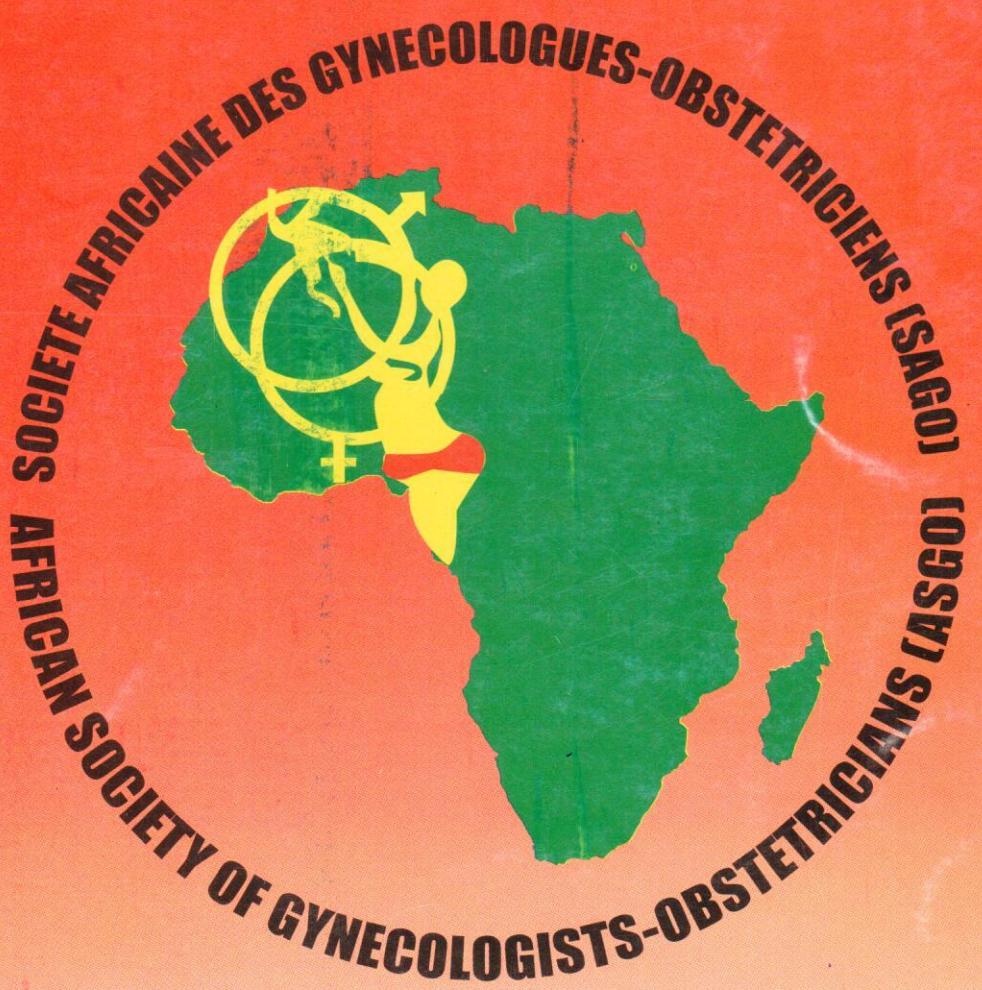


JOURNAL DE LA SAGO

(GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION)



REVUE SEMESTRIELLE

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

- Détection des récepteurs oestrogéniques et progestéroniques par la méthode immuno-histochimique dans le cancer mammaire chez la femme congolaise
N.L. Mbala, P.N. Mbanzulu, R.M. Kalengayi, P. Neven, De Villiers, R. Tozin, M. Nguma, K. Kitenge..... 1
- Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence à Bangui et dans cinq districts sanitaires de Centrafrique
E. Serdouma, A. Soumouk, T. D. Koyazegbe, A. T. Dodane, E. N. Beyam, K. Ndoram, A. Sépou..... 7
- Impact des audits cliniques sur la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou au Bénin
J.L. Dénakpo, E. Zoumenou, B. Houkpatin, C. Aguemon, A. Lokossou, P. Gbegan, R.X. Perrin 13
- Prise en charge de la mastodynies à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal)
S. M. K. Guèye, M. Guèye, M. Mbaye, M. E. Faye Diémé, M. S. Mbaye, J. C. Moreau..... 18
- Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado Ouédraogo et Sourou Sanou
T.F.D Millogo Traoré, M. Akotionga, S.Y.G Sanou..... 24

FAITS CLINIQUES

- Ascaridiose génitale : A propos d'un cas au Centre Hospitalier National de Pikine à Dakar
A.A. Diouf, S.M.K. Guèye, T.D.D. Tchantchou, C. Sène, A. Diop, A. Diouf..... 30
- Endométriose multiviscérale : à propos d'un cas à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Oundimba à Libreville (Gabon)
T.D.D. Tchantchou, S. Pither et coll. 33

MISE AU POINT

- Contraception hormonale
J. Lankoandé, B. Thiéba et coll. 37

COMITE DE PARRAINAGE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), S. Diallo (Conakry), S. Diarra (Abidjan), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léké (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welffens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

COMITE DE LECTURE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baeta (Lomé), M.D. Bah (Dakar), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Ilambi (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Keita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Rédacteur en Chef : Eusèbe Alihonou

Rédacteur en Chef Adjoint : Jean Charles Moreau

TABLE OF CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Detection of estrogen and progesterone receptors by immunohistochemical method in breast cancers among congolese women
N.L. Mbala, P.N. Mbanzulu, R.M. Kalengayi, P. Neven, De Villiers, R. Tozin, M. Nguma, K. Kitenge..... 1
- Availability, utilisation and quality of emergency obstetric care in Bangui and five sanitary districts of Central African Republic
E. Serdauma, A. Soumouk, T. D. Koyazegbe, A. T. Dodane, E. N. Beyam, K. Ndoram, A. Sépou..... 7
- Impact of the clinical audit on the quality of obstetric and neonatal care emergency in the Hospital of Mother and Child Lagune in Cotonou, Benin
J.L. Dénakpo, E. Zoumenou, B. Hounkpatin, C. Aguemon, A. Lokossou, P. Gbegan, R.X. Perrin..... 13
- Management of mastalgia at Gynaecological and Obstetrical Clinic in Aristide Le Dantec Teaching Hospital in Dakar (Senegal)
S. M. K. Guèye, M. Guèye, M. Mbaye, M. E. Faye Diémé, M. S. Mbaye, J. C. Moreau..... 18
- Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou Academics Hospitals
T.F.D Millogo Traoré, M. Akotionga, S.Y.G Sanou..... 24

CLINICAL CASES

- Genital ascariasis: a case report in Pikine National Hospital in Dakar, Senegal
A.A. Diouf, S.M.K. Guèye, T.D.D. Tchantchou, C. Séne, A. Diop, A. Diouf..... 30
- Multivisceral endometriosis: a case report in pikine Omar Bongo Oundimba Military Teaching Hospital in Libreville, Gabon
T.D.D. Tchantchou, S. Pither and al...... 33

FOCUS

- Hormonale contraception
J. Lankoandé, B. Thiéba and al...... 37

SPONSORSHIP COMMITTEE

E. Alihonou (Cotonou), M.K. Bohoussou (Abidjan), K.T. Coulibaly (Abidjan), F. Diadhiou (Dakar), S. Diallo (Conakry), S. Diarra (Abidjan), A.S. Doh (Douala), A. Dolo (Bamako), P. Drouin (Canada), A.K.S. Hodonou (Lomé), B. Koné (Ouagadougou), N. Koné (Abidjan), R. Léké (Yaoundé), A.N. Monganza (Kinshasa), B.T. Nasah (Yaoundé), R. Perrin (Cotonou), E. Samba (OMS), C. Welffens-Ekra (Abidjan), F. Zhioua (Tunis).

READER'S COMMITTEE

K. Akpadza (Lomé), S. Anongba (Abidjan), S. Baeta (Lomé), M.D. Bah (Dakar), D. Baldé (Conakry), P. Bessette (Canada), S. Boni (Abidjan), J. De Souza (Cotonou), A. Diouf (Dakar), J. Ekoundzola (Brazzaville), H. Iloki (Brazzaville), J.M. Kassia (Yaoundé), G. Magnin (France), K. Moyo (Yaoundé), N. Keita (Conakry), M. Koné (Abidjan), J. Lankoandé (Ouagadougou), J.M. Moutquin (Canada), I.H. Réziga (Tunis), I. Takpara (Cotonou).

Editor: Eusèbe Alihonou

Adjunct Editor: Jean Charles Moreau

ASCARIDIOSE GENITALE : A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE A DAKAR

A.A. DIOUF, S.M.K. GUEYE, T.D.D. TCHANTCHOU, C. SENE, A. DIOP, A. DIOUF

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent un cas d'ascaridiose génitale d'origine intestinale dont le mécanisme serait une migration parasitaire après fistulisation d'un boudin d'ascaris iléo-caecal. Il s'agissait d'une découverte per opératoire au cours d'une hystérectomie totale indiquée chez une patiente de 49 ans, porteuse d'une myomatose utérine majeure et suivie pour un carcinome infiltrant du sein gauche. Après une mastectomie radicale et un curage axillaire gauche, la laparotomie dans le même temps opératoire avait permis de mettre en évidence un agglomérat d'*Ascaris lombricoïdes* adultes dans les trompes utérines et un utérus polypyomateux. Une hystérectomie totale et une annexectomie bilatérale furent réalisées suivies d'une appendicectomie et d'une réparation des fistules caecale et rétropéritonéale. Les suites opératoires immédiates étaient simples et une cure antihelminthique fut prescrite avant l'exéat. Les auteurs retiennent le caractère exceptionnel de cette forme compliquée d'ascaridiose qui rappelle le syndrome de Loeffler et témoigne de retards diagnostiques et thérapeutiques d'une helminthiasis fréquente et répandue dans nos régions.

Mots clés : Ascaridiose génitale, Trompes de Fallope, Sénégal.

INTRODUCTION

L'ascaridiose est la nématodose intestinale la plus fréquemment rencontrée chez l'homme [2]. Elle est due à *Ascaris lombricoïdes* dont l'habitat préférentiel est l'intestin grêle et/ou le colon. L'ascaridiose bilio-pancréatique représente la localisation extra-intestinale la plus fréquente [5]. D'autres localisations sont rapportées dans la littérature [7, 9] mais aucun cas d'ascaridiose génitale n'est, à notre connaissance, jusqu'à là décrit. Nous rapportons un cas exceptionnel de colonisation génitale tubo-utérine par des ascaris adultes ayant migré à partir d'une fistule caecale chez une patiente présentant un parasitisme intestinal massif et suivie pour cancer du sein gauche et myomatose utérine majeure.

Tirés à part : Dr. A.A. DIOUF, Clinique Gynécologique et Obstétricale, Université Cheikh Anta DIOP, Dakar (Sénégal).

Genital ascariasis : a case report in Pikine National Hospital in Dakar

The authors report a case of genital ascariasis, having an intestinal origin. The mechanism was a parasite migration from an ileocecal fistula. It was an intraoperative finding during a total hysterectomy indicated for myoma in a patient of 49 years followed for an invasive left breast carcinoma. After a radical mastectomy and axillary lymphnode dissection, the laparotomy in the same operative time allowed to discover a cluster of adult *Ascaris lombricoïdes* in the Fallopian tubes. Total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were performed followed by an appendectomy and a suture of the caecal and retroperitoneal fistula. The immediate postoperative course was uneventful and an antihelmintic treatment was prescribed before the exit. The authors retain the exceptional nature of this complicated form of ascarias which recalls the Loeffler's syndrom. It reflects a high delay of diagnosis and treatment for a frequent and prevalent helminthiasis in our countries.

Key words: Genital ascariasis, Fallopian tubes, Senegal.

I. OBSERVATION

Mme C.T., âgée de 49 ans, primigeste, nullipare avec un antécédent d'avortement tardif de 6 mois à l'âge de 17 ans a consulté pour des douleurs abdomino-pelviennes chroniques non cycliques associées à une irrégularité du cycle avec ménorragies évoluant depuis un an. L'examen général retrouvait une maigreur et une pâleur cutanéo-muqueuse. L'examen sénologique trouvait un nodule de 6 cm de diamètre au quadrant supéro-externe du sein gauche sans adénopathie axillaire homolatérale. L'abdomen était le siège d'une masse hypogastrique remontant jusqu'à l'ombilic, ferme, régulière et sensible. Au toucher vaginal combiné au palper, le col était postérieur, long,

DIOUF A.A., GUEYE S.M.K., TCHANTCHOU T.D.D., SENE C., DIOP A., DIOUF A. Ascaridiose génitale : A propos d'un cas au Centre Hospitalier National de Pikine à Dakar. Journal de la SAGO, 2010, vol. 11, n°2, p.30-32

ferme et fermé, avec un comblement des culs-de-sac latéraux ; l'utérus était bosselé et augmenté de volume, faisant corps avec la masse hypogastrique. Au bilan paraclinique, l'histologie, après cytoponction du nodule du sein, a retrouvé un carcinome canalaire infiltrant de grade II, récepteurs hormonaux positifs et HER 2 positif. Le bilan d'extension du carcinome était négatif. L'échographie pelvienne mit en évidence un utérus polomyomateux avec deux noyaux isthmiques antérieurs de 30x27mm et 24x20mm, un noyau corporal interstitiel antérieur de 153x114mm. La conduite thérapeutique consistait à effectuer une mastectomie première avec curage axillaire gauche, suivie d'une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale dans le même temps opératoire. En péri opératoire, après laparotomie, l'exploration nous a permis de mettre en évidence un utérus polomyomateux, une ascaridiose intestinale massive avec un boudin d'ascaris adultes au niveau intestinal grêle et caecal. Deux fistules avec issue d'ascaris étaient retrouvées au niveau caecal et rétropéritonéal (figure 1) :

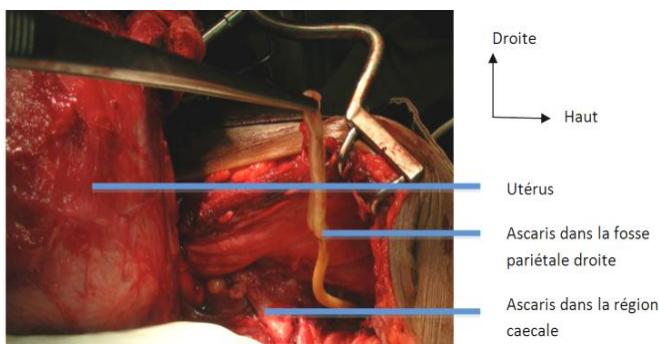


Figure 1 : Vue per opératoire d'Ascaris lumbricoides dans la région rétro-péritonéale

Les trompes étaient boudinées, remplies d'ascaris qui faisaient issue par les pavillons tubaires (figure 2). Un amas d'ascaris adultes était retiré de la trompe de Fallope droite, de la fosse pariétale droite et de la région rétropéritonéale droite à travers la fistule.

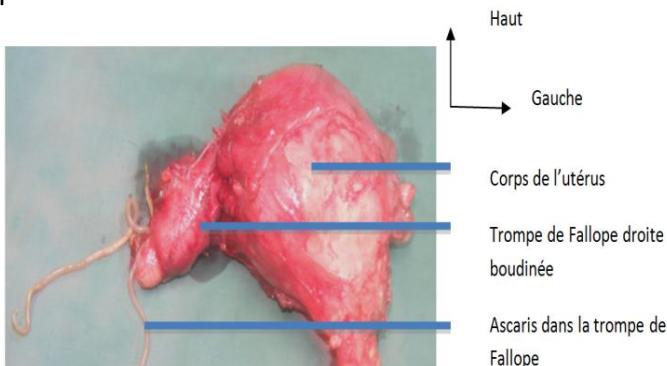


Figure 2 : Pièce opératoire après hystérectomie

Nous avons réalisé une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale puis une appendicectomie. Nous avons également réparé les fistules caécale et rétropéritonéale après extraction de la totalité des parasites rétropéritonéaux. Nous avons refermé la paroi abdominale après avoir nettoyé la cavité et posé un drain de Delbet dans la gouttière pariéto-colique gauche. Les suites opératoires étaient simples et l'exéat effectué au 5^{ème} jour post-opératoire avec un traitement antihelminthique. L'examen parasitologique confirmait la parasitose à Ascaris lumbricoides.

II. DISCUSSION

En Afrique, les localisations extra-intestinales les plus souvent décrites sont bilio-pancréatiques [5] ou intra-péritonéales, dans un contexte d'abdomen aigu, ou à la suite d'une désunion de sutures digestives avec issue d'ascaris par un orifice de drainage [6]. L'ascaridiose génitale représente une localisation extra-intestinale exceptionnelle. Elle n'avait pas encore été décrite en milieu tropical.

Les migrations aberrantes de l'ascaris sont parmi les complications majeures en milieu tropical [1,3,8,9]. Ces migrations se font souvent vers les voies biliaires et pancréatiques. Le passage du parasite à travers la paroi intestinale peut être traumatique (contusions et plaies pénétrantes), spontané (occlusion mécanique évoluée, perforation néoplasique, perforation typhique...) ou iatrogène (désunion des sutures intestinales et perforation au cours de manœuvres opératoires) [6]. Dans notre cas, les localisations multiples laissent présager d'un parasitisme massif associé à une migration facile des ascaris du fait des rapports anatomiques intestino-utérins devenus intimes à cause de la myomatose. En effet, l'augmentation du volume de l'utérus rapproche les annexes, de l'iléon et surtout du caecum favorisant ainsi l'effraction et le passage des parasites à travers le pavillon tubaire.

Les manifestations cliniques des ascaridioses extra intestinales surviennent le plus souvent dans un tableau d'urgence médico-chirurgicale (péritonite [4], appendicite [9], occlusion intestinale, colique hépatique [2]) ou en post-opératoire (fistules) [6]. Les manifestations chez notre patiente étaient chroniques. Les douleurs abdomino-pelviennes évoluant depuis un an pourraient être mises aussi bien sur le compte de la myomatose utérine que sur celui de la parasitose. La patiente présentait également une infertilité secondaire certainement d'origine tubaire. L'ascaridiose génitale pourrait donc

rentrer dans les causes anecdotiques de stérilité secondaire par obstruction mécanique complète des trompes de Fallope. Certes, l'amaigrissement et le syndrome anémique chronique peuvent être en rapport avec les ménorragies, mais il ne faudrait pas occulter le rôle que pourrait jouer une parasitose massive dans cette altération de l'état général. Le carcinome mammaire, au stade où il est découvert, n'est peut-être pas en cause, mais il est le témoin d'une baisse immunitaire à ne pas ignorer dans les facteurs favorisant une telle infestation parasitaire massive.

Le diagnostic de parasitose génitale n'a été posé que fortuitement, en per opératoire. Le caractère exceptionnel de cette forme d'ascariose et la non spécificité des signes génitaux justifient les errements diagnostiques. Si l'échographie est sensible et avoisine les 94% dans le diagnostic de colique biliaire ascardienne [2], elle n'a été d'aucun apport dans le diagnostic de cette localisation génitale. Le diagnostic biologique repose sur la recherche des œufs d'ascaris par l'examen parasitologique direct des selles ou par la technique de Kato.

Après l'extraction chirurgicale et la réparation des fistules, la prise en charge complémentaire sera médicale, basée sur l'utilisation de molécules antihelminthiques comme l'albendazole en cures massives et répétées sur plusieurs mois. L'évolution est en général favorable, comme c'était le cas chez notre patiente.

CONCLUSION

L'ascariose en elle-même est une infection habituellement bénigne qui relève d'un traitement médical sans lequel elle peut aboutir à des complications graves et variables dues au pouvoir migrateur d'*Ascaris lombricoïdes*. C'est pourquoi, elle mérite d'être prise en considération surtout dans nos pays où elle est cosmopolite et endémique. La possibilité d'une localisation pelvienne fait d'elle une pathologie qui mérite d'être prise en compte dans les

démarches diagnostiques des gynécologues-obstétriciens.

REFERENCES

1. Gentillini M, Duflo B, Carbon Cl. Nématodes intestinales et cestodes. In : Médecine Tropicale, Flammarion, 1972, Paris, 80-93 et 134-143.
2. Hunald FA, Randriamarolahy A, Rakototiana AF, Razafimanjatona M, Rakoto-Ratsimbahn, Samisonih, Ahmad A. Colique biliaire ascardienne chez l'enfant. A propos d'un cas. Revue Tropicale de Chirurgie, 2009; 3: 17-18.
3. Kekehjk, Zoungkanyi J. Complications chirurgicales de l'ascariose sous les tropiques. Ouest Médical, 1966, 19 : 321-323.
4. Kinde-Gazard D, Gangbo F, Anagonou S, Gninafon M, Massougbodji A. Péritonite granulomateuse sur ascariose : à propos d'un cas chez un enfant béninois. Bull Soc Pathol Exot, 2000, 93, 1, 23-24.
5. Klotz F, Mbaye PS, Wade B. Ascardiose. EMC-Pédiatrie, 2004; 1: 186-97.
6. Masso-Misse P, Essomba A, Bob'oyonjm, Monny-Lobe, Sosso MA, Malonga E. Perforation traumatique du grêle et engagement occasionnel du *Taenia saginata*. A propos de 2 observations. Méd. Afr. Noire, 1996; 3:43
7. Slesak G, Phanthavong P, Rasphone O, Luangxay K, Anoulakkham P, Pahatsalang V et al. Obstructive biliary ascariasis with cholangitis and hepatic abscesses in Laos: a case report with gall bladder ultrasound video. J Infect 2007; 54: 233-5.
8. Spay G. Manifestations intestinales aiguës chirurgicales au cours des ascarioses. Med. Afr. Noire, 1974, 21, 55-58.
9. Zoungkanyi J, Kekehjk, Essomba R. Appendicite et ascariose chez le jeune africain. Afrique Médicale, 1969, 64: 717-722.