

La myiase furonculeuse : cas clinique d'une parasitose cutanée souvent confondue avec un abcès

Furuncular myiasis : case report of a cutaneous parasitosis usually considered as an abscess

P. Youatou, P. Mols, A.-S. Ramadan, M.-A. De Villenfagne et W. Ngatchou

Service des Urgences et de Chirurgie cardiaque, C.H.U. Saint-Pierre

RESUME

La myiase furonculeuse est une parasitose cutanée bien connue dans les régions tropicales. En Europe, des cas rares ont été décrits chez des patients ayant séjourné dans les zones à risque. Nous rapportons le cas d'un enfant de 4 ans présentant un furoncle au niveau de la cuisse gauche considéré à tort comme un abcès et envoyé aux urgences pour drainage.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 492-4

ABSTRACT

Furuncular myiasis is a well established cutaneous parasitosis in tropical area. In Europe, most of cases have been described in patients returning from risk areas. We report a case of a 4-year old child with a furuncular lesion on his left thigh considered as an abscess and who was send to emergency department for surgical drainage.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 492-4

Key words : myiasis, furuncular, abscess, cayor

INTRODUCTION

La myiase furonculeuse est une infestation cutanée humaine par une larve d'une mouche tropicale dont la plus fréquente appelée " *Dermatobia hominis* " ¹ est surtout présente en Amérique centrale et du Sud. En Afrique Subsaharienne, l'infestation cutanée est due au *Cordylobia anthropophaga* " *Tumbu Fly* " ². Le mode d'infestation de cette dernière se fait très souvent à travers les œufs pondus sur le linge séché à l'extérieur ²⁻³. Une fois déposés, les œufs éclosent endéans les deux à trois jours puis la larve pénètre sous la peau d'un animal à sang chaud ²⁻³. La lésion se présente comme un nodule érythémateux, souvent prurigineux qui avec le temps ressemblera à un furoncle ¹⁻³. Nous rapportons le cas d'un patient envoyé au service des urgences pour drainage d'une lésion cutanée considérée comme un abcès. Le diagnostic final était une myiase furonculeuse. Nous revoyons les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette parasitose cutanée dont le diagnostic est potentiellement piégeant.

CAS CLINIQUE

Un garçon de 4 ans se présente aux urgences envoyé par un médecin généraliste pour abcès au niveau de la cuisse gauche à drainer. Les parents de cet enfant décrivent depuis 3 jours l'apparition d'un " nodule " prurigineux qui a l'air de grossir de jour en jour. L'enfant est rentré de la République Démocratique du Congo une semaine auparavant et y a séjourné un mois. Au début, la famille pensait à une piqûre de moustique mais devant l'augmentation de la taille, ils ont décidé de consulter un médecin.

A l'examen clinique aux urgences, l'enfant est fébrile, l'examen clinique est sans particularité mis à part la présence d'un nodule érythémateux de 3 cm² à la face antérieure de la cuisse gauche. Ce nodule est rénitent, non sécrétant, douloureux à la palpation et présente une dépression punctiforme centrale.

Après une anesthésie locale, une incision en aplomb laisse apparaître une larve de 1 cm de longueur



Figure 1 : Incision en aplomb du furoncle laissant apparaître la larve.



Figure 2 : Larve extraite du furoncle.

(figures 1 et 2) qui sera identifiée comme un ver de cayor par l'anatomopathologiste.

Le patient bénéficiera ensuite des soins locaux avec une excellente cicatrisation après 15 jours.

DISCUSSION

L'importance de ce cas est de rappeler aux urgentistes ce diagnostic différentiel de nodule cutané pouvant faire penser à un abcès. En effet, des cas de patients traités de manière erronée par antibiotiques et référés tardivement ont été décrits⁴. Le contexte de voyage récent dans un pays tropical, le prurit souvent associé et la présence d'un nodule central doivent éveiller les soupçons¹⁻⁴. Les zones à risque sont l'Afrique, l'Amérique centrale et latine³. En plus de *Dermatobia hominis*, on rapporte d'autres arthropodes vecteurs parmi lesquels *Cordylobia anthropophaga*, *Cutarebra wohlfahrtia*, *Cordylobia rodhaini*¹⁻⁴. La transmission se fait un processus appelé phorésie où la femelle gravide attrape un hôte, très souvent un insecte hématophage et dépose ses œufs sur son corps¹. Cet insecte vecteur se déposera sur un second hôte dont le " sang chaud " stimulera l'éclosion et libération d'une larve d'environ 1 mm qui pénétrera sous la peau¹. Dans le cas particulier de l'Afrique subsaharienne, le *Tumbu Fly* dépose entre 200 et 500 œufs dans la végétation, sur le sol ou sur le linge séché à l'extérieur. Au contact d'un hôte à sang chaud, l'éclosion sera stimulée et la larve pénétrera sous la peau. Le stade larvaire dure en général entre 4 et 18 semaines (8 à 10 jours pour le *Tumbu Fly*)¹⁻⁴. Dès les premiers jours, la larve grossit et apparaît une lésion furunculose, érythémateuse, très souvent avec une dépression centrale. Le patient décrit souvent un prurit plus important la nuit et plus rarement une sensation de mouvement sous cutané¹⁻⁵. Dans les stades plus avancés, une sécrétion peut survenir et la larve peut apparaître partiellement au centre¹⁻⁵. La larve ressemble à un gros asticot grisâtre dont la longueur peut atteindre 2 cm. La tête est recouverte d'aspérités disposées en anneaux et a la particularité de représenter la moitié supérieure de la larve^{1,4}. A maturité, la larve sort du furoncle, tombe au sol et s'empuise^{1,3}. Deux à trois semaines après sa sortie, la métamorphose aboutit à une petite mouche prête à se reproduire¹⁻⁵.

Plusieurs traitements conservateurs ont été décrits pour " asphyxier " la larve et l'obliger à sortir ou faciliter son extraction (savon, lard, vaseline, pétrole, chewing-gum, nitrogène liquide)¹⁻⁵. L'extraction manuelle ou mécanique a aussi été décrite³. Dans environ un quart des cas, une exérèse chirurgicale sous anesthésie locale peut être nécessaire pour permettre une extraction complète de la larve et un débridement de la cavité résiduelle^{2,3}. L'évolution clinique est souvent favorable mis à part une réaction à corps étranger, une réaction allergique ou une surinfection en cas d'extraction incomplète de la larve⁵.

L'antibiothérapie n'est pas recommandée sauf en cas de surinfection. La prévention repose sur la

protection contre la piqûre des insectes. En Afrique, on recommande d'éviter de sécher le linge à l'extérieur et de le repasser au fer chaud. Les mesures d'assainissement pourraient aussi limiter la prolifération des mouches.

CONCLUSION

La myiase furonculeuse doit être évoquée comme diagnostic différentiel chez tout patient ayant fait un voyage récent en Afrique ou en Amérique latine se présentant avec une lésion cutanée nodulaire. Un diagnostic rapide et un traitement conservateur ou chirurgical de cette lésion conduit généralement à une guérison sans séquelle.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mammino Jere DO, Karan Lal BS : Myiasis : A traveler's Dilemma. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology 2013 ; 6 : 47-9
2. Palmieri JR, North D, Santo A : Furuncular myiasis of the foot caused by the tumbu fly, cordylia anthropophaga : report in a medical student returning from a medical mission trip to Tanzania. International Medical Case Reports Journal 2013 ; 6 : 25-8

3. Lachish T, Marhoom E, Mumcuoglu KY, Tandlich M, Schwartz E : Myiasis in travelers. J Travel Med 2015. 22 (4) ; 232-6
4. Rotte M, Fields M : That's Not An Abscess ! Furuncular myiasis. Ann Emerg Med 2013 ; 62 : 98
5. Hochedez P, Caumes E : Common Skin Infections in Travelers. J Travel Med 2008 ; 15 : 252-62

Correspondance et tirés à part :

W. NGATCHOU
C.H.U. Saint-Pierre
Service des Urgences et de Chirurgie cardiaque
Rue Haute 322
1000 Bruxelles
E-mail : willyngatchou@yahoo.fr

Travail reçu le 4 août 2015 ; accepté dans sa version définitive le 26 novembre 2015.