

## MEDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

### Larva migrans cutanée ou larbish chez un coopérant au Sénégal : cas clinique.

[www.medecinetropicale.com](http://www.medecinetropicale.com)

#### Observation

Un homme de 35 ans, coopérant, de nationalité française, se présente à la consultation de dermatologie à l'hôpital Principal de Dakar pour un prurit féroce, d'apparition récente, siégeant à la plante du pied gauche. L'examen clinique met en évidence plusieurs lésions papulo-érythémateuses et œdémateuses d'aspect non spécifique, mais dont l'une décrit un trajet linéaire et flexueux de 2 cm environ (figure 1). Ces lésions prurigineuses sont apparues 48 heures après une après-midi passée à la plage. Dans les jours qui suivent la consultation, le tableau clinique se complète, chaque papule donnant naissance à des trajets serpiginieux, irréguliers de 1 mm de large environ et de plusieurs centimètres de long, extrêmement prurigineux, gênant la marche, empêchant le sommeil, se compliquent d'une infection locale et d'un œdème diffus de l'avant-pied droit.

#### Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Y a-t-il des examens complémentaires utiles au diagnostic ?
- 3- Quelles sont les principales caractéristiques de cette affection ?
- 4 Y a-t-il un diagnostic différentiel ?
- 5- Faut-il traiter cette affection et si oui quel traitement allez-vous prescrire ?
- 6- Quelle est la prévention ?

#### Réponses

1- L'anamnèse (séjour à la plage), et les données de l'examen clinique suffisent pour porter le diagnostic de syndrome de larva migrans cutanée (SLMC) ou larbish.

2- Il n'y a pas d'examen complémentaire utile au diagnostic : l'éosinophilie sanguine est inconstante, la biopsie cutanée est inutile, la larve étant « en avance » sur la lésion et n'étant donc pas observée.

3- La larva migrans cutanée (LMC), encore appelée larbish, *creeping disease*, dermatite vermineuse rampante, pseudomyiase rampante, ver chien (créole) prédomine largement en zone tropicale : Amérique intertropicale, Antilles, Afrique noire, Madagascar, Afrique du nord, sous-continent indien, Sud-est asiatique, Australie. La LMC est transmise à l'homme par des ankylostomes animaux : *Ankylostoma caninum* (chiens, canidés sauvages), *A. ceylanicum* (chats, canidés, civettes), *A. braziliense* (chats, canidés, félidés sauvages), *Uncinaria stenocephala* (chiens, canidés sauvages), *Bunostomum phlebotomum* (bovins). Le sol est contaminé par les fèces des animaux femelles contenant de très nombreux œufs. Ceux-ci donnent naissance à des larves L1-L2-L3. Des conditions particulières, terrain sablonneux, ombre, humidité, température à 25°C en surface, permettent la survie des larves. La larve L3 pénètre dans la peau humaine. Elle ne franchit pas le derme, avorte : c'est une impasse parasitaire. Tout contact de la peau avec la terre souillée entraîne la contamination : fréquentation de plages, jeux dans le sable, activités agricoles, de jardinage, sportives...

La pénétration de la larve entraîne un prurit, un érythème, une éruption papuleuse, survenant dans les heures qui suivent la pénétration, durant 24 à 48 heures.

Deux à 4 jours après, apparaît un sillon cutané, symptôme caractéristique, de quelques cm de long sur 2 à 3 mm de large. Ce sillon est serpiginieux, en zig-zag. Plusieurs sillons peuvent s'enchevêtrer. Ils siègent aux points de contact avec le sol (pieds, mains, fesses, coudes, genoux, épaules, dos, ...). Le sillon avance de quelques centimètres par jour. Le prurit est constant, limité aux zones lésées.

L'évolution est bénigne et spontanément abortive en 2 à 8 semaines, par mort in situ de la larve. Des complications sont rares : surinfection due au grattage, aux manipulations.

4- Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec :

- la larva currens due à des larves d'anguillules : c'est une dermatite linéaire rampante, érythémateuse, très légèrement en relief, qui avance vite, progressant de quelques cm par heure, de plusieurs cm par jour : on dit que « le parasite court ». Le sillon siège au niveau de l'abdomen, des hanches, des fesses (à partir de la marge anale) et des cuisses. L'éosinophilie est élevée. On trouve les larves d'anguillules dans les selles (méthode de Baermann),
- la migration sous-cutanée de la filaire adulte de *Loa-loa* entraîne un sillon plus court, moins sinueux et disparaissant rapidement
- des aspects de dermatose rampante atypique sont rarement rencontrés dans les myiases sous-cutanées, gnathostomose et dirofilariose, qui sont plutôt responsables d'œdèmes migratoires sous-cutanés.

Le contexte de survenue de ces SLMC est différent de celui du larbush.

5- Il faut traiter la LMC, car l'errance des larves peut durer plusieurs mois, avec le risque de surinfection par grattage. Le traitement reposait classiquement sur le thiabendazole\* (MINTEZOL®) per os : 50 mg/kg/j. pendant 4 jours et localement (suspension buvable mise sur la peau) 3 à 4 fois par jour pendant une semaine. Actuellement, le traitement le plus simple est le traitement radical par l'ivermectine (STROMECTOL®) en prise unique de 12 mg.

\*: le thiabendazole (MINTEZOL®) n'est plus commercialisé en France métropolitaine.

6- Il a été rappelé à ce coopérant l'utilité du port de chaussures légères, fermées et d'une natte posée sur le sable humide (et non d'une serviette éponge) d'une plage sous les tropiques. Il faut éviter tout contact avec la terre souillée.



Figure 1 – Larbush. Trajet flexueux au niveau du pied

## Références

Aubry P., Touze J.E. Larbush. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., mars 1990, pp. 92-93.

Perret J.L. Image... de larbush. *Med. Trop*, 1996, 56, 2

Bourée P. Larva migrans, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-518-A-10; 2010.

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 07/09/2013.