

ECTOPARASIToses CUTANÉES :

Gale et Pédiculose

J Mazereeuw-Hautier, JL Bonafé

**Collège des enseignants de Dermatologie
Juin 2006**

ITEM N°79

Objectifs

- Diagnostiquer une gale et une pédiculose.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

GALE ACARIENNE HUMAINE (GALE SARCOPTIQUE)

Définition

Il s'agit d'une maladie ectoparasitaire due à la colonisation cutanée par un acarien *Sarcoptes scabiei*, variété hominis. Elle se caractérise par un prurit entraînant des lésions de grattage non spécifiques et par quelques lésions spécifiques liées à la présence du sarcopte souvent difficile à repérer (sillons). C'est la réaction de l'organisme contre le sarcopte et ses déjections qui explique la plupart des signes cliniques.

Epidémiologie

L'acarien de la gale humaine est très étroitement adapté à son hôte. La gale se transmet dans l'immense majorité des cas par contact humain direct. Celui-ci s'effectue dans le cadre familial du couple, parfois en milieu scolaire. La transmission nécessite le plus souvent des contacts intimes et prolongés, la gale est également considérée comme une maladie sexuellement transmissible. La transmission indirecte par les vêtements et la literie existe mais est exceptionnelle dans les gales communes. A l'inverse elle n'est pas rare dans les formes croûteuses qui fourmillent de sarcoptes. Les modalités de la transmission sont étroitement liées à la biologie de l'acarien. C'est un acarien femelle qui est responsable de la gale. Cet acarien a une bonne mobilité pour des températures de 25 à 30 °C, peut se déplacer facilement à la surface de la peau de plusieurs centimètres par heure. Il est tué très rapidement par des températures de 55 °C, perd sa mobilité en dessous de 20 °C et meurt probablement en 12 à 24 heures. Le cycle parasitaire a une durée de l'ordre de 20 jours. La population parasitaire est généralement peu importante, de l'ordre de 10 femelles.

La gale évolue par épidémies survenant lors des guerres et des grands mouvements de population. A l'heure actuelle il persiste une petite endémie dans les milieux sociaux défavorisés et en tant que maladie sexuellement transmissible. On a également assisté à la survenue d'épidémies dans les foyers de personnes âgées touchant les résidents des foyers, le personnel soignant, les familles et les proches. Ces épidémies sont

souvent dues au caractère tardif du diagnostic et au nombre élevé des parasites au cours des gales survenant dans une population aux moyens de défense amoindris. Chez des sujets immunodéprimés, on peut également constater la survenue de gales riches en parasites et difficiles à soigner. On peut néanmoins observer des gales dans les milieux favorisés.

Signes diagnostique de la gale

La période d'incubation est de l'ordre de trois semaines ; elle est plus courte (quelques jours) en cas de réinfestation.

Forme habituelle

La forme habituelle comporte les signes suivants :

- Un prurit généralisé à recrudescence nocturne épargnant le visage. Ce prurit est souvent conjugal ou familial. Il s'accompagne de lésions de grattage qui peuvent être surinfectées.
- Une éruption à topographie évocatrice atteignant les espaces interdigitaux, la face antérieure des poignets, les coudes et emmanchures antérieures, l'ombilic, les fesses, la face interne des cuisses, du mamelon et de l'aréole mammaire chez la femme. Au niveau des organes génitaux externes on peut observer sur la verge une papule très prurigineuse et excoriée nommée « chancre scabieux ».
- L'existence d'un signe spécifique de la gale qui est le sillon scabieux. Celui-ci est une petite lésion sinueuse, de quelques millimètres de long, correspondant au trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée de l'épiderme. Il est surtout visible entre les doigts et sur la face antérieure des poignets mais difficile à visualiser par un clinicien non expérimenté. Le sillon contient les œufs pondus et parfois à l'une des extrémités une discrète éminence de la taille d'une tête d'épingle qui correspond à la position de l'acarien femelle. Celle-ci est à la limite de la visibilité à l'œil nu lorsqu'elle est extraite du sillon car elle mesure 0,2 à 0,4 mm.

Formes atypiques

-La gale du nourrisson

L'atteinte plantaire ou palmaire vésiculeuse ou pustuleuse est un bon signe d'orientation. On retrouve également des lésions infiltrées, rouge cuivré, des régions péri-axillaires et du tronc, correspondant à des nodules scabieux. Le prurit peut être absent chez le tout petit mais il existe fréquemment des mouvements de reptation lorsqu'il est déshabillé.

-Les gales profuses

Elles se caractérisent par le caractère floride et étendu de l'éruption cutanée ; elles sont la conséquence d'un diagnostic tardif et/ou d'un déficit immunitaire (infection par le virus de l'immunodéficience humaine en particulier) ou de traitements inadaptés (corticothérapie locale ou générale).

-Les gales croûteuses (dites « norvégiennes »)

Comme leur nom l'indique elles sont faites de lésions squameuses. Elles sont peu ou non prurigineuses et touchent tout le corps y compris le visage, le cuir chevelu et les ongles. Elles sont très contagieuses en raison d'une extraordinaire prolifération parasitaire.

-La gale des gens propres

Elle est pauci-lésionnelle et difficile à diagnostiquer, le diagnostic est généralement basé sur l'anamnèse.

-L'impétiginisation d'une gale peut masquer le diagnostic initial de gale ou profit de celui d'impétigo. Un impétigo, en particulier de l'adulte doit faire suspecter une gale. Le patient doit donc être réévalué après le traitement en cas de doute.

-Prurit résiduel après traitement

Il existe plusieurs causes de prurit persistant après un traitement bien conduit.

Il peut s'agir de la persistance de la gale (traitement mal conduit ou insuffisant), d'une réinfestation par l'entourage, d'une irritation secondaire au traitement local, d'une parasitophobie. Une dernière cause est représentée par la présence de nodules scabieux qui sont des nodules inflammatoires prurigineux sans présence de sarcopte. Le traitement de ces nodules repose sur l'application de dermo-corticoïdes.

L'irritation secondaire au traitement local doit être traitée par des applications d'émollients.

Le diagnostic positif

Il repose sur l'anamnèse, la notion de prurit et sur une éruption cutanée à topographie évocatrice. Il n'y a pas de signe biologique spécifique. On pourrait noter de manière inconstante une petite éosinophilie sanguine et une discrète augmentation des IgE totales mais aucun examen biologique ne doit être pratiqué.

La mise en évidence de l'acarien est difficile en dehors des formes profuses et croûteuses et nécessite une bonne technique de recherche et un opérateur très entraîné. Après repérage d'un sillon, il faut ouvrir celui-ci avec un vaccinostyle, recueillir le matériel du sillon et prélever si possible l'éminence acarienne. L'examen au microscope (objectif 10) permet de voir les œufs ou l'acarien adulte femelle. La preuve parasitologique n'est pas toujours obtenue et la mise en route d'un traitement d'épreuve est parfois nécessaire

Le diagnostic différentiel

Il convient d'éliminer les autres causes de prurit généralisé.

-Dans la gale classique avec lésions cutanées on évoquera les autres dermatoses prurigineuses, en particulier l'eczéma. En effet l'eczéma s'accompagne également de prurit et de lésions de grattage. Ce diagnostic d'eczéma est fréquemment posé chez l'enfant.

-Chez les gens propres où il n'existe généralement que des lésions de grattage, il faut évoquer les causes de prurit sans lésions cutanées comme les prurits métaboliques, du au lymphome ou le prurit sénile.

-La pédiculose corporelle se caractérise par un prurit généralisé et des lésions de grattage chez des sujets à l'hygiène très déficiente. Les poux responsables sont facilement retrouvés dans les vêtements.

-Les gales d'origine animale donnent chez l'homme un prurit avec des lésions excoriées, mais pas de sillon. Le diagnostic est basé sur la notion de présence

d'animaux d'élevage ou domestiques au contact du malade, le prélèvement de la litière peut être utile.

-La gale onchocerquienne doit être évoquée devant un sujet originaire d'un pays d'endémie.

Traitement

Traitement local

Une règle d'or consiste à instituer le traitement de façon simultanée chez sujet atteint et chez les sujets contact. Ce traitement est ambulatoire. Tous les produits sont coûteux et aucun n'est remboursé par l'assurance maladie. Le protocole thérapeutique doit être bien expliqué au patient et un protocole écrit doit lui être remis pour une meilleure observance.

-Le benzoate de benzyle (Ascabiol®) est d'utilisation courante en France. Il doit être utilisé après un bain chaud et un savonnage et à l'aide d'un pinceau plat. Le produit doit être appliqué sur la totalité du corps (à l'exception du visage) pendant 24 heures chez l'adulte (et 12H chez l'enfant de moins de 2 ans). Cette application est généralement répétée le lendemain.

-Le lindane (Elenol®, Scabecid®) est également efficace avec une durée de contact de 12 heures. Il est à éviter chez le nourrisson et la femme enceinte.

-Les pyréthrinoides sont les insecticides les moins toxiques ; ils peuvent être utilisés chez le nourrisson et la femme enceinte (Spregal®), leur efficacité est probablement inférieure à celle du lindane et de l'Ascabiol®.

Le linge de corps, les draps, doivent être lavés à plus de 50°. Si textiles ne peuvent subir ce traitement, l'acarien peut être détruit par un passage à la sècheuse ou un repassage à haute température, une pulvérisation avec un insecticide (Prépar). Le linge peut être également être laissé une semaine dans un sac plastique, éventuellement exposé au froid (le congélateur aider à la destruction des acariens).

Traitement systémique

L'efficacité de l'ivermectine (Stromectol®) a été démontrée dans le traitement de la gale à la dose unique de 200 microgrammes par kilo *per os*. Cet anti-parasitaire a obtenu une AMM pour la gale en 2001, il est maintenant remboursé dans cette indication. Il est réservé aux patients de plus de 15 kg.

La tolérance est correcte. Une seconde prise à J14 est préconisée en cas de gale profuse, d'immunodépression ou d'apparition de nouvelles lésions spécifiques. Il ne doit pas être réadministré avant 4 semaines en cas de persistance des symptômes. Il est encore difficile de déterminer la place de l'ivermectine dans le traitement de la gale par rapport aux traitements locaux classiques. Les études en cours ne semblent pas montrer de supériorité par rapport à l'Ascabiol®. Ce traitement oral trouve surtout sa place dans les institutions ou les établissements de long séjour où les épidémies de gale sont fréquentes et difficiles à traiter en raison de la difficulté à effectuer le traitement local classique chez toutes les personnes en même temps. Il semble également intéressant en cas de gale profuse ou chez les sujets immunodéprimés. Ce traitement n'est pas indiqué comme traitement d'épreuve d'un prurit. Peu d'effets indésirables sont signalés dans cette indication, en dehors d'une exacerbation du prurit en début de traitement.

-En cas de surinfection importante, une antibiothérapie antistreptococcique ou antistaphylococcique peut être nécessaire. Le mieux est alors de faire simultanément le traitement antibiotique et antiscabieux.

-En cas de gale croûteuse il convient d'associer un traitement local kératolytiques pour dégager les squames contenant des sarcoptes.

-Le prurit doit céder rapidement en une dizaine de jours. Les substances anti-galeuses sont irritantes ; il ne faut donc pas répéter de façon inconsidérée les traitements sous peine de voir survenir un prurit dû à l'irritation.

LES PEDICULOSES

Pédiculose de la tête

Elle est due à l'infestation du cuir chevelu par le pou de tête (*Pediculus humanus var capitis*). Elle touche avec prédilection les enfants d'âge scolaire et pose des problèmes d'hygiène scolaire car les traitements simultanés de toute une classe et des sujets contact, ne sont pas faciles à mettre en œuvre.

Le diagnostic est basé tout d'abord sur l'interrogatoire avec la présence d'un prurit du cuir chevelu, diffus ou à prédominance rétro-auriculaire pouvant s'étendre vers la nuque et la partie haute du dos (prurit en pélerine). Des cas dans l'entourage sont parfois notés, notamment en milieu scolaire.

A l'examen clinique, on peut noter des lésions de grattage du cuir chevelu et de la nuque, des lésions croûteuses surinfectées, des adénopathies cervicales. Le diagnostic de certitude repose sur la découverte de lentes : il s'agit d'œufs, collés aux cheveux, visibles à l'œil nu sous la forme de petite boule arrondie grisâtre, ne coulissant pas le long de la tige pileuse si la lente est vivante. Elles sont surtout faciles à mettre en évidence dans les régions rétro-auriculaires. Les lentes sont habituellement présentes en très grand nombre, ce d'autant que la pédiculose évolue de longue date. La découverte de poux adultes (visible à l'œil nu mais très mobile) est possible surtout dans les formes profuses. Il peut rarement exister une atteinte des cils.

L'épidémiologie se caractérise par une transmission interhumaine directe (contact des têtes surtout chez les enfants en milieu scolaire) ou interhumaine indirecte par les bonnets, les peignes, les brosses....

Le pou adulte est hématophage, la femelle adulte pond les œufs à raison de 10 à 20 par jour, à proximité de l'émergence des cheveux. L'éclosion est assez rapide (une semaine). Le pou de tête ne transmet pas de maladie associée.

Pédiculose corporelle

Elle est due à l'infestation du corps par le pou de corps (*Pediculus humanus var corporis*). Elle touche avec prédilection les sujets sans domicile fixe, vivant dans des conditions extrêmement précaires. Elle est beaucoup plus rare que la pédiculose du cuir chevelu. Le pou de tête et le pou du corps sont morphologiquement identiques ; on ignore les facteurs incitant ces poux à coloniser de préférence le corps ou le cuir chevelu. L'atteinte simultanée des deux sites est possible. La transmission est interhumaine directe liée à la promiscuité, des asiles de nuit en particulier, ou due aux vêtements. Le pou circule sur le corps le temps de se nourrir ; il se réfugie ensuite dans les vêtements et pond ses œufs sur les fibres textiles.

Le tableau clinique est stéréotypé : il existe un prurit avec des lésions de grattage disséminées sur le tronc, la racine des membres. Ces lésions peuvent saigner et se surinfecter.

Le diagnostic de certitude est basé sur la découverte de poux sur le corps lors du déshabillage ou sur les vêtements. Le pou de corps était responsable de la transmission de maladies infectieuses : fièvre récurrente cosmopolite, typhus épidémique persistant en Afrique, fièvre de tranchées (*Bartonella quintana*). Cette dernière fièvre éruptive connaît une recrudescence actuelle dans les populations à conditions de vie précaires dans les grandes métropoles urbaines.

La phtiriase (poux de pubis, morpion)

Il s'agit d'une ectoparasitose due à *Phtirius inguinalis*. Contrairement au pou de tête et au pou de corps qui sont très mobiles, l'adulte vit accroché aux poils de la région génitale près de leur émergence. Il pond les œufs sur la pilosité génitale. La phtiriase est une maladie sexuellement transmissible. Le diagnostic repose sur la notion d'un prurit et il faut un examen attentif pour voir les adultes sous la forme d'une petite tache grise près de l'orifice des poils. Les lentes sont à la limite de la visibilité sous la forme d'une petite masse arrondie, collée au poil. On retrouve parfois des lésions de grattage, parfois de petits amas pigmentés correspondant aux déjections des morpions. La pilosité péri-anale, axillaire, peut être touchée en cas de négligence, ainsi que la pilosité pectorale chez l'homme. Les taches ardoisées abdominales sont devenues rarissimes. La colonisation de la barbe ou du cuir chevelu est rarissime ; celle des cils est par contre possible.

Traitements

Les traitements doivent tuer les adultes (pédiculicides) mais aussi les lentes. Les substances utilisées sont onéreuses. Ils ne sont pas considérés comme des médicaments et ne sont donc pas remboursés. Les lotions sont les préparations galéniques les mieux adaptées pour le traitement des cheveux. La forme shampooing n'est pas adaptée car le temps de pose est trop court pour tuer le pou. Une 2^{ème} application de la lotion est conseillée 8 jours plus tard surtout si le produit est non ou peu lenticide, et ce jusqu'à disparition des lentes. Il est également vivement conseillé de compléter le traitement par l'ablation mécanique de toutes les lentes (peigne fin ou ongles), mais celle-ci peut être fastidieuse si les lentes sont profuses.

Le lindane

Le lindane est un insecticide organochloré peu utilisé en France (Scabecid®, Elenol®). Il est pédiculicide et peu lenticide ; il est contre-indiqué chez la femme enceinte et le nourrisson.

Les pyrethrines

Les pyréthrines naturelles ou de synthèse sont les plus utilisées (Hegor®, Parasidose®, Item®, Itax®). Elles sont pédiculicides et lenticides mais l'on constate l'émergence de poux résistants.

Le Malathion

Le malathion (insecticide organophosphoré) est à utiliser en première intention (Prioderm®). Il est pédiculicide et lenticide. La durée d'application de la lotion est de 12 heures. Le traitement doit être fait sous surveillance médicale chez le nourrisson. Des résistances commencent également à apparaître en France.

Pouxit lotion anti poux

Il contient un dérivé de la silicone qui va tuer les poux et les lentes par action physique, en les recouvrant.

Les résulsifs antipoux

Leur usage n'est pas recommandé.

Indications

Les poux de tête sont à soigner avec des lotions à base de malathion en première intention.

Les poux de corps sont réfugiés dans les vêtements qui seront désinfectés avec un insecticide ou lavés.

Les poux de pubis relèvent du rasage associé au lindane ou au malathion

POINTS CLES

1. Penser au diagnostic de gale devant tout prurit de topographie évocatrice
2. Diagnostics difficiles :
 - gale des gens propres
 - formes très profuses et croûteuses
 - gales du nourrisson
- 3 Des vésicules palmaires et/ou plantaires chez un nourrisson doivent évoquer une gale
- 4 Un impétigo de l'adulte doit faire suspecter une ectoparasitose
- 5 Recrudescence de « fièvre des tranchées » à *Bartonella quintana* transmise par les poux de corps dans les populations victimes de la précarité
- 6 Gale : traitement simultané des sujets atteints et contact sans oublier la désinfection du linge et de la literie
- 7 Schéma thérapeutique précis à détailler au malade par écrit
- 8 Pas de traitements répétés abusifs (respecter les recommandations du Vidal® et de la notice)



Ectoparasite : sarcoptes scabiei



Sillons scabieux inter-digitaux



Nodules scabieux du scrotum



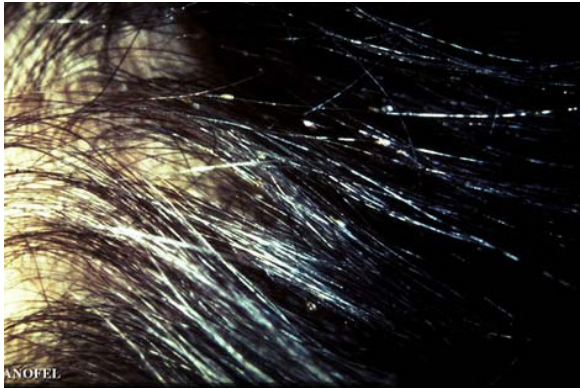
Gale crouteuse ou norvégienne



Gale crouteuse ou norvégienne



Phthirus pubis



ANOFEL
Lentes du cuir chevelu