

L'IMAGE DU MOIS

Myiase furonculoïde américaine

P. LÉONARD (1), O. MARTALO (2), G.E. PIÉRARD (3)



Fig. 1. Myiase furonculoïde du cuir chevelu.

Un jeune couple s'est présenté à la consultation de médecine des voyageurs pour des lésions cutanées, apparues il y a un mois, lors d'un séjour en Equateur. Ils se souviennent avoir été piqués et mordus par une foule d'insectes, alors qu'ils campaient dans le bassin amazonien. De retour en Belgique, certaines lésions cutanées, attribuées à des piqûres d'insecte ne semblaient pas évoluer de manière satisfaisante.

La jeune femme présentait deux lésions au niveau du cuir chevelu et elle avait l'impression que quelque chose bougeait à l'intérieur. Malgré un traitement par antibiotique, les lésions continuaient à croître de manière inquiétante. En raison d'une réaction oedémateuse sévère entreprenant le visage, une corticothérapie avait été instaurée. A l'examen clinique, l'aspect de la jeune voyageuse s'est avéré d'emblée spectaculaire. Les lésions, de la taille d'une noisette, étaient très inflammatoires et percées d'un orifice apical d'un millimètre de diamètre, par lequel s'écoulait un liquide purulo-sanguinolent. Les lésions étaient surmontées d'une plage alopecique. Des adénopathies latéro-cervicales douloureuses étaient constatées. L'obturation de l'orifice de la lésion par de la vaseline a permis d'observer le va et vient d'un parasite blanchâtre, celui-ci remontant à la surface pour s'oxygéner ! Il n'était malheureusement pas pos-



Fig. 2. Jeune asticot de *Dermatobia hominis*.

sible de capturer l'intrus avec une pince, tellement celui-ci était alerte. En effet, au moindre mouvement suspect de la vaseline, le parasite retournait s'enfouir dans la lésion cutanée.

Le jeune homme présentait une lésion similaire, mais moins spectaculaire au niveau de la cuisse droite. L'extirpation des parasites a été réalisée par incision et suture sous anesthésie locale.

Le diagnostic de myiase cutanée de type furonculoïde américaine a été posé. Cette affection correspond à l'hébergement par l'homme ou un animal à sang chaud d'un asticot qui est une larve de diptère en impasse parasitaire temporaire (1, 2). Il existe un grand nombre d'espèces de diptères dont les larves peuvent parasiter la peau humaine. Lorsqu'un patient est examiné sans notion de la zone géographique où il a été infesté, le diagnostic entomologique est difficile.

Pour nos voyageurs, l'examen au laboratoire de dermatopathologie a permis d'identifier les asticots. Il s'agissait de larves de *Dermatobia hominis* (syn : *D. Cyaniventris*) ou ver macaque correspondant au stade parasitaire sous-cutané d'une mouche non piqueuse d'Amérique intertropicale. Les femelles pondent leurs œufs sur d'autres insectes hématophages (moustiques) qui les transportent vers leurs hôtes. Lorsque le vecteur pique un animal à sang chaud, mammifère ou oiseau, la larve de *Dermatobia* est transférée sur la peau de l'hôte. Les lésions siègent donc aux zones accessibles aux piqûres d'insectes. Dès l'éclosion, la larve traverse la peau pour aller se loger dans les tissus sous cutanés où elle s'établit, se nourrissant aux dépens de son

(1) Résident Spécialiste, CHU du Sart Tilman, Service de Médecine Interne Immunodéficiences, Maladies Infectieuses et Tropicales.

(2) Assistante clinique (3) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU Sart Tilman, Service de Dermatopathologie

hôte. La maturation de cet asticot demande de six à douze semaines.

Contrairement aux myiases furonculoïdes africaines, la larve de *D. hominis* a une forme évasée et possède des crochets, ce qui rend impossible l'extraction de l'asticot par pression latérale de la peau. Le traitement traditionnel consiste à appliquer pendant 24 heures un morceau de lard sur la lésion. Ceci incite la larve à quitter la peau pour s'implanter dans le lard, ce qui rend aisée son expulsion.

On peut également boucher l'orifice avec un corps gras, comme la vaseline, ce qui oblige le parasite à se déloger de la peau pour respirer. On peut alors saisir la larve à la pince.

Une autre méthode consiste, sous anesthésie locale, à agrandir au scalpel, l'orifice de sortie et à déloger l'asticot par pression avec les doigts ou à la pince.

RÉFÉRENCES

1. Hermanns JF, Piérard-Franchimont C, Hennechart-Avila Camacho M, et al.— Tungiasse et myiase furonculoïde. Nuisances de la puce-chique et d'asticots. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 543-544.
2. Goffin V, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— La peau humaine, un jardin extraordinaire pour quelques arthropodes importuns. Partie 1 : les ectoparasites. *Skin*, 2002, **5**, 159-165.