

Auteurs: Dégboé B, Agbessi N, d'Almeida C, Habib A, Ngolo P, Attinsounon C A, Akpadjan F, Atadokpèdé F, Adégbidi H, Koudoukpo C, do Ango Padonou F.

Titre: *Larva migrans* cutanée ankylostomienne : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques en Dermatologie à Cotonou de 2013 à 2016 au Bénin.

Référence : Annales de l'Université de Parakou, Série « Sciences de la santé » 2017 ; volume 6(2) : 34-36

Type de revue : comité de lecture

ISSN de la revue : papier 1840-9482 ; ligne 1840-9474

Site web de la revue : **Annales de l'Université de Parakou**

<https://annales-up.org>

ISBN/ISSN : 678-99919-62-55-9

ANNALES DE L'UNIVERSITE DE PARAKOU



Parakou, Bénin

Série

"Sciences de la Santé "

VOL 6, N° 2, (2016)

LARVA MIGRANS CUTANÉE ANKYLOSTOMIENNE: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN DERMATOLOGIE À COTONOU AU BÉNIN.

HOOKWORM-RELATED CUTANEOUS LARVA MIGRANS: EPIDEMIOLOGICAL CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS IN DERMATOLOGY AT COTONOU IN BENIN

DÉGBOÉ B¹, AGBESSI N², D'ALMEIDA C¹, HABIB A¹, NGOLO P¹, ATTINSOUNON CA², AKPADJAN F¹, ATADOKPÈDÉ F¹, ADÉGBIDI H¹, KOUDOUKPO C², DO ANGO PADONOU F¹

¹Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

²Faculté de Médecine de Parakou

Correspondance : DEGBOE Bérénice. ; kebdogboe@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La *larva migrans* cutanée ankylostomienne (LMCA) est une parasitose cutanée due aux larves d'ankylostomes animales. **Matériel et méthodes :** Une étude descriptive rétrospective sur 4 ans a été menée pour décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la LMCA dans les services de dermatologie du Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) et de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Cotonou. Elle portait sur les dossiers des patients chez qui le diagnostic clinique de LMCA a été retenu. **Résultats :** Quarante-six nouveaux patients ont consulté pour une LMCA, soit environ 12 cas par an. L'âge moyen était de 18,9 ans. Les enfants (30 ; 65,2%) étaient plus atteints et surtout pendant la saison pluvieuse (34 ; 73,9%). Le sex-ratio était de 1,4. Les circonstances de survenue ont été identifiées chez 30 patients (65,2%). Les lésions étaient uniques chez 22 patients (47,8%) et multiples dans les autres cas (52,2%). La lésion typique a été retrouvée chez 35 patients (76,1%). Chez les 11 patients restants (23,9%), les lésions étaient atypiques. La topographie était unique (25 ; 54,3%) ou multiple (21 ; 45,6%). Les principaux sièges étaient la région périnéo-fessière (20 fois ; 43,5%), le pied (15 fois ; 32,6%) et le tronc (13 fois ; 28,2%). Les imidazolés antihelminthiques locaux ont été prescrits chez 42 patients, soit 91,3% des cas. **Conclusion :** La *Larva migrans* cutanée ankylostomienne était une pathologie rare en pratique dermatologique à Cotonou. Les formes atypiques méritent d'être mieux mentionnées dans la littérature.

Mots clés : *larva migrans* cutanée ankylostomienne, dermatose rampante, Cotonou, Bénin.

ABSTRACT

Background: Hookworm-related cutaneous *larva migrans* (HrCLM) is due to animal hookworm larvae. **Materials and methods:** We conducted a retrospective and descriptive study of 4 years to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of the HrCLM in the dermatology department of National and University Hospital and Army Instructions Hospital of Cotonou. It focused on the records of new patients with the clinical diagnosis of HrCLM was selected. **Results:** During the study period, 46 new patients consulted for HrCLM, corresponding to an incidence of about 12 cases per year. Children (30; 65.9%) were more affected and especially in the rainy season (34; 73.9%). The sex ratio was 1.4. In 65.2% of the cases (30 patients), the triggering circumstances were identified. Lesions were single (22; 47.8%) or multiple (24; 52.2%) with a typical serpiginous aspect in 76.1% (35 patients). In 23.9% of the cases (11 patients), appearances were atypical. The topography was single (25; 54.3%) or multiple: (21; 45.7%). The main anatomical regions affected were perineum and buttock (20 times; 43.5%), foot (15 times; 32.6%) and trunk (13 times; 28.2%). Treatment was based on topical anthelmintic imidazoles in 42 patients (91.3%). **Conclusion:** HrCLM was rare pathology in dermatological practice in Cotonou. Atypical clinical forms deserve better mention in the literature.

Keywords: Hookworm-related cutaneous *larva migrans*, creeping-diseases, Cotonou, Benin.

INTRODUCTION

La *larva migrans* cutanée ankylostomienne (LMCA) est due à la pénétration transcutanée accidentelle et à la survie en impasse parasitaire chez l'homme de larves d'ankylostomes parasitant normalement l'intestin de certains animaux (chien, chat). Elle se présente typiquement comme des cordons papuleux prurigineux, serpiginoux et migrateurs [1-4]. Elle représente la plus fréquente des dermatoses rampantes [1-5]. Elle constitue souvent dans les pays endémiques un problème de santé publique de par sa grande fréquence, l'atteinte prédominante des enfants et les comorbidités liées à l'infestation [1, 2, 6-8]. L'Afrique sub-saharienne, l'Amérique intertropicale, le sud-est asiatique et les Antilles sont les zones d'endémies classiques [1, 3, 4, 7-9]. Au Brésil, sa prévalence a été estimée entre 4% et 15% [2, 6]. Très peu d'études se sont consacrées aux caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la LMCA en Afrique noire [2]. Au Bénin, aucune étude n'a été faite à ce sujet. Il nous est donc apparu opportun de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la LMCA en dermatologie à Cotonou.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude s'est déroulée du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2016 dans les services de dermatologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM) et de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Cotonou. Elle était rétrospective et descriptive. Elle a porté sur les dossiers des nouveaux patients ayant consulté durant la période d'étude et chez qui le diagnostic de LMCA a été retenu sur la base d'arguments

exclusivement cliniques. Il s'agissait d'éléments anamnestiques (présence d'un animal chien ou chat, le contact avec un sol souillé) et de l'examen physique (présence d'une dermatose rampante typique ou non, prurigineuse). Les patients chez qui le diagnostic clinique prêtait à confusion avec la *larva currens*, la myase, le lichen *striatus*, la thrombose veineuse superficielle n'ont pas été inclus. Le protocole thérapeutique antiparasitaire appliqué dans les deux services est l'application locale de suspension d'imidazolés antihelminthiques (albendazole, mébendazole ou flubendazole) matin et soir pendant une semaine dans les formes cliniques à lésion unique. Dans les formes cliniques à lésions multiples (à partir de deux lésions), le traitement local est associé à la prise orale de 400mg/ jour d'albendazole en prise unique pendant 3 jours. Dans les formes profuses ou dans la folliculite ankylostomienne, l'albendazole per os est prescrite à la même posologie que précédemment mais pendant 7 jours. La guérison clinique est traduite par la disparition du prurit et des lésions cutanées en fin de traitement. L'échec est déclaré lorsque le prurit et/ou les lésions cutanées persistent ou s'aggravent en fin de traitement.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli. Les données collectées étaient sociodémographiques (âge, sexe) et cliniques (date de début des lésions, circonstances de survenue, notion de dermatose similaire dans la famille, aspects cliniques des lésions, leur nombre et leurs sièges, traitement réalisé, évolution). L'analyse statistique a été faite grâce aux méthodes usuelles en utilisant le logiciel *Epi Info* version 7. Pour les variables quantitatives ayant une distribution normale, nous

avons utilisé la moyenne. Les fréquences absolues et relatives ont servi à décrire les variables qualitatives.

Tableau I : Répartition en fonction de l'âge des 46 patients présentant des lésions de larva migrans cutanée ankylostomienne des services de dermatologie du CNHU-HKM et de l'HIA de Cotonou de 2013 à 2016.

Âge (ans)	Effectif	%
0 – 15	28	60,9
16 – 30	8	17,4
31-45	5	10,9
46 – 60	3	6,5
> 60	2	4,3
Total	46	100

Tableau II : Topographie des lésions de larva migrans cutanée ankylostomienne chez les 46 patients des services de dermatologie du CNHU-HKM et de l'HIA de Cotonou de 2013 à 2016

Topographie	Nombre	%
Périnée et fesse	20	43,5
Pied	15	32,6
Tronc	13	28,2
Main	08	17,4
Jambe	06	13
Cuisse	05	10,9
Avant-bras	03	6,5
Cou	03	6,5
Bras	02	4,3

Au cours de la période d'étude, 46 nouveaux patients ont été reçus dans les 2 services de dermatologie à Cotonou pour une LMCA,



Figure 1 : Larva migrans cutanée ankylostomienne de l'avant-bras dans sa forme typique



Figure 2 : Larva migrans cutanée ankylostomienne du dos à type de folliculite



Figure 3 : Larva migrans cutanée ankylostomienne du pied dans sa forme squamo-croûteuse soit environ 12 patients par an.

RESULTATS

La moyenne d'âge était de 18,9 ans. Le plus jeune avait trois mois et le plus âgé 69 ans. La répartition des patients en fonction de l'âge est illustrée dans le **tableau I**. Les enfants étaient les plus touchés plus particulièrement en âge pré-scolaire (0-5 ans) soit 18 cas (39,1%). Le *sex-ratio* était de 1,4. Les lésions étaient apparues en saison pluvieuse 34 patients (73,9%) et en saison sèche chez 12 patients (26,1%). La circonstance de survenue a été identifiée chez 30 patients (65,2%). Il s'agissait de jeux et sport en plein air sur du sable mouillé (16 ; 34,8%) ou du contact avec les animaux domestiques notamment le chien et/ou le chat (14 ; 30,4%). Aucune circonstance de survenue n'a pu être identifiée chez les 16 patients restants (34,8%).

Dans 13% des cas (6 patients), au moins deux membres de la famille étaient atteints. Dans les autres cas la notion de dermatose similaire dans l'entourage n'a pas été précisée.

Les lésions étaient prurigineuses dans tous les cas. Elles étaient uniques chez 22 patients, soit 47,8% et multiples chez les 24 autres, soit 52,2%. L'aspect typique de cordon érythémato-papuleux et serpigineux a été retrouvé chez 35 patients (76,1%). Les formes atypiques regroupaient la folliculite ankylostomienne (3 cas ; 6,5%), la forme squamo-croûteuse (3 cas ; 6,5%), la LMCA impétiginisée et la forme vésiculo-bulleuse dans les mêmes proportions, soit 4,3% (2 patients) et la LMCA lichénifiée (1 cas ; 2,2%). La topographie était unique chez 25 patients (54,3%) et multiple chez les 21 restants (45,6%). Le **tableau II** montre la répartition topographique des lésions.

Le traitement était uniquement local chez 22 patients (47,8%). Le traitement local a été associé aux antihelminthiques per os pendant trois jours chez 20 patients (43,5%). L'albendazole par voie générale pendant une semaine a été prescrite dans une forme profuse et dans trois formes à type de folliculite (8,7%).

Dix patients (21,7%) ont été revus avec une guérison totale. Les 36 patients restants (78,3%) ont été perdus de vue. Aucun effet secondaire n'a été signalé.

DISCUSSION

Les critères utilisés dans notre étude permettaient de valider avec un faible risque d'erreur le diagnostic de LMCA. Malgré les limites de notre étude liées surtout à son caractère rétrospectif, elle nous a permis de documenter le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la LMCA en Dermatologie à Cotonou.

L'incidence de la LMCA en dermatologie était d'environ 12 cas par an. Le Bénin est un pays à climat tropical (chaud et humide), favorisant le développement et la prolifération des nématodes. Cette faible incidence observée pourrait être expliquée d'une part par l'accessibilité limitée de la population aux soins spécialisés et/ou la prise en charge des cas dans les centres de santé périphériques. D'autre part, le contexte béninois avec le recours à l'automédication et/ou à la médecine traditionnelle africaine pourrait avoir un impact sur le faible recours aux soins pour cette dermatose bénigne.

Les facteurs de risque rapportés en zone d'endémie tels que le jeune âge, les jeux et sports en plein air au contact du sol mouillé, la présence d'animaux domestiques (chien et chat), la saison pluvieuse étaient également retrouvés dans notre étude [1-3, 6-10]. Le mode de transmission le plus fréquemment rapporté est le contact direct avec un sol souillé par les déjections d'animaux tels que les chiens et les chats. Ceci explique l'atteinte prédominante des enfants, particulièrement en âge pré-scolaire (0-5 ans), qui sont souvent exposés au cours des jeux et activités dans ces régions [1, 3, 6-10]. Dans 38,2% la circonstance de survenue n'a pas été identifiée. D'autres modes de contamination indirecte ont

été suggérés tels que le linge ou les objets souillés au contact du sol [2]. Les animaux domestiques non traités, surtout le chien et le chat sont les principaux vecteurs de transmission de l'infection. La pluie favorise le développement et la prolifération des larves contrairement à la saison sèche qui entraîne leur dessiccation [1-3, 6-10].

La forme typique réalisant un cordon érythémato-papuleux serpigneux (figure 1) a été observée chez la majorité des patients, soit 76,1% des cas. Les formes atypiques seraient de plus en plus rapportées [11]. Les différentes formes atypiques représentaient 23,9% de la série, soit environ un patient sur quatre. Elles peuvent être confondues avec d'autres dermatoses, entraînant ainsi un retard au diagnostic. Ainsi, la folliculite ankylostomienne (figure 2) peut être confondue facilement à une folliculite bactérienne, une scabiose ou encore une myase furonculoïde [4, 10, 12]. La forme évolutive squamo-crôteuse (figure 3) peut être prise à tort pour une dermatophytie ou un eczéma. Cependant, le prurit quasi constant, l'association de cordons serpigneux et les autres éléments anamnestiques contribuent à éviter les erreurs diagnostiques [1, 2, 4, 5, 8, 12].

Les lésions multiples avec atteinte multifocale étaient fréquentes dans notre étude. Les espèces identifiées dans les régions tropicales seraient plus agressives justifiant la multiplicité des lésions. Il s'agit de *Ancylostoma braziliense* et *Ancylostoma caninum* [2, 4]. La distribution topographique serait fonction de l'âge et de la zone (endémique ou non) [2]. La position fréquente assise, la marche pieds nus et parfois la position couchée au contact du sol souillé, expliquent l'atteinte prédominante des fesses, des pieds, du tronc et des autres parties du membre pelvien dans notre série.

L'ivermectine en dose unique de 200µg/kg est le traitement de référence du fait de sa simplicité, de son efficacité et de sa tolérance [1, 2, 4, 7, 8, 13]. Au Bénin, comme dans les pays où cette molécule n'est pas disponible en officine, l'albendazole à la dose de 400mg/jour pendant 3-7 jours constitue une bonne alternative [2, 3, 8, 13]. Le traitement local à base d'imidazolés antihelminthiques utilisés par certains auteurs [2, 14], a permis d'obtenir une guérison totale chez nos dix patients revus. Cependant le nombre élevé de perdus de vue (78,3%) ne nous a pas permis de confirmer son efficacité et sa tolérance.

CONCLUSION

La *Larva migrans* cutanée ankylostomienne était une parasitose rare en pratique dermatologique à Cotonou. Les circonstances de survenue retrouvées étaient démographiques, climatiques et environnementales. Les lésions érythémato-papuleuses serpigneuses typiques, multiples avec atteinte multifocale étaient fréquentes. Les formes de présentations atypiques méritent d'être mieux mentionnées dans la littérature, car elles pourraient être source de difficultés diagnostiques. Le nombre élevé de perdus de

vue dans notre étude ne nous a pas permis de confirmer l'efficacité et la bonne tolérance des imidazolés antihelminthiques locaux.

REFERENCES

1. Verneuil L, Caumes E. Dermatoses rampantes. Ann Dermatol Venereol 2002,129: 1191-6.
2. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. Lancet Infect Dis 2008, 8: 302-9.
3. B. Saka, K. Kombaté, A. Mouhari-Touré, A. Balaka, Y. M. Agbo, M. Tatoa et al. Larva migrans cutanée ankylostomienne en Dermatologie à Lomé, Togo, de 2006 à 2011. Ann Der Venereol 2012, 139 : 564-67.
4. N. Ropars, L. Tisseau, L. Darrieux, G. Safa. Larva migrans cutanée ankylostomienne acquise en Bretagne : une zone d'endémie méconnue ? Ann Der Venereol 2015, 142 : 285-86.
5. C. Vanhaecke, A. Perignon, G. Monsel, S. Regnier, L. Paris, E. Caumes. Aetiology of creeping eruption: 78 cases. Br J Dermatol 2014, 170: 1166 - 69.
6. Lesshaft H, Schuster A, Reichert F, Talhari S, Ignatius R, Feldmeier H. Knowledge, attitudes, perceptions, and practices regarding cutaneous larva migrans in deprived communities in Manaus, Brazil. Infect Dev Ctries 2012, 6(5): 422-29.
7. Heukelbach J, Jackson A, Ariza L, Feldmeier H. Prevalence and risk factors of hookworm-related cutaneous larva migrans in a rural community in Brazil. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 2008, 102(1): 53-61.
8. Feldmeier H, Schuster A. Mini review: Hookworm-related cutaneous larva migrans. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012, 31: 915-18
9. Borda L. J, Kallis P. J, Griffith R. D, Giubellino A, Cho-Vega J. H. Hookworm-related Cutaneous Larva Migrans with Exceptional Multiple Cutaneous Entries. J Clin Investigat Dermatol 2017, 5(1): 4.
10. Yap F.B. Cutaneous larva migrans in hospital Kuala Lumpur. Rate of correct diagnosis made by referring primary care Doctors. Trans R Soc Med Trop Hyg 2011, 105: 405-8.
11. Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Gianotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: a new clinical presentation of this infestation. Journal of European Academy of Dermatology and Venereology 2005, 19: 628-30.
12. E. Caumes, F. Ly, F. Bricaire. Cutaneous larva migrans with folliculitis: case report of seven cases and review of literature. Br J Dermatol 2002, 146: 314-16.
13. C. Vanhaecke, E. Caumes. Traitement de la larva migrans ankylostomienne : albendazole ou ivermectine ? Ann Der Venereol 2012, 139: 518-20.
14. Caumes E. Efficacy of albendazole ointment on cutaneous larva migrans in 2 young children. Clin Infect Dis 2004, 38: 1647-48.