

Gale et pédiculose

Connaissances pour la validation du 2^e cycle des études médicales

Rang	Rubrique	Intitulé
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître les modes de transmission principaux et l'épidémiologie gale, pédiculoses
B	Éléments physiopathologiques	Connaître la physiopathologie de la gale
B	Éléments physiopathologiques	Connaître les différents agents des pédiculoses
A	Diagnostic positif	Connaître les signes évocateurs de gale et de pédiculoses
B	Diagnostic positif	Connaître les signes atypiques de gale et de pédiculoses
A	Contenu multimédia	Lésions de gale
A	Contenu multimédia	Photographie d'une pédiculose du cuir chevelu
A	Examens complémentaires	Savoir associer un bilan d'IST au diagnostic de gale ou pédiculose de corps ou de pubis
B	Examens complémentaires	Connaître les indications du diagnostic parasitologique
B	Diagnostic positif	Connaître l'intérêt du dermatoscope pour le diagnostic de gale
A	Prise en charge	Connaître le traitement d'une gale et d'une pédiculose
A	Prise en charge	Savoir traiter les sujets contacts en cas de diagnostic de gale
B	Prise en charge	Connaître les causes d'échec du traitement de la gale et des pédiculoses
B	Prise en charge	Savoir gérer une épidémie de gale dans un établissement

Points importants

- La gale et la pédiculose sont des ectoparasitoses humaines strictes très contagieuses.
- Un prurit majeur est le principal signe de ces infections.
- La promiscuité a un rôle important dans la transmission.
- La gale et la pédiculose du pubis sont aussi des infections sexuellement transmissibles.
- Le traitement de première intention de la gale est aujourd'hui l'ivermectine.

CONSENSUS ET RECOMMANDATIONS

- + Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à l'actualisation des recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale. 2012. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=312>
- + Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu. 2003. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapports3?clef=33&clefr=88>

GALE

1 Bases pour comprendre

1. DÉFINITION

Ectoparasitose humaine responsable d'une dermatose fréquente. **A**

2. MICROBIOLOGIE

Infection liée à un acarien, *Sarcoptes scabiei hominis*. La contagiosité interhumaine est **directe** et importante (un seul contact peut suffire). **B**

3. PHYSIOPATHOLOGIE

La femelle sarcopte creuse un tunnel dans la couche cornée de la peau et y pond ses œufs. Le prurit est lié à une réaction urticarienne. Il existe un risque de surinfection bactérienne liée au grattage. **B**

4. ÉPIDÉMIOLOGIE

Maladie endémo-épidémique mondiale en recrudescence. L'Homme est le seul réservoir. La contagiosité interhumaine est directe et importante (un seul contact peut suffire). **B**

2 Diagnostiquer une gale

1. CLINIQUE

Incubation : 5 jours à 1 mois **A**

Le prurit est le signe dominant voire unique.

Prurit très évocateur de gale si

- Notion de contagé ;
- Collectif ou familial ;
- À recrudescence nocturne ;
- Localisations caractéristiques : espaces interdigitaux, poignets, face antérieure des avant-bras, plis des coudes, aisselles, seins, région ombilicale, verge, et face interne des cuisses. Le dos et le visage sont épargnés.

À l'examen physique

Lésions typiques

- **Sillons** épidermiques dans les zones de prurit (P-171-1). **A**
- **Vésicules perlées** (P-171-2).
- **Nodules scabieux** : organes génitaux (P-171-3)

Lésions moins typiques

- **Lésions de grattage** dans les zones touchées. **B**
- Lésions impétiginisées (surinfections streptococciques ou staphylococciques).

A

P-171-1 : Sillon des espaces interdigitaux

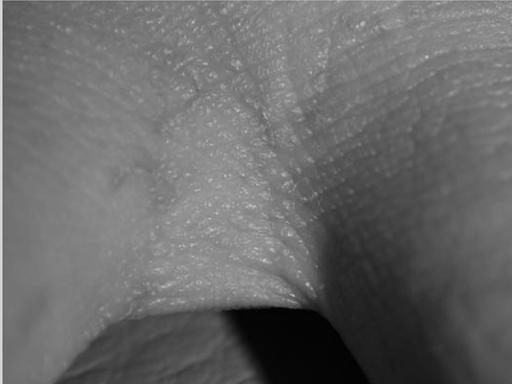


Photo J.J. Morand - © CMIT - Alinéa Plus

A

P-171-3 : Nodules scabieux (diamètre 5-10 mm)

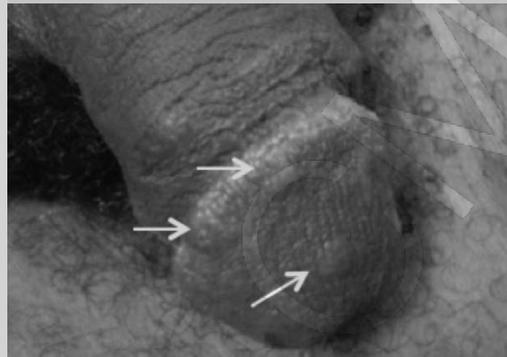


Photo E. Botelho-Nevers - © CMIT - Alinéa Plus

A

P-171-2 : Vésicules perlées au cours d'une gale

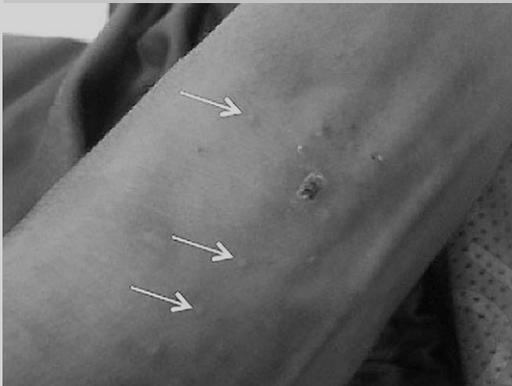


Photo E. Botelho-Nevers - © CMIT - Alinéa Plus

B

P-171-4 : Gale hyperkératosique



Photo J.J. Morand - © CMIT - Alinéa Plus

- Gale eczématisée.
- Gale hyperkératosique (autrefois appelée norvégienne), terrain : sujets avec comorbidités ou immunodéprimés) : contagiosité extrême, lésions diffuses (P-171-4).
- Gale du nourrisson : atteinte du visage et sillons palmoplantaires.

C

Diagnostic différentiel clinique

Dermatite atopique, prurigo, dermite de contact, acarophobie

B

2. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

- **Parasitologique**
 - Visualisation du parasite au dermatoscope.
 - Diagnostic parasitologique direct par grattage des lésions cutanées (manque de sensibilité dans les formes frustes).
- Penser à faire un **bilan biologique des autres IST** si une transmission sexuelle est évoquée.

A

3 Traitement d'une gale

Le traitement doit être :

- **Individuel** : soulager et guérir le patient, traiter les complications éventuelles.
- **ET collectif** : traiter les cas secondaires et rompre la transmission.

Quel que soit le traitement, il faut traiter le **cas et les contacts de façon concomitante**.

A

1. TRAITEMENT ANTIPARASITAIRE

A

Ivermectine

- Traitement de 1^{re} intention pour les adultes ou les enfants de plus de 15 kg.
- Une prise, par voie orale, à renouveler à 7 jours d'intervalle (en raison de l'inactivité sur les œufs).
- Doses selon le poids du patient.
- Dans les gales profuses, il est nécessaire d'associer un traitement local à ce traitement par voie générale.

Scabicides classiques (topiques)

- Benzoate de benzyle.
- Traitement local.
- Un badigeon sur tout le corps (sauf le visage) conservé 24 h, à renouveler 2 jours ou 7 jours plus tard (les 2 protocoles sont possibles) plus tard.



- Contre-indiqué chez le nourrisson (toxicité neurologique).

A

2. TRAITEMENTS ASSOCIÉS

- **Traiter linge et literie : lavage à 60 °C en machine (cycle long)**, sinon enfermer le linge dans un sac plastique pendant au moins 72 heures à température ambiante (pour tuer le sarcopte, qui est dépendant de l'homme pour sa survie).
- **Précautions complémentaires type contact en cas d'hospitalisation.**
- **Traiter une surinfection bactérienne le cas échéant** (Cf. item 155).

A

3. ÉVICTION DES COLLECTIVITÉS

Jusqu'à 3 jours après le début du traitement.

4. CONDUITE À TENIR DEVANT UN CAS CONTACT ET EN CAS D'ÉPIDÉMIE DE GALE

A

Cas contact

- Il faut impérativement traiter **en même temps** les contacts proches (personnes vivant sous le même toit, partenaires sexuels) et le cas index, même s'ils sont asymptomatiques.
- Le traitement est le même que pour le cas index, **l'ivermectine** étant privilégiée.

B

Épidémie

Des épidémies survenant en collectivités (EHPAD...) sont fréquentes. Il faut impérativement traiter **TOUS les membres de la collectivité (y compris les soignants) en même temps** (y compris si absence de signes cliniques). L'ivermectine est utilisée en 1^{re} intention pour des raisons d'observance et de simplicité de mise en place. Un traitement de l'environnement est également nécessaire (bien que la transmission indirecte soit faible) afin d'éviter une recontamination.

B

5. CAUSES D'ÉCHEC DU TRAITEMENT (GALE)

- Rechute après traitement inapproprié.
- Rechute liée à une résistance au traitement.
- Recontamination après guérison.

PÉDICULOSE

1 Bases pour comprendre

1. DÉFINITION

Ectoparasitose strictement humaine.

2. MICROBIOLOGIE

Trois types de poux, insectes hématophages, parasites stricts de l'homme, de transmission directe ou indirecte :

- ***Pediculus humanus corporis*** : pou de corps (P-171-5) ;
- ***Pediculus humanus capitis*** : pou du cuir chevelu ;
- ***Phthirus pubis*** (également appelé ***P. inguinalis***) : pou du pubis ou morpion.

Les poux de corps sont également vecteurs de certaines infections (typhus épidémique à *Rickettsia prowazekii*, fièvre des tranchées à *Bartonella quintana*, fièvre récurrente à poux due à *Borrelia recurrentis*).

P-171-5 : Poux de corps sur tissu



Photo P. Brouqui - © CMIT - Alinéa Plus

3. PHYSIOPATHOLOGIE

Les poux ne viennent sur la peau que pour se nourrir. Leur piqure et les fèces sont prurigineux.

4. ÉPIDÉMIOLOGIE

Les pédiculoses sont ubiquitaires.

La pédiculose corporelle est un marqueur de **précarité**, avec une contagiosité importante. Transmission liée au manque d'hygiène et au froid : camps de réfugiés, prisons, sans domicile fixe dans les pays "développés".

La pédiculose du cuir chevelu est liée à une transmission dans les collectivités **d'enfants**. Pas de notion de précarité, tous les milieux sociaux sont touchés.

La phtirose pubienne est une **infection sexuellement transmissible**.

2 Diagnostiquer une pédiculose : diagnostic clinique

A

1. PÉDICULOSE CORPORELLE

- Prurit intense.
- Excoriations, éruption maculopapuleuse **du dos et du thorax**, prédominant sur les épaules (**localisations très différentes de la gale**) (P-171-6).
- Leucomélanodermie (infestation chronique).
- Observation des lentes sur les fils, les coutures ou plis des vêtements ; poux dans les coutures ou plis des vêtements (ceintures, col, ect.), rarement visibles sur la peau.

P-171-6 : Lésions de grattage sur pédiculose corporelle



Photo E. Botelho-Nevers - © CMIT - Alinéa Plus

A

2. PÉDICULOSE DU CUIR CHEVELU (P-171-7)

Prurit diurne et nocturne, localisé au **cuir chevelu**. Lésions de grattage, impétiginisation du cou, adénopathies occipitales. Lentes visibles à la base des cheveux (P-171-8). Poux adultes bruns, allongés, mobiles, parfois visibles sur le cuir chevelu.

P-171-7 : Pédiculose



Photo ANOFEL - © CMIT - Alinéa Plus

P-171-8 : Lentes (œufs de poux)

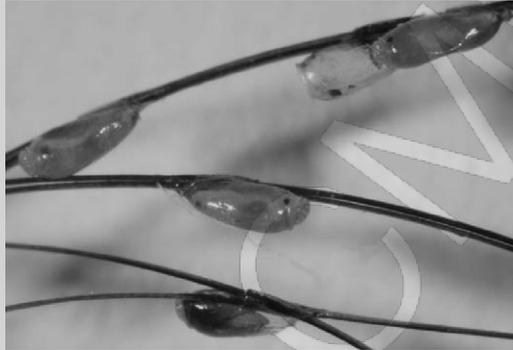


Photo P. Brouqui - © CMIT - Alinéa Plus

3. PHTIROSE PUBIENNE

Prurit pubien

Lésions de grattage du pubis, de l'hypogastre, éventuellement surinfectées (adénopathies inguinales). Visualisation (loupe) des lentes grisâtres de petite taille et de poux immobiles à la base des poils (P-171-9). Attention, il faut systématiquement rechercher les signes cliniques des **autres IST** éventuellement associées et les dépister biologiquement.

P-171-9 : Phtirose pubienne

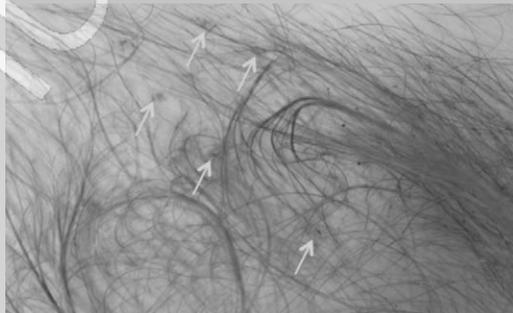


Photo E. Botelho-Nevers - © CMIT - Alinéa Plus

3 Traiter une pédiculose

Le traitement doit être à but **individuel** (soulager et guérir le patient, traiter les complications éventuelles) et **collectif** (traiter les cas de l'entourage et interrompre la transmission).

1. PÉDICULOSE CORPORELLE

Hygiène corporelle, douche avec savon.

Changement de vêtements.

Traiter linge et literie : lavage à 60 °C en machine (cycle long) ou conservé dans un sac plastique pendant 7 jours (pour tuer les lentes).

2. PÉDICULOSE DU CUIR CHEVELU

- **Traitement physique par dimeticone lotion.** Après le temps de contact (précisé par le fabricant), éliminer le produit par shampoing doux, puis peigner avec un peigne fin pour éliminer les lentes.

Il est nécessaire de faire un 2^e traitement 7 jours plus tard.

- **Décontamination** de la literie, poupées, peluches, accessoires de coiffure, avec une poudre pédiculicide ; le linge est décontaminé par lavage à 60 °C.
- Le traitement par ivermectine est également efficace.

A

3. PHTIROSE PUBIENNE

- Une application de perméthrine topique suivie une minute après d'un savonnage.
- Il faut refaire un 2^e traitement 7 jours plus tard (inactif sur les lentes).
- Dépistage et traitement des partenaires sexuels.
- Dépister et traiter d'éventuelles IST associées.

C

4. CONDUITE À TENIR DEVANT UN CAS CONTACT ET EN CAS D'ÉPIDÉMIE (PÉDICULOSE)

Cas contact

- Seules les **pédiculoses actives** justifient un traitement. Il est donc primordial de bien examiner les cas contacts. Le traitement est identique à celui du cas index.

Épidémie

- Pédiculose du cuir chevelu : en milieu scolaire, dépistage et traitement large des cas de pédiculose active et traitement du linge (couvertures de sieste...).
- Pédiculose corporelle : en foyer d'hébergement de SDF, dépistage des individus infectés (Cf. mesures du cas index), traitement du linge (couvertures...).

B

5. CAUSES D'ÉCHEC DU TRAITEMENT (PÉDICULOSE)

- Rechute après traitement inapproprié.
- Rechute liée à une résistance au traitement.
- Recontamination après guérison.

