

PAPILLONITE

Thiéry G., Adam S., Coulet O., André N., Meynard J-B., Thiéry S.

- Travail du Service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et plastique de la face, HIA Laveran, Marseille Armées.
- Correspondance : G. THIÉRY, Service de Chirurgie maxillo-faciale, HIA Laveran, BP 50, 13998, Marseille Armées, France.
- Courriel: thiery.gaetansophie@free.fr

Med Trop 2008 ; **68** : 27-28

A Cayenne, un patient de 39 ans, sans antécédent connu, consulte pour un prurit dorsal. Il a séjourné durant le week-end dans un campement au bord du fleuve Maroni. Deux de ses camarades ont consulté à Kourou pour les mêmes symptômes. A l'examen, des lésions érythémato-papuleuses recouvrent le dos (Fig.1). Le prurit est intense, insomniant. Il n'y a pas eu de prise médicamenteuse ni de contact allergisant. Le malade signale le vol crépusculaire de papillons autour du carbet. On retient le diagnostic de papillonite. La symptomatologie régresse en 48 heures après prescription d'anti-histaminique.



Figure 1 – Lésions érythémato-papuleuses prurigineuses dorsales

La papillonite est une dermatite secondaire à un contact avec un papillon urticant, du genre

Hylesia. Elle est très répandue en Guyane française. Mais la papillonite est également décrite dans d'autres pays d'Amérique latine: Argentine, Brésil, Pérou et aussi d'Afrique (« papillonite d'Oubangui-Chari »). Sa première description réalisée par Leger et Mouzels remonte à 1918. Mais, ce n'est qu'en 1932 que R.Boye l'a baptisée « Papillonite » guyanaise, en Guyane française.

Les responsables de cette pathologie sont des lépidoptères, de la famille des *Attacidae*. Ce genre comprend environ 130 espèces. En Guyane française, on a décrit une quinzaine d'espèces, dont 3 dominantes. La plus fréquente est *Hylesia urticans* ou « papillon cendre » (Fig. 2), dont seule la femelle est incriminée dans la survenue des épidémies de papillonite. En Afrique, c'est le genre *Anaphae* qui est incriminé. *Hylesia urticans* est un petit papillon brun-rougeâtre, dont l'abdomen, globuleux et velu, porte les fléchettes ou poils urticants. Il mesure 12 mm de long sur 21 mm de large (ailes déployées). Il est retrouvé dans toute la région côtière et les parties basses des fleuves, où il vit en saprophyte sur les végétaux aquatiques et les troncs d'arbre. Les papillons adultes ont une durée de vie courte, d'environ 4 jours. Les femelles, seule forme urticante, déposent rapidement leurs œufs sur les végétaux de la mangrove, des bords du fleuve et des lacs. Ceux-ci donnent naissance à une chenille hérissée, phytophage, non urticante quel que soit son stade évolutif. En Guyane française, il y a 4 éclosions de papillons urticants par année, donc une génération par trimestre.



Image



Figure 2 - *Hylesia urticans* ou papillon cendre.

La contamination est due au contact de la peau de l'homme avec les fléchettes du papillon, soit directement, soit après son passage. On a pu ainsi reproduire les manifestations de l'affection par application directe sur la peau, de poils prélevés sur *Hylesia urticans*. Ils contiennent une substance directement histaminolibératrice avec ensuite possibilité d'allergie soit immédiate (urticaire) soit retardée (eczéma). La contamination se produit le plus souvent dans les habitations. Ce phénomène s'explique par l'activité crépusculaire du papillon, attiré par la lumière des habitations.

Les lésions dermatologiques surviennent 15 à 20 minutes après le contact avec les fléchettes urticantes du papillon, débutent par un prurit violent, puis comportent des lésions papuleuses entourées d'un halo érythémateux. Le siège des lésions se situe préférentiellement sur les parties découvertes du corps, notamment les membres supérieurs et le visage. Ces lésions cutanées durent en moyenne 7 jours, mais peuvent régresser en 12-24 heures. Elles peuvent se compliquer de lésions à distance du fait du transport manuel des poils urticants lors du grattage ou par diffusion de la substance toxique par la sueur. L'atteinte oculaire se manifeste sous forme

de larmoiement, de photophobie, de conjonctivite ou de kératite, habituellement spontanément résolutifs en quelques jours. Des accidents respiratoires ont été exceptionnellement décrits à type de rhinite ou de trachéite. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les dermatites de contact irritatives ou allergiques, d'origine végétale, cosmétique ou bien avec les rashes médicamenteux.

Le traitement de cette dermatite consiste en une douche avec savonnage qui n'a d'intérêt qu'en phase précoce ; les remèdes locaux (frictions au rhum et au citron vert) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Les dermocorticoïdes sont peu efficaces. Les frictions à l'hyposulfite de soude en solution aqueuse à 50 % dès les premiers signes seraient très actives. L'atropine en injection, les anti-histaminiques per os soulagent les patients sans avoir toujours un effet spectaculaire. La prévention par l'éradication de l'insecte est impossible ; la protection vestimentaire demeure l'arme la plus efficace d'où l'importance d'une large sensibilisation de la population notamment touristique. Dès les premiers cas rapportés, il faut éviter les promenades en forêt, effectuer des lavages de mains fréquents. Les moustiquaires aux fenêtres interdisent l'entrée des papillons, attirés par les sources de lumière. La contamination secondaire par les fléchettes peut être diminuée par le lavage des rideaux, des nappes etc... ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- BOYER R - La papillonite guyanaise. *Bull Soc Pathol Exot* 1932 ; **25** : 1099-107.
- DUCOMBS G, LAMY M, MICHEL M *et al.* - La Papillonite de Guyane Française. Etude clinique et épidémiologique. *Ann Dermatol Venereol* 1983 ; **110** : 809-16.