Gale norvégienne chez un chauffeur routier burundais : cas clinique.

www.medecinetropicale.com

Observation

Un homme de 32 ans, chauffeur routier, est admis au CHU de Kamenge à Bujumbura (Burundi) pour une fièvre, un amaigrissement et un prurit généralisé. Il faisait régulièrement en camion le trajet de Bujumbura à Mombassa (Kenya) par le Rwanda et l'Ouganda. Très asthénique, il a arrêté son métier il y a 3 mois. A l'examen, on est en présence d'un patient amaigri, pesant 56 kg pour 1,70 m, fébrile (37,9°C). L'examen de la peau met en évidence une dermatose squameuse, hyperkératosique, très étendue, en larges placards, atteignant l'ensemble du revêtement cutané, y compris les paumes des mains (figure 1) et les plantes des pieds qui ont un aspect farineux caractéristique. Les ongles sont décollés avec une hyperkératose sous-unguéale.

Figure 1- Paume d'une main.

L'examen endo-buccal montre une candidose profuse au niveau de la langue et des joues.
L'interrogatoire orienté apprend que ce malade a présenté, il y a 6 mois, un zona intercostal, avec d'importantes douleurs séquellaires.
La sérologie VIH est positive.

Questions

1- Quel est votre diagnostic ?
3- Quel est le cycle de cette maladie ?
3- Quel(s) examen(s) paraclinique(s) faut-il demander pour confirmer le diagnostic ?
4- Quelles sont les pathologies associées à rechercher ?
5- Quelles sont les principales caractéristiques de cette maladie ?
6- Quelles thérapeutiques faut-il appliquer ?
7- L'OMS a inclus la gale dans les maladies tropicales négligées. Pourquoi ?

Discussion

1- La conjonction d'un prurit généralisé et d'une dermatose squameuse hyperkératosique avec onyxis et hyperkératose palmoplantaire farineuse évoque une gale hyperkératosique, croûteuse, dite gale norvégienne.

2- La gale est due à la contamination de la peau par un acarien microscopique, *Sarcoptes scabiei*, parasite humain obligatoire vivant dans l'épiderme où il creuse des galeries ou sillons au niveau de la couche cornée. Après fécondation, les femelles adultes pondent des œufs dans les sillons. Les œufs donnent des larves qui sortent des sillons, se transforment en nymphes qui donnent des adultes en une dizaine de jours.
Le nombre de sujets infectés est de l'ordre de 300 millions dans le monde.
La transmission se fait par contact humain physique direct. La gale est une maladie sexuellement transmissible. La gale est très contagieuse car le parasite peut survivre environ un à deux jours en dehors de son hôte dans la literie ou les vêtements. Par sa localisation dans les sillons, le sarcopte résiste aux mesures hygiéniques habituelles (bain, savonnage).
La gale croûteuse généralisée dite « gale norvégienne » ou « gale profuse » doit faire rechercher une immunodépression sous-jacente : infection à VIH/Sida et surtout infection à HTLV1.

3- Le prélèvement au vaccinostyle d'une squame, examiné au microscope à faible grossissement, met en évidence de très nombreux sarcoptes vivants. La dermatoscopie est une technique complémentaire qui peut confirmer le diagnostic en visualisant le déplacement épidermique des sarcoptes.
Il faut demander une recherche d'anticorps anti-VIH et anti-HTLV et un TPHA-VDRL. La recherche des anticorps anti-VIH1 est ici positive. Il s'agit donc d'un malade sidéen présentant une gale norvégienne. Au cours de ses nombreux déplacements, il a eu de nombreuses relations hétérosexuelles, sans protection, avec des femmes de rencontre.

4- Il faut rechercher des infections opportunistes. Il n'a pas été noté ici d'autres infections opportunistes, à l'exception d'une candidose œsophagienne associée à la candidose oro-pahryngée. La radiographie pulmonaire et le liquide céphalorachidien étaient normaux.

5- La gale norvégienne, décrite au XIXe siècle chez les lépreux, puis ensuite chez les patients sous corticoïdes, a émergé depuis l'avènement des rétroviroses responsables d'immunodépression acquise : infection à VIH/SIDA ou infection à HTLV1.
La gale norvégienne est une forme clinique particulière de la gale. Les formes particulières de la gale se distinguent de la gale commune qui est caractérisée par un prurit généralisé, à recrudescence nocturne, respectant l'extrémité céphalique et par des lésions à type de sillons et de vésicules perlées siégeant en particulier au niveau des espaces interdigitaux des mains.

Le tableau I résume les formes cliniques particulières de la gale

Forme clinique	**Contexte**	**Présentation clinique atypique**	**Localisation préférentielle**	**Remarque**
Gale du nourrisson	Prurit (agitation)	Lésions vésiculeuses Nodules scabieux	Palmo-plantaire Axillaire, inguinal	Sillons inconstants
Gale du sujet âgé	Prurit inconstant sujet vivant en collectivité	Lésions eczématiformes Possibilité de forme bulleuse	Atteinte fréquente du dos et du cuir chevelu	Gale profuse (retard diagnostique)
Gale hyperkératosique	Immunodépression Dermo-corticothérapie prolongée	Erythrodermie peu prurigineuse avec hyperkératose palmo-plantaire farineuse	Atteinte du dos, du cuir chevelu fréquente Parfois lésions des seules extrémités	Forme rare de gale profuse, extrêmement contagieuse

6- Le traitement est local par les scabicides topiques et général par l'ivermectine.
Le traitement local consiste, après savonnage, en applications répétées de scabicides et de vaseline salicylée (minimum à 10 %).

Le traitement général consiste en doses répétées d'ivermectine (Stromectol®) 200 µg/kg à 14 jours d'intervalle. Il faut hospitaliser le malade et l'isoler. Les applications de scabicides doivent être répétées jusqu'à la négativation du prélèvement parasitologique. L'ivermectine étant inefficace sur les oeufs et peut-être sur les formes larvaires immatures des prises répétées sont nécessaires
Notre malade a été traité par Ascabiol® et Stromectol®. Deux semaines plus tard, toutes les lésions avaient disparu.
Chez ce malade, un traitement par amphotéricine (Fongizone®) per os a été prescrit pour la candidose.
Les sujets contacts (famille, personnel hospitalier) ont reçu un traitement par ivermectine, compté tenu de la contagiosité extrême de cette forme clinique de gale.
Les ongles doivent être coupés et brossés avec un scabicide. Le linge et la literie du malade doivent être décontaminés par un lavage à 60 °C ou par une poudre antiacarien (Aphtiria®).
Le traitement antirétroviral sera débuté dès que le taux des CD4+ sera ≤ 500 / mm^3.

Note : l'ivermectine doit être prescrite dans la gale commune lors d'épidémies dans les camps de réfugiés.

7- L'OMS a inclus en 2013 la gale, quelque soit sa forme clinique, dans les maladies tropicales négligées pour trois raisons :
- la gale est une maladie mondiale, atteignant près de 130 millions de personnes à tous moments dans le monde, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.
- la gale est une maladie préoccupante par ses complications, notamment du fait de la surinfection à *Streptococcus pyogenes,* extrêmement fréquente par le grattage. Cette surinfection peut entraîner une glomérulonéphrite post-streptococcique ou une cardiopathie rhumatismale. Plus rarement, la surinfection et due à *Staphylococcus aureus*.
- la gale est une maladie trop rarement traitée, alors que la perméthrine crème en application unique de 12 heures ou l'ivermectine orale, à la dose de 200 µg/kg en une prise , une dose, ont une activité similaire. *L'International Alliance for the control of scabies* (IACS) a édité une publication à l'intention des équipes soignantes, souvent peu impliquées pour traiter les malades atteints de gale, qu'il s'agisse de gale commune ou de gale croûteuse, la plus dangereuse, car les sarcoptes se cachent dans les croûtes qui disséminent et atteignent les contacts.

Références

- Caumes E. Ivermectine et dermatoses tropicales. *Bull. Soc. Path. Ex.,* 1997, 90, 37-38.
- Klotz F., Wade B., Sane M., Gueye P.M. Image… d'une gale norvégienne. Méd. Trop., 1998, 58, 336.
- Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Un prurit. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format Utile. Editions Varia, mars 2001, pp. 256-259..
- Chosidow O. Scabies. *N. Engl. J. Med.*, 2006, 354, 1718-1727.
- Spadoni N., Lamand V., Vonesch M.A., Béranger C. La gale : un fléau mondial. Méd. Santé Trop., 2014; 24 : 41-48.
- Currie BJ. Scabies and global control of neglected tropical diseases. N Engl J Med 2015; 373 : 2371-2372.

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 26/10/2018.