

MYIASE À *CORDYLOBIA ANTHROPOPHAGA* D'ORIGINE SUD-AFRICAINE

Cordylobia anthropophaga ou «ver de Cayor» est une myiase à parasitisme obligatoire fréquemment diagnostiquée au retour d'Afrique sub-saharienne. Nous rapportons ici le cas d'un patient n'ayant pas voyagé dans cette région.

Mr A., âgé de 52 ans, a consulté aux urgences dermatologiques 5 jours après un retour du Maroc pour des lésions furonculoïdes du membre inférieur gauche. À l'examen clinique, le patient présentait trois lésions cutanées localisées, à la cheville, à la face interne du genou et à la cuisse gauche. Une larve était visible dans chacune de ces lésions, faisant évoquer le diagnostic de myiase cutanée furonculaire (Fig. 1). La prise en charge thérapeutique du patient a consisté en l'extraction des larves par pression. Le statut vaccinal anti-tétanique du patient a été vérifié puis une désinfection et une pommade antibiotique ont été prescrites.

Cet homme revenait d'un séjour professionnel à Casablanca (Maroc) d'une durée de 4 jours, dans un hôtel de haut standing. Ses déplacements sur place se sont faits en autocar. Environ 48 heures après son arrivée à Casablanca, il décrit l'apparition d'un prurit au niveau des futures lésions. Le développement des lésions et leur caractère douloureux ont motivé la consultation aux urgences dermatologiques.

Les larves de couleur blanche, mesuraient environ 10 mm de long et étaient recouvertes de nombreuses épines. Leur observation en microscopie optique a permis d'observer une paire de crochets buccaux à la partie antérieure. L'observation des plaques stigmatiques nécessitant une préparation, les larves ont été incisées et mises à bouillir dans de la potasse à 10% pendant 30 minutes. Après 2 rinçages à l'eau distillée, elles ont été bouillies 20 minutes dans une solution à base de chloral et placées entre lame et lamelle pour observation microscopique. Les deux plaques stigmatiques portées par la partie postérieure des larves présentaient chacune trois fentes curvilignes (Fig. 2). L'association des différents critères (aspect morphologique, crochets buccaux, plaques stigmatiques) nous a permis de conclure à des larves de stade 3 de *C. anthropophaga*.

C. anthropophaga, de la famille des Calliphoridés, atteint principalement l'animal, comme le chien et d'autres mammifères, mais aussi l'Homme (1, 2, 3). La mouche adulte, encore appelée «Tumbu Fly» en Afrique, est active le matin et en fin d'après midi. Elle peut pondre de 150 à 300 œufs aussi bien sur le sol (surtout le sable mouillé) que sur du linge séchant au soleil. Après 3 jours de maturation, les œufs libèrent une larve de stade 1 se déplaçant activement à la recherche d'un hôte. Ces larves ont une dizaine de jours pour atteindre leur hôte et s'enfouir dans son épiderme, ne laissant apparaître qu'un orifice respiratoire. Cette phase de pénétration se traduit localement par un léger prurit, disparaissant en 48 heures. Après 5 à 6 jours une lésion furonculoïde centrée par l'orifice respiratoire apparaît sur le site de pénétration. Enfin, 10 à 12 jours après la pénétration de la

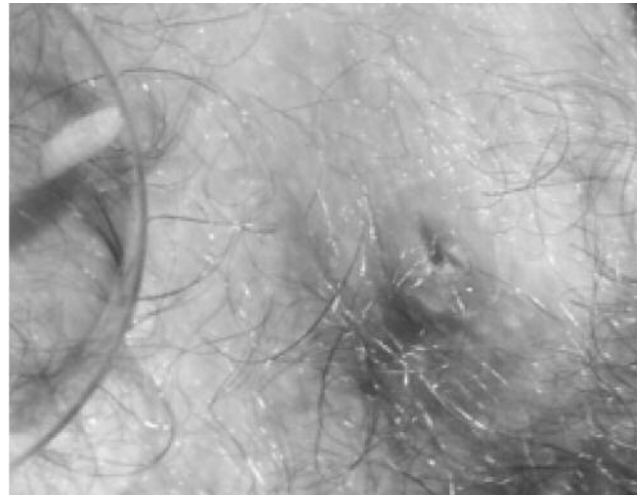


Figure 1 - Lésion furonculoïde de la jambe gauche après extraction de la larve de *Cordylobia anthropophaga* déposée dans une boîte de pétri.

larve, celle-ci s'extrait et tombe au sol pour effectuer sa pupaison (1-3).

Le ver de Cayor est bien connu et fréquemment diagnostiqué au retour des voyages en Afrique sub-saharienne. Au Maroc, les myiases sont essentiellement déterminées par *Oestrus ovis* au sud du pays, responsable de myiases des cavités nasales et d'ophtalmomyiases, et les hypodermoses (*Hypoderma lineatum* et *Hypoderma bovis*) à l'ouest (4). Dans ces deux régions, le bétail est le réservoir essentiel. Des cas de myiases des cavités dues à *Wohlfahrtia magnifica* ont plus rarement été décrits. Les cas de myiases à *C. anthropophaga* sont exceptionnels au Maroc, un seul cas ayant été rapporté chez une enfant vivant dans la région de Tiflet (100 km de Rabat, Moyen Atlas) sans que celle-ci n'ait voyagé (5). Chez cette patiente, la contamination aurait pu se faire par l'intermédiaire d'un tapis ou d'une couverture infestée pro-



Figure 2 - Plaques stigmatiques de *Cordylobia anthropophaga* (grossissement x 50) : elles portent chacune 3 fentes curvilignes caractéristiques des larves de stade 3.

venant d'une zone d'endémie. En effet, des cas de myiases transmises par l'intermédiaire de vêtements en provenance de régions d'endémies ont été rapportés.

La présence chez notre patient de larves de stade 3 et l'apparition de signes cutanés dès son arrivée au Maroc suggèrent qu'il n'a pas pu se contaminer dans ce pays. De plus, on ne retrouve aucune circonstance évidente de contamination lors de son séjour (pas de sortie à la plage, pas d'utilisation de drap de bain pour aller à la piscine de l'hôtel, utilisation quotidienne de vêtements propres apportés de France). Un nouvel interrogatoire nous apprend que Mr. A a effectué un séjour touristique en Afrique du Sud juste avant son voyage au Maroc. Il a visité Le Cap, Durban, le Swaziland et enfin le Parc Kruger. Après une brève escale de 24 heures à Paris, il a repris un vol pour Casablanca. Bien que l'Afrique du Sud ne soit pas considérée comme un pays d'endémie, l'existence de *C. anthropophaga* dans les régions du Limpopo, de Mpumalanga et du Kwazulu est déjà connue. De plus, les chiens des habitants sont également porteurs de larves de *C. anthropophaga*. Ainsi, Rautenbach *et al.* a montré que 5,5% des chiens errants des zones rurales sud-africaines étaient parasités par cette myiase (6). En mars 2006, le département de la santé sud-africain a publié une note dans laquelle 177 cas de myiases furunculoses à *C. anthropophaga* ont été recensés parmi la population locale (7). La répartition de ces cas incluait les régions du Nord-Ouest du pays. Ces 177 cas déclarés dans les régions du Nord bordant en partie le Limpopo font redouter une extension des foyers de myiase à ces régions (7, 8). L'installation de *C. anthropophaga* sur ces nouveaux sites s'expliquerait notamment par une pluviométrie saisonnière plus élevée associée à de fortes chaleurs. La répartition classique de *C. anthropophaga* en Afrique sub-saharienne ne doit pas faire oublier que des régions en bordure de zone tropicale telles que le nord de l'Afrique du Sud subissent périodiquement des degrés d'hygrométrie élevés pouvant favoriser la présence temporaire de cette mouche. Des règles usuelles de prévention doivent donc être données aux voyageurs en partance pour ces régions, telles que lavage soigneux du linge, séchage sous moustiquaire et repassage au

fer chaud. Par ailleurs, il ne faut pas s'allonger sur le sable sans serviette (9).

Remerciements - Les auteurs remercient le Pr JC. Beaucournu pour son aide à l'identification de la larve.

Poirier P., Foulet F., Bonoua M., Bories C., Guiguen C., Bretagne S., Botterel F.

- Travail du Service de Parasitologie-Mycologie (P.P., B.C., B.S., F.F., Docteurs en médecine) CHU Henri Mondor, Créteil, France, du Service de dermatologie (B.M., Docteur en médecine) CHU Henri Mondor, Créteil, France, de la Faculté de Pharmacie de Paris Sud XI (B.C., Docteur en médecine) Chatenay Malabry et du Service de Parasitologie et zoologie appliquée (G.C., Docteur en médecine) Faculté de médecine de Rennes, France.
- Correspondance : F. BOTTEREL, Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Hôpital Henri Mondor, 94010 Créteil Cedex, France. • Fax : +33 (0)1 49 81 36 01
- Courriel : francoise.botterel@hmn.aphp.fr

- 1 - GUIGEN C, GANGNEUX JP, BEAUCOURNU JC - Myiases humaines. Dans parasitoses et mycoses de la peau et des phanères. Coll. Guide Médi-bio. Elsevier ed, Paris, 2003, pp 33-54.
- 2 - DEVIENNE P, BOBARD P, PINHAS C - Le ver de Cayor, agent d'une myiase furunculose. *Insectes* 2004; **135** : 23-4.
- 3 - HARWOOD R, JAMES M - Entomology in human and animal health. MACMILLAN ed, 1979, pp 296-318.
- 4 - ABKARIA, JOUHADIZ, HAMDANI A *et al.* - Myiase gastro-intestinale. A propos d'un cas au Maroc. *Bull Soc Pathol Exot* 1999; **92** : 20-2.
- 5 - AOUI S, AGOUMI A, MOUTAJ R, BALOUCH L - Un cas de myiase furunculose à *Cordylobia anthropophaga* au Maroc. *Med Trop* 2000; **60** : 304-5.
- 6 - RAUTENBACH GH, BOOMKER J, DE VILLIERS IL - A descriptive study of the canine population in a rural town in southern Africa. *J S Afr Vet Assoc* 1991; **62** : 158-62.
- 7 - PROMED - Mail. Itching Cutaneous eruption. South Africa. [http : \ www.promedmail.org](http://www.promedmail.org) (archive number 20060205.0376, accessed 8 january 2007)
- 8 - National Institute of communicable Diseases. Communiqué 2006; 5(2).
- 9 - DEHECQ E, NZUNGU PN, CAILLIEZ JC *et al.* - *Cordylobia anthropophaga* (Diptera: Calliphoridae) outside Africa: A case of furuncular myiasis in a child returning from Congo. *J Med Entomol* 2005; **42** : 187-92.

CERVICALGIE EN CONSULTATION RHUMATOLOGIQUE À LOMÉ, TOGO

Les études consacrées à la pathologie rachidienne en Afrique, bien que souvent hospitalières, ont permis d'établir que ce continent n'en est pas épargné (1-3). Cependant, ces études ont concerné plus souvent la lombalgie que la cervicalgie et ont porté sur de petits échantillons. La présente étude a eu pour but de déterminer la fréquence et les différentes formes cliniques de cervicalgie au cours d'une consultation rhumatologique à Lomé, Togo (Afrique de l'Ouest).

Il s'agit d'une étude sur dossiers, menée sur 10 ans. Les patients dont la consultation a été motivée par une cervicalgie y ont été inclus. Les données démographiques, cliniques et paracliniques des patients ont été recueillies à partir de leurs dossiers. Les différentes formes cliniques d'atteinte dégénérative du rachis cervical ont été de diagnostic essentiellement clinique, et les spondylodiscites et les tumeurs essentiellement radioclinique.

La cervicalgie a motivé la consultation de 455 des 9065 patients (5 %) examinés en dix ans. Ces 455 patients qui se répartissaient en 185 femmes (40,7 %) et 270 hommes (59,3 %) avaient en moyenne 45 ans au début de la cervicalgie. La durée moyenne d'évolution de celle-ci était de deux ans. L'atteinte dégénérative du rachis (427 cas, 93,8 %) a été la pathologie la plus couramment observée. Elle comportait les formes cliniques suivantes : cervicalgie commune, névralgie cervicobrachiale, myélopathie cervicarthrosique (Tableau I). La discopathie dégénérative isolée (71 %) était la principale anomalie radiologique en cas d'atteinte dégénérative. La spondylodiscite était d'origine probablement tuberculeuse chez six des 10 patients qui en étaient atteints et deux étaient porteurs du VIH. Quatre des 14 patients atteints de spondylarthropathie avaient une spondylarthrite ankylosante caractérisée par la modicité des manifestations extra articulaires et l'absence d'antécédents familiaux, et trois étaient porteurs du VIH. Le myélome (deux cas) et des métastases (deux cas) ont été les différentes formes étiologiques de tumeurs vertébrales observées. Notre étude représente la plus importante série de cervicalgie rapportée en Afrique sub-saharienne. En dépit de ses insuffisances (recrutement

hospitalier, étroitesse du plateau technique), cette étude, tout comme celles effectuées dans d'autres pays, témoigne de l'importance de la pathologie dégénérative du rachis en Afrique (1-3). Les données démographiques et sémiologiques de nos patients atteints de cervicalgie commune étaient comparables à celles des patients d'autres pays africains (1, 3). La cervicalgie a affecté plus l'homme dans notre étude contrairement à la plupart des études occidentales où la cervicalgie est plus fréquente chez la femme (4). La modicité des manifestations extra articulaires et l'absence d'antécédents familiaux rapprochent nos cas de spondylarthrite ankylosante des cas sud-africains (5). Contrairement aux constatations faites à Brazzaville, une forte association a été trouvée entre l'infection au VIH et les différentes formes cliniques de spondylarthropathies en Afrique subsaharienne (5). Il ressort de ces observations que la présence d'une arthrite chez un Africain de race noire impose la recherche de l'infection par le VIH. Les spondylodiscites sont avant tout le fait du sous-développement et du manque d'hygiène.

Oniankitan O., Fianyoy E., Mijiyawa M.

- Travail du Service de rhumatologie (O.O., Maître assistant ; F.E., Médecin ; M.M., Professeur, Chef de Service) CHU- Tokoin de Lomé. Togo
- Correspondance : Moustafa Mijiyawa, BP 80627 Lomé Togo Tel : 00228 9014382 Fax : 00228 2218595
- Courriel : mijiyawa@tg.refex.org

- 1- BILECKOT R, NTSIBA H, MBONGO JA *et al.* - Les affections rhumatismales observées en milieu hospitalier au Congo. *Sem Hôp (Paris)* 1992 ; **68** : 282-5.
- 2- MIJIYAWA M, ONIANKITAN O, KOLANI B *et al.* - La lombalgie en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Rhum* 2000 ; **67** : 914-20.
- 3- ADEBAJO AO - Pattern of osteoarthritis in a West African teaching hospital. *Ann Rheum Dis* 1991 ; **50** : 20-2.
- 4- BOVIN G, SCHRADER H, SAND T - Neck pain in the general population. *Spine* 1994 ; **19** : 1307-9.
- 5- MIJIYAWA M, ONIANKITAN O, KHAN MA - Spondyloarthropathies in sub-Saharan Africa. *Curr Opin Rheumatol* 2000 ; **12** : 281-6.

Tableau I - Données démographiques des 455 patients en fonction du diagnostic.

Diagnostic	Nombre de patients (%)	Sex-ratio F/H**	Age (ans) des patients (m ± ET)*	Durée d'évolution (ans) (m ± ET)*
Cervicalgie commune	257 (56,5)	0,67	43,4 ± 13,5	2,4 ± 4,5
Névralgie cervicobrachiale par probable conflit discoradiculaire	161 (35,4)	0,59	48,7 ± 10,7	1,1 ± 2,6
Myélopathie cervicarthrosique	9 (2,0)	0,80	48,5 ± 14,9	3,5 ± 5,6
Spondylarthropathie	14 (3,1)	0,08	35,2 ± 8,4	6,2 ± 7,4
Spondylodiscite	10 (2,2)	0,67	44,3 ± 16,0	1,1 ± 1,8
Tumeurs vertébrales	4 (0,8)	0,33	48,5 ± 12,5	2,1 ± 2,5
Total	455 (100)	0,61	45,3 ± 12,4	1,5 ± 2,1

* moyenne ± écart-type ** Femme/Homme