

CELLULITE ORBITAIRE LIEE AU VER DE CAYOR : A PROPOS DE DEUX CAS

ORBITAL CELLULITIS RELATED TO THE CAYOR WORM: A REPORT ABOUT TWO CASES

MOUINGA ABAYI D-A, MVE MENGOME E

Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville

*Correspondant: Dr MOUINGA ABAYI

Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville / GABON

BP 20404 / Email : mouingaabayi@yahoo.fr

RÉSUMÉ

La cellulite orbitaire représente une cause fréquente d'inflammation orbitaire. Les étiologies sont nombreuses et restent dominées par les infections, plus fréquemment d'origine sinusienne. A travers deux observations, les auteurs présentent une étiologie

rare des cellulites orbitaires, le ver de cayor. Celui-ci entraîne un volumineux œdème palpébral avec un point d'entrée cutané. L'extraction de ce vers entraîne la régression de l'œdème palpébral.

Mots-clés : CELLULITE ORBITAIRE, VER DE CAYOR

SUMMARY

Orbital cellulitis is a common cause of orbital inflammation. The etiologies are numerous and remain dominated by infections, more commonly of sinus origin.

Through two observations, the authors present a rare etiology of orbital cellulitis, the cayor worm. This

causes a voluminous eyelid edema with a skin entry point. The removal of this worm leads to regression of the eyelid edema.

KEYWORDS: ORBITAL CELLULITIS, THE CAYOR WORM.

INTRODUCTION

Les cellulites orbitaires sont des inflammations du tissu cellulo-graisseux de l'orbite¹. Chez l'enfant, elle serait responsable de 0,9 pour 1000 admissions en pédiatrie par an selon une série canadienne². Sur ce terrain, elle est le

plus souvent secondaire à un foyer infectieux tel qu'une sinusite³, plus particulièrement une ethmoïdite dans la majorité des cas^{1,4}.

Les auteurs rapportent deux cas de cellulite orbitaire chez l'enfant liée au ver de cayor.

OBSERVATION 1

Il s'agissait d'un jeune garçon de 6 ans, adressé par son ophtalmologiste de ville, pour prise en charge d'une cellulite orbitaire. A son arrivée, l'interrogatoire des parents rapportait que le début remontait à 24h par l'installation brutale d'un prurit avec rougeur de l'œil gauche. Ces signes étaient suivis 24h plus tard par l'apparition d'un volumineux œdème des paupières gauches entraînant occlusion spontanée de l'œil. Les parents soulignaient le fait que l'enfant jouait très souvent dans le sable. L'examen ophtalmologique réalisé montrait à l'inspection un volumineux œdème des paupières gauches, une occlusion spontanée de l'œil gauche, un comblement du sillon palpébro-génien gauche, une extension de l'œdème à la glabelle avec tendance à l'infiltration du canthus interne controlatéral. On notait par ailleurs une lésion cutanée arrondie,

fistulisée inflammatoire, douloureuse, située dans le canthus interne gauche, au dessus de la commissure palpébrale interne, suintant un liquide séreux et laissant soudre des sécrétions purulentes à la pression douce. L'examen de la motilité oculaire ne montrait pas de limitation du regard. La mesure de l'acuité visuelle montrait à l'œil droit 10/10, P2 sans correction, et 5/10 à l'œil gauche après ouverture bidigitale forcée. L'examen à la lampe à fente était normal à l'œil droit, mais quelques sécrétions purulentes à l'œil gauche. Le fond d'œil était normal aux deux yeux. L'examen du cuir chevelu montrait une lésion papulo-pustuleuse située en fronto-pariétal droit. Le patient a été hospitalisé et mis sous traitement antibiotiques local et général et antalgique, avec des soins cutanés. Une TDM orbitaire réalisée objectivait une cellulite orbitaire pré-septale,

avec début de collection sous-périostée. Deux heures après la TDM, le patient présentait un prurit intense du canthus interne gauche et du cuir chevelu responsable de cris et pleurs. La pression douce exercée sur les lésions du canthus interne ainsi que celle du cuir chevelu laissait s'extraire un vers de Cayor, atténuant par la même occasion douleurs, cris et pleurs. L'évolution au 2^e jour d'hospitalisation était marquée par une atténuation très marquée du prurit ainsi que de la douleur, une régression minimale de l'œdème. Au 3^e jour d'hospitalisation, on notait un début de cicatrisation de la lésion du canthus interne, une régression majeure de l'œdème palpébral, une ouverture spontanée mais minimale des paupières. La guérison quasi-complète était notée au 5^e jour d'hospitalisation.

OBSERVATION 2

Il s'agissait d'un bébé de 17 mois qui s'était présenté aux urgences pour un œdème palpébral droit évoluant depuis 2 jours. L'in-

DISCUSSION

Le ver de Cayor ou larve de *Cordylobia anthropophaga* est un diptère dont l'habitat naturel est l'Afrique, spécialement la région sous-saharienne et l'Afrique centrale⁵. Elle appartient à la famille des Calliphoridae, genre *Cordylobia*. Les femelles adultes déposent les œufs (100-500) sur les plages fréquentées par des animaux ou sur les linges humides⁶. Les œufs éclosent en 2 - 4j et les larves restent vivantes hors de l'hôte (animal ou homme) jusqu'à 15j. En contact avec la peau, les larves pénètrent jusqu'au derme laissant en surface l'extrémité caudale pour pouvoir respirer. Après une à deux semaines, le développement est complet et la larve quitte son hôte et tombe au sol, se transformant en puppe, puis en mouche adulte^{7,8}. Les lésions causées par *Cordylobia anthropophaga* surviennent 2 semaines après l'inoculation et sont souvent multiples. La variabilité inclut des formes cliniques

terrogatoire rapportait que le début remontait à 4 jours par l'apparition d'une pustule au niveau du sillon palpébro-génien droit. Une consultation en pharmacie se soldait par la prescription d'une pommade à base d'acide fucidique et de sirop anti-inflammatoire. Aucune amélioration n'était notée, et l'évolution se faisait vers une aggravation de la symptomatologie, avec occlusion quasi-complète de l'œil droit. La maman rapportait la notion d'une pustule à la région arrière du bras, et dont la pression permettait d'extraire un « petit asticot ». Pour la lésion du visage, la maman avait peur et préférait venir à l'hôpital. La patiente était hospitalisée et un traitement antibiotique, antalgique était démarré. A J1, nous réalisons une pression sur la pustule au niveau du sillon palpébro-génien. Celle-ci laissait s'extraire un ver de cayor. L'évolution, sous traitement, était marquée par une amélioration progressive et une nette régression des symptômes.

incluses, des formes vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, érosives-ulcéraires, purpuriques, crouteuses⁵. Son implication dans la survenue de la cellulite orbitaire est rare, et nous n'avons trouvé aucun cas décrit dans la littérature. Sa prise en charge passe le plus souvent par une extraction manuelle de la larve qui entraîne une régression rapide de la cellulite. Christophe Vanhecke et al⁹ rapportent un cas d'œdème du visage provoqué par une myiase furonculoïde multifocale à *Cordylobia rodhaini* à Yaoundé au Cameroun et qui a régressé avec disparition des douleurs après extraction manuelle de la larve.

Dans nos deux observations, la transmission de la larve a certainement eu lieu au moment où les mamans de nos sujets les ont essuyés après le bain, avec des serviettes contenant des larves. Le passage de la serviette sur le visage aura suffi pour y déposer la larve.

CONCLUSION

Les auteurs viennent de présenter deux cas de cellulite orbitaire provoquée par un ver de cayor. C'est une étiologie inhabituelle de cellulite orbitaire que l'on recherchera devant un prurit et une lésion palpébrale fistulisée.

L'évolution est spectaculairement favorable dès l'extraction manuelle de la larve. Pour prévenir l'inoculation des larves de mouche on recommande un lavage attentif du linge suivi d'un repassage pour détruire les œufs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Konan AJ, Berete CR, Aba Kaka Koura, Ouffoue GY K, Kouassi L J, Salami A, et al;
Aspects épidémio-cliniques et évolutifs des cellulites orbitaires au service d'Ophtalmologie du CHU de Treichville; Revue SOAO - N°02 - 2018, pp. 20-26
2. Fanella S, Singer A, Embree J. Presentation and management of pediatric orbital. cellulitis. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2011; 22: 97 – 100
3. Wane AM, Ba EA, Ndoye-Roth PA, Kameni A, Demedeiros ME, Dieng M, et al. Une expérience sénégalaise des cellulites orbitaires. *J Fr Ophthalmol* 2005; 28: 1089 – 94
4. Nageswaran S, Woods CR, Benjamin Jr DK, Givner LB, Shetty AK. Orbital cellulitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25: 695 – 9
5. Versaldi S, Gorani A, Schianchi R. Non-inflammatory cutaneous myiasis caused by the larva of *Cordylobia anthropophaga*. *Eur J Dermatol* 1998; 8: 133 – 4
6. Martin L, Bermudez P, Sanz A, Martin S. Lesiones forunculoides en espalda y pierna. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 509 – 10
7. Mathieu ME, Wilson BB. Myiasis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (editors). *Principles and practice of infectious diseases*. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000, p. 2976 – 9
8. Jeremias X. Miasis cutâneas. *Piel* 2002; 17: 300 – 9
9. Christophe Vanhecke, René Ndi Kweti Ngui-mfack, Julien Lemarchand, Vetea Reichart, Philippe Le Gall; Œdème du visage provoqué par une myiase furonculoïde multifocale à *Cordylobia rodhaini* à Yaoundé – Cameroun; *La presse médicale* 2015; 44: 1-3