



Éléphantiasis vulvaire : une complication rare de la filariose lymphatique. A propos d'un cas à la Maternité Issaka Gazobi de Niamey.

Vulvar elephantiasis. A rare complication of lymphatic filariasis. A case report from Issaka Gazobi Maternity in Niamey.

Soumana Diaouga H^{*1}, Chaibou Yacouba M¹, Garba Rah. M², Oumara M³, Boulama Malam BM⁴, Idi N⁵, Nayama M¹.

Mots-clés

Éléphantiasis
vulvaire, filariose,
Chirurgie
reconstructive

Résumé

Introduction : L'éléphantiasis vulvaire dû à la filariose est très rare, mais peut avoir un retentissement sexuel, professionnel, sportif, et pose un problème esthétique, voire psychologique. L'objectif était de rapporter la prise en charge d'un cas d'éléphantiasis vulvaire compliquant une filariose.

Observation : Il s'agissait d'une patiente de 30 ans prise en charge pour une filariose lymphatique 4 ans auparavant. Elle s'était présentée dans notre service avec une masse vulvaire indolore qui évoluait depuis 4 ans. Le diagnostic d'éléphantiasis vulvaire était posé. Le traitement a été chirurgical consistant en la résection des tissus éléphantiasiques suivie d'une plastie vulvaire. Les résultats étaient satisfaisants sur les plans fonctionnels et esthétiques. A six mois de suivi, l'éléphantiasis n'a pas récidivé.

Conclusion : Malgré son caractère angoissant, le pronostic de l'éléphantiasis vulvaire demeure bon en cas de traitement chirurgical bien conduit.

Keywords :

Vulvar
elephantiasis,
filariasis,
reconstructive
surgery

Abstract

Introduction : Elephantiasis vulvare due to filariasis is very rare, but can have sexual, professional and sporting repercussions, as well as posing aesthetic and even psychological problems. Our aim was to report on the management of a case of vulvar elephantiasis complicating filariasis.

Observation : This was a 30-year-old patient treated for lymphatic filariasis 4 years previously. She presented to our department with a painless vulvar mass that had been evolving for 4 years. The diagnosis of vulvar elephantiasis was made. Treatment was surgical, involving resection of the elephantiasis tissue followed by vulvar plasty. Results were satisfactory, both functionally and aesthetically. At six months' follow-up, the elephantiasis had not recurred.

Conclusion : Despite its distressing nature, the prognosis of vulvar elephantiasis remains good in the event of well-managed surgical treatment.

Introduction

Le terme éléphantiasis a été utilisé pour la première fois par Celsus (30 avant JC-50 après JC) [1]. Il était également connu sous le nom de satyriasis, sarcocèle ou leontiasis [1]. L'éléphantiasis est une manifestation chronique de la filariose [1]. Elle se caractérise par une hypertrophie importante des bras, des jambes ou des organes génitaux, et elle est due à une variété de maladies obstructives du système lymphatique [2]. L'éléphantiasis génital est une conséquence fréquente de la filariose, du lymphogranulome vénérien, du granulome inguinal, des carcinomes, du curage ou de l'irradiation des ganglions lymphatiques et de la tuberculose [1-3]. L'éléphantiasis vulvaire dû à la filariose est très rare [1-3]. C'est une affection qui peut avoir un retentissement sexuel, professionnel, sportif, et pose un problème esthétique voire psychologique important [4,5]. Le traitement qui est chirurgical demeure non codifié en raison de la rareté de cette affection [4,6]. Le pronostic fonctionnel est bon dans la plupart des cas, cependant la récurrence est fréquente après une cure chirurgicale [6]. A travers ce travail, nous rapportons un cas d'éléphantiasis vulvaire compliquant une filariose chez une patiente de 30 ans prise en charge dans le service de gynécologie obstétrique de la maternité Issaka Gazobi de Niamey en République du Niger.

Observation

Il s'agissait de Mme MD âgée de 30 ans, six gestités, six parités et mère de 3 enfants vivants. On notait un antécédent de Filariose lymphatique prise en charge par Diethylcarbamazine 4 ans auparavant. Il s'en est suivi une augmentation progressive de volume des organes génitaux externes gênant la marche, l'accouchement et l'activité sexuelle évoluant depuis quatre ans. Dans ses antécédents obstétricaux, on notait un accouchement par césarienne réalisée pour éléphantiasis vulvaire six mois plutôt. Elle avait

été admise dans notre service pour la prise en charge d'un éléphantiasis des organes génitaux externes. Il s'agissait d'une cure chirurgicale programmée six mois après la césarienne. A l'admission elle avait un bon état général (cotation 0 OMS), on notait un trouble de la marche.



Figure 1 : Eléphantiasis vulvaire ; masse de la grande lèvre droite(flèche) remontant jusqu'au pubis.

Affiliations :

- 1 Service de gynécologie obstétrique ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger
- 2 Service de gynécologie obstétrique ; Hôpital de l'amitié Niger-Turquie de Niamey, Niger
- 3 Service d'Assistance Médicale à la Procréation ; Hôpital Général de Référence, Niamey, Niger
- 4Service de maladie infectieuse et tropicales, CHU de Treichville, Abidjan, Cote d'Ivoire
- 5 Service de gynécologie obstétrique ; Maternité du Centre Hospitalier Régional de Niamey, Niger

***Auteur correspondant :** Dr Soumana Diaouga Hamidou ; gynécologie obstétrique ; Université Abdou Moumouni de Niamey ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger
Mail : hamidousoumana21@gmail.com
BP : 10813. Tel : +227 97 82 35 80

L'intervention chirurgicale a consisté en une résection de la lèvre hypertrophiée associée à une plastie vulvaire par une incision en quartier

d'orange de part et d'autre des grandes lèvres droite et gauche, du bord inférieur de la vulve jusqu'au pubis (fig. 2a) emportant la masse.

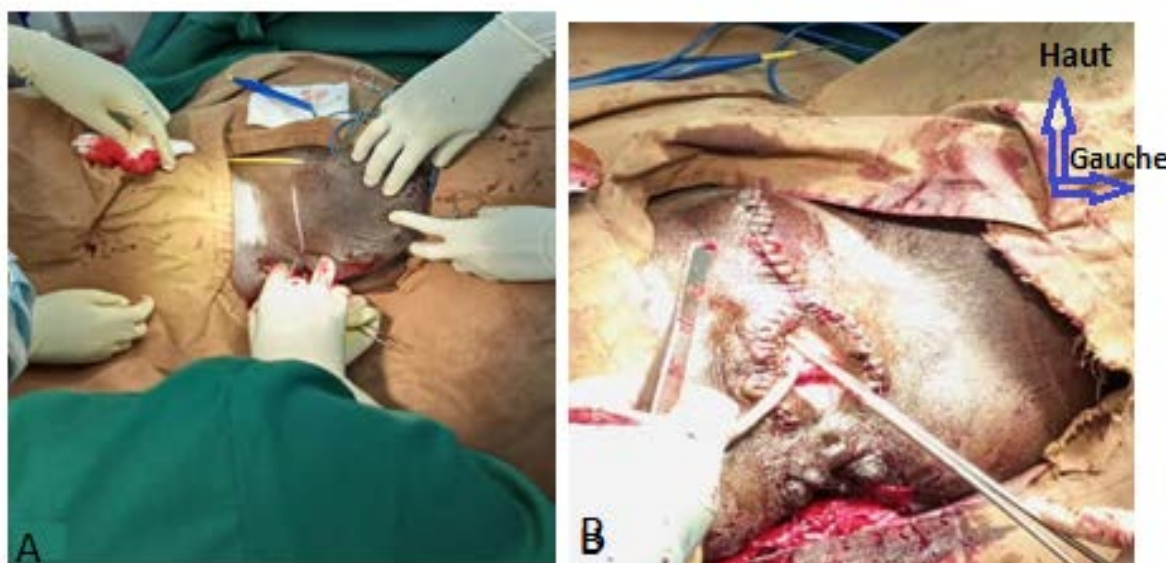


Figure 2(a, b): Technique de l'hémivulvectomie emportant les deux grandes lèvres: a) début de l'incision en quartier d'orange de part et d'autre de la grande lèvre droite, du bord inférieur de la vulve jusqu'au pubis, dissection progressive des plans avec hémostase. c) Rapprochement sous-cutané en deux plans par des points en « U » au Vicryl 3/0 puis fermeture cutanée avec des points simples au Vicryl 2/0. La sonde transurétrale est laissée en place (flèche).

La dissection des plans était progressive avec une hémostase progressive aux Vicryl 2/0 et au bistouri électrique (fig. 2b). Un rapprochement sous-cutané a été fait en deux plans par des points en « U » au Vicryl 3/0 puis la fermeture cutanée avec des points simples au Vicryl 2/0. Une sonde transurétrale a été placée (fig. 2 et 3). Les suites opératoires étaient simples avec une bonne cicatrisation. L'examen anatomopathologique avait mis en évidence un épiderme acanthosique et hyperkératosique. Le tissu sous-jacent présentait une infiltration lymphatique et une prolifération des tissus fibreux. On notait la présence des nombreuses cellules inflammatoires avec une prédominance des macrophages. Il n'existait pas des signes de malignité. A six mois post opératoire, on notait un bon résultat esthétique et fonctionnel.



Figure 3 : Pièces opératoires de l'hémivulvectomie (grande lèvre 15cmx10cm).

Discussion

La filariose lymphatique touche 120 millions de personnes dans plus de 80 pays des régions tropicales et subtropicales ; un tiers des personnes infectées vivent en Inde, un tiers en Afrique et le reste en Asie du Sud, dans le Pacifique et dans les Amériques [1,7]. L'éléphantiasis des organes génitaux externes de la femme secondaire à la filariose lymphatique est très rare. Seuls quelques cas sporadiques ont été rapportés dans la littérature depuis sa première description en 1673 [6,8]. C'est une manifestation chronique peu fréquente de l'infection filarienne, secondaire à une atteinte lymphatique. La mort des vers adultes provoque une inflammation aiguë et un dysfonctionnement lymphatique [1,9,10]. Les effets tardifs de la maladie, tels que l'éléphantiasis, résultent d'une infection bactérienne superposée dans les zones de dysfonctionnement lymphatique [1,9]. Le mécanisme physiopathologique implique une obstruction permanente des canaux lymphatiques conduisant à la stase lymphatique. La stase lymphatique stimule la croissance des fibroblastes et la destruction des ganglions lymphatiques. Il en résulte alors le lymphœdème puis l'éléphantiasis [1, 10]. Les manifestations par ordre décroissant de présentation clinique sont l'hydrocèle, suivie de l'éléphantiasis du membre inférieur entier, du scrotum, du membre supérieur entier, de la vulve et du sein [4,5]. L'éléphantiasis vulvaire peut résulter d'autres étiologies. On distingue les causes infectieuses (tuberculose, syphilis, donavanose, onchocercose), radique, iatrogène (après chirurgie pelvienne) ou idiopathique [4,5]. L'examen anatomopathologique est indispensable, car permettant d'écarter les autres étiologies plus graves comme les néoplasies vulvaires ou la tuberculose génitale. [2] Chez notre patiente l'origine filarienne de l'éléphantiasis été retenue. En effet la patiente a été suivie dans un service de maladies infectieuses où elle rapportait avoir pris du

Diethylcarbamazine. Cependant la recherche de l'antigène filarienne à l'examen sérologique n'était pas effectuée chez notre patiente, car non disponible dans notre contexte. Dans notre observation l'atteinte vulvaire été isolée. D'autres auteurs ont rapporté une atteinte clitoridienne associée [4]. Cette affection bénigne pose un important problème esthétique, fonctionnel et psychologique [4]. Chez notre patiente un trouble de la marche et une difficulté sexuelle étaient notés. La prise en charge est chirurgicale [4]. Cependant, la conduite de cette chirurgie demeure non codifiée en raison de la rareté et du polymorphisme clinique de l'éléphantiasis des organes génitaux externes de la femme [1, 3-4]. Le but du traitement chirurgical est de corriger la dysmorphie [4]. Le traitement de référence consiste en la résection des tissus éléphantiasiques suivie d'une plastie vulvaire à l'image de l'éléphantiasis des organes génitaux externes de l'homme [4,11,12]. Concernant le pronostic, la chirurgie donne fréquemment des résultats satisfaisants. Cependant des complications peuvent émailler l'évolution. A court terme le lâchage des sutures et la suppuration post opératoire sont fréquentes [4]. A long terme, la récurrence est possible [6]. Dans notre observation, les suites opératoires étaient simples avec une bonne cicatrisation. A six mois post opératoire on notait un bon résultat esthétique et fonctionnel. Aucun signe de récurrence n'était observé.

Conclusion

L'éléphantiasis vulvaire secondaire à la filariose lymphatique est rarement rencontré en pratique courante. Cette affection entraîne un retentissement fonctionnel, psychologique et sexuel important. Le pronostic demeure bon en cas de traitement chirurgical bien conduit.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Mohan H, Bisht B, Goel P, Garg G. Vulval Elephantiasis: a case report. Case Reports in Infectious Diseases. 2012; 2012 : 430745.
2. Chintamani Singh J, Tandon M, Khandelwal R, Aeron T, Jain S, Narayan N et al. Vulval elephantiasis as a result of tubercular lymphadenitis: two case reports and a review of the literature. Journal of Med Case Rep. 2010 ; 4:369.
3. Sarkar R, Kaur C, Thami GP, Kanwar AJ. Genital elephantiasis. Int J STD AIDS 2002, 13 :427-429.
4. Sine B, Bagayogo N.A, Thiam A, Sarr A, Sow Y, Fall B. L'éléphantiasis vulvo-clitoridien: à propos d'un nouveau cas. Pan African Medical Journal. 2015; 22:133
5. Tazi MF, Ahallal Y, El Fassi MJ. L'éléphantiasis Pénoscrotal, diagnostic et prise en charge (à propos de 3 cas). J Maroc Urol. 2009; 16: 17-20.
6. Muralidhar L, G SK, Venkatesh S. Recurrent unilateral vulval elephantiasis: a case report. Journal of Family & Reproductive Health. 2014; 8(2): 87-89.
7. Lymphatic Filariasis Eradication Program, "Training module for drug distributors," WHO/CDS/CPE/CEE/2001. 23 Part 1.
8. Gupta S, Ajith C, Kanwar AJ, Sehgal VN, Kumar B, Mete U. Genital elephantiasis and sexually transmitted infections - revisited. Int J STD AIDS 2006; 17:157-65.
9. Richens J. Genital manifestations of tropical diseases. Sexually Transmitted Infections, 2004 ; 80(1) :12-17.
10. Nayak S, Acharjya B, Devi B, Pattnaik S, and M. Patra, "Cerebriform elephantiasis of the vulva following tuberculous lymphadenitis," Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, 2008 ;74(2) p. 188.
11. Slama A, Jaidane M, Elleuch A et al. Traitement chirurgical d'un éléphantiasis pénoscrotal. Prog Urol. 2002 Apr; 12(2): 337-9.
12. Prica S, Donati OF, Schaefer DJ. Genital elephantiasis: reconstructive treatment of penoscrotal lymphoedema with a myocutaneous M. gracilis flap. Experiences from a District Hospital in Ethiopia. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2008 Aug; 40(4): 272-8.