

Particularités des salpingites dans un pays à faible revenu



Ranaivomanana VF^{1*}, Raivoherivony ZI¹, Andrianjafitrimo HT¹, Randrianjafisamindrakotroka NS²

¹Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction

Les inflammations tubaires constituent l'une des principales causes d'infertilité féminine dans les pays en développement. Souvent sous-diagnostiquées, elles sont majoritairement d'origine infectieuse, notamment liées aux infections sexuellement transmissibles, aux avortements à risque ou à des pratiques gynécologiques non sécurisées. Dans les zones endémiques comme Madagascar, la tuberculose et la bilharziose font parties des étiologies à évoquer. Cette étude vise à évaluer la fréquence des atteintes tubaires et à déterminer les caractéristiques clinique et anatomo-pathologique de ces inflammations.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive des lésions inflammatoires tubaires diagnostiquées au laboratoire d'Anatomie et cytologie Pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona sur une période de 5 ans et 5 mois allant de janvier 2017 à Mai 2022.

Résultats

Durant la période d'étude, 53 cas de lésions inflammatoires tubaires ont été colligées. L'âge des patientes variait de 14 à 66 ans avec une moyenne de 32,02 +/- 8 ans et une prédominance dans la tranche d'âge de 25 à 35 ans. La lésion a été déjà suspecte d'une infection génitale haute dans 30,2% de cas. L'inflammation a été non spécifique dans 73,6%. La tuberculose et la bilharziose ont été observée dans respectivement 9,4% et 5,7%.

Conclusion

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'urgence de renforcer la prévention, l'éducation sexuelle et l'amélioration des services de santé reproductive car c'est une pathologie qui touche surtout les sujets jeunes en âge de procréer et a été observée à des stades de complication avec mise en jeu des pronostics fonctionnels des femmes.

Mots clés : Bilharziose ; Inflammation ; Trompe ; Tuberculose

Titre en Anglais: Special features of salpingitis in a low-income country

Introduction

Tubal inflammation is one of the leading causes of female infertility in developing countries. Often underdiagnosed, it is predominantly of infectious origin, particularly related to sexually transmitted infections, unsafe abortions, or non-secure gynecological practices. In endemic areas such as Madagascar, tuberculosis and schistosomiasis should also be considered among the aetiologies. This study aimed to assess the frequency of tubal involvement and to describe the clinical and anatomopathological characteristics of these inflammatory lesions.

Patients and method

This was a retrospective, descriptive study of inflammatory tubal lesions diagnosed at the Department of Pathology and Cytology of the Joseph Ravoahangy Andrianavalona teaching hospital over a period of 5 years and 5 months, from January 2017 to May 2022.

Results

During the study period, 53 cases of inflammatory tubal lesions were recorded. Patients' ages ranged from 14 to 66 years, with a mean age of 32.02 ± 8 years, and a predominance in the 25 to 35 years age group. The lesion was clinically suspected as an upper genital tract infection in 30.2% of cases. Non-specific inflammation accounted for 73.6% of cases. Tuberculosis and schistosomiasis were identified in 9.4% and 5.7% of cases, respectively.

Conclusion

The findings of this study highlight the urgent need to strengthen prevention strategies, sexual education, and the improvement of reproductive health services, as this pathology predominantly affects young women of reproductive age and is often diagnosed at a stage of complications, jeopardizing women's functional prognosis.

Keywords : Fallopian tube; Inflammation; Schistosomiasis; Tuberculosis

Introduction

Les inflammations tubaires regroupent toutes les lésions qui résultent des inflammations de la trompe d'origine infectieuse ou non. Elles restent encore fréquentes en pratique gynécologique. Dans la majorité des cas, le traitement est médical. En cas d'échec de ce dernier ou d'aggravation des signes cliniques, une intervention chirurgicale s'avère nécessaire et la pièce obtenue devrait faire l'objet d'un examen anatomo-pathologique. Elles peuvent compromettre sévèrement la fertilité de la patiente si le diagnostic est retardé d'où l'intérêt de cette étude. L'objectif de l'étude a été de décrire les caractéristiques épidémiocliniques et anatomo-pathologiques des lésions inflammatoires tubaires dans le site d'étude.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive des lésions inflammatoires tubaires observées au Laboratoire

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona sur une période de cinq ans et 5 mois allant de janvier 2017 à Mai 2022.

Résultats

Durant la période d'étude, 53 cas de lésions inflammatoires tubaires ont été colligées. L'âge moyen des patientes a été de 32,02 +/- 8 ans avec des extrêmes de 14 et 66 ans et une prédominance entre 25 et 35 ans (Figure 1). La lésion a été découverte dans 30,2% lors de suspicion d'une infection génitale haute (Figure 2). Cinq cas de tuberculose (Figure 3) et trois cas de bilharziose (Figure 4) ont été observés (Tableau I).

Discussion

L'inflammation tubaire est une lésion fréquente en pratique gynécologique. La majorité des cas ne nécessite

* Auteur correspondant - Adresse e-mail: volaasina@gmail.com

1 Adresse actuelle: Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologique, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

pas d'intervention chirurgicale. En cas d'échec thérapeutique ou de complication, une exérèse de la trompe suivie d'un examen anatomo-pathologique s'avère nécessaire pour la recherche étiologique. Dans la présente étude, la fréquence des pathologies inflammatoires tubaires après examen histologique a été de 33,5%. En réalisant une hystérosalpingographie, Gbande a trouvé en 2022 au Togo une prévalence de pathologies inflammatoires tubaires dans 26,2% [1]. Pour Goje, l'âge jeune, le bas niveau socioéconomique et la multiplicité des partenaires sexuels faisaient partie des principaux facteurs de risque des pathologies inflammatoires pelviennes [2]. Ces facteurs concernent principalement les pays en développement comme Madagascar où les citoyens sont jeunes, pauvres et ont des partenaires sexuels multiples [3]. L'âge moyen des patientes de la présente série a été de 32,02 +/- 8 ans. La tranche d'âge la plus touchée a été entre 25 et 35 ans dans 35,9% des cas. Ces chiffres se rapprochent de ceux trouvés dans la littérature [1,4]. Du point de vue clinique, dans la présente étude, la lésion a été découverte au cours de l'exploration de douleurs pelviennes dans 10,1% des cas et l'examen physique a été en faveur d'une infection génitale haute (IGH) dans 30,2% des cas. Dans les différentes séries de la littérature, les signes fonctionnels ont été constitués par les douleurs pelviennes [5]. Lorsqu'il s'agit d'une salpingite symptomatique, l'examen clinique peut aider à confirmer le diagnostic. Les symptômes typiques incluent des douleurs à la palpation abdominale et à la mobilisation du col utérin. Le tableau caractéristique d'une salpingite aiguë chez une femme en âge d'activité génitale est constitué de douleurs pelviennes bilatérales, exacerbées lors des efforts physiques et des rapports sexuels. Ces douleurs sont souvent accompagnées de saignements vaginaux anormaux, de fièvre (généralement entre 38 et 38,5°C) et de pertes vaginales inhabituelles [6]. La douleur à la mobilisation utérine et la douleur anxielle sont considérées comme des critères majeurs de prédiction d'une IGH [7]. La douleur anxielle lors du toucher vaginal présente une sensibilité élevée de 95%, mais une spécificité relativement plus faible de 74% pour prédire une IGH [8]. Du point de vue anatomo-pathologique, les lésions inflammatoires peuvent être spécifique ou non spécifique. L'inflammation non spécifique correspond à des éléments morphologiques ne permettant pas de déterminer la cause. Ce sont les plus fréquemment diagnostiquées dans cette série représentant 84,9% de cas et les principales pathologies en cause ont été la salpingite (aiguë et chronique) (28,3%), le pyosalpinx (24,5%) et la dilatation de la lumière tubaire lors d'hématosalpinx et d'hydrosalpinx (20,8%). Ces mêmes proportions sont vues dans la littérature africaine [1] et française [9]. Les conséquences à long terme de ces inflammations incluent la formation d'abcès tubo-ovarien et de pyosalpinx, mettant en exergue la nécessité d'une prise en charge précoce et appropriée pour prévenir ces complications évolutives graves [10]. L'évolution vers la chronicité de la salpingite peut également se manifester sous la forme de séquelles, telle que la dilatation canalaire, comme l'hydrosalpinx. Ces altérations anatomiques, caractérisées par l'accumulation de liquide séreux dans la trompe à la suite d'une obstruction tubaire, soulèvent des préoccupations importantes quant à leur impact sur la fertilité et la santé reproductive des femmes affectées. Une étude publiée par Bonnie en 2019 au Royaume-Uni a constaté que l'hydrosalpinx constituait les 10 à 30% des pathologies tubaires [11]. Concernant les inflammations spécifiques, deux pathologies ont été observées : la tuberculose et la bilharziose. Dans cette série, la tuberculose a représenté 9,2% de tous les cas et 62,5% des inflammations spécifiques. Zayet en Tunisie en 2018 a

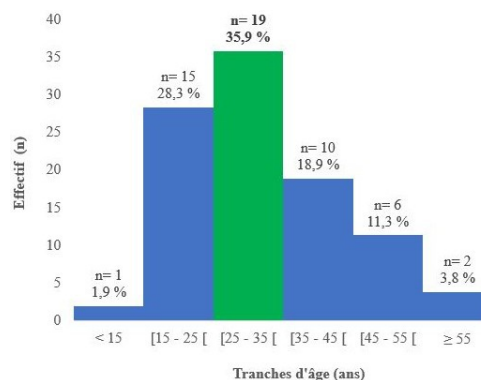


Fig. 1: Répartition des patientes selon les tranches d'âge

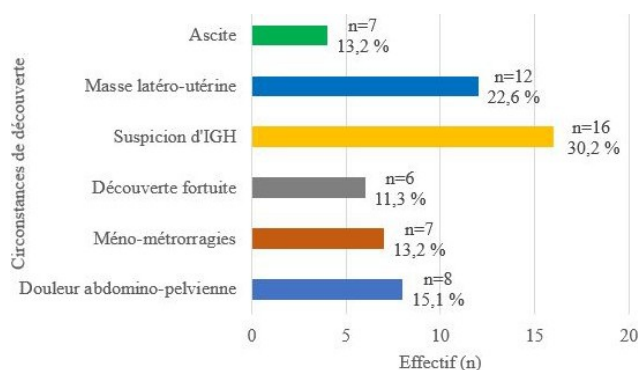


Fig. 2: Répartition des patientes selon les renseignements cliniques (IGH : Infection génitale Haute)

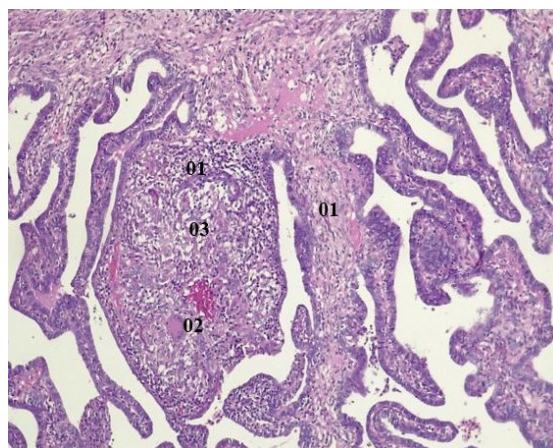


Fig. 3: Tuberculose tubaire (pièce opératoire) 1) Franges tubaires dilatées 2) Cellule géante de type Langhans 3) Granulome tuberculoïde (Hématéine Eosine x100)

Source : Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA

souligné la rareté de la tuberculose génitale [12]. D'après deux études réalisées en Inde par Jha en 2023 et Sharma en 2015, environ 1,5 à 18% des patientes atteintes de tuberculose ont développé la forme génitale [13]. Selon El Khader en 2001 au Maroc, les conditions socio-économiques défavorables, l'hygiène défectueuse et la promiscuité ont été les facteurs favorisant de la tuberculose uro-génitale [14]. Ces conditions difficiles inhérentes aux pays en développement expliquent la fréquence de la tuberculose tubaire dans la présente étude. Pour la bilharziose, cette maladie parasitaire est endémique dans plusieurs régions de Madagascar. Dans la présente série, la bilharziose tubaire a représenté 5,7% de tous les cas et 37,5% des inflammations spécifiques. La bilharziose génitale de la femme est une pathologie

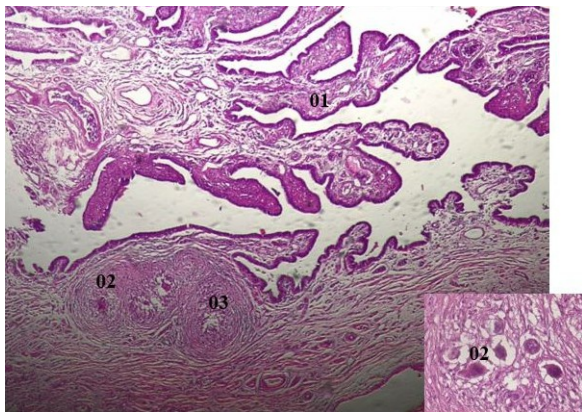


Fig. 4: Bilharziose tubaire (pièce opératoire) 1) Franges tubaires 2) (Euf de bilharzie 3) Granulome tuberculoïde (Hématéine Eosine x40)
Source : Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA

Tabl. I: Répartition des patientes selon les types de lésions

Types d'inflammation	Diagnostic	Effectif (n=53)	Pourcentage (%)
Inflammations non spécifiques	Salpingite	15	28,3
	Pyosalpinx	7	13,2
	Hydro et hémosalpinx	11	20,8
	Infection tubo-ovarienne	6	11,3
Inflammations spécifiques	Tuberculose	5	9,4
	Bilharziose	3	5,7

infectieuse négligée par la population [15]. Le portage des symptômes d'une bilharziose est devenu une habitude pour les personnes vivant dans les zones endémiques et cette situation peut être à l'origine d'une sous-évaluation épidémiologique. De plus, le laboratoire où cette étude a été menée se situe à Antananarivo qui n'est pas une zone endémique. Au cours de la tuberculose et de la bilharziose tubaires, il existe des modifications architecturales avec des remaniements intéressant aussi bien la muqueuse que la paroi. Les franges tubaires peuvent être boudinées et fusionnées, réduisant la lumière tubaire, entravant ainsi le processus normal de fécondation, entraînant une infertilité féminine ou une grossesse extra-utérine. Au stade chronique, pour la tuberculose, des remaniements fibreux de la paroi avec son épaissement et la présence de granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires vont apparaître. Pour la bilharziose, des lésions similaires vont se constituer avec en plus la présence d'œuf de schistosoma.

Conclusion

Les inflammations tubaires sont fréquentes mais elles sont rarement sujettes à un examen anatomopatholo-

gique. Elles touchent les femmes dans toutes les tranches d'âge avec un pic de fréquence chez les sujets jeunes en âge de procréer entre 25 à 35 ans. Elle peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel de la patiente avec risque de stérilité par comblement de la lumière tubaire et de grossesse extra-utérine par perte des cils vibratiles après le processus inflammatoire. Les étiologies tuberculeuses et bilharziennes sont plutôt inhérentes aux pays en développement en rapport à la pauvreté.

Références

- 1- Gbade P, Dagbe M, Watara G, Tchaou M, Wangala P, Sonhaye L, et al. Anomalies tubaires observées à l'hystérosalpingographie chez la femme du couple infécond en milieu semi-rural au Togo. *Health Sci Dis* 2022; 23(6): 104-8.
- 2- Goje O, Markwei M, Kolikonda S, Chavan M, Soper DE. Outcomes of Minimally Invasive Management of Tubo-ovarian Abscess: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28(3): 556-64.
- 3- Razafiarisoa B, Ogden K, Rakotonirainy M, Montembaul S. Madagascar - Situation de la sécurité alimentaire en milieu urbain: analyse des besoins (Rapport). WFP 2008: 63p.
- 4- Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. CNGOF 2003: 67-86.
- 5- Lamy C, Zuily S, Perdriolle E, Gauchotte E, Villeroy-de-Galhau S, Delaporte MO, et al. Prise en charge des infections du post- partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012; 41: 886-903.
- 6- Cravello L. Les infections génitales de la femme. Leucorrhées. *Rev Prat* 2001; 51: 2258-9.
- 7- Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59: 1-110.
- 8- Kahn JG, Walker CK, Washington AE, Landers DV, Sweet RL. Diagnosing pelvic inflammatory disease. A comprehensive analysis and considerations for developing a new model. *JAMA* 1991; 266: 2594-604.
- 9- Thomassin-Nggara I, Perrot N, Salem C, Marsault C, Bazot M. Pathologie tubaire. *EMC* 2008; doi: 10.1016/S1241-8218(8)27680-8.
- 10- Hurni Y, Bonollo M, Ferrero L, Taraschi G, Canonica C, Lozano SVR. Pyosalpinx compliquant l'hydrosalpinx chronique chez une femme vierge de 50 ans: à propos d'un cas. *Santé Des Femmes BMC* 2018; 18: 90.
- 11- Bonnie Ng KY, Cheong Y. Hydrosalpinx-Salpingotomy, salpingectomy or tubal occlusion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2019; 59: 41-7.
- 12- Zayet S, Berriche A, Ammari L, Razgallah M, Abdelmalek R, Khrouf M, et al. Caractéristiques épidémiocliniques de la tuberculose génitale chez la femme tunisienne: une série de 47 cas. *Pan Afr Med J* 2018; 30: 1-71.
- 13- Sharma B, Chang A, Red-Horse K. Coronary Artery Development: Progenitor Cells and Differentiation Pathways. *Annu Rev Physiol* 2017; 79: 1-19.
- 14- El Khader K, Lrhorfi MH, El Fassi J, Tazi K, Hachimi M, Lakrissa A. Tuberculose uro-génitale. Expérience de 10 ans. *Prog Urol* 2001; 11: 62-7.
- 15- Feldmeier H, Dacal RC, Martins MJ, Soares V, Martin R. Genital manifestations of schistosomiasis mansoni in women: important but neglected. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1998; 93(Suppl 1): 127-33.