



J.J. MORAND

Service de Dermatologie,
Hôpital Militaire Alphonse Laveran, MARSEILLE.

A partir d'observations cliniques de maladie à tropisme cutanéomuqueux contractée lors d'un séjour sous les tropiques, nous dressons un panorama des principaux syndromes motivant une consultation ou une hospitalisation au retour du voyageur, révélateurs de pathologies exotiques : prurit-prurigo, dermatose rampante, œdème migrateur, dissémination nodulaire lymphangitique, ulcération cutanée ou muqueuse, dermohypodermite, exanthème fébrile...

Les mesures de prévention sur place et l'importance d'une information du malade avant le départ sur les risques sanitaires du pays visité sont rappelées.

Dermatologie au retour d'un séjour sous les tropiques

Au retour d'un séjour en zone tropicale, il n'est pas rare de développer une dermatose et bien qu'elle soit le plus souvent sans rapport direct avec l'aspect exotique du voyage, elle n'en demeure pas moins inquiétante car les manifestations cutanées et muqueuses constituent le principal mode de révélation d'une parasitose ou d'une maladie exclusivement tropicale. Ainsi, l'exanthème fébrile est particulièrement angoissant car le risque est d'ignorer une arbovirose ou une fièvre hémorragique à potentialité épidémique et forte létalité.

Toute la difficulté est aussi de reconnaître une infection exotique devant un symptôme aussi banal que le prurit, aussi polyfactoriel qu'un œdème local-régional, parfois aussi différée qu'une lymphangite nodulaire. Des syndromes sont parfois plus évocateurs, telles les dermatoses rampantes ou les ulcérations génitales. Il importe à chaque fois de bien connaître les diverses étiologies (y compris évidemment cosmopolites) de ces cadres syndromiques, de hiérarchiser les explorations en fonction évidemment de l'épidémiologie locale.

A partir de quelques observations, un panorama des principales maladies exotiques contractées par le voyageur sous les tropiques sera dressé et une démarche diagnostique probabiliste sera ébauchée.

■ OBSERVATIONS



Cas 1. Un homme, marié, père de deux enfants, cadre commercial effectuant de nombreux séjours professionnels en Afrique, consulte pour un prurigo diffus. Il signale avoir profité de son voyage en effectuant un court safari dans des conditions d'hôtellerie plutôt précaires. Il semble assez inquiet. A l'examen, on note des lésions polymorphes papuleuses, parfois prévésiculeuses du tronc (*fig. 1*). Quelles sont les affections à envisager ? Que manque-t-il à l'examen clinique ? Quels autres éléments fallait-il faire préciser à l'anamnèse ? Faut-il demander des examens biologiques ?

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.



Cas 2. Une femme de 42 ans consulte à son retour de voyage pour une éruption polymorphe, érythémateuse, maculopapuleuse, prédominant au tronc (*fig. 2*), survenue quelques heures après une baignade dans la mer des Caraïbes. Le prurit intense initialement tend à s'apaiser depuis l'application d'émollients et de dermocorticoïdes. Son mari qui s'était baigné également dans cette eau chaude, quasi lactescente, présente une éruption similaire sur les organes génitaux et les fesses. Quelle est la cause de cette dermatite ? Quelle en est la prophylaxie ?

Cas 3. Un homme de 30 ans consulte pour une éruption très prurigineuse des fesses, des lombes, fugace mais récidivante depuis deux semaines (*fig. 3*). Il a vu à plusieurs reprises son médecin traitant qui, faute de visualiser les lésions, lui a prescrit initialement un antihistaminique puis une corticothérapie générale car la symptomatologie



était insomnante. A l'anamnèse, on apprend qu'il a séjourné avec sa femme en Thaïlande il y a deux mois. Il est légèrement asthénique et rapporte une diarrhée modérée. Quelle hypothèse diagnostique vous fait aussitôt stopper la corticothérapie ? Quel examen pratiquez-vous ?

Cas 4. Une homme de 38 ans est hospitalisé au retour d'un séjour prolongé en forêt amazonienne. Outre l'altération de l'état général liée aux conditions extrêmes de survie, il présente des nodules sensibles (*fig. 4*) au niveau des membres inférieurs et plusieurs lésions ulcéro-croûteuses d'un poignet, du cou, de l'oreille (*fig. 5*). Il est très éprouvé psychologiquement et signale avoir l'impression qu'un nodule de la cuisse "bouge"... Qu'en pensez-vous ? Quelle est la conduite à tenir ?



Cas 5. Un homme consulte plusieurs mois après un voyage dans le sud de l'Algérie pour l'extension le long de l'avant-bras de papulo-nodules croûto-kératosiques (*fig. 6*). Une précision géographique sur son lieu de villégiature permet d'évoquer le diagnostic. Faut-il réaliser une biopsie ?



Cas 6. Un homme d'une vingtaine d'années revient d'une mission humanitaire au Sénégal avec quelques lésions plantaires prurigineuses, parfois même douloureuses (*fig. 7*). De quoi s'agit-il ? Comment obtenir le diagnostic ?



Cas 7. Un homme a écourté son séjour dans le Pacifique en raison d'une plaie d'évolution nécrotique de la plante du pied (*fig. 8*) survenue alors qu'il marchait pieds nus dans les rochers au bord



de la plage. La douleur était tellement intense qu'il a failli se noyer. Quelle envenimation marine évoquez-vous ? Qu'aurait-il fallu faire sur place ?

Cas 8. Un officier de la légion étrangère, en mission en forêt amazonienne, consulte dès son retour en métropole pour une exulcération hyperalgique, nauséabonde, prédominant aux derniers espaces inter-orteils gauches (*fig. 9*). Pourquoi un prélèvement microbiologique est-il indispensable avant tout traitement ? Quelles thérapeutiques proposez-vous ?



Cas 9. Une femme de 26 ans, célibataire, "globe-trotter", est évacuée du Cambodge pour une "grosse jambe rouge, douloureuse et fébrile" (*fig. 10*). Elle explique qu'elle s'était blessée à la cheville après être tombée d'une mobylette, puis s'était baignée quelques jours après dans un lac dont l'eau paraissait trouble... Quels sont les arguments cliniques de gravité ? Outre la probable infection de jambe, faut-il compléter le bilan à la recherche d'autres maladies ? Lesquelles ?



Cas 10. Un homme de 44 ans est hospitalisé au retour d'un safari au parc Kruger en Afrique du Sud en raison de l'apparition d'une éruption fébrile d'une trentaine de papules, certaines disposées sur la plante des pieds, d'autres d'aspect purpuro-nécrotique (*fig. 11*). Quel est votre diagnostic ?



Cas 11. Une jeune femme revient d'un séjour au Mali avec plusieurs lésions ulcéro-croûteuses indolores des membres inférieurs (*fig. 12*) apparues sur place et évoluant depuis une quinzaine de jours malgré l'application d'antiseptique et de pommade antibiotique. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelle est la conduite à tenir ?



Cas 12. Un homme d'une trentaine d'années, célibataire, en mission au Tchad, consulte au retour en raison d'une altération de l'état général et de lésions érosives buccales (*fig. 13*). Que faut-il rechercher à l'anamnèse et à l'examen clinique ? Quel bilan biologique proposez-vous ?



■ REPONSES ET COMMENTAIRES

Cas 1. Le **prurigo** est certainement un des motifs les plus fréquents de consultation. La gale humaine, ou scabiose à *Sarcoptes scabiei hominis*, doit être systématiquement évoquée, a fortiori lors de conditions de vie difficiles avec une importante promiscuité. La présence de nodules prurigineux sur le pénis ou le scrotum (*fig. 14*) est quasi pathognomonique, d'où la nécessité d'un examen complet du malade. La conjonction de sillons des espaces interdigitaux palmaires et des faces antérieures des poignets, de papulo-pustules prurigineuses des emmanchures axillaires antérieures, des régions aréolo-mamelonnaires et des fesses, l'existence d'un prurit dans l'entourage proche (conjoint, enfants), la découverte d'une acro-pustulose chez le nourrisson, la notion d'un rapport sexuel à risque sont des arguments supplémentaires, car la transmission se fait par contact humain direct généralement prolongé et souvent intime, d'où l'importance d'un bilan complémentaire d'infection sexuellement transmissible, car la gale constitue un marqueur de risque d'IST.

L'échec d'un traitement local anti-sabieux n'est pas un argument d'élimination du diagnostic, car d'une part l'application du topique a pu être mal



Fig. 14: Nodules scabieux des organes génitaux (coll. J.J.M.).

effectuée, d'autre part le malade a pu se contaminer à nouveau avec son entourage, enfin l'anti-parasitaire local a pu entraîner une exacerbation du prurit par eczématisation secondaire des lésions ; la maladie bénéficie désormais d'un traitement oral par ivermectine. Le principal diagnostic différentiel demeure l'eczéma avec ou sans rapport avec le séjour tropical. Les piqûres des autres arthropodes peuvent aussi favoriser un prurigo dont le polymorphisme est grand.

Cas 2. Il s'agit de la dermite du baigneur (*seabather's eruption*), provoquée par les "bourgeons" de cnidaires. Rapportée essentiellement dans les Caraïbes, le golfe du Mexique et la Floride durant la période printanière de "ponte" (reproduction asexuée par bourgeonnement et segmentation des méduses, notamment *Linuche unguiculata* et *Mnemiopsis leidyi*, mais aussi des coraux et des anémones, notamment *Edwardsiella lineata*), elle résulte du contact avec les "larves" de 0,5 mm de diamètre invisibles et capables de passer à travers les tissus. Les toxines libérées par les nématocystes se concentrent sous les zones couvertes du fait de la pression du maillot et induisent une réaction polymorphe mi-urticariiforme mi-eczématiforme.

Les diagnostics différentiels sont nombreux. Cette dermatite se rapproche de celle décrite dans la mer Rouge (*Red Sea coral contact dermatitis*) après contact avec les organelles de coraux de genre *Millepora* ("coraux de feu") et qui peut évoluer vers une dermatose lichénoïde pigmentée ou des lésions granulomateuses chroniques à type de prurigo. Celle dernière peut comporter en outre une symptomatologie systémique, toxique avec fébricule, céphalées, myalgies et troubles digestifs.

L'absence de rapprochement de l'éruption et de la baignade par le malade peut faire errer le diagnostic vers des réactions après piqûres ou morsures d'arthropodes (moustiques,

papillons, acariens, araignées...). La survenue chez plusieurs membres de la famille ou du groupe peut faire suspecter à tort une gale (surtout lors de disposition sur les fesses et les organes génitaux chez l'homme) et prescrire un traitement local anti-scabieux irritant. La notion de baignade en eau salée élimine la dermatite des baigneurs après pénétration de furcocercaires de shistosomiases (ou bilharzioses). L'évolution possible des lésions vers un prurigo chronique complique encore le diagnostic étiologique. La prophylaxie est évidemment essentielle avec absence de baignade dans des eaux tropicales troubles lors des périodes de "ponte" des cnidaires, utilisation de maillot deux pièces, rinçage immédiat après le bain. La résolution spontanée de la dermatite en quelques semaines est habituelle, mais est accélérée par l'application d'émollients, de dermocorticoïdes et la prise d'antihistaminiques.

Cas 3. Devant cette dermatose "rampante" prurigineuse et fugace, il faut évoquer une larva currens dans le cadre d'une anguillulose ; la corticothérapie doit être évitée en raison du risque de dissémination parasitaire dite "maligne". La sérologie est fortement positive et l'examen parasitaire des selles après méthode de concentration affirme le diagnostic. Le traitement comporte l'ivermectine ou l'albendazole en cures répétées. Le principal diagnostic différentiel est plutôt l'urticaire même si classiquement, devant ces sillons serpentineux, on l'oppose à la larva migrans cutanée (*larbisch, creeping disease*) (fig. 15) (tableau I).

Il faut noter qu'une larva migrans cutanée profuse peut se traduire par un tableau de pseudo-folliculite. La prévention des ces parasitoses consiste à interposer une natte entre le sable et la peau. La loase peut se révéler également par la migration sous-cutanée ou sous-conjonctivale de la filaire adulte (*Loa loa*) sous forme d'un sillon unique, long et fin (10 x 1 cm) de déplacement



Fig. 15: Larva migrans au retour de Guadeloupe (coll. J.J.M.).

Larva migrans	Larva currens
<i>Ancylostoma braziliensis</i> , <i>caninum</i> (chien). <i>A. ceylanicum</i> (chat).	<i>Strongyloides stercoralis</i> . <i>S. fülleboni</i> (singe). <i>S. myopotomi</i> (ragondin).
Larve issue des fèces de chiens parasités errants sur les plages tropicales, pénétrant la peau.	Larve issue des fèces d'animaux ou d'hommes parasités (Asie > Afrique > Amérique) ou réinfestation endogène intestinale ou péri-anale.
Sillons : <ul style="list-style-type: none"> • Fins et longs (10 cm x 5 mm). • Progression lente (qq cm/j). • Permanents ; disparition en qq semaines. • Localisation sur les zones au contact du sable de la plage (plantes > fesses > tronc). • Eczématisation, impétiginisation fréquentes. 	Sillons : <ul style="list-style-type: none"> • Epais, courts (5 cm x 20 mm). • Progression rapide (10 cm/h). • Fugaces (qq heures + récurrences). • Périnée > fesses > cuisses > lombes, abdomen. • Volontiers associés à une symptomatologie digestive et à un syndrome immuno-allergique.
Diagnostic clinique.	Parasitologie des selles/méthode de concentration de Baerman ; éosinophilie fluctuante ; ± sérologie.
Guérison spontanée (sauf si <i>larva migrans</i> viscérale). Ivermectine 200 microgrammes/kg en une prise unique ou albendazole 400 mg/j/3 j.	Risque d'anguillulose maligne chez l'immunodéprimé. Albendazole avec 2 ^e cure à 3 semaines ou ivermectine.

Tableau 1: *Larva migrans* et *larva currens*.

rapide (1 cm/mn). Elle résulte de la piqûre douloureuse diurne d'un taon *Chrysops* en forêt équatoriale de l'Afrique de l'ouest ; l'incubation est longue de plusieurs mois. Elle est plus souvent évoquée sur un lymphoedème circonscrit, ou œdème de Calabar. Le traitement par ivermectine doit être prudent, car il y a risque d'encéphalite immuno-allergique si la microfilarémie est élevée.

En cas d'œdème migrant prurigineux au retour d'Asie du sud-est, il faut évoquer la Gnathostomose (*G. spinigerum*, *hispidum*, *nipponicum*, *doloresis*) dont la transmission est alimentaire par ingestion de poissons, grenouilles ou poulets insuffisamment cuits. Après une incubation d'un mois, le malade présente une fièvre avec diarrhée et prurit. De façon récurrente apparaît un œdème inflammatoire sous-cutané prurigineux puis douloureux, migratoire, disparaissant en une semaine. L'histologie objective une panniculite nodulaire à éosinophiles. On décrit aussi des sillons serpigneux. L'évolution vers une *larva migrans* viscérale est possible. La sérologie étaye le diagnostic. Le traitement est difficile, imposant 3 mois d'albendazole ou des cures répétées d'ivermectine.

Les myiases rampantes se traduisent plutôt par des papulonodules prurigineux se déplaçant de quelques centimètres par jour en dessinant une ligne tortueuse volontiers ecchymotique. En dermatoscopie, on peut deviner les épines chitineuses de ces asticots, larves de mouches *Gasterophilus*.

Cas 4. Elles se distinguent des myiases furonculeuses américaines à *Dermatobia hominis* ("ver macaque", "human bot

fly"). Celles-ci sont équipées de véritables harpons, crochets buccaux et couronnes d'épines gênant l'extraction, surtout lorsqu'elles s'insèrent en profondeur (fig. 16 et 17). L'application, sur l'orifice d'émergence et de respiration, de xylocaïne visqueuse ou de vaseline, ou la prise d'ivermectine, facilitent la chirurgie. Les myiases africaines à *Cordylobia anthropophaga* ("ver de Cayor", "african tumbu fly"), souvent localisées au niveau de la ceinture ou de la bretelle de soutien-gorge (la prophylaxie consistant à repasser le linge exposé à la ponte des mouches), ne comportent pas de crochets et peuvent s'extraire spontanément de la peau ; le diagnostic est souvent rétrospectif devant un pseudo-furoncle (fig. 18 et 19).

La lésion de l'oreille pourrait correspondre à un impétigo, mais dans le contexte de séjour prolongé en forêt amazonienne, elle doit faire rechercher une leishmaniose cutanée du Nouveau Monde. Les lésions uniques ou multiples, initialement nodulaires, s'ulcèrent et se recouvrent volontiers de dépôts fibrino-purulents ou de squames-croûtes simulant une pyodermite. La localisation à l'oreille est péjorative en raison du risque de chondrite. Il importe de mettre en évidence les leishmanies soit par frottis, biopsie ou culture, et d'identifier leur type (zymodèmes, PCR), car le tropisme muqueux potentiel de certaines souches américaines (*Leishmania braziliensis*) et leur résistance à certaines thérapeutiques, imposent alors un traitement systémique optimal (antimoniate de méglumine ou amphotéricine B liposomale ; la pentamidine est plutôt réservée à *Leishmania guyanensis* à tropisme purement cutané). Les règles prophylactiques consistent en une protection vestimentaire et des



Fig. 16: Myiase furonculaire profondément enchâssée dans la cuisse. **Fig. 17:** Myiase *Dermatobia hominis* avec ses crochets et épines (coll. J.J.M.).

moustiquaires avant la tombée de la nuit, l'utilisation de répulsifs et de tenues imprégnées d'insecticides, la réalisation des séjours en forêt en dehors des périodes et des sites à haut risque.

Cas 5. Le voyageur avait séjourné à Biskra, éponyme d'une forme de leishmaniose de l'Ancien Monde ("clou"). La disposition linéaire le long d'un membre fait évoquer une dissémination lymphatique en chapelet dite "sporotrichoïde" (terme mal choisi considérant la rareté de cette mycose, mais forme clinique typique de cette infection). La **lymphangite nodulaire** répond à de nombreuses étiologies, d'où la nécessité de pratiquer des biopsies à visée histologique et microbiologique; elle est dominée au retour des tropiques par la leishmaniose, notamment guyanaise; l'infection à *Nocardia braziliensis* et la maladie des aquariophiles à *Mycobacterium marinum* sont plus cosmopolites (**tableau II**).

La plupart des souches africaines de leishmaniose peuvent en cas d'atteinte cutanée isolée et en l'absence d'immunodépression bénéficier d'une abstention thérapeutique; sinon, le traitement est local (Glucantime in situ) ou comporte un imidazolé systémique.

Cas 6. L'extraction à la curette de cette lésion objective une tungose ou infestation par *Tunga penetrans* (puce-chique,



Fig. 18: Myiase furonculaire au retour du Sénégal. **Fig. 19:** Myiase africaine (coll. J.J.M.).

originale du Nouveau Monde, transportée par les navigateurs au XV^e siècle en Afrique et en Asie) qui se traduit par le développement habituellement plantaire d'un ou de plusieurs nodules blanchâtres centrés par un point noir (correspondant à l'abdomen et l'orifice de ponte de l'insecte; on devine les œufs après extraction **fig. 20**). La surinfection est le principal



Fig. 20: Puce chique remplie d'œufs (coll. J.J.M.).

	Leishmaniose guyanaise	Sporotrichose	Mycobactériose à <i>M. marinum</i>	Nocardiose
Géographie	Guyane, Amazonie	Foyers/Amérique du Sud, USA, Afrique, Chine, Australie, Inde	Cosmopolite	Cosmopolite, USA ++
Hôte	Travailleurs forestiers, orpailleurs, militaires		Pêcheurs, Aquariophiles, granulome des piscines	Traumatisme
Transmission	Piqûre/phlébotome	Inoculation/plante, chat, rongeurs, arthropodes...	Inoculation/poissons, crustacés, eau douce ou salée	Inoculation/sol
Clinique	Incubation 1 mois; papule indolore non prurigineuse d'évolution squameuse puis ulcéro-croûteuse + adénopathie puis ± cordon lymphangitique et nodules sous-cutanés linéaires	Incubation qq jours à qq semaines; nodule d'évolution ulcérée ou végétante, placard verruqueux ou dissémination lymphangitique (1/2); rarement adénopathie	Incubation qq semaines à qq mois; papulo-nodule indolore lupoïde d'évolution verruqueuse puis dissémination lymphangitique; pas d'adénopathie; parfois atteinte ostéo-articulaire	Placard végétant puis nodules lymphangitiques avec fistulisation et émission de grains
Biologie	Frottis (Giemsa): corps de Leishman intra-macrophagiques, histologie: granulome, cultures (NNN, RPMI), isoenzymes/zymodèmes/PCR	Examen direct: corps en cigare; histologie (Gomori/PAS): granulome de Splendore-Hoeppli; cultures (Sabouraud): hyphes septés.	Examen direct (Ziehl): BAAR +; histologie: granulome tuberculoïde; culture (Lowenstein) à PCR	Examen direct: filaments ramifiés Gram +; culture (Sabouraud + Lowenstein) longue > 14 j
Traitement	Pentamidine ou dérivés stibiés ou amphotéricine B	Itraconazole	Rifampicine + clarithromycine + amikacine	Triméthoprime-cotrimoxazole

Tableau II: Principales étiologies des lymphangites nodulaires.

risque, mais la gêne occasionnée lors d'un important ectoparasitisme peut être majeure et empêcher la marche.

Cas 7. Il peut s'agir d'une **envenimation** par "poisson-pierre" (synancée, ou "stone-fish"). Le touriste a pu poser le pied sur ce poisson très bien camouflé qui porte des épines venimeuses au niveau de ses nageoires, notamment dorsales: la douleur est de grande intensité, syncopale, croissante avec le temps. La zone de piqûre est ischémique, œdématisée, dure, puis une nécrose extensive et durable apparaît ensuite. Le venin contient un mélange de neurotoxines. Les collapsus, les détresses respiratoires, les convulsions ainsi que les surinfections sévères, bien que décrits, restent rares. Le traitement consistant, sans délai après anesthésie locale à la lidocaïne, à exciser la zone envenimée et assurer ensuite une cicatrisation dirigée reste discuté et certains auteurs conseillent seulement de calmer la douleur et d'assurer ensuite une antiseptie adéquate. Il existe un sérum anti-venimeux (antivenom stone-fish, Commonwealth Serum Laboratories, Melbourne, Australia) limitant la douleur et l'extension de la nécrose à condition d'être administré moins de trente minutes après la piqûre...

Il pourrait aussi s'agir d'une piqûre de cône: c'est un beau coquillage caractérisé par un appendice extensible muni de minuscules harpons servant à capturer de petits invertébrés

marins. Les plus gros, surtout piscivores (notamment *Conus geographus*), sont particulièrement dangereux pour l'Homme, car ils peuvent projeter à plusieurs centimètres de distance leur dard dont la piqûre entraîne un œdème local très douloureux, suivi rapidement d'une paralysie musculaire puis respiratoire par action curarisante, et d'une perte de conscience pouvant aboutir au décès, souvent par noyade, notamment chez l'enfant. L'évolution locale se fait vers la nécrose dont la cicatrisation est particulièrement lente, notamment au pied, topographie principalement concernée par la piqûre du dard venimeux. Le venin est thermostable, il n'existe pas de traitement spécifique et les seules possibilités thérapeutiques sont limitées au traitement symptomatique.

Les morsures, piqûres et envenimations par les reptiles (serpents) les arthropodes (araignées, scorpions, insectes...) et les animaux marins sont fréquentes et volontiers sévères dans les pays exotiques où elles constituent un important facteur de mortalité. Le port de chaussures en zone tropicale, notamment en plastique lors de baignade, est une règle prophylactique essentielle, à ne jamais oublier...

Cas 8. Le pied est souvent en première ligne lors des séjours outre-mer. Il s'agit ici d'un intertrigo polymicrobien par macération lors de marches prolongées en zone humide

équatoriale. La bactériologie objectivait notamment un *Pseudomonas aeruginosa*. L'assèchement par des pansements au charbon, l'antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme (en raison du caractère volontiers multirésistant de ce germe hydrophile) sont impératifs afin d'éviter une extension de l'infection et de rendre ce militaire rapidement opérationnel.

Cas 9. Toute dermohypodermite fébrile au retour des tropiques est à risque. L'important œdème, les douleurs, l'abcédation constituent des marqueurs de risque. Il s'agissait en l'occurrence d'une infection à *Vibrio vulnificus* (bactérie décrite dans les eaux putrides de la Nouvelle-Orléans après le passage du cyclone), dont le potentiel nécrosant est connu. L'évacuation chirurgicale de l'abcès et l'antibiothérapie adaptée permettaient la guérison de cette malade. Son comportement imprudent motivait la réalisation d'un bilan à la recherche d'une IST et de parasitose. Après baignade en eau douce, en zone d'endémie, il faut savoir rechercher une bilharziose. La dermatite cercarienne qui correspond à la pénétration des furcocercaires lors du bain infestant passe parfois inaperçue. Après un cycle complexe durant quelques semaines, le malade présente un tableau immuno-allergique fébrile pseudo-grippal comportant un prurit diffus et des lésions urticariennes avec hyperéosinophilie. Il y a ensuite focalisation viscérale (digestive, urologique, hépatique) selon l'espèce de schistosome, les formes asiatiques étant particulièrement agressives. Evidemment, la prophylaxie anti-palustre n'était pas suivie et la recherche de plasmodium sur le frottis sanguin s'imposait également...

Cas 10. L'éruption fébrile (ou la fièvre éruptive selon le symptôme dominant ou précessif) constitue la véritable urgence diagnostique au retour des tropiques en raison des affections létales et à haut risque épidémiologique qu'elle peut révéler. La démarche diagnostique est probabiliste et guidée par le contexte épidémique (a fortiori en collectivité) et l'épidémiologie locale des maladies infectieuses éruptives, par le lieu de séjour et les activités sur place (baignade, alimentation...), par l'âge du malade et ses antécédents de maladie infantile, par l'analyse des facteurs de risque du patient (multi-partenariat, homosexualité, toxicomanie), du statut vaccinal et du degré d'immunité (infections opportunistes...), par la notion de prise médicamenteuse (chimioprophylaxie), de vaccination (sachant que certains vaccins sont peu protecteurs et nécessitent un rappel, notamment pour la rubéole et la rougeole), évidemment par le tableau clinique et biologique.

On peut ainsi distinguer plusieurs grands cadres syndromiques : l'exanthème avec ou sans énanthème, le purpura fébrile, la fièvre avec lésion nécrotique. Il faut avant toute chose évaluer

la gravité de l'éruption mesurée sur son étendue et sa rapidité d'extension, sur la présence d'un purpura ou de signes hémorragiques, sur l'importance de la fièvre et sa tolérance, le chiffre de pression artérielle et les fréquences cardiaque et respiratoire, l'état de conscience, la diurèse. Ces critères déterminent la décision d'hospitalisation. Les étiologies sont principalement virales et médicamenteuses. L'aspect clinique de l'exanthème a globalement une faible valeur prédictive de l'étiologie à l'exception de certains tableaux cliniques assez stéréotypés.

La présence de lésions nécrotiques multiples au retour d'Afrique du Sud est très évocatrice de fièvre africaine à tiques due à *Rickettsia africae*. C'est durant son safari à la recherche du rhinocéros blanc, hôte de ces arthropodes, que ce touriste a été piqué par de multiples tiques ou larves. La symptomatologie est très variable, parfois fruste, mais volontiers "épidémique", touchant plusieurs membres de l'expédition. La fièvre boutonneuse méditerranéenne (*Rickettsia conorii*) s'en distingue par la porte d'entrée escarrotique unique et l'éruption fébrile papuleuse puis purpurique du tronc, des membres plus florides ; l'atteinte plantaire et parfois palmaire est assez évocatrice. Il existe des formes sévères polyviscérales pouvant conduire le malade en réanimation où la découverte de la "tache noire de Pieri", volontiers cachée dans un pli ou une zone pileuse, permet d'initier le traitement à base de doxycycline.

Au retour des tropiques, en présence de signes hémorragiques, il faut systématiquement éliminer une fièvre hémorragique virale. L'hospitalisation en urgence du malade s'impose dans une structure de pathologie infectieuse et tropicale équipée de secteurs protégés et d'un laboratoire de biologie performant. La dengue est la plus fréquente des arboviroses : elle sévit en Amérique centrale (notamment dans les Antilles), en Asie, au Moyen-Orient. Transmise par la piqûre de moustiques *Aedes*, d'incubation courte, elle comporte une fièvre élevée, des myalgies et lombalgies parfois intenses, un prurit et un rash d'évolution pétéchiale aux extrémités survenant au cours de la défervescence thermique. Il existe des formes sévères hémorragiques ou se compliquant d'un choc. L'infection par le virus Chikungunya, transmise par les mêmes moustiques, sévit dans tout l'océan Indien ; elle n'entraîne pas de complications hémorragiques. La fièvre élevée s'accompagne fréquemment d'un exanthème congestif et se complique souvent d'arthromyalgies ou de polyarthrite parfois récurrente ou d'évolution prolongée. Le diagnostic de ces arboviroses repose sur la sérologie, le traitement est symptomatique. Les leptospiroses plus ubiquitaires ont une symptomatologie très polymorphe : l'ictère flamboyant fébrile, l'atteinte méningée, la



Fig. 21: Ecthyma après surinfection de piqûres d'insectes (coll. J.J.M.).

polynucléose avec thrombopénie sont évocateurs. Les helminthiases impliquées dans le déclenchement d'éruption urticari-forme fébrile avec éosinophilie sont surtout représentées par les bilharzioses (fièvre de Safari, de Katayama); la trichinose, les distomatoses et l'anguillulose sont plus cosmopolites.

Cas 11. Il s'agit d'un **ecthyma** à streptocoque A (fig. 21). L'évolution spontanée est rarement favorable à ce stade. Il faut éliminer les croûtes, nettoyer l'ulcération sous-jacente et proposer une antibiothérapie systémique afin d'éviter la sélection de germes parfois hautement pathogènes, en témoigne l'émergence de staphylocoques multirésistants (développant une toxine dite de Panton-Valentine) capables d'induire des septicémies gravissimes. L'ecthyma complique fréquemment, dans des conditions d'hygiène précaires, l'excoriation des piqûres d'arthropodes dont le polymorphisme clinique est grand. On peut ainsi observer des éruptions papulo-vésiculeuses centrées par un point de ponction à type de prurigo mitis, des lésions papuleuses avec tracé lymphangitique (fig. 22), des bulles à type de prurigo strophulus, des micropustules... La papillonite en Amérique du Sud, la dermatite vésicante à un coléoptère *Paederus sabaesus* en Afrique régressent plus lentement avec de possibles réactivations. Lors de terrain atopique, une eczématisation peut survenir quel que soit le type de piqûre; elle est parfois induite par des thérapeutiques inadaptées. La chronicisation et l'évolution nodulaire des lésions à type de prurigo, favorisées parfois par une psychologie névrotique, une parasitophobie, compliquent non seulement la démarche étiologique mais surtout la thérapeutique.

Cas 12. Les **infections sexuellement transmissibles** (IST) constituent un cadre bien identifié, assez rarement fébrile (en dehors de la primo-infection VIH et de la syphilis secondaire); elles sont assez facilement évoquées lorsque la lésion est située sur les organes génitaux et survient peu après un rapport



Fig. 22: Lymphangite superficielle après piqûres d'arthropodes (coll. J.J.M.).

sexuel à risque. Toute la difficulté est d'évoquer l'IST lorsque la lésion est non génitale et l'anamnèse non pertinente. L'examen doit être exhaustif et en l'occurrence cet homme présentait, outre ses plaques fauchées linguales, des érosions du gland et des lésions condylomateuses anales; on devinait un exanthème roséoliforme peu marqué. Il s'agissait d'une syphilis secondaire; la distinction pour l'atteinte anale, entre d'authentiques végétations vénériennes à Papillomavirus et des syphilides végétantes peut être difficile. Les syphilides typiquement palmo-plantaires sont généralement plus tardives et s'associent volontiers à une alopecie en clairière ou une perte de la queue des sourcils. Devenue rare en France malgré une récente résurgence, la "grande simulatrice" reste endémique dans les pays en voie de développement. Le principal diagnostic différentiel à ce stade d'érosions muqueuses, de roséole sub-fébrile, parfois de polyadénopathies est la primo-infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

La prévalence des IST dans le pays de séjour ou d'origine oriente l'enquête biologique. Ainsi, le chancre mou est endémique en Afrique et en Asie, la lymphogranulomatose vénérienne est plus rare, la donovanose est plus fréquente en Amérique du Sud et aux Antilles, ainsi qu'en Inde. Sous les tropiques, les formes sévères, délabrantes ou chroniques d'herpès génital ne sont pas rares et s'observent chez le malade immunodéprimé, notamment sidéen. Le délai d'incubation après le rapport sexuel présumé contaminant est surtout utile pour les extrêmes, survenue habituellement rapide pour l'herpès ou au contraire temps d'incubation parfois très long pour la donovanose. La clinique n'est pas toujours discriminante même si les grands cadres sémiologiques restent toujours valables; cela impose une exploration biologique systématique assez large. Ainsi, l'induration (impossibilité de plisser

entre deux doigts la surface de l'ulcération qui fait bloc avec le tissu sous-jacent) n'est ni spécifique de la syphilis, car elle peut s'observer également dans l'herpès et le chancre mou ou même la donovanose, notamment en cas de surinfection bactérienne, ni systématique dans cette affection. De même, la présence d'adénopathies, leurs caractéristiques et leur évolution sont finalement assez variables.

Certains tableaux restent cependant évocateurs. En cas d'herpès, l'on peut retrouver au sein des érosions suintantes puis croûteuses des petites vésicules cuisantes caractéristiques (il existe cependant des herpès génitaux avec ulcération unique). Des polyadénopathies inguinales et fémorales (séparées par l'arcade crurale ou signe de la poulie) plutôt unilatérales, se fistulisant en "pomme d'arrosoir" avec minime érosion fugace, font évoquer la lymphogranulomatose. Une adénopathie inflammatoire inguinale fluctuante se fistulisant à la peau en un seul pertuis avec existence d'ulcérations cutanées à distance par auto-inoculation s'observe au cours du chancre mou surinfecté. Le caractère extensif, mutilant et indolent de l'ulcération (surélevée avec bords éversés), souvent sans adénopathie, est décrit au cours de la donovanose...

Il faut rechercher systématiquement une association d'IST (syphilis + VIH, syphilis + chancre mou, VIH + condylomes, ulcération + uréthrite...) d'autant plus que certaines IST sont souvent asymptomatiques (primo-infection VIH, uréthrite à Chlamydia, condylomes), que la clinique est parfois trompeuse, qu'enfin les ulcérations génitales facilitent la pénétration du virus de l'immunodéficience humaine par disparition de la barrière muqueuse et afflux de cellules immunocompétentes qui sont autant de cellules cibles réceptrices pour le VIH. C'est pourquoi il faut inspecter toutes les (semi-) muqueuses génitales, buccales et anales et il faut proposer un panel sérologique (comportant systématiquement, outre les sérologies VIH 1,2 ainsi qu'un contrôle deux semaines après et/ou la réalisation immédiate d'une antigénémie p24 en cas de négativité, les sérologies TPHA-VDRL et FTA ou Elisa IgM en cas de présomption de syphilis récente, les sérologies des hépatites C et B...) et réaliser des examens microbiologiques assez complets (notamment frottis de l'ulcération génitale, PCR Chlamydiae dans les urines).

■ CONCLUSION

La consultation dermatologique au retour des tropiques est largement dominée par les dermatoses courantes (notamment l'eczéma) et les infections cosmopolites à type de pyo-

dermite, de scabiose ou de viroses sans gravité, ainsi que par les piqûres d'arthropodes. Mais les manifestations cutanéomuqueuses peuvent être révélatrices de maladies spécifiques du pays de séjour authentiquement tropicales, qu'il importe de savoir reconnaître.

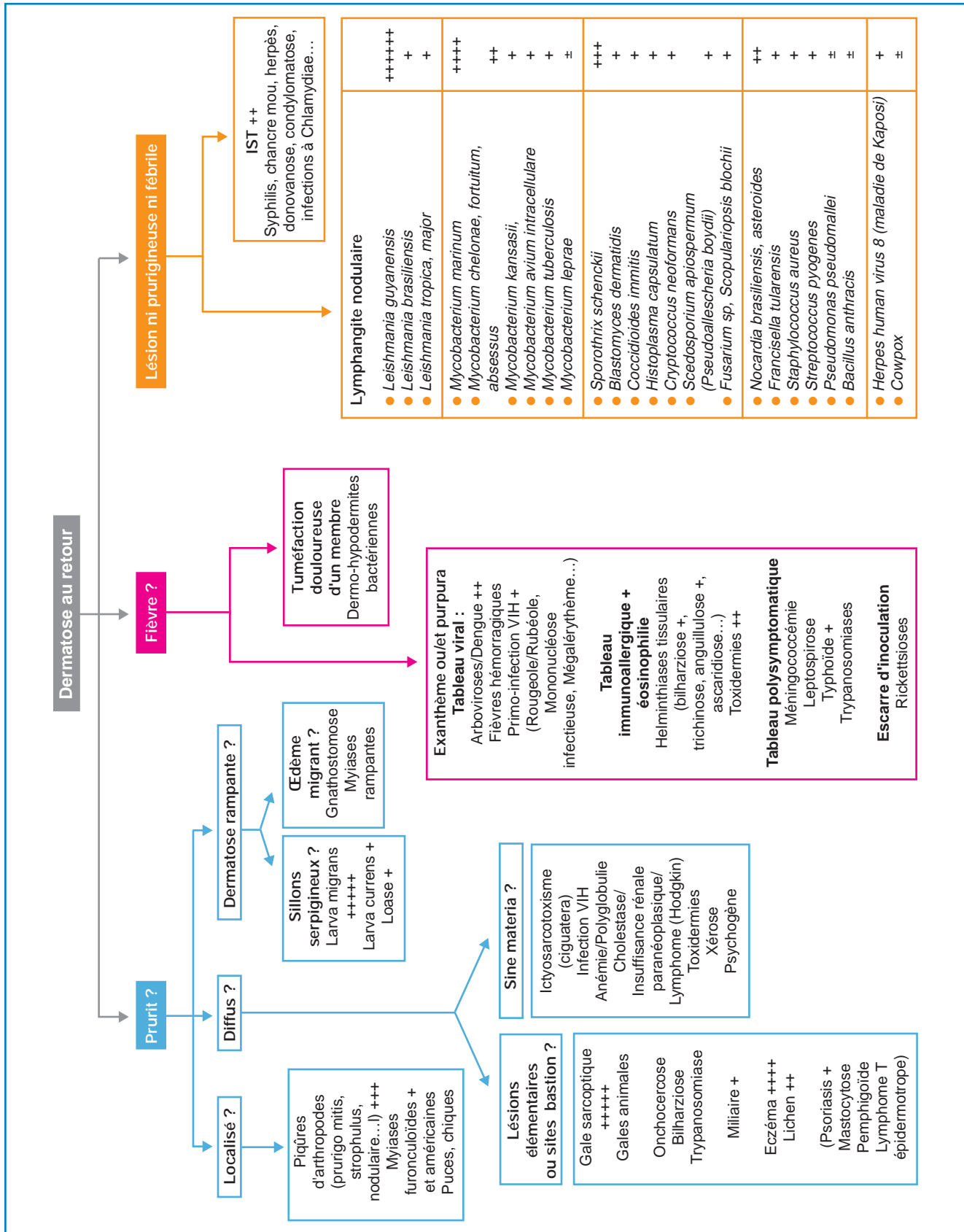
Les règles générales de prophylaxie (protection vestimentaire, répulsifs et insecticides, préservatifs, hygiène quotidienne, crème solaire, baignade contrôlée, alimentation saine...) doivent être enseignées avant le départ afin d'éviter qu'un voyage d'agrément ne se termine de façon dramatique... ■

Bibliographie

- BOYE T, MORAND JJ, CALVET P, FOURNIER B, GUENNOB B, CARSUZAA F. Dermatoses marines et dermatoses induites par l'eau. *Nouv Dermatol*, 2006; 25: 494-7.
- CARSUZAA F, DE JAUREGUIBERRY JP, BRISOU P, MORAND JJ, GUENNOB B. Diagnostic d'un prurit du voyageur. *Med Trop*, 1998; 58, 3: 231-4.
- DARIE H. Dermatologie du voyageur. *Ann Dermatol Venerol*, 2002; 129: 1183-90.
- FOURCADE S, SIMON F, MORAND JJ. Chikungunya: un syndrome algo-éruptif fébrile au retour de l'océan indien. *Ann Dermatol Venerol*, 2006; 133: 549-51.
- LIGHTBURN E, MORAND JJ, GARNOTEL E, KRAEMER P, MEYNARD JB, HOVETTE P *et al.* Panorama clinique des leishmanioses tégumentaires du nouveau monde. *Med Trop*, 2002; 62: 637-56.
- MORAND JJ, LIGHTBURN E, CHOUC C. Manifestations cutanéomuqueuses au retour d'un voyage sous les tropiques. *Med Trop*, 2001; 61: 117-30.
- MORAND JJ, LIGHTBURN E. Envenimations, morsures, griffures et piqûres animales. *Encycl Médico-Chir Dermatol*, Paris, 2002; 98-400-A-10, 15 p.
- MORAND JJ. Peau noire: dermatologie des peaux génétiquement pigmentées et des maladies exotiques, Format Utile, 2002; 112 p.
- MORAND JJ, LIGHTBURN E. Dermite prurigineuse après baignade dans la mer des Caraïbes. *Med Trop*, 2005; 65: 304.
- MORAND JJ. Dermatologie du voyageur et du migrant. In: BESSIS D, FRANCES C, GUILLOT B, GUILLOU JJ. Dermatologie et médecine vol. 2: manifestations dermatologiques des maladies infectieuses, métaboliques et toxiques. Springer-Verlag France éd., 2006.

Légendes des cas cliniques

- Fig. 1:** Gale sarcoptique (coll. J.J.M.).
Fig. 2: Dermite prurigineuse du baigneur au retour de la mer des Caraïbes (coll. J.J.M.).
Fig. 3: Larva currens d'une anguillulose au retour de Thaïlande (coll. J.J.M.).
Fig. 4: Myiase guyanaise (coll. J.J.M.).
Fig. 5: Leishmaniose guyanaise simulant une pyodermite (coll. J.J.M.).
Fig. 6: Dissémination lymphangitique d'une leishmaniose de l'ancien Monde (coll. J.J.M.).
Fig. 7: Tungose au retour de Madagascar (coll. J.J.M.).
Fig. 8: Envenimation d'évolution nécrotique par poisson-pierre (coll. J.J.M.).
Fig. 9: Intertrigo à *Pseudomonas aeruginosa* au retour de forêt amazonienne (coll. J.J.M.).
Fig. 10: Dermohypodermite bactérienne au retour du Cambodge (coll. J.J.M.).
Fig. 11: Lésions nécrotiques et papules après morsure de tique africaine (coll. J.J.M.).
Fig. 12: Ecthyma à *Streptococcus pyogenes* (coll. J.J.M.).
Fig. 13: Plaques fauchées linguales syphilitiques (coll. J.J.M.).



Arbre décisionnel.