

La gale

Y penser en cas de prurit familial

OBJECTIF

Savoir diagnostiquer et traiter la gale.

La gale, ectoparasitose à transmission interhumaine exclusive, est contagieuse (comme une IST) et très répandue. La contamination indirecte est possible. Gales profuses et épidémiques sont des indications privilégiées de l'ivermectine.

Par **Sophie Bouvresse, Olivier Chosidow**, service de dermatologie et d'allergologie, hôpital Tenon, 75020 Paris et université Paris 6 ;
Laure Dehen, service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, 75010 Paris. olivier.chosidow@tnn.aphp.fr

La gale est une ectoparasitose à transmission interhumaine exclusive, contagieuse et très répandue. Elle est liée à l'infestation par un acarien, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, parasite humain obligatoire. Elle toucherait 300 millions d'individus dans le monde, sans distinction de sexe ni d'ethnie mais est favorisée par la vie en collectivité.¹ Dans les pays tropicaux, la surinfection cutanée provoque fréquemment une glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique. La transmission est essentiellement directe, par contact étroit « peau à peau ». La gale est ainsi considérée comme une IST. La contamination indirecte est possible via le linge ou la literie, en particulier en cas de forte densité parasitaire. Le nombre de parasites dans une gale classique varie de 5 à 15. La forme profuse touche préférentiellement les patients âgés, et/ou immuno-déprimés, et se caractérise par son extrême contagiosité puisque le nombre de sarcoptes par patient peut atteindre plusieurs centaines à plusieurs millions.

Un prurit nocturne

De 2 à 3 semaines, l'incubation de la gale commune de l'adulte est réduite à quelques jours en cas de réinfestation. Le prurit à recrudescence nocturne est évocateur du diagnostic, en particulier s'il existe une notion de contagé et de prurit familial. Espaces interdigitaux des mains, face antérieure des poignets, zones axillaires antérieures, fesses, aréoles mammaires et organes génitaux masculins sont des localisations privilégiées, alors que le dos et le visage sont

généralement indemnes. Le cuir chevelu peut être atteint. L'examen clinique peut objectiver des lésions de grattage, une eczématisation, une impétiginisation et/ou des lésions spécifiques de gale : sillons et vésicules perlées souvent au niveau des espaces interdigitaux et des poignets, ainsi que les nodules scabieux brun cuivré siégeant volontiers dans les plis axillaires et sur les organes génitaux masculins (tableau 1).

TABLEAU 1

CARACTÉRISTIQUES DES FORMES CLINIQUES PARTICULIÈRES

Forme clinique	Contexte évocateur	Présentation atypique	Localisation préférentielle	Remarque
Gale du nourrisson	Agitation, contorsions (prurit)	Lésions vésiculeuses	Palmoplantaire	Sillons inconstants
		Nodules scabieux	Axillaire Inguino-génitale	
Gale du sujet âgé	Prurit inconstant, tardivement détecté Vie en collectivité	Lésions eczématiformes éparées Possibilité de forme bulleuse	Atteinte fréquente du dos et du cuir chevelu	Gale volontiers profuse du fait du retard diagnostique
Gale hyper-kératosique	Patients immuno-déprimés, souffrant d'un handicap mental, ou dans les suites d'une dermo-corticothérapie prolongée	Érythrodermie, discrètement, voire non prurigineuse avec hyper-kératose palmoplantaire « farineuse »	L'atteinte du dos, du visage et du cuir chevelu est fréquente, mais les lésions se limitent parfois aux seules extrémités	Forme rare de gale profuse, extrêmement contagieuse

Prélèvement utile dans les gales atypiques

L'examen au microscope du produit de grattage des lésions spécifiques permet de visualiser le sarcopte, ses œufs ou ses larves. Cette procédure « opérateur-dépendante », peu sensible en cas de pauci-infestation, est intéressante dans les formes atypiques.

In vivo, le sarcopte peut être visualisé en dermoscopie (ou par microscope à épiluminescence) : cela pourrait aider le parasitologue à optimiser le prélèvement.²

Traitement du patient et de l'entourage

Les scabicides topiques sont neurotoxiques pour les sarcoptes, leurs larves et leurs œufs. Ils ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale et 4 produits sont disponibles en France.

- Le benzoate de benzyle à 10 % (Ascabiol lotion), souvent responsable d'irritation cutanée locale (voire d'eczéma de contact), est prescrit en application unique (ou renouvelée 10 minutes plus tard) sur l'ensemble de la peau encore humide – sans négliger paumes, plantes, organes génitaux et cuir chevelu – en respectant les muqueuses et le visage. Le produit est laissé en place 24 heures puis rincé. En cas de lavage des mains, il doit être immédiatement réappliqué. Certains auteurs recommandent 2 applications consécutives de 24 heures.

- L'esdépalléthrine (Sprégal lotion), pyréthrianoïde de synthèse synergisé par le butoxyde de pipéronyle, est pulvérisé sur le corps en évitant le visage puis rincé 12 heures après. Le conditionnement en aérosol contre-indique son utilisation par et pour les sujets asthmatiques.

- Le lindane (Élénol crème) est uniquement disponible sur ordonnance et contre-indiqué par l'OMS en-dessous de 10 ans et durant la grossesse. Il reste utilisé mais sa neurotoxicité potentielle et l'apparition de résistances le rendent moins attractif. Il nécessite une application unique de 24 heures sur une peau sèche.

- Le crotamiton (Eurax) est bien toléré (application pendant 24 heures, 2 jours de suite) mais il est probablement moins acaricide que les autres produits.

TABLEAU 2

MODALITÉS DU TRAITEMENT DE LA GALE DANS CERTAINES SITUATIONS PARTICULIÈRES

	Traitement local	Traitement systémique	Mesures associées spécifiques	Remarques
Nourrisson et enfants < 2 ans	Ascabiol (pur ou dilué) ou Sprégal pendant 6 à 12 h maximum	Ivermectine chez l'enfant < 15 kg	Il faut traiter le visage en évitant bouche et yeux	Intérêt du crotamiton pour les nodules scabieux
Femme enceinte	Ascabiol et Sprégal sans dépasser 12 h d'application	Ivermectine		Lindane
Gale profuse	Réaliser au moins 2 applications de scabicide topique avec traitement du visage	Ivermectine 200 µg/kg avec 2 administrations consécutives	Isolement : hospitalisation en général nécessaire	
Gale hyperkératosique	Applications répétées de scabicides et de vaseline salicylée (minimum à 10 %)	Doses répétées d'ivermectine (200 µg/kg) à 14 jours d'intervalle	Hospitalisation et isolement en dermatologie Traitement du visage et des ongles (coupés et brossés avec le scabicide)	Applications de scabicides répétées jusqu'à négativation du prélèvement parasitologique
Gale impétiginisée	Préférer un traitement oral en cas d'altération cutanée importante	Antibiothérapie orale avant de débiter le traitement scabicide, si topique	Rechercher une protéinurie à la bandelette après 3 semaines chez l'enfant	
Gale eczématisée	L'application d'émollients doit être préférée aux dermocorticoïdes	Intérêt de l'ivermectine en cas d'altération cutanée importante		

Traitement par voie orale, l'ivermectine (Stromectol), est un antiparasitaire à large spectre dont les effets indésirables sont rares et peu sévères : troubles gastro-intestinaux, neurologiques ou dermatologiques régressant en 48 heures. Remboursable par la Sécurité sociale, il possède l'AMM pour le traitement de la gale mais reste contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 kg et la femme enceinte. Dans certaines



Fig. 1 – Lésions typiques des espaces interdigitaux.
Fig. 2 – Lésions excoriées et papuleuses.

Chosidow O.
Scabies. N Engl J Med 2006; 354:1718-27.
Copyright © 2007. Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

EN PRATIQUE

Évoquer la gale devant un prurit à recrudescence nocturne, notamment s'il est familial.

Faire un prélèvement parasitologique dans les gales atypiques.

Gales profuses et épidémiques sont les indications privilégiées de l'ivermectine.

formes de gale, le traitement oral est particulièrement indiqué : patients infectés par le VIH, gale profuse ou hyperkératosique, et gale épidémique. Sa facilité d'utilisation peut être intéressante en cas d'échec du traitement local ou si celui-ci semble difficile à appliquer (patient isolé, difficultés de compréhension, dermatose associée). Selon l'AMM, il s'administre en prise orale unique à la dose 200 µg/kg et ne dispense ni des mesures de décontamination environnementale, ni du traitement des sujets contacts. L'administration systématique d'une deuxième dose à 1 ou 2 semaines d'intervalle est actuellement discutée, car l'ivermectine a un mauvais pouvoir ovicide, ce qui pourrait provoquer l'échec du traitement. Enfin, des cas de sarcopte résistants à l'ivermectine ont été rapportés chez des animaux et plus récemment chez l'homme, mais de façon anecdotique.

Le traitement concerne simultanément le malade, son entourage proche (dépistage et traitement), ainsi que la désinfection de la literie et des vêtements par lavage en machine à 60° ou l'application d'insecticide.³ La persistance d'un prurit 2 semaines après le traitement doit évoquer une réaction d'irritation ou allergique, une recontamination, un traitement insuffisant ou mal réalisé, une résistance à l'acaricide, un prurit psychogène ou parfois une autre dermatose masquée par la gale.

Pour les épidémies de gale en collectivité, la déclaration du cas index et une enquête épidémiologique sont indispensables. En fonction du nombre et de la dissémination des cas dans la collectivité et de l'existence de formes profuses, on traitera au minimum toutes les personnes en contact avec le malade et au maximum toutes les personnes vivant, travaillant ou visitant l'institution, et le cas échéant, leur propre entourage, en privilégiant le traitement oral. Les modalités du traitement varient dans certaines situations particulières et sont résumées dans le tableau 2. ■

Références

1. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med 2006;354:1718-27.
2. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. J Am Acad Dermatol 2007;56:53-62.
3. Avis du CSHP de France, section des maladies transmissibles, relative à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu (séance du 27 juin 2003). Ann Dermatol Venerol 2004;131:1119-21.

LIVRE

PHILIPPE BATEL. Inserm, La Découverte 2006, 216 p.

Pour en finir avec l'alcoolisme : réalités scientifiques contre idées reçues

Face à 5 millions de personnes nécessitant des soins, et 45 000 décès par an, l'ampleur du problème dépasse très largement le cadre de l'alcoologie. La question n'est pas de multiplier les structures d'accueil alcoologiques, gouttes d'eau dans la mer. La question est de rendre l'information accessible aux seuls professionnels qui peuvent faire raisonnablement face à l'épidémie : les généralistes. Le livre de Philippe Batel est précieux. Écrit dans une langue alerte,

parfois cinglante (à l'égard des alcooliers), ce petit ouvrage est indispensable. Il fait le tour de la question : épidémiologie (seulement les chiffres qui comptent), physiopathologie (avec juste ce qu'il faut de biologie des neurotransmetteurs), symptomatologie, complications, état de la thérapeutique, pistes de recherche. Du côté thérapeutique, il ne pose pas l'abord biologique, médicamenteux ou comportementaliste de l'alcoolisme « contre » l'abord social, psychologique

ou psychanalytique. Non, il est résolument pragmatique : face à une maladie aussi grave, tous les moyens sont bons et légitimes. Quelques questions glanées au fil du livre : repérer un problème d'alcool, l'aborder, accompagner et maintenir le changement, connaître et conseiller une association d'anciens buveurs, savoir quoi attendre d'une cure et d'une post-cure, prescrire à bon escient les médicaments du sevrage et du post-sevrage, traiter la dépression quand



elle est présente, repérer les pathologies psychiatriques sous-jacentes, gérer les rechutes, comprendre le ou la conjointe de l'alcoolique et l'aider, accompagner un enfant d'alcoolique, affronter les difficultés d'emploi... ■

JEAN-PIERRE AUBERT