

Éruption plantaire et prurit familial

Le jeune Yoan, 4 ans, a depuis quelques semaines une éruption prurigineuse au niveau de la face externe de ses pieds faite de vésicules et lésions excoriées (probablement secondaires au prurit intense, figure). Un antihistaminique et une pommade dermocorticoïde (fluticasone) durant 7 jours n'ont pas donné de résultat. Ses deux frères, (13 et 17 ans), se plaignent également d'un prurit au niveau ombilical et interdigital.

DISCUSSION

Un diagnostic à évoquer est la dyshidrose caractérisée par une éruption palmo-plantaire liée à une réaction eczémateuse en rapport avec les glandes sudorales. Les lésions ont volontiers une disposition symétrique et bilatérale touchant les paumes des mains, les faces latérales des phalanges et/ou des plantes des pieds¹ et régressent sous dermocorticoïdes locaux (ce qui n'est pas le cas de Yoan).

Autre diagnostic : l'acropustulose infantile, éruption vésiculopustuleuse des paumes et des plantes des pieds du nourrisson, d'origine inconnue. Très prurigineuse, elle peut s'étendre au visage et au tronc.² Elle évolue par poussées et récidive sur plusieurs années. Elle touche surtout les hommes noirs et disparaît spontanément chez l'enfant de 2 à 3 ans.

Mais, compte tenu de la présence d'un prurit familial et du type de lésion, il faut penser en priorité à la gale. Chez ce jeune enfant, l'éruption est identique à celle du nourrisson ; celle de ses frères est superposable à celle d'un adulte.

Un diagnostic clinique

Le prurit, particulièrement évocateur, survient après 3 à 4 semaines d'incubation silencieuse. Collectif ou familial, il a un début progressif et une recrudescence nocturne. Intermittent, il s'aggrave avec les bains chauds, la tiédeur du lit et le déshabillage. Les lésions siègent au niveau des espaces interdigitaux, ombilic, poignets, avant-bras, plis du coude, aisselles, aréoles des seins, verge, fesses et cuisses,³ épargnant le dos et le visage. Même tableau chez le grand enfant et l'adolescent.

Signes spécifiques : les sillons au niveau des zones de prurit, fins trajets sinueux de 3 à 15 mm, grisâtres ou ponctués de noir et creusés au niveau de la couche cornée ; les vésicules perlées qui



Figure – Vésicules et lésions excoriées chez un enfant de 4 ans.

abritent les nymphes, au niveau des faces latérales des doigts et de la face antérieure des poignets et se dessèchent au bout de 48 heures ; les chancres scabieux, papules rouges et squameuses au niveau du gland et du fourreau de la verge ; les nodules scabieux persistant volontiers à l'aisselle et au scrotum et les lésions de grattage.

Chez le jeune enfant et le nourrisson, le prurit est variable (isolé ou absent). Cependant, chez l'enfant propre (éléments cliniques frustes), il demeure l'élément cardinal du diagnostic. Les lésions se caractérisent au début par des papules excoriées et des stries de grattage sur le visage et le tronc. Plus caractéristiques sont les vésiculo-pustules et bulles des paumes et plantes, les nodules des creux axillaires. Contrairement aux adultes, l'atteinte du cuir chevelu et du visage est possible. Les enfants immunodéprimés, trisomiques ou carencés font plus souvent des gales norvégiennes (érythrodermiques et hyperkératosiques très contagieuses).

L'interrogatoire et la clinique font souvent le diagnostic. La certitude est apportée par la mise en évidence du parasite au sein d'un sillon (localisé à l'aide d'encre de chine) et de son recueil par un vaccinostyle. En l'absence de sillon (enfant propre), on doit se contenter d'un diagnostic présomptif.

Traitement

L'ivermectine, 200 µg/kg per os en prise unique (à renouveler au bout de 10 jours dans les gales norvégiennes), est une bonne alternative aux topiques. Mais il est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 kg.⁴ Les scabicides classiques (benzoate de benzyle : Ascabiol ; lindane : Éléol, Scabécid) peuvent être prescrits dès l'âge de 6 mois. Il faut tenir compte de leur potentiel toxique, d'autant plus important que la barrière cutanée est fragilisée.

Avant l'administration, le sujet doit être douché, les ongles brossés et coupés courts. Après séchage, il est badigeonné avec un pinceau plat sur l'ensemble du corps : 2 badigeons successifs à 48 heures d'intervalle.

La désinfection du linge et de la literie par pulvérisation d'A-Par est nécessaire. Le linge n'est débarrassé des parasites que si la température de lavage est supérieure ou égale à 60°.

L'entourage doit se laver les mains souvent et le personnel hospitalier utiliser des gants. Il faut bien sûr traiter en même temps tous les membres de la famille ou de la collectivité. ●

RÉFÉRENCES

1. Rassner G. Dermatologie, atlas et manuel. Paris: Maloine; 2006: 502 p.
2. Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Paris: Masson; 2004: 1 132 p.
3. Pilly E. Maladies infectieuses et tropicales. Paris: Vivactis Plus; 2007: 736 p.
4. Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, Pardo R, Kerdell FA. The treatment of scabies with ivermectin. N Engl J Med 1995;333:26-30.

* Médecin généraliste, 66650 Banyuls-sur-Mer, ** service de pédiatrie, CHG Saint-Jean, *** dermatologue, 66000 Perpignan.