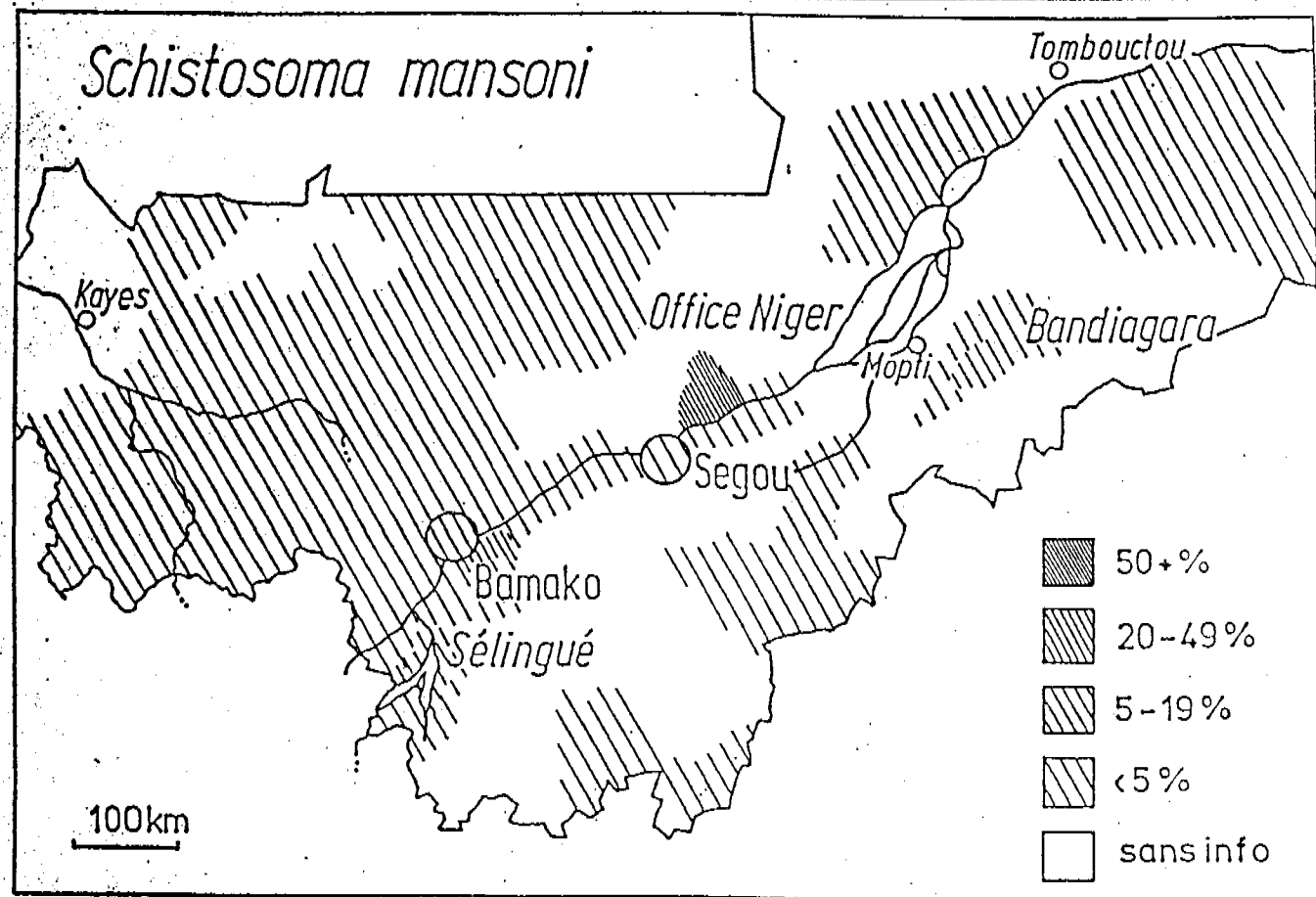
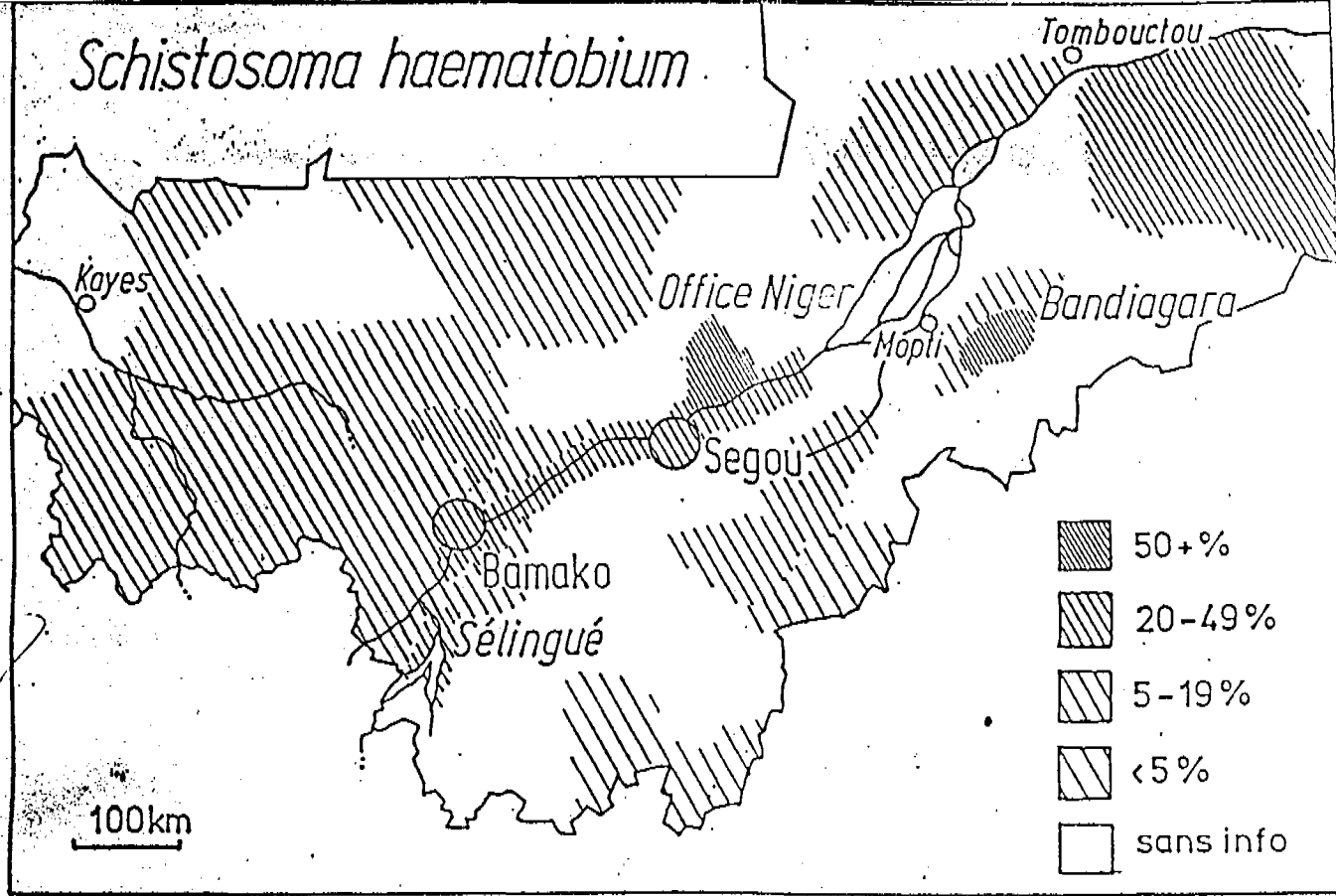


Figure V : Répartition des schistosomoses au Mali
(C. WERLER)

CLINIQUE :

Nous ne reviendrons pas sur le détail des manifestations et des complications de cette maladie très polymorphe ; d'après une enquête de SANKALE et PENE entre 1978 et 1983 21 % des malades ont présenté une forme quiescente révélée lors d'un examen systématique clinique ou biologique (eosinophilie). 75 % des malades se plaignaient de troubles divers : urogénitaux, rectointestinaux essentiellement, quelques uns ont présenté un syndrome toxémique ("fièvre de Safari" associant une fièvre des hépatalgies, une diarrhée et une éruption urticarienne).

Les tropismes différents des variétés de schistosomes expliquent la particularité des tableaux cliniques :

- . Pour SH, la symptomatologie est liée à la présence d'oeufs bloqués dans la paroi des organes urinaires : vessie, uretère avec retentissement rénal secondaire. Mais d'autres viscères sont couramment atteints : sphère génitale, intestinale, hépatosplénique, pulmonaire et rarement nerveuse (medullaire).
- . Pour SM, le diagnostic est plus tardif : la granulomatose hépato intestinale évolue à bas bruit, le malade consulte alors au stade de l'hypertension portale, de l'anémie, du syndrome néphrotique.
- . Les signes cutanés ont été décrits avec les différentes variétés de schistosomes :

1) La dermite cercarienne (Prurigo des NAGEURS) :

Qui se présente soit sous forme de macules ou de nappes érythémateuses et prurigineuses, soit sous forme de papules ortiées. Ces lésions, lorsqu'elles sont très précoces (20 à 30 minutes après le bain infestant), sont dues à une simple irritation locale consécutive à la pénétration des furcocercaires de schistosomes humains ou animaux, à travers la peau (2).

Mais elles peuvent être plus tardives (quelques heures après le bain infestant).

Il s'agit alors d'une réaction immunitaire aux enzymes secrétés par les cercaires.

Lors d'une première infestation, on n'observe en général pas de réaction, ou très peu. Mais il se fait une sensibilisation qui entraîne des réactions de plus en plus fortes lors des autres bains infestants.

Il s'agit d'une réaction spécifique. Il n'y a pas d'immunité croisée entre les différentes espèces de cercaires.

Ce type de manifestation cutanée, encore dénommé "gâle bilharzienne" est le plus connu. C'est le "KABURE" des japonais, le "PIQUINA" de Porto-Rico.

Toutes les espèces de schistosomes peuvent déterminer ces genres de lésion, mais celles-ci sont plus intenses lorsqu'il s'agit d'espèces spécifiques à des animaux et ne pouvant atteindre le stade adulte chez l'homme (en particulier schistosomes de canard).

2) Les manifestations allergiques non spécifiques :

Elles ont été décrites par KATAYAMA et correspondent à la phase Toxémique précoce de l'infestation (2 à 6 semaines après la pénétration des cercaires).

Des oedemes de la face et des membres, une éruption urticarienne diffuse, accompagnent inconstamment ce syndrome essentiellement fébrile et digestif : douleurs abdominales en barre, hépatalgies, parfois toux irritative.

3) Les granulomes cutanés :

Ces granulomes apparaissent encore plus tardivement dans l'évolution de l'affection. Ils sont dûs à la présence ectopique d'oeufs de schistosome dans le derme, provoquant une réaction inflammatoire et fibreuse.

On peut distinguer :

- Les lésions à type de Prurigo :

Elles peuvent se présenter soit :

- . sous forme de prurigo régional sur le tronc ;
- . sous forme de pseudo lèpre paucibacillaire (caractérisée par des placards légèrement infiltrés), mais il n'y a pas de troubles sensitifs ;

. ou bien sous forme de lésions lichenoïdes disséminées sur diverse parties du corps.

Ces lésions sont de petites papules fermes, rondes ou ovalaires de la même couleur que la peau normale ou plus foncées.

Ces papules peuvent être coalescentes et former des plaques à contours irréguliers.

- Les formes tumorales :

Elles siègent essentiellement au niveau du périnée chez l'homme comme chez la femme :

. Chez la femme : On a décrit des formes pseudo tumorales vulvaires atteignant les grandes lèvres (12, 3), des formes papillomateuses en plaques pouvant s'étendre jusque dans la région péri-anale simulant des condylomes viraux ou syphilitiques.

. Chez l'homme : Les lésions tumorales sont essentiellement des lésions à type de condylomes plans de la marge anale ; plus rarement à type de tumeurs bourgeonnantes pseudo-épithéliomateuses.

- Les formes compliquées : Elles ont été rarement décrites dans la littérature ; il s'agit essentiellement :

. des ulcérations,

. des fistulisations avec évolution suppurative profonde.

- La dégénérescence maligne : Elle est classique au niveau du granulome bilharzien viscéral : intestin, prostate, rectum, vessie (21). Elle a été décrite également au niveau de la peau notamment sur les localisations génitales.

Un seul cas de dégénérescence cutanée pure a été relevé dans la littérature : dégénérescence des lésions nodulaires du pli de l'aîne.

Pour la plupart des auteurs, des lésions cutanées du genre extra génital ne sont pas précancéreuses.

PHYSIOPATHOLOGIE :

Elle fait intervenir plusieurs facteurs :

- d'une part la migration érratique des oeufs de schistosome ou des vers adultes qui peuvent pondre dans les territoires inhabituels : veinules sous cutanées.
- d'autre part la défense immunitaire, en particulier l'hypersensibilité retardée du malade responsable de la formation du granulome inflammatoire autour des oeufs localisés dans le derme.

I- Migration érratique :

Elle est anormale, les vers adultes émettent des oeufs dans la circulation veineuse du petit bassin et de l'abdomen, en particulier au niveau du système porte. Les oeufs vont traverser de manière active les capillaires pour se loger dans la paroi des organes cibles : vessie, uretères, muqueuse digestive ; puis ils seront évacués par ces mêmes voies dans le milieu extérieur.

On sait depuis les travaux de FAUST et RAMOS [cité par S. DAMAS (6)] que chez les bilharziens, on retrouve les oeufs de schistosome dans presque tous les tissus de l'organisme ; mais il n'y a ~~pas~~ aucun granulome périphérique donc pas de lésions cliniques. On pense que la femelle vient pondre dans les veinules proches de l'endroit où l'on rencontre ceux-ci.

En réalité, il s'agit très vraisemblablement de couples de vers adultes mâle et femelle qui pour des raisons inconnues dériveraient dans le courant du système cave puis reprendraient à contre courant leur migration (avant d'atteindre le coeur) vers les veinules terminales du système porte : lieu habituel de la ponte.

Cependant cette hypothèse n'est pas univoque car plusieurs auteurs [BARLOW et MELENEY 1949 (6) ; BADIR 1946 (6)] ont retrouvé les couples de vers dans des tissus éloignés par exemple : lésions cutanées sus épigastriques, branche de l'artère ophtalmique supérieure, veine cérébrale, ...

Ceci s'explique par des voies anatomiques différentes selon les localisations observées :

- Pour les localisations abdominales et thoraciques basses, on pense avec Mac DONALD et MORRISSON (6) que les vers adultes, partant de la veine porte emprunteraient la veine para ombilicale qui s'anastomose avec les veines épigastriques sous cutanées abdominales et mammaires internes. Ceci explique les localisations fréquentes para ombilicales et leur extension ascendante.

- Pour les lésions périnéales (qu'elles soient digestives ou génitales), la plupart des auteurs en particulier RAMOS (6) pensent que les vers adultes passent à travers les anastomoses entre les veines hémorroïdales et vésicales d'une part, et les veines génitales externes d'autre part.

Cette intrication entre le système porte et le réseau hypogastrique d'une part, et la vascularisation veineuse des organes génitaux et urinaires d'autre part, permet d'expliquer l'association des lésions génitales externes et des lésions urinaires et génitales profondes.

- Pour les lésions dorsales, on explique la migration des vers par les anastomoses porto-cave et rectale : le couple de vers adultes dériveraient à travers les veines hémorroïdales moyenne et inférieure du système cave vers la veine hypogastrique puis l'iliaque primitive et enfin la veine cave inférieure ; à ce niveau avant d'être absorbés dans le courant cardio-respiratoire, *il* remonterait à contre courant les veines intercostales.

L'aspect clinique des lésions sur la peau dépendrait de l'endroit où les oeufs ont été pondus :

. On explique des éruptions ascendantes et progressives par une migration lente et progressive au niveau des vaisseaux par où se fait l'embolisation des oeufs.

. Les lésions cutanées localisées proviendraient d'une ponte très périphérique.

. Les formes eruptives multifocales seraient le résultat de l'émission des oeufs à partir des vaisseaux plus profonds.

. Il est évident que les anastomoses porto-caves pathologiques rencontrées lors des hypertensions portales (SM) constituent également une voie de passage possible des parasites du système porte au système cave.

Les lésions cutanées observées concernent en fait essentiellement les sujets très jeunes ou des sujets récemment infestés.

II- Pathologie du granulome :

Elle est reliée aux réactions d'hypersensibilité cellulaire autour de l'oeuf, qui font toute la gravité de la maladie.

En effet, l'oeuf après son passage transcapillaire accomplit sa migration tissulaire vers les organes creux et autour de lui va se constituer la lésion élémentaire appelée bilharziome. Seuls les oeufs vivants sont pathogènes ; en effet ils émettent des sécrétions enzymatiques très antigéniques de nature glucido-protidique. Ces antigènes solubles émis par l'oeuf joue un rôle majeur dans la réponse granulomateuse de l'hôte.

WARREN (22) en 1977 a montré que, chez la souris préalablement sensibilisée, l'injection répétée d'oeufs vivants dans la microcirculation pulmonaire fait disparaître progressivement les granulomes. Dans les infections chroniques, toute réaction tissulaire disparaît autour des oeufs. Une tolérance immunitaire s'installe aux antigènes solubles des oeufs.

Cette désensibilisation endogène pourrait être liée à la synthèse d'anticorps bloquants de type IgG [HSU et coll en 1973 (6)].

DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES :

Le bilharziome, lésion élémentaire, résulte de la présence de l'oeuf du parasite dans les tissus. Cet oeuf constitue le centre de la lésion. On observe autour de lui des cellules éosinophiles et des histiocytes prenant un aspect épithéloïde ; parfois des formations giganto-cellulaires, multinuclées entourées de plasmocytes. A ce stade dégénératif succède un stade prolifératif où des cellules jeunes et actives apparaissent en bordure du foyer. Ces cellules prennent le type fibroblastique et donnent naissance à un tissu conjonctif jeune. C'est le stade du tissu fibreux cicatriciel où disparaissent cellules géantes et plasmocytes (21).

Ainsi l'évolution du bilharziome primaire aboutit à un granulome de résorption où deux éléments, l'un dégénératif (la necrose de l'oeuf), l'autre régénératif sont associés en proportion variable selon l'intensité et l'ancienneté de la lésion ; l'évolution se terminant par la fibrose.

A coté de cette réaction granulomateuse et fibreuse constituée par l'oeuf, on observe des modifications à type d'ulcérations, de réaction hyperplasique, du papillome bilharzien, souvent une cancérisation etc... Ce fait, très fréquemment rencontré dans les lésions bilharziennes vésicales et même cervico-vaginales ne semble pas avoir été signalé au cours de la localisation cutanée. Ces tumeurs bilharziennes sont constituées par la prolifération du chorion infiltré de très nombreux bilharziomes et désorganisé par une importante sclérose.

Les lésions pseudo-tumorales seraient plus particulièrement dûes aux vers adultes (3).

DIAGNOSTIC DES SCHISTOSOMIASES

Il fait appel à des techniques variées :

- L'éosinophilie sanguine est majeure au stade toxémique ; elle diminue vers le 7^e mois et se normalise au stade chronique de la maladie (7 à 10 %). Elle n'est pas spécifique.

La découverte des oeufs dans les urines et dans les selles est un critère majeur.

Pour SH les oeufs peuvent être recherchés au microscope par observation du culot de centrifugation de la plus grande quantité d'urine possible. Une autre méthode consiste à filtrer les urines sur une membrane nuclépore ou une toile fine et à examiner le filtrat au microscope. L'épreuve d'effort augmente la concentration des oeufs dans les urines.

Pour SM, SI et SJ, on utilise l'examen direct des selles où les méthodes de concentration dont celles de KATO est la plus efficace.

La Biopsie de la Muqueuse Rectale (B.M.R) est utile au diagnostic de SM comme de SH. Sa technique est décrite au chapitre des méthodes.

- Le sero-diagnostic fait appel à différentes techniques : l'hémagglutination et surtout l'immunofluorescence indirecte. Toutefois l'ascension des anticorps peut être tardive : 6 mois après l'infestation 76,2 % des malades ont un résultat positif d'après Laverdant et collaborateurs. (15)

Le serodiagnostic a surtout un intérêt dans les formes où l'excrétion des oeufs est faible au cours de la phase toxémique et au cours des localisations atypiques.

- L'endoscopie apporte sa contribution grâce à la laparoscopie avec biopsie hépatique d'une part, la cystoscopie d'autre part. La constatation de la granulomatose hépatique est un signe précoce (avant le 6^e mois) d'intérêt diagnostique et pronostic.

- Aspect anatomopathologique :

Le granulome bilharzien est dû à l'hypersensibilité retardée, histologiquement on distingue 3 stades (21) :

. Classiquement, la lésion la plus précoce est le nodule exsudatif. Il existe de nombreuses cellules polynucléaires : neutrophiles, lymphocytes et des cellules épithéloïdes.

On a noté quelquefois des aspects de nécroses fibrinoïdes ; les oeufs ou leurs débris sont au centre des lésions.

. Dans une étape ultérieure, la lésion prend un aspect différent : le granulome productif.

La lésion conserve son aspect nodulaire. Les oeufs sont enrobés ou pénétrés par de volumineuses cellules géantes polynucléées de type MULLER. La couronne de cellules épithéloïdes paraît s'épaissir. L'infiltrat inflammatoire périphérique, riche en lymphocytes et en éosinophiles, persiste également.

Les oeufs peuvent être identifiés sur des colorations ordinaires grâce à leur morphologie. La coloration de Ziehl permet aussi de différencier les deux variétés (Ziehl positif pour SM, négatif pour SH).

. Le nodule cicatriciel représente l'étape ultime de la lésion. Le granulome devient fibreux, pauvre en cellules. La nécrose reste parfois visible de même que les oeufs ou leurs débris.

A côté de ces lésions granulomateuses, il existe des remaniements cutanés contingents à type d'hyperplasie de l'épiderme :

- . une hyperpapillomatose,
- . surtout une hyperacanthose,
- . et une hyperkeratose parfois keratosique.

LE TRAITEMENT :

L'éradication des schistosomiasés passe par deux volets d'action :

1) La lutte contre le vecteur :

Les molluscicides appliqués de façon focale et saisonnière est un des fers de lance de la stratégie de lutte contre la Bilharziose. Différents produits sont déjà utilisés depuis plusieurs années mais c'est une technique coûteuse difficile à maîtriser.

2) Les traitements anti-parasitaires :

Ce sont, en attendant la mise au point du vaccin, la solution la plus utilisée :

- l'OXAMNIQUINE (Vansil) : Tétrahydroquinoléine active sur SM à la dose de 15 mg/kg en Amérique, mais préconisée en Afrique à la dose de 30 à 60 mg/kg en 2 à 3 prises ; le taux de "guérison" est de 80 %. La tolérance est bonne. Des nausées, des vertiges sont parfois observés, et exceptionnellement des crises sur terrain prédisposé.

- le PRAZIQUANTEL (Biltricide) : Il s'agit d'une isoquinoléine active sur les 4 bilharzioses humaines. Ce produit agit surtout sur le vers adulte. C'est pourquoi, lorsque le traitement a été réalisé avant le 3^e mois, certains auteurs préconisent une 2^e prise thérapeutique.

La posologie est de 40 mg/kg en 1 ou 2 prise sauf pour SJ qui nécessite 60 mg/kg en 2 prises.

Le taux de guérison est d'environ 90 %. Les effets secondaires sont rares, à type de douleurs abdominales, céphalées, nausées ; grossesse et allaitement sont des contre-indications.

- Citons enfin le METRIFONATE (BILHARCIL) : actif sur SH ; peu onéreux, il est souvent utilisé en thérapeutique de masse, seul ou associé au NIKIDAZOLE.

- le NIRIDAZOLE (Ambilhar) est encore utilisé lorsque les médicaments précédents ne sont pas disponibles ; actif sur SH plus que sur les autres schistosomes. Il est prescrit à la dose de 25 mg/kg durant 7 jours chez l'adulte. Ses effets secondaires lui font préférer le praziquantel.

CHAPITRE III - NOS OBSERVATIONS

MATERIELS ET METHODES :

La présente étude porte sur des malades qui ont été vus en consultation dermatologique à l'Institut Marchoux, soit environ 15.000 consultants par an. Le diagnostic de la bilharziose cutanée a été suspecté cliniquement dans la majorité des cas (21 sur 24) et confirmé par les examens complémentaires suivants :

1)- Biopsie cutanée :

Nous avons eu la plupart du temps à prélever au niveau du tronc des lésions papuleuses jeunes (2 à 3 mm de diamètre avec 0,5 à 1 mm de hauteur). Quelques rares fois, le prélèvement a porté sur une partie des formations périneales et vulvaires.

La biopsie sur la peau du tronc est une biopsie aisée, réalisable avec un matériel pouvant être à la portée de tout praticien. Ce matériel se compose de :

- solution antiseptique pour le nettoyage de la peau : Betadine ou Alcool à 60°,
- seringues à usage unique en plastique de 5 cc,
- compresses stériles et un petit champ opératoire avec ouverture centrale,
- une paire de ciseaux courbes à bout rond,
- une pince à disséquer,
- une pince porte aiguille,
- une manche de bistouri adaptable à une lame n°10 ou n°15,
- un fil de suture,
- enfin le produit de conservation : liquide de Bouin.

Méthode :

L'anesthésie est locale, se faisant en intradermique, elle doit prendre toute l'épaisseur de la peau.

Le prélèvement se fait toujours dans le sens naturel des plis cutanés, soit dans le sens où la traction cutanée est moindre. Une incision losangique passe de part et d'autre de la lésion à biopsier.

La pièce prélevée, avant d'être plongée dans le liquide conservateur, est débarrassée du sang avec une compresse.

Enfin, un ou deux points de suture permettent de refermer le losange.

2)- Le culot de centrifugation urinaire :

C'est un examen de laboratoire, simple, peu coûteux, qui s'effectue de la manière suivante :

- on procède à une centrifugation des urines prélevées le matin à raison de 2500 tr/mm pendant 10 minutes,
- le culot de centrifugation est étalé entre lame et lamelle sans aucun enrichissement puis examiné au grossissement 10 ou 40.

Ainsi, on peut observer la présence ou non des oeufs de bilharzie (épéron terminal pour SH, épéron latéral pour SM).

Dix neuf malades ont eu cet examen des urines.

3)- Examen parasitologique des selles :

Il s'agit de l'examen direct d'un prélèvement de selles sans méthode de concentration avant l'examen au microscope ; seulement 8 malades ont eu cet examen.

4)- La biopsie de la muqueuse rectale :

Il s'agit, sous contrôle anoscopique, de la biopsie à la mince d'un pli d'une valvule de Houston de la muqueuse rectale. La biopsie est écrasée entre deux lames et examinée directement au microscope à faible grossissement.

On note s'il s'agit d'oeufs embryonnés avec un miracidium mobile, vivants ou s'ils s'agit d'oeufs noirs et calcifiés.

Cette méthode a été choisie pour sa fiabilité non seulement pour le diagnostic de SM mais aussi de SH.

Elle a été pratiquée dans 6 cas seulement du fait de sa réalisation à distance du service de dermatologie.

5)- L'examen anatomopathologique :

Pratiqué après conservation des prélèvements cutanés dans le liquide de Bouin, a été effectué dans les laboratoires suivants :

- Service d'anatomopathologie de l'Hôpital Saint LOUIS de Paris (Docteurs : VIGNON et FEYEU),
- Hôpital d'Instruction des Armées du Val DE GRACE à Paris (Professeur DALY),
- Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN à Paris (Docteurs : MEYRAN, HUERRE et CRENN),
- Service d'anatomopathologie du Centre hospitalier Pellegrin à Bordeaux (Docteur J. M. TAMISIER),
- Laboratoire de Biologie Clinique et d'Anatomie Pathologique : HIA DOMINIQUE LARREY VERSAILLES (Docteur Y. ROUGIER).

Dans certains cas l'examen a été complété par une coloration de Ziehl pour mettre en évidence des oeufs de schistosomes.

Seul un malade n'a pas eu d'examen anatomopathologique de la peau (N°16).

OBSERVATION N°1 :

Melle S. D., âgée de 15 ans, consulté le 3 décembre 1985 pour des lésions papulo-squameuses, émiettées à tendance ascendante, localisées à la région pectoro-cervicale ; certains éléments sont papulo-vésiculeux et prurigineux.

La maladie évolue depuis un mois environ :

- Le compte rendu d'examen d'anatomie et de cytologie pathologiques N°33272 de l'hôpital St LOUIS est le suivant :

Au niveau du prélèvement, l'épiderme est d'aspect normal. Au sein du derme superficiel et profond, il existe des infiltrats polymorphes, pericapillaires, plus discrètement interstitiels. Ces infiltrats se trouvent parfois également autour des glandes sudorales. Ils sont constitués d'éléments lymphocytaires et d'un assez grand nombre de polynucléaires éosinophiles.

Conclusion : Il s'agit d'un granulome à cellules géantes d'évolution fibroblastique avec débris anhistes ne permettant pas d'identifier des oeufs de Schistosome.

- Dans le culot de centrifugation urinaire, on a noté la présence d'oeufs de SH.

Traitement : NIRIDAZOLE à raison de 25 mg/kg pendant 7 jours ; le Niridazole a été associé au Diazepam.

La patiente n'a plus été revue.

OBSERVATION N°2 :

Monsieur A. K., 13 ans est vu en consultation le 12 décembre 1985 pour :

Apparition depuis un mois des lésions papuleuses multiples à surface translucide, tendue lorsqu'elles sont récentes, frippées et affaissées pour les éléments anciens.

Il s'agit d'un groupement en placards émettés sur l'abdomen, évoluant de façon ascendante sur le thorax.

- Le compte rendu de la biopsie cutanée N°33356 de l'hôpital St LOUIS est le suivant :

Dans le derme superficiel et profond, on distingue des infiltrats à topographie péri-capillaire. Ceux-ci sont constitués de lymphocytes essentiellement, de quelques histiocytes et également d'un assez grand nombre de polynucléaires éosinophiles.

Conclusion : Le prélèvement examiné ne permet pas de mettre en évidence de formations parasitaires :

- La présence d'œufs de SH a été révélée dans les urines après examen du culot de centrifugation.

- La formule sanguine a permis de noter une éosinophilie à 28%.

Traitement : L'association des lésions cutanées caractéristiques de cette bilharziose urinaire a conduit à traiter le malade par le NITIDAZOLE : 25 mg/kg pendant 7 jours.

Le malade n'est plus revenu pour un éventuel contrôle.

OBSERVATION N° 3 :

Mr A.D., 22 ans, consulte le 30 Avril 1986.

Le patient présentait des papules de prurigo en placard circonscrit dans la région lombaire droite évoluant depuis 6 mois.

Le diagnostic de Larva migrans a été évoqué.

- Le compte rendu d'examen d'anatomie et de cytologie pathologiques N°33913 de l'hôpital St LOUIS est le suivant :

Au niveau de ce prélèvement histologique, il existe une importante hyperplasie de l'épiderme réalisant des aspects pseudo épithéliomateux. Dans le derme superficiel et moyen, collé à la jonction dermoépidermique, existe un infiltrat inflammatoire polymorphe. Cet infiltrat est constitué de nombreux foyers d'histiocytes présentant une différenciation épithéloïde. Ces histiocytes sont associés à quelques cellules géantes plurinucléées, type cellules géantes à type de corps étrangers, ou parfois à type de cellules de Langhans

A cet infiltrat macrophagique s'ajoute un infiltrat lymphocytaire. Il n'est pas observé d'infiltrat plasmocytaire. On ne constate au niveau des cellules géantes ou des cellules épithéloïdes de corps de Leishman.

Une coloration par le PAS et par le Ziehl ont été demandées.

- L'examen du culot urinaire a permis de retrouver des oeufs de SH.

Traitement : Le patient a été traité par le NIRIDAZOLE : 25 mg/kg 7 jours de suite associé au Diazepan.
Il n'a plus été revu en consultation.

OBSERVATION N°4 :

M. C., 16 ans, sexe masculin, est vu le 20 Août 1986.

La consultation est motivée par la présence d'un bouquet d'éléments pupulosquameux d'extension serpigineuse, progressive, siègeant au niveau de la fosse iliaque gauche.

Il n'existe pas de signe fonctionnel.

Cliniquement sont évoqués :

Un Larva migrans,

Une ectoparasitose.

- Une biopsie est pratiquée sur un élément volumineux d'apparition récente.

Le compte rendu d'examen d'anatomie et de cytologie pathologiques N°34415 de l'hôpital St LOUIS est le suivant :

Au niveau de ce prélèvement, il existe sous un épiderme d'épaisseur normale, une réaction inflammatoire étendue au derme superficiel et profond. Cet infiltrat inflammatoire est polymorphe constitué d'éléments lymphocytaires, plasmocytaires et surtout de très nombreuses cellules géantes multinucléées. Au sein de ces cellules géantes, on observe des formations arrondies bien délimitées entassées les unes à côté des autres.

La coloration par le PAS met en évidence une forte coloration positive à ce niveau. La coloration par le Ziehl est resté négative.

Les lames ont été communiquées au Docteur RAVISSE à l'Institut Pasteur dont le diagnostic est celui de bilharziose à localisation cutanée. Les oeufs identifiés sont des oeufs de Schistosoma hematobium.

Conclusion : Bilharziose cutanée.

Traitement : Le NIRIDAZOLE a été utilisé à raison de 25 mg/kg pendant 7 jours associé au Diazepam.

Le malade n'est plus revenu en consultation.

OBSERVATION N° 5 :

Mr L. M., français, âgé de 43 ans est vu en décembre 1986 pour une tumeur de la région périanale, *il s'agit d'un placard infiltré, végétant, arrondi de 3 à 5 cm de diamètre situé à 19 heures en position genupectorale et dont la base est indurée avec quelques petits éléments à distance.

La date d'apparition de la lésion remonte à un mois environ. Le patient présente un bon état général avec des adenopathies inguinales inflammatoire gauche. Il n'existe pas de signe fonctionnel.

Cliniquement sont évoqués :

- . un épithélioma : PAGET ou BOWEN,
- . une papillomatose virale.

Une première biopsie pratiquée à l'hôpital d'Instruction des Armées BEGIN N°4417 a montré un aspect histologique de "Papillome" avec "remaniements inflammatoires marqués".

La cryothérapie pratiquée à deux reprises n'a apporté aucune amélioration. Ce patient a été évacué vers son pays avec le diagnostic d'épithélioma probable.

Le bilan standard pratiqué alors a donné :

GB : 7700/mm³ - 12 % d'éosinophiles soit 924/mm³ HLM-ECBU ; pas de germe, ni de parasite. Examen parasitologique des selles : Normal
- BW : négatif

Biopsie rectale : muqueuse subnormale - absence d'arguments histologiques en faveur d'une bilharziose.

Cependant une nouvelle biopsie de la marge anale pratiquée à l'Hôpital d'Instruction des Armées DU VAL DE GRACE à Paris, a permis de mettre en évidence l'existence de lésion hyperplasique et inflammatoire réactionnelle à une schistosomiase.

La coloration de ziehl négative n'est pas en faveur de Schistosoma Mansoni.

Traitement : BILTRICIDE : 40 mg/kg en prise unique. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION N°6 :

Melle D.S., 14 ans est vue en consultation le 9 janvier 1987. La patiente présentait des éléments papulo-squameux régionaux, disséminés sur la face latérale de l'abdomen avec une durée d'évolution de 3 mois.

Cliniquement, on évoque :

- Un prurigo par ectoparasitose,
- Une Larva migrans.

Le compte rendu d'examen d'anatomie pathologique du C.H.R.

Pellegrin, N° H.87-158 est le suivant :

Couche cornée orthokératosique, corps muqueux sensiblement normal. Dans le derme, sur toute sa hauteur, il existe une vascularité assez importante, les vaisseaux ont une paroi épaisse entourée de plages d'infiltrat compact, homogène faites essentiellement de plasmocytes ; présence également de lymphocytes, d'histiocytes ainsi que de rares cellules géantes. On n'a pas vu d'éléments parasitaires sur le prélèvement examiné.

En mars 1987, il a été découvert des oeufs de SH dans les urines.

Le diagnostic de bilharziose est porté sur le faisceau d'arguments suivant :

- . Clinique : localisation cutanée caractéristique,
- . Paraclinique : découverte d'oeufs clairs dans les urines,
- . Aspect histologique compatible.

La malade reçoit une dose unique de Biltricide 40 mg/kg en une seule prise et elle n'est plus revenue pour le contrôle.

OBSERVATION N°7 :

Melle T.D., 13 ans, consulte le 23 mai 1987 pour de multiples papules de prurigo situées dans la région lombaire, d'évolution régionale, circonscrite dont le debut remonte à 2 mois.

- Le compte rendu d'examen anatomopathologique N°1991 Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN, est le suivant :

L'épiderme est sensiblement normal.

Au niveau du derme, on observe de multiples granulomes de type lymphohistiocytaire et à cellules géantes.

Ces granulomes sont centrés sur des oeufs de Schistosome parfois necrosés et on note la présence de quelques éléments à éperon terminal.

Conclusion : Localisation sous cutanée d'une bilharziose à Schistosoma haematobium.

- Le culot de centrifugation urinaire a revelé la présence d'oeufs de SH.

Traitement : Biltricide 40 mg/kg en une seule prise. Par la suite la malade n'a pas été revue.

OBSERVATION N° 8 :

M^{lle} S.A., 15 ans, est vue en consultation le 27 juin 1987.

La patiente présentait des papules de prurigo en bouquet de la région de l'hypochondre gauche avec extension à la paroi thoracique ; aspect clinique évoquant une bilharziose cutanée.

- Le compte rendu d'examen anatomopathologique N°2484 de l'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN, est le suivant :

Sous un épiderme papillomateux, présence dans le derme de granulomes centrés sur des oeufs de SCHISTOSOMA HAEMATOBIIUM (négatif à la coloration de Ziehl).

- L'examen d'urine a permis de mettre en évidence des oeufs de SH.

Traitement : La malade a reçu une dose unique de Biltricide à raison de 40 mg/kg.

Un mois après la prise de Biltricide, la patiente est revenue avec un affaiblissement quasi total des lésions.

OBSERVATION N° 9 :

A.C., jeune garçon âgé de 5 ans, consulte le 28 Septembre 1987 pour un prurigo régional de la région dorsolombaire gauche ; prurigo caractéristique de la bilharziose cutanée.

Il existe un prurit peu intense.

Antécédents : - Notion d'hématurie il y a un mois auparavant,
- Episodes diarrhéiques avec douleurs pelviennes persistantes et fièvre.

A l'examen, on note :

- . Une altération de l'état général,
- . Un ballonnement abdominal.

Le malade se plaignait de douleurs pelviennes, une toux nocturne et un prurit féroce au niveau des papules lombaires et du gland.

La biopsie a porté sur un des éléments d'apparition récente (48 heures environ), évoquant une lésion initiale ou une vascularité.

Le compte rendu d'examen anatomopathologique N°4262 de l'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN est le suivant :

Epiderme de sujet melanoderme recouvrant un derme oedemateux avec infiltrats profonds lymphohistiocytaires à prédominance périvasculaire.

Vaisseaux souvent altérés avec altération fibrinoïde de la paroi, rares polynucléaires éosinophiles et neutrophiles.

Conclusion : Aspect histiologique de vascularité.

13 Octobre : - Le culot urinaire a permis de révéler la présence d'oeufs de SH,
- L'examen parasitologique des selles est normal,
- Apparition de quelques papules inflammatoires avec des nodules supplémentaires profonds sous cutanées.

Le malade reçoit une dose unique de Biltricide à raison de 40 mg par kg.

16 Novembre : On note une nette amélioration des lésions. La guérison complète est observée le 21 Décembre 1987.

OBSERVATION N°10 :

Mr S.K., âgé de 42 ans, est vu le 9 Octobre 1987 pour un prurigo de la région dorsolombaire évoluant depuis 2 mois. Ce prurigo est fait de papules multiples, réparties dans la gouttière vertébrale sur une surface ovale de 5 à 10 cm.

Cliniquement on a évoqué la bilharziose cutanée.

Dans les antécédents on note :

- un syndrome dysentérique à répétition,
- une dysurie.

A l'examen, le patient présente :

- des papules lichnifiées sur la colonne dorso-lombaire,
- un eczéma de la région suspoplitée gauche,
- une névrodermite de pubis.

Le compte rendu d'examen anatomopathologique N°3592 de l'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN est le suivant :

Sous un épiderme papillomateux et parakératosique, présence, dans un derme collagenique, de petits infiltrats polymorphes (lympho-plasmocytes, histiocytes, rares polynucléaires, neutrophiles) souvent perivasculaires.

Absence de structure atypique.

La biopsie de la muqueuse rectale a révélé la présence d'oeufs clairs de SH.

Le malade a reçu une dose unique de biltricide à raison de 40 mg/kg. Il n'a pas été revu pour un éventuel contrôle.

OBSERVATION N°11 :

Melle F.D., 5 ans, 14 kg est vue en consultation le 22 Octobre 1987. Il est apparu depuis un mois environ de très nombreuses papules disséminées sur l'hypochondre et l'hémi

L'examen d'anatomie pathologique, fait à l'Hôpital S^t LOUIS N°36334 a permis de mettre en évidence au niveau du derme moyen l'existence d'une réaction inflammatoire centrée par des foyers de necrose au niveau desquels on observe des structures parasitaires. Ces structures sont des formations ovoïdes bordées d'une cuticule et centrées par des sortes d'oeufs.

Conclusion : Confirmation histiologique du diagnostic de bilharziose cutanée.

Le culot de centrifugation urinaire a revelé la présence d'oeufs de SH.

L'examen parasitologique des selles est normal.

Traitement : La malade a reçu une dose unique de biltricide, 40 mg/kg. Elle n'a pas été revue par la suite.

OBSERVATION N°12 :

Mr S.A., 20 ans, 66 kg consulte le 12 Novembre 1987.

A l'examen, il existe une lésion papuleuse en sus ombilical gauche avec quelques éléments satellites. Le tout est légèrement pigmenté, évoluant depuis un mois.

On a pu constater également des lésions d'eczématides achromiantes.

Antécédents : Le patient avait été déjà traité pour bilharziose.

Le compte rendu d'examen d'anatomie et de cytologie pathologiques N°36339, Hôpital St LOUIS, est le suivant :

Au niveau du derme, il existe un infiltrat inflammatoire dense constitué de cellules géantes, de quelques cellules épithéloïdes, de lymphocytes et de rares polynucléaires. Au sein de ce granulome on retrouve parfois des structures anucléées, éosinophiles, pâles, souvent ovoïdes, pouvant correspondre à des bilharzi~~s~~.

Conclusion : Image histologique d'inflammation granulomateuse d'oeufs de bilharzi~~e~~ correspondant à une bilharziose cutanée.

- Des oeufs de SH ont été découverts dans les urines,
- La biopsie de la muqueuse rectale a permis de mettre en évidence des oeufs noirs de SH,
- L'examen parasitologique des selles est resté normal.

Traitement : Le malade a reçu une dose de 25 mg/kg pendant 7 jours de Niridazole associé au Diazepam.

OBSERVATION N°13 :

D.B., 9 ans, sexe masculin, 24 kg, consulte le 18 Novembre 1987.
Le patient présente un prurigo en éclaboussure para ombilical gauche avec des trainées papuleuses inguinales.

Dans les antécédents, on a la notion d'hématurie terminale persistante depuis 3 ans.

Le compte rendu d'examen d'anatomie et de cytologie pathologiques N°3634, Hôpital St LOUIS a donné :

Au niveau des bourgeons épidermiques hyperplasiques ainsi qu'au niveau du derme, on observe de nombreuses structures parasitaires ovoïdes, bordées d'une petite paroi basophile.

Ces parasites sont parfois centrés par des sortes d'oeufs entourés de foyers de necrose ou parfois situés au sein de cellules géantes multinucléées. Un infiltrat inflammatoire lymphocytaire et macrophagique parsème le derme superficiel et profond.

Conclusion : Il s'agit vraisemblablement de lésions de bilharziose cutanée.

- Le culot de centrifugation urinaire a mis en évidence des oeufs de Schistosoma Haematobium,
- La biopsie de la muqueuse rectale a révélé la présence d'oeufs noirs et clairs de SH,
- L'examen parasitologique des selles est normal.

Traitement : Le malade a reçu une dose unique de biltricide à raison de 40 mg/kg.

- Le 5 janvier 1988, soit un mois et demie après le traitement, les papules se sont affaïssées signant la guérison, le prurit a disparu.

OBSERVATION N°14 :

Melle S.M., 12 ans, 30 kg, est vue en consultation le 23 Novembre 1987. A l'examen, il existe une volumineuse tumefaction cérébri forme développée aux dépens de la grande lèvre (vulve), du bord libre de la partie moyenne et postérieure à la commissure inférieure ; avec un aspect papillomateux et angiomateux. On note également la présence de quelques éléments satellites (papules). La tumefaction évolue de façon progressive depuis 25 mois. Il n'existe pas d'adenopathie, ni de perte sanglante ; le reste de l'examen étant normal.

Le diagnostic de granulome est évoqué et une biopsie est pratiquée.

Le compte rendu de l'examen anctomopathologique N°4256 du Laboratoire de Biologie Médicale BEGIN est le suivant :

Sous un épiderme melanodermique avec papillomatose et acanthose : le derme est envahi par un granulome inflammatoire polymorphe cernant des éléments évoquant des oeufs de schistosome.

Conclusion : Aspect en faveur d'une bilharziose à localisation cutanée.

Traitement : La patiente, après avoir reçu une dose unique de biltricide à raison de 40 mg/kg, a été confiée aux chirurgiens qui procéderaient à l'exérèse de la tumeur.

Le 15 Avril 1988 : Lors d'un examen de contrôle, on a pu noter la disparition des papules satellites et il n'est resté qu'une simple cicatrice de l'exérèse.

OBSERVATION N°15 :

M^{lle} D.A., 6 ans, 19 kg consulte le 2 décembre 1987.

La consultation est motivée par l'apparition depuis 2 mois environ d'une formation granulomateuse, lésion nodulaire polylobée enchassée dans la peau ; s'étendant de la grande lèvre supérieure gauche à la petite lèvre.

Il existe également quelques papules parsémées au niveau du périnée et sur la vulve.

Dans les antécédents, on observe une notion d'hématurie, de dysenterie et la présence ^{d'œufs} de tenia dans les selles. La patiente a un bon état général, pas d'hépatosplénomégalie, ni d'adénopathie.

Dans les hypothèses diagnostiques, on a évoqué :

- une tumeur annexielle,
- un granulome bilharzien.

Une biopsie est pratiquée et le compte rendu de l'examen anatomopathologique N°4462 de l'Hôpital BEGIN est le suivant :

Epiderme avec acanthose et papillomatose recouvrant un derme caractérisé par un granulome inflammatoire polymorphe traversé par des travées fibreuses.

Importantes réactions à cellules géantes autour d'éléments évoquant des œufs de schistosome (coloration positive au Ziehl).

Conclusion : Aspect en faveur d'un granulome bilharzien

(Schistosoma mansoni)

- Le culot de centrifugation urinaire a mis en évidence des œufs de SH.

- L'examen parasitologique des selles a révélé la présence d'œufs de Taenia saginata.

Traitement : La patiente a reçu une dose unique de biltricide à raison de 40 mg/kg et du Niclosamide.

Le 24 décembre, on note une nette amélioration de la lésion nodulaire et la guérison complète est observée le 24 février 1988.

OBSERVATION N°15 :

S.S., jeune garçon de 9 ans, est vu en consultation le 23 Décembre 1987.

A l'examen, il existe de nombreuses papules d'aspects très anciens, parsemées de la fosse iliaque à l'hypochondre de façon symétrique (droite, gauche).

Il s'agit de papules peu prurigineuses dont la date d'apparition n'a pu être située avec précision.

Il n'existe ni hépatosplénomégalie, ni anémie ; l'état général du malade est bon.

Dans les antécédents, on signale une bilharziose urinaire évoluant depuis un an, traitée sans succès par la médecine traditionnelle.

Le culot de centrifugation urinaire a permis de mettre en évidence des oeufs de SH.

Devant l'aspect clinique très évocateur des lésions de la bilharziose cutanée et de cette bilharziose urinaire, le patient a reçu une dose unique de biltricide à raison de 40 mg/kg.

Le 12 février 1988, les papules ont complètement disparu : guérison complète.

OBSERVATION N°17 :

M^{lle} M.F., 4 ans, 17 kg, consulte le 7 Janvier 1988.

La patiente présente depuis un mois de nombreuses papules disséminées sur la région scapulaire et interscapulaire et de façon symétrique sur les para-vertébraux.

Les éléments sont un peu prurigineux. Il existe quelques papules anciennes en para ombilical gauche.

Le diagnostic de bilharziose cutanée est évoqué et un prélèvement cutané est effectué.

Le compte rendu de l'examen anatomopathologique N°498 de l'Hôpital BEGIN est le suivant :

Sous un épiderme acanthosique et papillomateux, présence dans le derme papillaire et réticulaire de nombreux granulomes parfois centrés sur un oeuf de Schistosoma haematobium à épéron terminal.

Le culot de centrifugation urinaire a révélé la présence d'oeufs de SH.

De même la biopsie de la muqueuse rectale a donné de très nombreux oeufs noirs et clairs de SH.

L'examen parasitologique des selles a mis en évidence des oeufs d'oxyures.

Traitement : Il s'est effectué avec 40 mg/kg de biltricide, en plus la patiente a reçu du Famoate de pyrantel pour son oxyurose.

Le 15 Février 1988, les papules se sont affaissées en prenant une teinte plus foncée.

OBSERVATION N°18 :

Melle K.N., 12 ans est vue en consultation le 7 Janvier 1988.
A l'examen, il existe un nodule isolé, dur de la grande lèvre droite se situant au niveau de la commissure inférieure.

Dans les antécédents, on retrouve une bilharziose urinaire déjà traitée.

Une biopsie est faite au niveau de la lésion.

Le compte rendu de l'examen anatomopathologique N°503 de l'Hôpital BEGIN montre :

- Une hyperplasie épidermique marquée avec papillomatose, hyperkeratose orthokeratosique et acanthose ;
- Une infiltration inflammatoire dermique, dense, lympho-histiocytaire ;
- Une absence de parasite sur les lames examinées.

Le culot de centrifugation urinaire a révélé la présence de nombreux oeufs de SH.

La biopsie de la muqueuse rectale a permis de mettre en évidence de nombreux oeufs noirs de SH.

Traitement : La patiente a reçu une dose de 40 mg/kg de biltricide en prise unique. Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION N°19 :

Mr M.N., âgé de 33 ans, hospitalisé dans le service depuis le 4 Avril 1987 pour periarterite noueuse et diarrhée profuse avec immuno-dépression (HLV. II positif) ; présente le 27 Janvier 1988 plusieurs papules éparses sur les lombes et la région périombilicale.

Le diagnostic de bilharziose cutanée est évoqué, une biopsie est faite.

Le compte rendu de l'examen anatomopathologique du prélèvement cutané fait au Laboratoire de Biologie Médicale de l'Hôpital BEGIN, N°467, est le suivant :

Sous un épiderme histologiquement normal, présence dans le derme papillaire et réticulaire de petits granulomes lymphohistiocytaires centrés sur des oeufs de Schistosoma haematobium (épéron terminal, coloration de Ziehl négative).

Le 22 Février 1988, on assiste à une guérison spontanée des lésions cutanées : les papules ayant disparu. Par prudence, le patient a reçu une dose de 40 mg/kg de biltricide en prise unique.

OBSERVATION N° 20 :

S.Z., 11 ans, sexe masculin, est vu en consultation le 2 Février 1988. Il est apparu depuis 10 jours, de nombreuses papules ovalaires ou arrondies en éclaboussure sur le dos : région interscapulaire, hémithorax droit et la région épigastrique. Il existe aussi quelques éléments au niveau de la fosse iliaque gauche. Les papules sont légèrement prurigineuses ; il n'existe pas d'anémie, ni d'hépatosplénomégalie.

Le compte rendu de l'examen anatomo^{to}mopathologique N° 848 du Laboratoire de Biologie Médicale de l'Hôpital BEGIN est le suivant : Présence, dans le derme, de nombreux oeufs de Schistosoma haematobium (éperon terminal et à coque acido-alcoolique résistante (Ziehl positif)).

Dans le culot de centrifugation urinaire, on a découvert des oeufs de SH.

La biopsie de la muqueuse rectale a aussi révélé la présence de nombreux oeufs clairs et noirs de Schistosoma mansoni et de Schistosoma haematobium.

Le patient a reçu une dose unique de biltricide à raison de 40 mg/kg ; par la suite il n'a pas été revu.

OBSERVATION N°21 :

M^{me} O.B., 42 ans, est vue en consultation le 13 Avril 1988.

A l'examen, elle présente des lésions ulcéro-végétantes de la face interne de la cuisse gauche, débordant sur la grande lèvre ; apparition progressive depuis un an sur des lésions lichenifiées pré-existantes.

Il existe un prurit très intense sur les lésions mais il n'y a pas d'adenopathie, ni d'hépatosplénomégalie. Le reste de l'examen est normal.

Cliniquement sont évoqués :

- Un épithélioma spino cellulaire ;
- Une maladie de BOWEN ;
- Ou une maladie de PAGET.

Une biopsie cutanée est pratiquée.

Le compte rendu de l'examen anatomopathologique N°1507 du Laboratoire de Biologie Médicale de l'Hôpital BEGIN ~~est~~^{met} en évidence :

- une hyperplasie épidermique marquée avec hyperkératose orthokératosique, acanthose et papillomatose ;
- la présence, dans le derme papillaire et réticulaire, de granulomes tuberculoïdes ~~riches~~^{riches} en cellules lymphoplasmocytaires, histiocytaires et cellules épithéloïdes ;
- de nombreuses cellules géantes plurinucléées.

Ces granulomes sont centrés sur des débris amorphes.

- une absence de nécrose.

Conclusion : Granulome à corps étranger.

Le culot urinaire a révélé la présence d'oeufs de SH.

L'examen parasitologique des selles est normal.

En définitif, le diagnostic de granulome BILHARZIEN a été retenu.

Traitement : La patiente a reçu une dose unique de biltricide à raison de 40 mg/kg ; elle est rentrée chez elle (à Kayes) et n'a pas été revue.

OBSERVATION N° 22 :

M^{me} M.B., française, âgée de 32 ans est vue en consultation pour une lésion infiltrée, circulaire, végétante et papillomateuse de la marge anale.

La biopsie pratiquée donne le résultat suivant :

Hyperplasie pseudo-épithéliomateuse de l'épiderme avec hyperacanthose et hyperkeratose parakeratosique.

Au niveau du derme profond, on observe, au sein d'un granulome à cellules géantes, 4 oeufs de schistosome dont 2 sont munis d'épéron terminal.

Sur le bord de la préparation, existe un foyer necrobiotique hyalin entouré d'histiocytes et de polynucléaires.

Le Touché Rectal est normal.

La rectoscopie est normale.

Traitement : Biltricide 40 mg/kg en une seule prise. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION N°23 :

M^{lle} M.D., 3 ans, est vue en consultation le 25 mai 1988.

À l'examen, il existe des lésions papuleuses sous mammaires droites et sous scapulaires droites. On a observé également un deuxième groupe paravertébral gauche.

Le début remonte à 3 - 4 mois.

Le diagnostic de bilharziose est évoqué et une biopsie est pratiquée.

Le compte rendu de l'examen anatomopathologique N°2226 du Laboratoire de Biologie Médicale de l'Hôpital BEGIN est le suivant :

Sous un épiderme avec papillomatose et acanthose, granulome inflammatoire dermique lymphohistiocytaire et à cellules géantes entourant de rares oeufs de Bilharzies.

La coloration de Ziehl est négative.

Conclusion : Aspect de Bilharziose à Schistosoma Raematobium.

L'examen des urines n'a révélé la présence d'aucun parasite ou oeuf.

Traitement : La petite a reçu 40 mg/kg de Biltricide en une seule prise ; elle n'a pas été revue.

OBSERVATION N°24 :

M^{lle} FOFANA K., 6 ans, est vue en consultation le 16 juin 1988. A l'examen, il existe un prurigo en bouquet de papules confluentes au niveau de l'hypochondre gauche avec quelques éléments isolés inguinaux.

Le début remonte à 15 jours environ.

Le diagnostic de bilharziose cutanée est évoqué.

Le compte rendu d'examen anatomopathologique N°88853 de l'hôpital DOMINIQUE LARREY, met en évidence :

Prélèvement cutané montrant un épiderme très hyperplasique et un derme occupé par de nombreux foyers inflammatoires denses, riches en lymphocytes, en plasmocytes et contiennent de rares cellules géantes plurinucléées de type à corps étrangers. Au sein de ces foyers inflammatoires, se trouvent quelques oeufs isolés, souvent très altérés, de Schistosome.

Souvent, il ne s'agit que de fragments d'oeufs nécrosés ou de simples éléments de leur paroi.

Conclusion : Confirmation de Bilharziose cutanée.

L'examen parasitologique des urines a permis de mettre en évidence des oeufs de SH.

Traitement : La malade a reçu 40 mg/kg de biltricide en une prise unique. Elle n'a pas été revue.

Obs. N°	Age (ans)	Sexe	Ancienneté des lésions	Siège des lésions	Lésion élémentaire	Biopsie	Prurit	Hématurie	Examen Urines	B. M. R.	Examen séro
1	15	F	1 mois	Pectoral	Papule	-	+	-	S.H.	N.F.	N.F.
2	13	M	1 mois	Multi focal aux lésions	Papule	-	-	-	S.H.	N.F.	N.F.
3	22	M	6 mois	Lombe	Papule	-	-	-	S.H.	N.F.	N.F.
4	16	M	?	F.I.D.	Papule	S.H.	-	-	N.F.	N.F.	N.F.
5	43	M	1 mois	Périanal?	Plaques condylomateux	Fragiles deux	-	-	-	N.F.	-
6	14	F	3 mois	Abdomen	Papule	-	-	-	S.H.	N.F.	N.F.
7	13	F	2 mois	Lombe	Papule	S.H.	-	-	S.H.	N.F.	N.F.
8	15	F	?	Multi focal (Tronc)	Papule	S.H.	-	-	S.H.	N.F.	N.F.
9	5	M	?	Multi focal (Tronc)	Papule	-	+	+	S.H.	N.F.	-
10	42	M	2 mois	Paravertebral	Papule	-	+	-	N.F.	S.H.	N.F.
11	5	F	1 mois	Multi focal (Tronc)	Papule	S.H.	-	-	S.H.	N.F.	-
12	20	M	1 mois	Paravertebral	Papule	S.H.	-	+	S.H.	S.H.	-
13	9	M	1 mois	Multi focal (Tronc)	Papule	S.H.	+	+	S.H.	S.H.	-
14	12	F	25 mois	Vulve	Formation papuleuse	+	-	-	N.F.	N.F.	N.F.
15	6	F	2 mois	Vulve	Nodule + Papule	SM	-	+	S.H.	N.F.	Deufside
16	9	M	?	Abdomen	Papule	N.F.	+	+	S.H.	N.F.	N.F.
17	4	F	1 mois	Multi focal (Tronc)	Papule	S.H.	+	-	S.H.	S.H.	Deufside
18	12	F	?	Vulve	Papule	-	-	+	S.H.	S.H.	N.F.

Obs. N°	Age (ans)	Sexe	Antécédents des lésions	Siège des lésions	Lésion élémentaire	Biopsie	Pus	Hématurie	Examen urines	B.M.R.	Examen sérolog
19	33	M	5 jours	Multi focale	Papule	S.H.	-	-	N.F.	N.F.	N.F.
20	41	M	10 jours	Multi focale (Troque)	Papule	S.H.	+	-	S.H.	S.H.-SM	N.F.
21	42	F	12 mois	Vulve + pli inguinal	Formation végétante	-	-	-	S.H.	N.F.	-
22	32	F	?	Périanal	Formation végétante et papule (lombaire)	S.H.	-	-	N.F.	N.F.	N.F.
23	3	F	4 mois	Multi focale (Troque)	Papule	S.H.	-	-	-	N.F.	N.F.
24	6	F	15 jours	Hypoch. E.	Papule nodulaire	S.H.	-	-	S.H.	N.F.	N.F.

F.I.D. = Fosse iliaque droite

Hypoch. E. = Hypochondre gauche

S.H. = Schistosoma haematobium (œuf)

S.M. = Schistosoma mansoni (œuf)

N.F. = Non fait

B.M.R. = Biopsie muqueuse. Redate

Obs = Observation

Tableau récapitulatif des 24 cas

I C O N O G R A P H I E



OBSERVATION N° 12



OBSERVATION N° 13

OBSERVATION N° 9



OBSERVATION N° 2



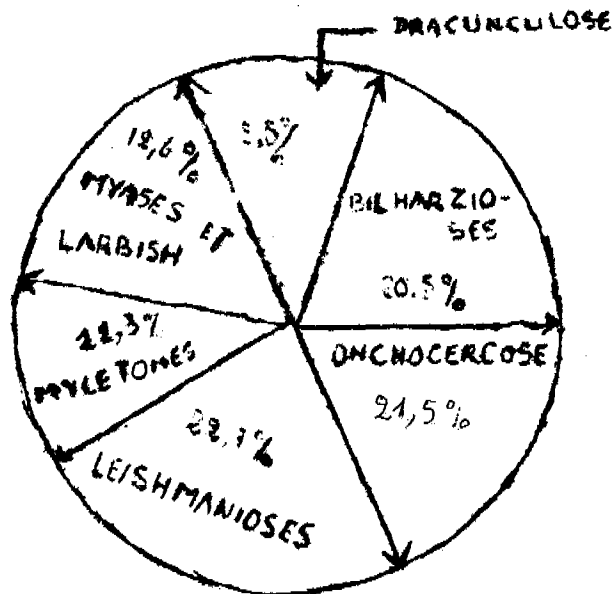
OBSERVATION N° 16



Chapitre 4 - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Fréquence : Elle n'est pas négligeable puisque sur 12 mois nous avons observé 16 cas à la consultation dermatologique de l'Institut Marchoux.

Il est intéressant de comparer ce chiffre à la fréquence de certaines maladies parasitaires à tropsime cutané : sur 79 "parasitoses cutanées", on compte 16 localisations cutanées de Bilharziose (20,5 %). C'est un chiffre à peu près équivalent au nombre de nouveaux cas d'onchocercose dépistés à la même consultation dermatologique (21,5 %).



Le symptôme étant peu gênant doit être souvent méconnu et sa fréquence réelle beaucoup plus grande.

Terrain :

Age : Les patients sont âgés de 3 à 43 ans. La médiane d'âge est de 15 ans. Il y a 8 adultes et 16 enfants de moins de 15 ans.

Sexe : Globalement le sexe ratio homme/femme est équilibré: 11/13, mais si l'on considère le seul groupe des enfants, les filles sont plus nombreuses : 11 filles pour 5 garçons.

Cette prédominance dans une courte série n'a pas reçu d'explication. Dans une série de 14 cas, COLIN et LOUBIERE (6) observent un sexe ratio de 4 sur 7 chez l'enfant.

La bilharziose cutanée est donc principalement observée chez les enfants probablement du fait de la forte infestation à cet âge et donc du grand nombre d'oeufs en situation erratique.

Origine géographique :

Tous les malades viennent du District de Bamako en dehors de deux européens séjournant depuis respectivement 3 et 5 ans.

CLINIQUE :

- Circonstances du diagnostic : Elles sont très variables, en effet :
 - . les signes fonctionnels sont très modérés ; on retrouve un prurit peu intense dans 7 cas sur 24. C'est plutôt la persistance de l'éruption qui intrigue le malade et motive la consultation.
 - . 4 malades ont été dépistés lors d'un examen clinique pratiqué à l'occasion d'un autre motif de consultation.
Le délai median entre les 1ers signes et la consultation est de 30 jours.
 - . Pour 18 malades, les signes cutanés ont été révélateurs de l'affection.

- Aspect clinique :

1) Lésions extra-génitales :

. Lésion élémentaire : elle nous semble caractéristique et relativement monomorphe.

Il s'agit de papules acuminées, légèrement infiltrées avec squame de surface ; de taille variable (3 à 4 mm), groupées en bouquet sur une aire de 5 à 10 cm².

Dans certains cas les papules sont confluentes et forment une lésion en plateau à surface irrégulière toujours accompagnée d'éléments satellites.

. Siège :

.. La région périombilicale est la plus fréquemment concernée ; cette localisation est rencontrée 13 fois sur 30. C'est dans cette localisation que l'on voit particulièrement les formes de papules coalescentes en plaque.

.. La région thoracique au dessus de l'ombilic : Il s'agit des localisations pectorales le plus souvent, axillaire et une fois cervicale basse.

.. Fosses iliaques : L'atteinte a été observée 3 fois.

.. Région dorsale : Les lombes et les régions scapulaires sont atteintes avec la même fréquence respectivement 4 et 5 fois. On a pu relever 13 cas d'atteinte plurifocale (deux sites en plus) particulièrement dans l'observation n°17, Chez cette fillette de quatre ans où l'ensemble du dos était concerné.

Il est à noter que l'éruption peut survenir en plusieurs vagues successives espacées de 8 à 30 jours.

En résumé, il y a deux fois plus de migration en provenance du système porte que pour le système cave.

. Diagnostic :

.. Positif : Les lésions cliniques sont suffisamment évocatrices pour que le diagnostic soit évoqué par un oeil averti ; en effet, dès que cette pathologie a été reconnue et identifiée, certains malades nous ont été adressés par le personnel paramédical formé dans le service et qui reconnaissait bien l'affection.

Ce diagnostic a été toujours confirmé par les examens complémentaires :

Culet de centrifugation urinaire : révélé positif 17 fois sur 19 (près de 89 %) toujours avec SH.

Biopsie cutanée : positive 15 fois sur 23 (soit 62,6 %) des cas. C'est un signe irréfutable pour asseoir le diagnostic sur la lésion cutanée ; mais le prélèvement peut passer à côté des oeufs et ne montrer qu'un infiltrat lymphohistiocytaire particulier par son polymorphisme, la présence des cellules géantes de type Langhans, ou à corps étranger.

Examen parasitologique des selles : il donne le plus mauvais résultat, avec aucune positivité sur 8 cas ; c'est d'ailleurs un examen peu utile dans le diagnostic de l'affection (1 seul cas de biopsie positive à SM).

Biopsie muqueuse rectale (B.M.R.) : Elle a été positive dans tous les cas où elle a été pratiquée (6 fois).

.. Diagnostic différentiel : Il se pose essentiellement avec :

* Les prurigos régionaux : certaines étiologies pourraient donner des lésions analogues en bouquet ou en éclaboussure :

** Granulome par piqûre d'insecte : Ici l'élément vasculaire est souvent présent cliniquement et histologiquement ; d'autre part le prurit est quasi constant.

** Certains lichens plans présentent des lésions élémentaires superposables, mais la repartition est plus diffuse. Ils siègent fréquemment sur les membres, ce qui n'est jamais le cas des bilharzioses.

** Certaines maladies de Hanse paucibacillaires peuvent prendre chez l'enfant un aspect macronodulaire voisin mais la surface est plus lisse et il n'y a pas d'éléments satellites. L'anesthésie y est très fréquente.

** Enfin, certaines leishmanioses nodulaires, certaines sarcoïdoses peuvent simuler la lésion élémentaire.

Cependant, on peut affirmer que l'ensemble clinique de la bilharziose cutanée avec sa lésion élémentaire, son siège, constitue une entité particulière.

2) Les lésions périneales :

Elles ont été observées six fois sur 24 soit 25 % des cas : un homme, deux femmes et trois petites filles.

On retrouve donc la même prédominance féminine.

-> Deux adultes (observations N°5 et 22) présentaient une lésion périanale d'aspect pseudo épithéliomateux sans atteinte muqueuse. Lors de la biopsie, la lésion était infiltrée ; le diagnostic était une surprise histologique.

-> Les lésions vulvaires :

Dans l'observation N°14, la lésion pseudotumorale prédominait sur la grande lèvre avec un aspect papillomateux, végétant, indolore et non hémorragique, bien supportée depuis 25 mois.

Dans les autres observations, il s'agissait de nodules de plus petite taille 5 mm à 1 cm de diamètre.

Dans l'observation N°21, il existait dans le pli inguinal des éléments satellites reposant parfois sur une base infiltrée en plateau simulant une maladie de BOWEN.

- DIAGNOSTIC :

Il a été évoqué cliniquement deux fois sur six ; en effet, devant de telles lésions, d'autant qu'il existe des adénopathies inguinales, on peut évoquer :

- un épithélioma spinocellulaire ;
- une maladie de BOWEN ;
- un condylome viral.

Les pyodermites végétantes et les syphilides sont plus volontiers érosives et suintantes.

Histologiquement, les résultats ont été positifs (4 fois sur 6) dans les observations N°5, 14, 15, et 22.

Dans l'observation N°5, les deux premières biopsies, peut être trop superficielles, étaient négatives.

Dans la littérature les localisations vulvaires sont rares par rapport aux autres localisations génitales.

L'examen anatomopathologique apporte le diagnostic de certitude en mettant en évidence les oeufs de Bilharzie au sein du granulome inflammatoire.

Certains auteurs (BASSET (1980)), ont découvert sur des biopsies profondes des couples de vers adultes sur les formes tumorales.

- TRAITEMENT :

Le Niridazole a été utilisé cinq fois à raison de 25 mg/kg de poids corporel pendant 7 jours associé au Diazepam.

Tous les autres malades ont été traités par du Praziquantel (biltricide) à raison de 40 mg/kg en une seule prise.

En plus, pour les bilharzioses périnéales (une vulvaire), on a procédé à une exérèse chirurgicale : observation N°5, 14 et 22.

- RESULTATS :

- Pour les lésions cutanées, on assiste en moyenne à l'affaïssement des papules en cinq semaines. La guérison complète a été notée pour les observations :

N°8 : 1 mois ; N°9 : 2 mois ; N°13 : 45 jours ; N°16 : 45 jours
N°17 : 40 jours.

Les autres malades n'ayant pas été revus, on peut supposer avec les mentalités locales qu'ils ont été guéris de leur affection.

- Lésions périnéales :

Après exérèse chirurgicale, il faut noter la persistance d'une infiltration résiduelle au niveau de la grande lèvre dans les observations 14 et 15.

Il est à noter que le traitement spécifique raccourcisse la durée de l'affection. En effet le Niridazole ou le Praziquantel ne sont toxiques que pour les vers adultes et seraient donc utiles dans les formes végétantes, volumineuses où la présence de vers adultes a été évoquée [BASSET (3)].

Par contre, au niveau des lésions cutanées minimales faites de granulomes centrés par des oeufs, la guérison spontanée paraît plus vraisemblable. Dans ce cas, les antibilharziens, en diminuant la charge parasitaire, diminuent le risque d'embolie des oeufs au niveau de la peau.

L'action des antibilharziens pourrait aussi se faire en diminuant le stimulus antigénique de l'hypersensibilité que représentent les vers adultes et leurs oeufs.

-- CONCLUSION --

- L'étude de ces 24 observations suscite les observations suivantes :

* Fréquence des manifestations cutanées des bilharzioses souvent méconnues.

* Les deux aspects cliniques les plus évocateurs sont :

- . le Prurigo régional en éclaboussure sur le tronc notamment la région périombilicale chez l'enfant.
- . les lésions végétantes ou pseudotumorales génitales ou péri-néales : leur découverte doit faire évoquer la bilharziose chez les malades exposés.

* Pour le dépistage en milieu scolaire, ces lésions présentent un grand intérêt : faciles à reconnaître, elles sont souvent le signe révélateur de l'affection (18 fois sur 24) et apportent ainsi leur contribution au faisceau d'arguments cliniques et paracliniques nécessaires au diagnostic.

Certaines questions restent posées :

- L'existence de ces lésions cutanées a-t-elle une valeur pronostique ? Laissent-elles présager de réactions granulomateuses viscérales intenses ? Il aurait été intéressant de pouvoir pratiquer quelques laparoscopies afin d'évaluer l'existence ou non d'une granulomatose hépato-splénique.

Comme pour l'onchocercose, la réactivité tissulaire individuelle joue un rôle essentiel. Il serait intéressant notamment de comparer les aspects cliniques chez le sujet normal et chez l'atopique.

Notons à ce sujet que le patient N°19, atteint d'un SIDA évolutif, n'a pas présenté de différences cliniques et évolutives avec les autres malades.

B I B L I O G R A P H I E

- 1) BARABE P., DE LAJUDIE J. P., PERROT J. P.
THERAPEUTIQUE MEDICALE DES BILHARZIOSES
Med. Trop., 1980, 40, 265 - 269.
- 2) BASSET A.
Dermatoses parasitaires tropicales
Conc. Méd., 1973, 95, 3648 - 3661.
- 3) BASSET A.
Dermatose végétari~~ale~~^{te} tropicales
(Dermatoses végétales parasitaires)
E. M. C., 12580 A¹⁰.
- 4) BRUMPT L.
Les Schistosomiasés
Rev. Prat., 1970, 20, 5 - 22.
- 5) CAPRON A., DESSAINT J. P., CAPRON M.,
IMMUNOREGULATION DES INFECTIONS PAR SCHISTOSOMES.
Méd. Trop., 1980, 40, 243 - 247.
- 6) DAMAS S.
La localisation cutanée de la Bilharziose en Côte d'Ivoire.
Thèse med., Abidjan 1979.
- 7) DIALLO S.
Contribution à l'épidémiologie et à la stratégie de lutte
contre la schistosomiase dans les lacs artificiels du Mali.
Thèse med., Bamako 1975.
- 8) DOMART A., GENTILINI M., GAXOTTE Ph.
"Fièvres de Safari"
A propos de 18 observations d'invasion bilharzienne.
Sem. Hop. 1969, 10, 627 - 632.

- 9) DOUMBIA S.
Etudes épidémiologiques et socio-économiques des schistosomes à S. Haematobium et S. Mansoni dans l'arrondissement de Nossombougou (cercle de Kolokani).
Thèse méd., Bamako 1985, E.N.M.P. - Mali.
- 10) DUFLO B., DAVIS M.
"Les Bilharzioses"
Rév. Prat., 1875, 25, 1208 - 1213.
- 11) GENTILINI M., DUFLO B., LAGARDERE B. et DAVIS M.
Bilharzioses
IN M. GENTILINI M., DUFLO B., LAGARDERE B. et DAVIS M.
"Médecine Tropicale" 2ème éd.
Flammarion, éd. Paris 1977, 135 - 149.
- 12) GRAS C., ANDRE J. L., PECARRERE J. L., NORMAND Ph., BARABE P.
LA BILHARZIOSE VULVAIRE
(A propos d'une observation)
Méd. Trop. 1980, 40, 335 - 338.
- 13) KARAMBIRI B.
Contribution à l'étude épidémiologique des bilharzioses à Schistosoma Mansoni et Schistosoma Haematobium dans la vallée du Queouyanko, essai de traitement de masse par le P raziquantel.
Thèse méd., Bamako 1980, E.N.M.P. - Mali.
- 14) KONE D.
Bilharzioses et Helminthoses intestinales.
Evaluation épidémiologique avant la mise en eau du barrage de Sélingué (Cercle de Yanfoïla - République du Mali).
Thèse méd., Bamako 1980, E.N.M.P. - Mali.

VIII

- 15) LAVERDANT C., THABAUT A., HARDELIN J., CRISTAU P., MOLINIE C.,
DUROSOIR J.L., ESSIUX H., DALY J.P., LARROQUE P., CATHALAN G.
Les Bilharzioses Africaines de première INVASION.
Eléments de DIAGNOSTIC
Evolution à 5 ans.
Med. Trop. 1980, 40, 251 - 257.
- 16) MOREAU J.P., BOUDIN C., TROTOBAS J., ROUX J.
Repartition des SCHISTOMIASES dans les pays francophones
d'Afrique de l'Ouest.
Med. Trop. 1980, 40, 23 - 30.
- 17) NOZAIS J.P., PICHARD E., DEVELOUX M., GENTILINI M.
Les localisations ectopiques des bilharzioses (sauf S.
japonicum).
Arch. Anat. Cytol. Path., 1983, 31, 241 - 245.
- 18) PICHARD E., KONE B., TRAORE H.A., DIALLO A.N.
Intérêt et indications de la biopsie rectale pour le
diagnostic des bilharzioses.
A propos de 553 biopsies (Bamako).
Med. Chir. Dig. 1986, 15, 119 - 120.
- 19) PICQ J.J., ROUX J.
EPIDEMIOLOGIE DES BILHARZIOSES
Med. Trop., 1980, 40, 9 - 20.
- 20) PLEAH B.
Etat actuel de l'endémie bilharzienne à Schistosoma
Haematobium dans le cercle de Bandiagara.
Thèse med., Bamako 1976, E.N.M.P. - Mali.
- 21) RICOSSE J.H., EMERIC R., COURBIL L.J.
Aspects anatomopathologiques des Bilharzioses.
A propos de 286 PIECES HISTOPATHOLOGIQUES.
Med. Trop., 1980, 40, 77 - 94.

22) WARREN K.

The pathology, pathobiology and pathogenesis of
Schistosomiasis.

Nature 1978, 273, 609 - 612.

23) WERLER C.

LES SCHISTOSOMIASES AU MALI

Bamako, Mai 1986

(Programme National de Lutte contre la Schistosomiase,
I.N.R.S.P.).

NOM : DIABATE

PRENOMS : Idrissa Mamadou

TITRE DE LA THESE : LOCALISATION CUTANEE DE LA BILHARZIOSE

ANNEE : 1988

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque Ecole Nationale de Médecine et de
Pharmacie

SECTEUR D'INTERET : Diagnostic précoce de l'affection au niveau de
la peau (formation granulomateuse)

RESUME : Les bilharzioses constituent la deuxième grande endémie mondiale après le paludisme (300 millions de cas). A propos de 24 cas, nous avons voulu insister sur la valeur du diagnostic précoce au niveau des téguments afin de prévenir les graves complications viscérales tardives. Cette localisation tégumentaire devient aussi de plus en plus fréquente.

MOTS - CLES : Peau - Bilharziose.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui ne seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.