

# MÉDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

## La gale humaine

Professeur Pierre Aubry. Texte revu et corrigé le 19/11/2011

### 1. Généralités

Les ectoparasitoses (pédiculoses et gale humaine) sont des dermatoses cosmopolites et contagieuses qui ont une incidence croissante. Les formes inhabituelles de gale, notamment au cours des infections à HTLV1 et à VIH/Sida, sont en recrudescence. L'ivermectine a modifié les stratégies thérapeutiques.

### 2. Epidémiologie.

La gale est due à 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 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.

### 4. Clinique

La gale est une affection de la peau spécifique à l'homme. L'incubation est de 2 à 3 semaines. Elle peut être réduite à quelques jours en cas de réinfection. A côté de la gale commune, on distingue des formes cliniques particulières : gale du nourrisson, gale du sujet âgé, gale kératosique chez l'immunodéprimé.

#### 4.1. La gale commune ou gale classique

Le prurit est généralisé, à prédominance nocturne, féroce, respectant l'extrémité céphalique. Les lésions touchent les espaces interdigitaux des mains, les poignets, les coudes, l'ombilic, les organes génitaux, les fesses, les cuisses ( face interne ), les seins chez la femme.

Les lésions spécifiques sont les vésicules perlées et les sillons scabieux au niveau des doigts, des emmanchures, des fesses et des seins. Les lésions non spécifiques sont des lésions de grattage, des papules excoriées, une lichénification, une eczématisation, une impétiginisation. Elles sont plus fréquentes que les lésions spécifiques, surtout chez le petit enfant.

#### 4.2. Les formes cliniques

##### 4.2.1. Les formes atypiques : elles posent des problèmes diagnostiques

- lésions du cuir chevelu simulant une dermite séborrhéique,
- nodules scabieux observés au niveau des creux axillaires et des organes génitaux externes de l'homme (petits nodules de 5 à 10 mm de diamètre, rouges bruns cuivrés et infiltrés à la palpation).

##### 4.2.2. La gale du nourrisson

Les lésions vésiculeuses palmo-plantaires sont caractéristiques. Les lésions secondaires sont souvent au premier plan, atteignant le visage, contrairement à l'adulte, associant lésions de prurigo, impétigo croûteux, eczéma, éruption érythémato-squameuse.

##### 4.2.3. La gale du sujet âgé

Le prurit est inconstant. La maladie est tardivement dépistée, le diagnostic étant difficile à établir, d'autant que le sujet âgé peut présenter un prurit pour de nombreuses autres causes. Elle atteint fréquemment le dos et le cuir chevelu, entraîne des lésions eczématiformes ou des bulles, peut être profuse. La gale peut être à l'origine de foyers épidémiques dans les collectivités, comme les maisons de retraite.

##### 4.2.4. La gale hyperkératosique

La gale croûteuse généralisée des immunodéprimés ou gale norvégienne est une dermatose squameuse hyperkératosique profuse avec de grands placards blancs grisâtres alternant parfois avec

des zones érythématosquameuses. La paume des mains et la plante des pieds ont un aspect farineux. Les ongles sont décollés avec une kératose sous unguéale. L'étendue des lésions est très variable, allant des formes localisées (pavillon des oreilles, par exemple) aux formes généralisées. Cette forme de gale se voit chez l'immunodéprimé ou fait suite à une dermo-corticothérapie prolongée.

Tableau : Formes cliniques particulières de la gale

Forme clinique	Contexte	Présentation clinique atypique	Localisation préférentielle	Remarque
<b>Gale du nourrisson</b>	Prurit (agitation)	Lésions vésiculeuses Nodules scabieux	Palmoplantaire Aillaire, inguinal	Sillons inconstants
<b>Gale du sujet âgé</b>	Prurit inconstant sujet vivant en collectivité	Lésions eczématiformes Possibilité de forme bulleuse	Atteinte fréquente du dos et du cuir chevelu	Gale profuse (retard diagnostique)
<b>Gale hyperkératosique</b>	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

## 5. Diagnostic

La notion de prurit familial ou conjugal, la clinique apportent le diagnostic. En cas de doute ou de forme atypique, le diagnostic est parasitologique. Il faut repérer les sillons par le test à l'encre de Chine, et/ ou les nodules scabieux, gratter les sillons ou les nodules, prélever au vaccinostyle et examiner au microscope à faible grossissement. Il est mis en évidence des sarcoptes vivants et morts ainsi que leurs œufs. La dermatoscopie peut être un moyen élégant de confirmer le diagnostic en visualisant le déplacement épidermique des sarcoptes.

## 6. Traitement.

### 6.1. Les médicaments

- le benzoate de benzyle en lotion (ASCABIOL®), topique prescrit en application unique après un bain tiède sur la peau encore humide.

- deux autres scabicides topiques peuvent être prescrits : l'endépaléthine (SPREGAL® lotion), pyréthrinolide de synthèse synergisé par le butoxyde de pipéronyle, qui est pulvérisé sur le corps et le lindane (ELENOLI® crème), contre-indiqué chez l'enfant au-dessous de 10 ans et la femme enceinte, sa neurotoxicité potentielle et l'apparition de résistances le rendant moins attractif. La perméthrine en crème à 5%, traitement local de première ligne dans les pays anglo-saxons, non commercialisée en France.

- l'ivermectine (SROMECTOL®) à la dose de 200 µg/kg, soit 12 mg chez l'adulte, à renouveler 15 jours plus tard, ou à la dose unique de 400 µg/kg.

### 6.2. La pratique du traitement

Elle est triple concernant le malade, l'entourage immédiat, la literie et les vêtements.

L'ASCABIOL® est prescrit en cas de gale commune. C'est un traitement local qui consiste, après savonnage, en un badigeonnage de tout le revêtement cutané, y compris le cuir chevelu et le visage, en évitant les muqueuses, par du benzoate de benzyle en solution à 10% (ASCABIOL® lotion) en application durant 24 heures, répétée 2 fois. L'application du produit doit se faire sur le corps entier et la durée du contact varie avec l'âge du patient (il faut réduire les durées d'application chez le petit enfant et le nourrisson).

En cas de gale norvégienne, il faut prescrire l'ivermectine (SROMECTOL®) d'autant que le patient est infecté par l'HTLV1 ou le VIH. Il s'agit d'un traitement général. L'ivermectine est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 25 kg et la femme enceinte. Le personnel soignant qui a pris en charge un malade atteint de gale norvégienne doit être mis sous ivermectine en prise unique compte tenu de la grande contagiosité de cette forme clinique.

L'ivermectine doit être prescrite dans la gale commune lors d'épidémies, en particulier dans les camps de réfugiés. Il faut cependant faire attention à la résistance induite par l'ivermectine si son utilisation n'est pas raisonnable dans la gale commune en dehors d'épidémies.

La literie et les vêtements sont lavés en machine à 60°C ou traités par application d'insecticide en poudre (APHTIRIA®) ou en aérosol si non lavables. Il faut rappeler que les sarcoptes ne vivent que 36 heures à température ambiante et donc que la désinfection des vêtements qui ne peuvent pas être lavés, n'est pas toujours nécessaire

### Références

- Klotz F., Wade B., Sane M., Gueye P.M. Image... d'une gale norvégienne. *Med Trop*, 1998, 58, 336.
- Caumes E. Ivermectine et dermatoses tropicales. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1997, 90, 37-38.
- Maniez\_Montreuil M. Virus HTLV I et HTLV II. *Ann. Biol. Clin.*, 1998, 56, 563 – 570.
- Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Un prurit. *Médecine Tropicale au quotidien*. 100 cas cliques. Format Utile. Editions Varia, mars 2001, pp. 256-259.
- Barete S., Chosidow O., Becherel P., Caumes E. Ectoparasitoses (poux et gale) et piqûres d'insectes. *Encycl. Med. Chir.*, Maladies infectieuses, 8-530-A-10, 2001, 13 p.
- Chosidow O. Scabies. *N. Engl. J. Med.*, 2006, 354, 1718-1727.
- Bouvresse S., Chosidow O. La gale. Y penser en cas de prurit familial. *La Revue du Praticien. Médecine Générale*, 2007, 21, 390-392.