

Myiases et Tungoses

**Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie
(ANOFEL)**

2014

Table des matières

Introduction	3
1. Myiases.....	3
1.1. Définition.....	3
1.2. Tableaux cliniques.....	3
1.2.1. Myiases obligatoires européennes.....	3
1.2.2. Myiases obligatoires tropicales.....	7
1.2.3. Myiases accidentelles.....	9
1.3. Diagnostic	9
1.3.1. Diagnostic clinique.....	9
1.3.2. Diagnostic entomologique.....	10
1.4. Traitement.....	10
2. Tungoses.....	11
2.1. Définition.....	11
2.2. Agents pathogènes.....	11
2.3. Diagnostic clinique.....	12
2.4. Traitement.....	13
2.5. Prophylaxie.....	13

Objectifs ENC

- **Item 170. Pathologie infectieuse chez les migrants adultes et enfants :**
 - Diagnostiquer les pathologies infectieuses les plus fréquentes rencontrées chez les migrants.
 - Connaître les conseils d'hygiène et de prévention adaptés aux conditions de vie des migrants.
- **Item 171. Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant : conseils avant le départ, pathologies du retour : fièvre, diarrhée, manifestations cutanées :**
 - Connaître les conseils d'hygiène et de prévention adaptée, y compris la vaccination anti-amarile.
 - Connaître les principales causes de fièvre, diarrhée, de manifestations cutanées et de manifestations cutanées au retour d'un pays tropical.
 - Connaître les symptômes d'une dengue, d'une infection à chikungunya.

Introduction

Les myases désignent tout parasitisme d'un être vivant par la larve d'une mouche, ou asticot. La tungose, ou "puce chique", est occasionnée par l'enkystement dans l'épiderme d'une puce fécondée du genre Tunga.

1. Myiases

1.1. Définition

Les myiases désignent tout parasitisme d'un être vivant par la larve d'une mouche, ou asticot.

Après accouplement, les femelles vont pondre leurs œufs, sur le substrat favorable à leur descendance (sol, eau souvent putride, tige, bouton floral, fruit ou légume, viandes, etc...), soit isolément, soit en traînées ou dispersés sur une surface plus ou moins grande. Au bout d'un temps variable de quelques minutes à plus de six mois, l'œuf éclot, donne une larve (l'asticot), acéphale, apode, mesurant de quelques dixièmes de millimètres à 2 mm environ. A l'extrémité postérieure existe une paire de stigmates respiratoires dont la morphologie varie en fonction des genres et quelquefois des espèces : ce n'est qu'au 3^e stade que ces ouvertures des trachées acquièrent leur structure typique, très utile pour le parasitologiste et l'entomologiste. Après un laps de temps souvent fonction de la température ambiante, et un certain nombre de mues qui permettent à l'asticot d'atteindre son plein développement, la cuticule de celui-ci se durcit et prend une coloration allant du jaune au noir : c'est la puppe, en tonnelet, à l'intérieur de laquelle l'insecte adulte (ou imago) va se former. A maturité, la mouche va pousser le pôle céphalique de cette carapace de protection : un opercule préformé va s'ouvrir et libérera l'insecte ... qui recommencera son cycle.

1.2. Tableaux cliniques

1.2.1. Myiases obligatoires européennes

1) *Wohlfahrtia magnifica*

Cette grosse mouche grise marquée de noir, parasite obligatoire à l'état larvaire, dépose ses œufs soit sur une plaie due à un traumatisme quelconque, soit sur des muqueuses saines (nez, œil, vagin). Les tissus envahis sont rapidement détruits. Il est à noter que les larves grandissent et évoluent très rapidement puisqu'elles peuvent se transformer en pupes en moins d'une semaine.

Le parasitisme par *Wohlfahrtia* est, de loin, le plus grave de celui de toutes les myiases autochtones. Souvent, l'oreille est la porte d'entrée. De là, le tympan, puis l'oreille interne, puis la paroi osseuse peuvent être attaqués. Dans de rares cas, mortels d'ailleurs, les larves envahissent l'encéphale. D'autres localisations sont possibles :

1. l'œil, il s'agit d'une ophtalmomyiase interne, c'est-à-dire un parasitisme du globe oculaire lui-même. Ce pronostic est désastreux pour l'organe parasité.
2. le nez, avec envahissement des sinus.
3. toutes blessures survenues chez un individu en état de misère physiologique intense ou comateux.

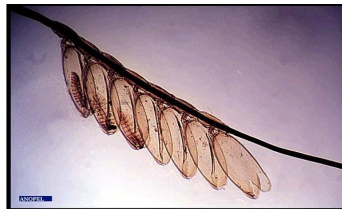
Sur le plan vétérinaire, il semble que cette mouche pose surtout un problème en Afrique du Nord, en Europe Centrale et dans les régions chaudes d'U.R.S.S. et depuis une quinzaine d'années dans le Sud-Est français (régions de transhumance et d'alpages).

2) Hypoderma bovis

Cette mouche parasite des bovins est tout particulièrement connue des vétérinaires sous sa forme larvaire qui, à maturité, se nomme en France le varon.

Les œufs d'H. bovis sont déposés isolément, pendant les jours les plus chauds de l'été, sur les poils des bovins.

Hypoderma bovis : œufs déposés sur les poils d'un bovin



(CDRom Anofel 3)

Il en sort presque aussitôt une larvule (1 mm) qui pénètre activement dans la peau. De là, par un tropisme encore inconnu, elle remonte le long des terminaisons nerveuses jusqu'au canal rachidien, pénètre dans l'espace épidual par un trou de conjugaison.

Hypoderma bovis : larves au stade 1 dans le canal rachidien d'un veau



(CDRom Anofel 3)

C'est là qu'elle va passer toute la saison froide. Dès le printemps, les larves muent et quittent cet abri, pour migrer jusqu'à la région dorso-lombaire où, après avoir mué une 2ème fois, elles vont perforer la peau pour pouvoir respirer. La nodosité produite va atteindre la taille d'une petite mandarine. Lorsque le développement larvaire sera terminé, le parasite sera expulsé de sa logette comme le noyau d'une cerise. Cette « énucléation » est passive et se produit au moment d'une contraction brutale des masses musculaires lombo-sacrées, au moment, par exemple, où le bovin se lève. La larve tombe à terre, s'y enfonce de quelques centimètres, se transforme en puppe et donnera un adulte.

***Hypoderma bovis* : émergence d'un adulte**



(CDRom Anofel 3)

Il n'y a qu'un cycle par an, le froid entraînant une diapause.

Chez l'homme, le cycle est toujours abortif. La larve dépassant rarement le stade I. Cette affection, sporadique dans les départements de la Manche, du Calvados, du Morbihan, du sud des Côtes d'Armor et dans certaines régions du Massif central, touche exclusivement les enfants d'origine rurale ou ayant séjournés, en région d'élevage bovins, à la campagne pendant les vacances d'été, période de ponte des insectes. Les signes cliniques sont multiples et peuvent se succéder ou se juxtaposer. La période d'apparition des troubles s'étale d'octobre à mars avec un maximum net en janvier.

Trois aspects cliniques sont à noter:

- **Manifestations cutanées** : lésion furonculoïde et/ou tumeurs ambulatoires.

La myiase furonculoïde pathognomonique chez un patient n'ayant pas quitté nos régions, semble reproduire le nodule caractéristique du varon mais en fait, c'est une masse rénitente, indolore en général, apparaissant en quelques heures, se perçant très vite d'un pertuis, par où, après quelques jours au maximum sortira spontanément la larve toujours immature et donc de petite taille : 10 mm environ. La myiase à tumeurs ambulatoires se limite souvent à une série d'œdèmes ambulants, évoquant tantôt un œdème de Calabar, tantôt un œdème de Quincke.

Hypodermose, œdème unilatéral de la joue



(CDRom Anofel 3)

- **Manifestations profondes**

Apparition d'un syndrome méningé, brutal, mais guérissant spontanément au bout de 5 à 6 mois d'évolution. Il s'agit presque toujours de réactions allergiques à la larve. La présence d'éosinophiles dans le liquide céphalo-rachidien doit faire suspecter la présence du parasite dans le système nerveux central et impose un diagnostic immunologique et radiologique (scanner).

- **Ophtalmomyiase interne**

Grave et relativement fréquente, elle présente généralement un tableau clinique évocateur. C'est un jeune enfant qui présente brusquement des défauts de la vision (baisse d'acuité, défauts d'accommodation) en même temps qu'apparaissent des céphalées violentes. L'asticot peut apparaître dans le champ du biomicroscope, en mettant le patient dans diverses positions.

Hypoderma bovis : larves au stade 1 dans la chambre antérieure de l'œil d'un enfant, visible à la lampe à fente



(CDRom Anofel 3)

3) **Œstrus ovis**

Il s'agit d'une parasitose très fréquente, que l'homme a transportée avec le mouton dans presque toutes les régions du globe.

Chez l'hôte habituel, le mouton, le cycle normal est le suivant : l'œstre dépose au vol ses larves à l'orifice des narines. A la fois par leurs mouvements propres et par l'air inhalé qui les entraîne, les larves arrivent au niveau des sinus où elles s'accrochent. Au bout de quatre semaines environ, elles atteignent leur taille maximum (3ème stade, plus de 2 cm) et se décrochent. Comme la masse totale de ces larves est maintenant importante, la gêne mécanique et respiratoire devient notable et le mouton « éternue » pour évacuer ces corps étrangers. C'est ainsi que les larves à maturité sont rejetées sur le sol où, après s'être enfoncées superficiellement, elles nymphosent puis donnent les adultes. Notons que les larves qui arrivent au 3ème stade au début de la saison froide, passe tout l'hiver en diapause, chez le mouton et ne commencent leur évolution qu'au printemps suivant.

En dehors du mouton, la chèvre, le chien et l'homme sont connus comme pouvant héberger ces parasites. Chez la chèvre, il semble que le cycle soit normal. Par contre, chez le chien et l'homme la maturation des larves est impossible.

En parasitologie humaine, l'anamnèse, comme la clinique, de cette impasse parasitaire est d'une constance remarquable. Il peut s'agir :

- Soit d'une myiase oculaire, dans ce cas le patient en vaquant à ses occupations pendant l'été, reçoit un choc violent sur l'œil (c'est la ponte de la femelle d'œstre), choc douloureux, immédiatement suivi de sensation de brûlure, de picotements et de corps étrangers. La gêne puis la souffrance amène le malade à consulter et le médecin décèle, accroché au globe oculaire ou aux muqueuses dans les replis palpébraux, une à plusieurs dizaines de larves minuscules. L'examen microscopique révélera qu'il s'agit de larves d'*Œstrus ovis*. Ces larves disparaissent (meurent) spontanément en 48 heures.

- Soit d'une myiase nasale ou sinusienne, la symptomatologie est généralement banale : rhinorrhée plus ou moins purulente accompagnée de céphalées frontales. Cette "sinusite" connaît son étiologie lors de la sortie d'une larve au cours d'un éternuement ou d'un mouchage violent.

4) **Gasterophilus inermis**

Les *Gasterophilus* sont parasites des chevaux ; quatre ou cinq espèces peuvent se rencontrer dans nos

régions.

*En ce qui concerne la biologie normale de cette espèce, c'est encore pendant la saison chaude que l'on découvrira sur les poils des joues ou des jambes du cheval les œufs de ce Gasterophilus. Ces œufs évoquent par leur forme, leur fixation sur le poil et la présence d'un opercule, les « lentes » de poux. Contrairement à ceux des autres espèces du genre, ils n'ont pas besoin d'un stimulus mécanique pour éclore, mais, s'ouvrent spontanément. La petite larve qui en sort pénètre activement dans la peau et va créer un « creeping disease », ou pseudo « larva migrans ». Partant du point d'entrée de chaque larve, une galerie plus ou moins contournée serpente sur les joues du cheval, chaque trajet ayant la propriété de faire tomber les poils rencontrés. Après ce court séjour sous la peau, les larves s'enfoncent et gagnent par effraction la lumière du tube digestif, le niveau de l'implantation variant avec les espèces : estomac pour *G. intestinalis*, rectum pour *G. inermis*. Quelques semaines plus tard, la larve parvenue à maturité se décroche et se laisse entraîner par le flux du transit intestinal et tombe sur le sol avec les fèces. Il y a alors, comme pour les autres genres ici étudiés, enfouissement, nymphose puis sortie de l'adulte.*

Chez l'homme, l'aspect clinique évoque une *larva migrans*, en moins sinueuse que celle due aux ankylostomes de carnivores. Sa vitesse de progression est faible, de l'ordre de quelques centimètres par jour. De ce fait elle est appelée myiase sous cutanée rampante.

1.2.2. Myiases obligatoires tropicales

1) *Auchmeromyia senegalensis*

Le « ver de case » est l'asticot, hématophage obligatoire, d'une mouche banale aux environs des cases, enclos à bétail, terriers de grands mammifères, bauges..., en Afrique de l'Ouest.

En ce qui concerne l'homme, on rencontrera communément ce parasite en Afrique noire dans les cases à sol meuble où la larve peut se réfugier. La nuit, elle revient à la surface et va se gorger sur tous les mammifères (homme y compris) dormant sur, ou à proximité immédiate, du sol. La mouche adulte n'est pas parasite.

En dehors de la morsure et de la spoliation sanguine, cette myiase épicutanée n'a aucun rôle vecteur connu : des bactéries peuvent être trouvées dans le sang ingéré.

2) *Cordylobia anthropophaga*

Le « ver de Cayor », de répartition africaine occidentale, est la larve parasite obligatoire de cette espèce. La spécificité est très large, mais essentiellement dans l'entourage de l'homme ; en dehors de celui-ci, rats, chiens, porcs..., sont également très parasités. La contamination se fait en re-enfilant des vêtements imbibés de sueur et mis à sécher au soleil, ou plus rarement, en s'étendant à l'ombre sur un sol préalablement souillé d'urine ou d'excreta.

Il n'y a pas de cycle migratoire dans l'organisme. La larve de stade I s'enfonce là où elle est déposée, donne une papule inflammatoire « furonculoïde » qui évolue très rapidement (10 à 15 jours environ), avec une sensation de corps étranger mobile. Un pertuis permet à la larve de respirer (**voir figure 1**).

Figure 1 : Myiases furonculoïdes à *Cordylobia anthropophaga*



(CDRom Anofel 3)

Le parasitisme, quelquefois intense, est sans gravité.

Figure 2 : Lésions furonculoïdes multiples à *Cordylobia anthropophaga*



(CDRom Anofel 3)

3) *Dermatobia hominis*

L'évolution de cette myiase d'Amérique du Sud ou « ver macaque » est très voisine de celle de *Cordylobia* mais beaucoup plus lente (de 1 à 6 mois) et moins synanthrope. Le parasitisme de l'homme est donc plus rare.

Un aspect très curieux de la biologie de cette espèce est à retenir. La femelle ne va pas déposer ses œufs sur l'hôte. Lorsqu'elle est prête à pondre, elle capture un arthropode parasite (moustiques, taons, ixodidés) de l'un des hôtes possibles et dépose sa ponte sur son abdomen, puis le relâche. Lorsque, voulant se nourrir, cet insecte ou cet acarien va sur un mammifère, les œufs éclosent immédiatement, libérant des larves qui parasiteront l'animal.

L'aspect très particulier de la larve au stade 2, en courge ou en poire, et le grand développement de ses épines cuticulaires, rendent difficile leur extraction par simple pression.

Figure 3 : Larve au stade 2 de *Dermatobia hominis*

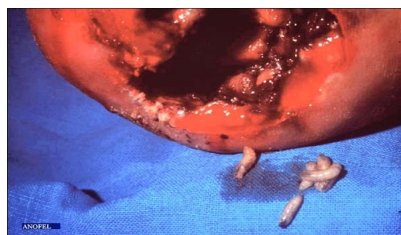


(CDRom Anofel 3)

4) *Cochliomyia hominivorax* et *Chrysomya* spp.

L'aspect clinique et épidémiologique de ces parasitoses est très comparable à celui de *Wohlfahrtia*. Notons sa gravité chez les bovins et son absence presque totale de spécificité. *C. hominivorax* sévit essentiellement sur le continent américain et *Chrysomya* en Afrique et en Asie tropicale. Chez l'homme le parasitisme par ses asticots est très grave (plusieurs cas mortels), mais relativement rare.

Figure 4 : Myiase des plaies : *Cochliomyia hominivorax* ayant entraîné une plaie anfractueuse



(CDRom Anofel 3)

1.2.3. Myiases accidentelles

De très nombreuses mouches, dont les larves vivent normalement dans des matières organiques, en voie de putréfaction ou non, peuvent se rencontrer chez l'homme.

Le plus souvent il s'agira de mouches à biologie « indécise » ou à vocation parasitaire encore mal définie : les asticots se rencontreront aussi bien sur des cadavres que sur des plaies d'animaux, ou d'hommes, blessés, comateux ou grabataires.

Nous citerons essentiellement les genres classiques en Europe :

Les asticots de *Lucilia spp.* (mouche verte de la viande), *Calliphora erythrocephala* (mouche bleu de la viande) et *Musca domestica* (mouche domestique) sont fréquents sur les substances alimentaires avariées (viande par exemple). Ils occasionnent surtout des myiases des plaies (plaies traumatiques : accident de la voie publique, blessures par armes à feu ou armes blanches, ... ou plaies ulcéreuses) au pronostic excellent, rappelons d'ailleurs l'emploi pendant la guerre de 1914-1918 d'une *Lucilia* (*L. sericata*) dont les asticots, élevés aseptiquement, étaient déposés sur les plaies des blessés, et supprimant sélectivement les chairs mortes, ils nettoyaient la blessure et accéléraient la guérison. Des asticots de *Musca* ont parfois été extraits de la cavité vaginale, chez des femmes à hygiène intime rudimentaire. De nombreuses espèces peuvent également se retrouver dans le conduit auditif externe, ces myiases vaginales et auriculaires se manifestent uniquement par un prurit local.

Figure 5 : Otomyiase



(CDRom Anofel 3)

Les larves d'*Eristalis* et de *Fannia* ont une morphologie typique et vivent dans les substances chargées en matière organique (tinettes, fosses à purin...). Ces larves ont été signalées, à plusieurs reprises, dans l'ampoule rectale de l'homme (myiases intestinales). La mouche vient pondre à l'orifice de l'anus. Les larves remontent alors dans le rectum voire le bas colon et glissent leur long siphon respiratoire d'où le nom de « vers à queue de rat » entre les plis radiés de l'anus pour respirer. Le malade consulte pour des douleurs vagues accompagnées d'épisodes diarrhéiques et de sensation de gêne anale.

1.3. Diagnostic

1.3.1. Diagnostic clinique

Le diagnostic de "myiase" au sens large est évident si un ou des asticots sont visibles au fond d'un pertuis, ou sont apportés par le patient. Dans ce dernier cas toutefois il faut pousser l'interrogatoire pour éviter de tomber dans le piège d'un syndrome d'Ekbom.

Dans le cas d'une myiase rectale, l'examen des selles par le patient peut livrer la clé des problèmes digestifs de celui-ci avec le rejet des "larves à queue de rat".

Figure 6 : Myiase rectale : *Eristalis tenax* au stade 3 ou « larve à queue de rat »



(CDRom Anofel 3)

Celles-ci pourront éventuellement être vues à la rectoscopie ou à la colonoscopie basse et extirpées par la même occasion.

En cas de suspicion d'hypodermose, des examens biologiques montreront une hyper éosinophilie sanguine et/ou rachidienne, et des réactions immunologiques positives avec les antigènes d'*H. bovis*, ce qui apporte la certitude diagnostique. En cas de positivité une surveillance régulière du fond d'œil doit être instituée.

1.3.2. Diagnostic entomologique

Il ne peut être réalisé que par un spécialiste. Il se fera principalement sur la structure des spiracles postérieurs ; ceux des larves de stades III étant les plus caractéristiques.

Figure 7 : Stigmates postérieurs de *Musca domestica*



(C. Guiguen - Parasitologie médicale – Rennes)

En cas de besoin on pourra avoir recours à la forme des sclérites buccaux.

1.4. Traitement

La présence d'asticots sur une plaie, dans une cavité naturelle (vagin, conduit auditif,...), sous la conjonctive de l'œil impose leur extraction à la pince ou à la curette mousse, accompagné parfois d'un parage chirurgical.

Figure 8 : Myiase furonculoïde : larve extraite de *Cordylobia anthropophaga* montrée sur une curette mousse



(R. Pradinaud)

Si le malade présente un ou plusieurs pseudo furoncles et revient d'Afrique depuis moins d'un mois ou d'Amérique depuis moins de 6-7 mois deux attitudes sont possibles :

1. l'active qui extrait chirurgicalement ou, par pression des doigts, l'asticot,

Figure 9 : Extraction manuelle d'une larve d'une lésion furonculoïde



(CDRom Anofel 3)

2. la passive, qui soit laisse le parasite s'expulser seul, soit recouvre le furoncle de plusieurs épaisseurs de tulle gras avec surveillance quotidienne ; la larve cherchant à respirer va se retrouver dans le tulle. Pour le principe, dans les 2 cas, appliquer un désinfectant et mettre un pansement léger pour éviter une surinfection et vérifier la vaccination antitétanique.

L'ivermectine (Stromectol®) à la dose de 200µg/kg, en prise unique a donné de bons résultats mais la conduite à tenir en cas d'hypodermose oculaire est évidemment l'exérèse chirurgicale.

Tableau récapitulatif des principales myiases humaines

Distribution géographique		Espèces	Type de myiases
Européennes		<i>Wohlfahrtia magnifica</i>	Des plaies
		<i>Hypoderma bovis</i>	Furonculoïde (rare), intra oculaire et viscérale (système nerveux central).
		<i>Oestrus ovis</i>	Conjonctivale et nasale
		<i>Gasterophilus</i> spp.	Sous-cutanée rampante
Tropicales	Afrique	<i>Oestrus</i> spp.	Nasal, sinusienne et conjonctivale
		<i>Rhinoestrus</i> spp.	
		<i>Auchmeromyia senegalensis</i>	Epicutanée
	Amérique	<i>Cordylobia anthropophaga</i>	Furonculoïde
		<i>Dermatobia hominis</i>	
		<i>Cochliomyia hominivorax</i>	Des plaies
Cosmopolites		<i>Eristalis tenax</i>	Rectale et intestinale
		<i>Fannia</i> spp.	
		<i>Lucilia</i> spp.	Des plaies et cavitaires (vaginale, auriculaire,...)
		<i>Calliphora</i> spp.	
		<i>Musca</i> spp.	

2. Tungoses

2.1. Définition

La tungose ou parasitose par une « puce chique » est une parasitose bénigne, généralement localisée au pied, occasionnée par l'enkystement dans l'épiderme d'une puce fécondée du genre *Tunga*. Les cas humains sont liés à deux espèces, la plus répandue étant *Tunga penetrans*.

2.2. Agents pathogènes

T. penetrans est connue du nord de l'Argentine et du Chili jusqu'au Mexique, à l'exception des zones d'altitude. Toute l'Afrique intertropicale est atteinte mais la prévalence est variable d'un pays à l'autre. Les cas européens sont tous importés. *T. trimamillata* n'est connue que du Nord-Ouest de l'Amérique du Sud.

Les espèces du genre *Tunga* sont, en partie, remarquable par leur taille réduite avant le repas sanguin (0,8 à 1 mm) mais se caractérisent par le fait que la femelle, et elle seule, devient parasite en s'enkystant entièrement dans la peau de son hôte. Le mal se gorge, mais ne s'enkyste pas.

***Tunga penetrans* femelle à jeun**



L'insecte est aplati latéro-latéralement et présente une membrane intersegmentaire permettant à la puce de s'hypertrophier (CDRom Anofel 3).

Elle est alors fécondée par un mâle « vagabond ». Ce dernier, bien qu'hématophage, a une vie brève. La capsule céphalique de la puce femelle, est ancrée fortement au fond du pertuis par ses pièces buccales. Les tissus épidermiques de l'hôte recouvrant l'abdomen vont servir la puce chique dans la peau ne laissant ouverts sur l'extérieur que les stigmates respiratoires, l'anus et l'orifice de ponte. Se nourrissant en permanence, la femelle devient, par distension extrême de son abdomen, une boule blanchâtre, de 5 à 7 mm de diamètre. La ponte commence au bout de 8 à 10 jours et va se prolonger toute la vie de la puce soit 3 à 4 semaines. Les œufs (200 à 250) évoluent en 3 à 4 jours s'ils sont émis dans un sol sableux ou à fine granulométrie en climat chaud et humide, libérant une larve détritiphage, céphalée et apode. Après 2 semaines et 2 mues la larve se nymphose en environ 8 jours. De la nymphe sortira l'adulte.

2.3. Diagnostic clinique

La puce gravide en se développant dans l'épiderme produit une réaction inflammatoire locale responsable d'un prurit, voire de douleurs. En 4-5 jours, la puce atteint 5 à 7 mm et prend l'aspect d'une boule de gui.

Le pied est la localisation préférentielle, en particulier les orteils avec une atteinte sous-unguéale classique et particulièrement sensible, mais sont également parasitées la voûte plantaire et les régions périlléolaires. Cette localisation basse est expliquée par la faiblesse du saut des *Tunga*.

Figure 10 : Tungose sous-unguéale, localisation classique



(CDRom Anofel 3)

Figure 11 : Tungose périlléolaire



(A. Cornillet – Parasitologie médicale – Rennes)

Le diagnostic, aisé si l'on y pense, repose sur la localisation et l'aspect de la lésion : petit nodule blanchâtre

centré par un point noir correspondant à l'extrémité postérieure du parasite.

Les motifs de consultation sont liés le plus souvent, soit à la constatation d'un nodule, d'un "cor", d'une "verru" ou d'un "corps étranger", soit à la perception d'une douleur à la pression ou à la marche.

Le diagnostic différentiel peut être discuté avec une myiase furonculoïde, due à *Cordylobia* ou *Dermatobia*, si la lésion est située aux pieds. Car au stade pseudo-furonculeux seront visibles les « points noirs » correspondants aux plaques stigmatiques des agents de myiases.

2.4. Traitement

Le traitement idéal est évidemment l'extirpation du parasite par énucléation.

Figure 12 : Tungose : énucléation à l'aide d'une curette après anesthésie locale



(A. Cornillet, *Parasitologie médicale – Rennes*)

Cette intervention, parfois douloureuse notamment lors de localisation sous-unguéale peut être précédée d'une anesthésie locale par Xylocaïne®. La petite plaie est désinfectée localement, la couverture antitétanique doit être contrôlée ou refaite. En cas de surinfection ou de lésions multiples en « nid d'abeille », il semble prudent de prescrire un traitement antibiotique par voie orale.

2.5. Prophylaxie

Elle consistera essentiellement à proscrire la marche pieds nus ou en chaussures ouvertes sur les sols sablonneux et à proximité des foyers classiques : élevages de porcs, de moutons, de chèvres, zones de repos ou d'ébats des chiens. Les répulsifs à base de DEET (Di-éthylmethyltoluidine) sont parfois utilisés.

Points essentiels

- Les myiases sont provoquées par des larves (asticots) de diptères cyclorraphes, vulgairement appelées mouches.
- Les espèces opportunistes provoquent les myiases cutanées dont les agents sont le plus souvent *Musca domestica* (mouche domestique), *Calliphora erythrocephala* et *Lucilia sp.* (respectivement mouche bleue et verte de la viande) et les myiases des plaies qui, en plus des espèces précédentes, sont dues à *Wohlfahrtia magnifica* et *Cochlyomyia hominivorax*.
- Les myiases accidentelles concernent les myiases des cavités naturelles : myiases rhino-oculaires et auriculaires (*Oestrus ovis*, *Rhinoestrus*), rectales (*Eristalis tenax*) et vaginales (*Musca*).
- Les myiases obligatoires sont responsables des myiases furonculoïdes (*Dermatobia hominis*, *Cordylobia anthropophaga*, *Hypoderma*), sous-cutanées rampantes (*Gasterophilus*) et viscérales (*Hypoderma*).
- Le diagnostic est fonction des divers tableaux cliniques.
- La thérapeutique repose essentiellement sur l'exérèse des asticots et parfois sur l'usage de l'ivermectine.
- La tungose, provoquée par les femelles de puces du genre *Tunga*, ou Puces chiques est une parasitose cutanée.
- Cette puce exclusivement tropicale a la particularité de s'enkyster dans le derme, provoquant ainsi une lésion typique facilement reconnaissable.
- Cette puce est endémique en Amérique du Sud, aux Caraïbes et en Afrique sub-saharienne. Les cas diagnostiqués en Europe sont importés de ces régions.
- Le traitement repose sur l'extraction de l'ectoparasite et, si besoin, de la mise à jour de la vaccination antitétanique.