

Larva currens chez un Européen : cas clinique.

Observation

Un Européen, technicien des Ponts et Chaussées, âgé de 40 ans, consulte pour des lésions cutanées érythémateuses, prurigineuses, fugaces, siégeant sur les flancs, l'abdomen, et les fesses, évoluant par poussées depuis plusieurs années et s'accompagnant de douleurs abdominales avec diarrhée intermittente. Il a travaillé cinq ans auparavant comme coopérant technique dans différents pays d'Afrique subsaharienne, en particulier en Côte d'Ivoire, au Gabon et au Cameroun.

L'examen des téguments met en évidence un cordon papulo-érythémateux, serpiginieux, apparu deux heures avant la consultation et se déplaçant de quelques centimètres par heure (Figure 1). Le malade confirme le caractère labile de l'éruption qui disparaît en quelques heures.



Figure 1- Larva currens

Questions

- 1- Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
- 2- Quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic ?
- 3- Quel traitement prescrivez-vous ?

Discussion

1- Cette éruption est caractéristique de la larva currens, manifestation cutanée de l'anguillulose, due à la migration erratique de larves de *Strongyloïdes stercoralis*.

Sur le plan clinique, l'éruption est spécifique :

- par son siège : au niveau de paroi de l'abdomen, des flancs, des fesses et des cuisses,
- par son mode de début : très brusque, avec précession de prurit,
- par son aspect : long cordon érythémato-papuleux, large de quelques millimètres, fugace, se déplaçant rapidement de quelques centimètres par heure.

Le diagnostic différentiel se pose avec :

- la larva migrans cutanée ou larvish d'une ankylostomose de chien ou de chat, mais les cordons progressent de quelques centimètres par jour,

- la loase qui peut se manifester au cours de la migration de la femelle adulte par un cordon serpiginieux se déplacent rapidement (1 cm à la minute). Ce diagnostic doit être évoqué chez ce malade qui a travaillé en forêt (Gabon, Cameroun).

La larva currens survient, le plus souvent, tardivement, en moyenne 5 à 6 ans après la contamination et parfois beaucoup plus et est observée surtout chez les sujets de race blanche.

Elle peut être associée à des douleurs abdominales, à une diarrhée, à une malabsorption intestinale.

Il s'agit d'une migration cutanée aberrante de larves de *Strongyloides stercoralis* après un passage cutané péri anal lors du cycle d'auto-réinfection, au cours duquel les larves rhabitoïdes se transforment directement dans la lumière intestinale en larves strongyloïdes infectantes L3 qui pénètrent la muqueuse colique ou la peau de la région péri anale.

2- Les examens complémentaires demandés lors de la consultation ont été un examen parasitologique des selles selon la méthode de Baermann et une numération formule sanguine. L'examen de selles a montré des larves d'anguillules et la NFS une éosinophilie sanguine à $1\ 036\ \text{él}/\text{mm}^3$.

Il ne s'agit pas ici d'une anguillulose maligne et les sérologies de l'infection à VIH et à HTLV1 n'ont pas été demandées.

3- Le traitement a consisté en une prise orale d'ivermectine (STROMEKTOL®) à la dose de $200\ \mu\text{g}/\text{kg}$ (12 mg). Une 2^{ème} cure a été faite à J15. Les alternatives thérapeutiques sont représentées par l'albendazole (ZENDEL®), cp à 400 mg, 400 mg par jour pendant 3 jours et par le nitazoxanide (CRYPTAZ) cp à 500 mg, 1 000 mg par jour pendant 7 jours.

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

Références

Aubry P., Touze J.E. Larva currens ; Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., 1990, p.80.

Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Une éruption prurigineuse migratrice. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format utile, Editions Varia, 2001, pp 90-91.

Greaves D., Coggle S., Pollard C., Aliyu S.H., Moore E.M. *Strongyloides stercoralis* infection. BMJ 2013 ;347:14610 doi: 10.1136/bmj.14610

Professeur Pierre Aubry, Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 03/10/2013.