



CDC/ Dr. Mae Melvin, 1973

Dermatose chez le jeune enfant

Un ver exotique dans la région fessière

Dr méd. Samuel Martin Eckstein^{a,b}, Dr méd. Ioannis Pegiazoglou^a, Dr méd. Regula Neidhardt^a, Dr méd. Christa Relly^c, Dr méd. Agnes Schwieger-Briel^d

^a Kinderarztpraxis Flor, Uster; ^b Studio medico, Grono; ^c Abteilung für Infektiologie, Kinderspital Zürich, Zürich; ^d Zentrum Kinderhaut, Dermatologie, Kinderspital Zürich, Zürich

Contexte

Le syndrome de larva migrans cutanée est provoqué par la pénétration puis la migration épidermique de larves d'ankylostomes. Les déclencheurs typiques de cette dermatose sont les larves d'*Ancylostoma braziliense*, mais aussi d'autres larves d'ankylostomes excrétées par des félinés et des canidés infectés, dans des régions généralement tropicales et subtropicales. Bien que l'être humain soit un hôte accidentel, il se produit une infection transitoire accompagnée d'altérations cutanées typiques, avec des sillons linéaires ou serpiginieux souvent prurigineux qui s'allongent de jour en jour [1–3].

Présentation du cas

Anamnèse

Un garçon âgé de tout juste 24 mois a été amené par sa mère à notre consultation pédiatrique en raison d'un prurit fessier prurigineux unilatéral présent depuis une semaine. Une première tentative de traitement avec une pommade à base de zinc était restée vaine.

L'anamnèse personnelle et l'anamnèse de l'entourage ont révélé un antécédent de larva migrans au pied, diagnostiqué peu après son arrivée du Brésil six mois auparavant. Après deux prises d'ivermectine par voie orale, l'infection était complètement guérie. Aucun voyage en dehors de la Suisse n'avait été effectué depuis lors. Il n'y avait pas de contact avec des animaux domestiques. L'anamnèse était au demeurant sans particularité.

Examen clinique

L'examen a révélé un prurit localisé dans la zone du siège, principalement du côté droit, avec des papules solitaires disposées de façon vaguement linéaire et des érosions suintantes (fig. 1A). Les parties génitales et le reste du tégument étaient sans particularité.



Figure 1: Examen clinique. Sillon initialement discret (A), puis devenant plus net et plus long (B) dans la région de la fesse droite. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Diagnostic provisoire

Lors de la présentation initiale, nous avons supposé cliniquement qu'il s'agissait d'un érythème fessier toxique irritatif avec une éventuelle infection à *Candida*, et un traitement par antifongiques topiques a été mis en place.

Évolution

Par la suite, une nouvelle consultation a eu lieu en raison de la persistance des symptômes. Lors de cette deuxième visite, un sillon serpigneux évident (fig. 1B), signe classique de larva migrans, a été observé.

Diagnostic et traitement

Une nouvelle infestation de type larva migrans, cette fois dans la région fessière, a donc été diagnostiquée. Dans le cadre du diagnostic différentiel, compte tenu de l'atteinte péri-anale, une infection par le nématode *Strongyloides stercoralis*, également présent en premier lieu dans les régions tropicales, avec infiltration secondaire de la peau au sens d'une larva currens, entrant également en ligne de compte. Les troubles gastro-intestinaux typiquement associés, ainsi que la migration la plus souvent rapide, en l'espace de quelques heures seulement, de cette larve faisaient défaut. En outre, il n'y a pas eu de mise en évidence directe dans l'analyse des selles.

Un traitement oral – off-label en raison de l'âge – par ivermectine 0,2 mg/kg de poids corporel (arrondi à 3 mg pour un poids corporel de 13,5 kg), répété après sept jours, a été administré et très bien toléré. L'ivermectine n'étant pas encore un médicament autorisé en Suisse au moment de la présentation du patient, elle a dû être importée de l'étranger. Depuis mai 2023, l'ivermectine est également autorisée en Suisse sous le nom de Subvectin®. Lors du contrôle final, deux semaines après la deuxième dose (fig. 2), l'affection cutanée avait complètement disparu. L'origine de la larva migrans n'a pas pu être établie avec certitude.



Figure 2: Contrôle clinique final deux semaines après la deuxième dose d'ivermectine. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Discussion

La larva migrans cutanée est une maladie infectieuse dermatologique fréquente dans les régions tropicales et subtropicales, comme l'Amérique du Sud, l'Afrique, l'Asie et les Caraïbes, et parfois aussi dans le bassin méditerranéen. Les lieux typiques d'infection sont les endroits chauds et sablonneux, contaminés par les excréments de félinés et de canidés errants. En Suisse, ce sont normalement des personnes revenant de voyages dans des régions tropicales qui sont touchées, mais ces dernières années, de plus en plus de cas d'ankylostomes autochtones ont été signalés en Europe centrale et même en Europe du Nord [4–6].

Chez l'être humain, la larve de l'ankylostome *Ancylostoma braziliense* (rarement aussi d'autres espèces d'ankylostomes) pénètre dans la peau après contact avec du sable contaminé. Elle y poursuit sa migration dans l'épiderme, sans toutefois traverser la membrane basale. Au cours de sa migration, elle laisse derrière elle des sillons sinueux, rougeâtres et prurigineux caractéristiques, qui sont l'expression d'une réaction immunitaire locale, principalement éosinophile. Comme l'être humain est un hôte accidentel pour ce parasite, la larve meurt généralement en l'espace de quelques semaines à quelques mois, même en l'absence de traitement [1–3].

Dans le cadre du diagnostic différentiel, il faut penser à une larva currens qui, par le biais d'une infection intestinale par *Strongyloides stercoralis* et d'une infiltration secondaire des larves dans la peau, peut provoquer des manifestations cutanées similaires dans la région péri-anale. Cette larve provoque toutefois des sillons serpigneux qui se modifient beaucoup plus rapidement, souvent en l'espace de quelques heures, et il existe typiquement une hyperéosinophilie sanguine. Une infection par une larve du taon des chevaux *Tabanus sudeticus*, répandu en Eu-

rope, est également à envisager, bien que cette dernière soit très rare dans les zones urbaines.

D'autres causes infectieuses, telles que la loase, la myiase, la schistosomiase ou la gale, peuvent également provoquer des manifestations similaires, mais elles n'entraînent généralement pas cet érythème sinueux migrant typique. Enfin, des formes viscérales de larva migrans, telles que la toxocarose ou la gnathostomose, sont également possibles et doivent être distinguées de la larva migrans cutanée décrite ici [2, 3].

En raison des symptômes prurigineux gênants et du risque d'infection secondaire due au grattage, un traitement de la larva migrans est en principe recommandé. Le traitement de choix chez les enfants de plus de 15 kg et les adultes consiste en l'administration orale d'ivermectine 0,2 mg/kg de poids corporel, soit en une seule fois, soit, en cas de réponse insuffisante ou d'infestation étendue, avec une répétition après 7–10 jours [1].

Il n'existe que peu de données sur l'utilisation de l'ivermectine chez les jeunes enfants de moins de 15 kg. Cependant, comme l'a montré une récente revue systématique de Jit-tamala et al. [7], et compte tenu des bonnes expériences faites dans le traitement de la gale, le traitement oral par ivermectine peut également être considéré comme sûr chez les nourrissons et être utilisé en cas de larva migrans [8].

Si l'ivermectine n'est pas disponible, un traitement oral par albendazole (15 mg/kg de poids corporel, maximum 800 mg/j pendant 5 jours) ou, le cas échéant, un traitement topique par albendazole ou ivermectine peuvent être utilisés comme alternative [1].

Chez notre patient, nous avons opté pour un nouveau traitement par ivermectine en deux fois, à une semaine d'intervalle, en raison des lésions prononcées, gênantes et qui duraient déjà depuis un certain temps. Le traitement a été un succès et la guérison a été rapide, sans effets indésirables ni complications.

L'origine de la larva migrans chez cet enfant n'a pas pu être déterminée avec certitude. Théoriquement, une manifestation cutanée tardive d'une deuxième larve, environ six mois après l'arrivée du Brésil, serait envisageable, bien que le double traitement par ivermectine déjà effectué lors de l'infection au pied rende cette hypothèse plutôt improbable. Même si cela reste rare, plusieurs cas autochtones de larva migrans mais aussi d'infection par d'autres ankylostomes apparentés ont été publiés dans la littérature ces dernières années en Europe du Nord et en

Europe centrale [4–6], ce qui en fait également un scénario envisageable.

L'essentiel pour la pratique

- Une larva migrans cutanée peut être diagnostiquée cliniquement sur la base des manifestations cutanées pathogénomiques, avec un exanthème typiquement serpiginieux.
- En Suisse, il est néanmoins fréquent que le diagnostic soit posé tardivement en raison d'un œil médical insuffisamment formé.
- En principe, ce sont les personnes de retour de régions tropicales qui sont touchées, mais une infection autochtone en Europe n'est pas exclue.
- Le traitement de choix chez les enfants >15 kg et les adultes est l'ivermectine par voie orale à raison de 0,2 mg/kg de poids corporel en dose unique avec, le cas échéant, une deuxième dose 7–10 jours plus tard. Ce traitement peut cependant aussi être considéré comme sûr chez les nourrissons/juniors enfants à partir d'un poids de 5 kg [7, 8].

Correspondance

Dr m+d. Samuel M. Eckstein
Studio medico
Piazza Stazione 7
CH-6537 Grono
[samuel.eckstein\[at\]bluewin.ch](mailto:samuel.eckstein[at]bluewin.ch)

Informed Consent

Un consentement «clair» «crit est disponible pour la publication.

Disclosure Statement

Les auteures et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

1. Sunderkötter C, von Stebut E, Schöfer H, Mempel M, Reinelt D, Wolf G, et al. S1 guideline diagnosis and therapy of cutaneous larva migrans (creeping disease). *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014;12(1):86–91
2. Purdy KS, Langley RG, Webb AN, Walsh N, Haldane D. Cutaneous larva migrans. *Lancet.* 2011;377(9781):1948.
3. Maxfield L, Crane JS. Cutaneous larva migrans. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.* 2023 (consulté le 10.09.2023). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939528/>
4. Del Giudice P, Hakimi S, Vandenbos F, Magana C, Hubiche T. Autochthonous cutaneous larva migrans in France and Europe. *Acta Derm Venereol.* 2019;99(9):805–8.
5. Blaizot R, Goiset A, Caumes E, Gabriel F, Milpied B. Cutaneous larva migrans: a case in Bordeaux, France and a systematic review of locally acquired cases in Europe. *Eur J Dermatol.* 2017;27(4):426–9.
6. Kienast A, Bialek R, Hoeger PH. Cutaneous larva migrans in northern Germany. *Eur J Pediatr.* 2007;166(11):1183–5.
7. Jittamala P, Monteiro W, Smit MR, Pedrique B, Specht S, Chaccour CJ, et al. A systematic review and an individual patient data meta-analysis of ivermectin use in children weighing less than fifteen kilograms: is it time to

reconsider the current contraindication? *PLoS Negl Trop Dis.* 2021;15(3):e0009144.

8. Levy M, Martin L, Bursztejn AC, Chiaverini C, Miquel J, Mahé E, et al. Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study. *Br J Dermatol.* 2020;182(4):1003–6.



Dr méd. Samuel M. Eckstein
Kinderarztpraxis Flor, Uster;
Studio medico, Grono