

Myiase préputiale : à propos d'une observation

Preputial myiasis: about one case

A. Sarr · D. Sow · B. Diao · A.K. Ndoye · O. Gueye · M. Ba · B.A. Diagne

Reçu le 31 mai 2011 ; accepté le 23 août 2011
© SALF et Springer-Verlag France 2011

Résumé Nous rapportons un cas de myiase préputiale chez un enfant qui a consulté pour une tuméfaction pénienne douloureuse faisant croire à une balanoposthite. Le traitement a consisté à une extraction manuelle du ver suivie d'une circoncision. L'examen parasitologique du ver a permis d'identifier une larve de *Cordylobia anthropophaga* de stade 3. À travers cette observation et une revue de la littérature, nous allons discuter des particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des myiases humaines. **Pour citer cette revue : Andrologie 21 (2011).**

Mots clés Balanoposthite · *Cordylobia anthropophaga* · Circoncision

Abstract We report a case of preputial myiasis in a child who presented with painful penile swelling suggestive of balanoposthitis. Treatment consisted of manual extraction of the worm followed by circumcision. Parasitologic study of the worm revealed a stage-three larva of *Cordylobia anthropophaga*. Through this case report and a review of the literature, we discuss the epidemiologic, diagnostic and therapeutic features of this disease. **To cite this journal: Andrologie 21 (2011).**

Keywords Balanoposthitis · *Cordylobia anthropophaga* · Circumcision

A. Sarr (✉) · B. Diao (✉) · A.K. Ndoye · M. Ba · B.A. Diagne (✉)
Service d'urologie–andrologie,
CHU Aristide-Le-Dantec,
BP 35354 Dakar-Colobane, Sénégal
e-mail : sarramoc@yahoo.fr, babacardiao104uro@yahoo.fr,
bayediagne@msn.com

D. Sow (✉) · O. Gueye
Laboratoire de parasitologie et de mycologie,
faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie,
Ucad, BP 5005, Dakar, Sénégal
e-mail : doudsow@yahoo.fr

Introduction

Le terme « myiases » (du grec *myia* : mouche) désigne le parasitisme d'un être vivant par la larve d'une mouche. Ces larves vont, pendant une certaine période, se nourrir de tissus vivants ou morts, de liquides organiques ou de la nourriture ingérée par celui-ci [1].

Les myiases humaines sous-cutanées ou « furonculeuses » sont secondaires à l'infestation par les larves de *Dermatobia hominis* (ver macaque) en Amérique du Sud et par les larves de *Cordylobia anthropophaga* (ver de Cayor, du nom d'un ancien royaume du Sénégal) en Afrique subsaharienne [1].

Bien que *C. anthropophaga* soit une espèce très répandue en Afrique subsaharienne, il existe très peu de cas de myiases humaines décrites dans cette région [2]. Au Sénégal, les rares études ont été réalisées chez des animaux domestiques [3]. Par contre dans les pays développés, les myiases humaines sont fréquemment diagnostiquées chez les touristes de retour de voyage dans des zones d'endémie [4].

Les localisations des myiases au niveau de la verge sont rares et font le plus souvent l'objet de publication sous forme de cas cliniques [5–7].

Notre observation rapporte un cas de myiase préputiale chez un enfant qui était initialement traité pour une balanoposthite. À travers ce cas et une revue de la littérature, nous allons discuter des aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des myiases organes génitaux externes.

Observation

Un enfant de cinq ans, issu d'une famille de bas niveau socio-économique, était reçu aux urgences urologiques du CHU Aristide-Le-Dantec pour une tuméfaction pénienne douloureuse évoluant depuis dix jours, associée à une dysurie à type d'effort de poussées et des pleurs à la miction. Son statut vaccinal était à jour.

L'examen retrouvait un prépuce inflammé ayant un aspect luisant, très sensible au toucher faisant penser à une balanoposthite.

Le patient a été mis sous traitement antibiotique et anti-inflammatoire, mais au bout de trois jours, il était revenu en consultation devant la persistance de la symptomatologie.

Un nouvel examen minutieux de la verge avait permis de retrouver une lésion papulaire molle, douloureuse, centrée par un orifice blanchâtre (Fig. 1).

La pression du prépuce avait permis l'extraction d'un asticot (Fig. 2).

L'examen parasitologique du ver avait conclu à une larve de *C. anthropophaga* (ou ver de Cayor) de stade 3, ce qui nous a permis de retenir le diagnostic de myiase préputiale.

À la demande des parents, une circoncision a été réalisée au bout de deux semaines après avoir traité l'infection locale par des antibiotiques et des anti-inflammatoires associés à des soins locaux à base d'éosine aqueuse.

Les suites de la circoncision ont été simples.

Discussion

La myiase due à *C. anthropophaga* atteint aussi bien les animaux, surtout domestiques, que l'homme [8]. La mouche adulte pond ses œufs préférentiellement sur du sable humide

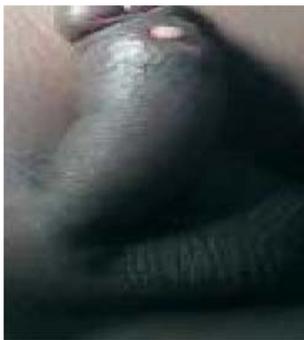


Fig. 1 Aspect de balanoposthite centré par un orifice blanchâtre



Fig. 2 Larve de *Cordylobia anthropophaga* extraite du prépuce

et sur du linge séchant au soleil. Après trois jours de maturation, les œufs libèrent une larve de stade 1 se déplaçant activement à la recherche d'un hôte. Cette larve va pénétrer l'épiderme et se développer dans le tissu sous-cutané, pendant 10 à 12 jours, en passant par trois stades larvaires. La larve ne laisse apparaître qu'un orifice respiratoire, et sa fixation chez l'hôte est assurée par ses crochets buccaux (permettant aussi son alimentation) et par des couronnes d'épines situées sur son corps et responsables des douleurs. La larve de stade 3 va s'extraire de l'hôte et s'enfuir dans le sable humide où elle va effectuer sa pupaison qui va aboutir à une mouche adulte [8].

Le diagnostic de myiase est avant tout clinique et repose sur l'observation attentive de la lésion élémentaire qui réalise une papule inflammatoire d'aspect furonculoïde au niveau de laquelle peut être observée l'émergence intermittente du pôle respiratoire de la larve [1].

La localisation des myiases est en général ubiquitaire, mais sont fréquemment touchées les zones découvertes (la cuisse, le sein, le dos ou le visage) [2] et rarement les organes génitaux externes. Outre la verge, des cas de myiases scrotales [9] et vulvaires [10] ont été rapportés dans la littérature.

La rareté de la localisation au niveau des organes génitaux externes est le plus souvent source d'errances diagnostiques.

Ainsi, Passos et al. [7] insistent sur la nécessité d'éliminer une myiase devant une ulcération génitale surtout lorsque l'individu vit dans une zone d'endémie et a un bas niveau économique.

La rareté des myiases préputiales au Sénégal pourrait s'expliquer par le fait que la circoncision est une intervention largement pratiquée pour des raisons rituelles (traditionnelle ou religieuse).

Le traitement d'une myiase est en règle facile et repose sur l'extraction de la larve qui peut se faire par pression manuelle ou à l'aide d'une pince. Mais cette extraction peut être rendue difficile par la mobilité du ver et son système d'attache, c'est pourquoi Adams et Cooney recommandent de réaliser une incision afin de faciliter le passage du ver [11].

Des traitements par application occlusive de topiques divers (gras de porc, chewing-gum, miel ou plastique) ont été utilisés sans éviter l'extraction après incision [12] qui reste la méthode la plus usitée.

Dans le cadre du traitement des myiases à *D. hominis*, Clyti et al. recommandent l'application locale durant les 24 heures précédant l'extraction d'une solution d'ivermectine à 1 % (Ivomec®) [13]. En effet, l'application d'ivermectine, en provoquant la paralysie et la mort de la larve, entraîne la sédation rapide des douleurs (en deux à trois heures) et facilite l'extraction de par l'immobilité de la larve, alors que Loong et al. préconisent une injection intralésionnelle de lidocaïne [14].

La prévention des myiases préputiales par une circoncision nous paraît excessive dans la mesure où des règles

d'hygiènes simples telles que le lavage soigneux du linge et son repassage au fer chaud permettent de lutter contre cette infestation sporadique. Par ailleurs, il faut veiller à ce que les enfants ne soient pas en contact direct avec le sable par l'utilisation de serviette ou de tapis [15].

Conclusion

Les myiases humaines, de par leur caractère douloureux, sont des pathologies qui peuvent être invalidantes. Leur diagnostic et leur prise en charge ne posent pas un réel défi même dans les pays où le plateau médical reste précaire. Notre observation est caractérisée par la localisation atypique de la myiase, ce qui a égaré le diagnostic et retardé la prise en charge. Nous insistons sur la nécessité de respecter les règles élémentaires d'hygiène afin de se protéger de telles infestations.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Clyti E, Pages F, Pradinaud R (2008) Le point sur *Dermatobia hominis* : myiase « furonculaire » d'Amérique du Sud. *Med Trop* 68:7–10
2. Dicko A, Faye O, Traore P, et al (2009) Myiase furonculaire : un nodule douloureux tropical à ne pas méconnaître. *Mali Med* 24:75–6
3. Pangui LJ, Olloy A, Ndonide N, Cazin PH (2002) La cordylobiose canine au Sénégal : incidence et lutte contre l'infestation chez le chien à Dakar. *Rev Med Vet* 153:167–72
4. Poirier P, Foulet F, Bonoua M, et al (2008) Myiase à *Cordylobia anthropophaga* d'origine sud-africaine. *Med Trop* 68:102–3
5. Parkinson RJ, Robinson S, Lessells R, Lemberger J (2008) Fly caught in foreskin: an usual case of preputial myiasis. *Ann R Coll Surg Engl* 90:7–8
6. Passos MR, Barreto NA, Varella RQ, et al (2004) Penile myiasis: a case report. *Sex Transm Infect* 80:183–4
7. Passos MR, Ferreira DC, Arze WN, et al (2008) Penile myiasis as a differential diagnosis for genital ulcer: a case report. *Braz J Infect Dis* 12:155–7
8. Devienne P, Bobard P, Pinhas C (2004) Le ver de Cayor, agent d'une myiase furonculaire. *Insectes* 135:23–4
9. Rodriguez G, Rashid M (2001) Human scrotal myiasis (bot fly): a case of self-diagnosis. *J Urol* 166:1397–8
10. Passos MR, Varella RQ, Tavares RR, et al (2002) Vulvar myiasis during pregnancy. *Infect Dis Obstet Gynecol* 10:153–8
11. Adams DW, Cooney RT (2004) Excision of a *Dermatobia hominis* larva from the heel of a South American traveler: a case report. *J Foot Ankle Surg* 43:260–2
12. Boggild AK, Keystone JS, Kain KC (2002) Furuncular myiasis: a simple and rapid method for extraction of intact *Dermatobia hominis* larvae. *Clin Infect Dis* 35:336–8
13. Clyti E, Nacher M, Merrien L, et al (2007) Myiasis owing to *Dermatobia hominis* in a HIV-infected subject: treatment by topical ivermectin. *Int J Dermatol* 46:52–4
14. Loong PT, Lui H, Buck HW (1992) Cutaneous myiasis: a simple and effective technique for extraction of *Dermatobia hominis* larvae. *Int J Dermatol* 31:657–9
15. Dehecq E, Nzungu PN, Cailliez JC, et al (2005) Cordylobia anthropophagi (*Diptera: Calliphoridae*) outside Africa: a case of furuncular myiasis in a child returning from Congo. *J Med Entomol* 42:187–92