

Infections parasitaires cutanées

La gale :

Définition :

Connue depuis Aristote (384–322 BC)

Ectoparasitose cutanée: acarien *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*

Maladie infectieuse contagieuse, d'expression dermatologique

Contamination interhumaine

Clinique: prurit+++

Les signes cliniques: conséquence de l'infestation parasitaire et de la réaction de l'organisme contre les sarcoptes et leurs déjections

Les lésions caractéristiques triade: prurit, vésicules, sillons (témoin de la présence du parasite).

Il existe de nombreuses présentations cliniques atypiques: errance diagnostique.

Difficultés diagnostiques, traitement mal codifié: épidémies dans les établissements de soins ou les collectivités.

Epidémiologie :

Très fréquente

Epidémie cyclique: Collectivités

Elle peut survenir par épidémies:

Collectivités médicalisées

Foyers de personnes âgées

Les milieux sociaux défavorisés

Population en déficit immunitaire (spontanément ou par un traitement local et/ou général).

La transmission est interhumaine directe par des contacts intimes et prolongés (cadre familial, couple).

Infection sexuellement transmissible (IST).

La transmission indirecte par les vêtements ou la literie: plus rare sauf dans les formes profuses et hyperkératosiques.

Données parasitologiques :

Sarcopte Scabiei: hominis Acarien:0.4mm

Il n'a été décrit qu'en 1778 par de Geer, qui lui attribue le nom d' *Acarus scabiei* et le reconnaît comme unique agent de la gale chez l'homme.

Les acariens représentent une sous-classe de la classe des arachnides (sous-embranchement des chélicérates, phylum des arthropodes).

Autres sarcoptes: accidentellement l'homme

Transmission interhumaine: directe; indirecte: vêtement, linge, literie

L'acarien femelle est responsable de la maladie, dont les caractéristiques sont :

- peut se déplacer facilement à la surface de la peau de plusieurs centimètres par heure.
- bonne mobilité pour des températures de 25 à 30 °C
- tué très rapidement par des températures de 55 °C
- perd sa mobilité en dessous de 20 °C
- meurt en 12 à 24 heures.
- incubation environ 3 semaines ; plus courte si réinfestation
- durée du cycle parasitaire environ 20 jours
- la « charge » parasitaire habituelle est de 10 à 20 femelles/individu

Dans les conditions thermiques et hygrométriques d'une pièce (21 °C, de 40 à 80 % d'humidité relative), le parasite ne peut pas survivre plus de 36 heures.

En revanche, une température plus basse et un degré d'humidité plus élevée favorisent sa survie.

La pénétration du parasite dans l'épiderme se déroule en moins de 30 minutes.

La contamination nécessite cependant un temps de contact supérieur.

Les infections expérimentales ont montré que l'expression clinique n'est en fait observée qu'après un délai de quatre semaines.

L'incubation peut cependant être réduite à quelques jours lors d'une réinfection.

Cycle du parasite:

La femelle est fécondée sur la peau, le mâle meurt après la fécondation.

La femelle s'enfonce dans l'épiderme et se place entre la couche de Malpighi et la couche cornée en creusant un sillon de 1 ou 2 mm par jour.

Durant trajet de 4 à 6 semaines, elle pond deux ou trois œufs par jour

Tous les œufs n'arrivent pas à maturité, éclosent au bout de 3 ou 4 jours: larve qui rejoint la surface de la peau où se déroulent les stades nymphaux (protonympe, tritonympe) qui aboutissent aux formes adultes.

Le cycle complet se déroule en une quinzaine de jours.

On considère cependant que seul 1 % des œufs donneront des adultes .

On considère que la transmission de la gale est assurée essentiellement par les femelles récemment fécondées qui cherchent un endroit où creuser leur sillon.

Clinique :

L'examen clinique doit être minutieux, à la recherche de ces lésions qui sont en fait difficiles à observer en raison des remaniements induits par le prurit : lésions de grattage, surinfection possible avec impétiginisation des lésions.

Forme typique :

Prurit diffus à recrudescence nocturne, féroce, insomniant, épargnant le visage ; caractère conjugal ou familial.

Le prurit peut être intense, généralisé, classiquement à recrudescence vespérale et nocturne.

Il faut penser à la gale devant tout prurit car certaines formes sont pauci-lésionnelles

Prurit: réponse de type allergique avec une augmentation classique des immunoglobulines E (IgE) et présente une grande valeur diagnostique dans le cadre d'une contamination intrafamiliale.

Les lésions cutanées non spécifiques fréquentes, dues au grattage, et dont la topographie est évocatrice :

- espaces interdigitaux
- face antérieure des poignets
- coudes et emmanchures antérieures
- ombilic
- fesses
- face interne des cuisses
- organes génitaux externes chez l'homme
- mamelon et aréole mammaire chez la femme

Lésions spécifiques: triade prurit, vésicules, sillons, manifestation de la présence du parasite dans l'épiderme, plus rares à rechercher systématiquement :

Les vésicules et les sillons peuvent se retrouver sur tout le corps, mais sont classiquement présents, parfois de façon discrète dans:

- les espaces interdigitaux des mains
- des plis de la face antérieure du poignet ou de la paume
- les plis axillaires
- les mamelons
- l’ombilic
- les organes génitaux.

Le dos, le scalp et le visage sont plus rarement atteints.

Chez le nourrisson, les lésions touchent de façon privilégiée les pieds

Sillon scabieux :

- Parfois difficile à mettre en évidence
- Trajet du passage de la femelle: rempli d’œufs
- Siège espaces interdigitaux

Les sillons scabieux: lésions sinueuses, de quelques millimètres de long, trajet de l’acarien femelle dans la couche cornée de l’épiderme.

Topographie : entre les doigts et sur la face antérieure des poignets.

Chaque sillon contient les œufs pondus et à l’une des extrémités peut se trouver une discrète surélévation correspondant à la position de l’acarien femelle (éminence acarienne)

Test à l’encre de chine(+)

Les vésicules perlées : ces petites élevures translucides reposant sur une base érythémateuse, siègent surtout dans les espaces interdigitaux

Inhabité par le Sarcopte

Les nodules scabieux : papulo-nodules rouges ou violacés, prurigineux, parfois excoriés, siégeant surtout sur les régions génitales de l’homme

Chez l’homme: signe fondamental est le chancre scabieux; lésions papuleuses, parfois excoriées, très prurigineuses siégeant dans la région génitale (verge, scrotum).

Chez la femme: prurit bilatéral du mamelon et de l’aréole mammaire avec lésions excoriées ou crouteuses: signe évocateur.

Formes cliniques :

Gale profuse et croûteuse:

Elle survient chez les sujets immunodéprimés quelle que soit la cause de l'immunodépression ou après une corticothérapie locale intempestive.

Ces formes sévères: absence de prurit, le diagnostic clinique en est souvent difficile.

Les lésions sont très squameuses et les produits de desquamation abritant un grand nombre de parasites, les patients sont particulièrement contagieux pour l'entourage.

En collectivité, ils représentent souvent la source d'une épidémie.

Gale disséminée inflammatoire: gale profuse

Caractère profus et étendu de l'éruption cutanée, (y compris le dos)

Conséquence d'un diagnostic tardif

Parfois d'un déficit immunitaire (infection par le VIH en particulier) ou de traitements inadaptés (corticothérapie locale ou générale).

Elle survient souvent chez des personnes âgées, alitées ayant des troubles des fonctions supérieures.

Gale hyperkératosique: gale norvégienne

Terrain : ID/sujets âgés en collectivité traités par des MDT immunosuppresseurs locaux ou généraux (CTC.thérapie typiquement).

Contagiosité majeure en raison d'une prolifération parasitaire intense.

Prurit, le plus souvent discret, voire absent.

Aspect particulier : atteinte de tout le corps y compris le visage, le cuir chevelu et les ongles: érythrodermie avec zones hyperkératosiques.

Gale du nourrisson

- vésiculo-pustules palmaires et plantaires
- nodules scabieux péri-axillaires
- l'atteinte possible du visage.
- Signes indirects: insomnie, agitation

Des **nodules post-scabieux** : lésions papulo-nodulaires prurigineuses rouges ou cuivrées pouvant persister plusieurs semaines voire plusieurs mois après un traitement efficace ; leur siège est ubiquitaire ; ils ne contiennent pas de sarcopte et sont d'origine immunoallergique: réaction d'hypersensibilité à des antigènes sarcoptiques.

Le parasite n'est pas toujours présent dans ces nodules qui sont plus souvent situés au niveau des organes génitaux, de l'aîne ou des creux axillaires.

D'aspect violacé et prurigineux, ils peuvent toutefois s'observer sur l'ensemble du corps.

Gale des «gens propres»:

Les signes spécifiques sont très discrets, la surinfection souvent absente.

L'anamnèse, l'existence de chancres scabieux seront des éléments précieux d'orientation.

Diagnostic :

Clinique, anamnèse (prurit à renforcement nocturne, familial ou du partenaire sexuel) et l'éruption cutanée de topographie évocatrice. Il n'y a pas de signe biologique spécifique.

Le prélèvement se fait par grattage superficiel de la couche cornée sans faire saigner si possible l'éminence acarienne et en utilisant un instrument stérile : vaccinostyle, curette ou lancette.

- Le produit de grattage est ensuite examiné au microscope
- La mise en évidence de l'acarien est difficile en dehors des formes profuses et hyperkératosiques:
- L'examen au microscope permet de voir les œufs ou l'acarien adulte femelle.

La dermatoscopie permet de remplacer l'examen parasitologique qui n'est pas facilement accessible en pratique de ville et qui n'est dans tous les cas pas obligatoire pour le diagnostic.

Il est possible d'observer in situ le parasite lors d'un examen au dermatoscope

Le parasite apparaît comme un triangle noir de très petite taille évoquant un « deltaplane ».

Elle est ainsi particulièrement intéressante chez l'enfant.

Diagnostic différentiel :

La pédiculose corporelle: se caractérise par un prurit diffus, notamment de la face postérieure du corps, en particulier du dos, et des lésions de grattage chez des sujets à l'hygiène très déficiente. Les poux sont facilement trouvés dans les vêtements (coutures)

Les gales d'origine animale: qui donnent chez l'homme un prurit avec des lésions excoriées, mais pas de sillons ; le diagnostic est fondé sur la notion de présence d'animaux d'élevage ou domestiques au contact du malade

Les prurits sine materia, métaboliques

L'acropustulose infantile: survenant surtout chez les enfants noirs ou asiatiques, correspond dans certains cas à une gale ou la complique. La recherche d'acariens doit être systématique.

Chez la femme enceinte: pemphigoïde gravidique

Traitement :

Traitement général :

Ivermectine : 200 µg/kg *per os* en prise unique, à répéter systématiquement 7 à 14 jours plus tard du fait du cycle du parasite, hors AMM mais indispensable pour éviter les échecs de traitement ; AMM chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 2 ans et de plus de 15 kg.

Traitement local:

Le traitement le plus utilisé est le **benzoate de benzyle**. Ses modalités d'utilisation sont les suivantes :

Après une douche tiède au savon, appliquer le produit sur la totalité du corps y compris les zones génitales ainsi que le cuir chevelu et le visage s'il y a un doute sur leur atteinte: éviter les muqueuses.

Laisser sécher quelques minutes puis mettre des sous-vêtements propres ; ne pas se laver pendant 24 heures, puis prendre une douche à l'eau et au savon. À ce moment-là, la peau peut être sèche et prurigineuse ; il faut donc prescrire un soin émollient ;

L'application doit être répétée 8 jours plus tard (mauvaise action sur les œufs).

Chez l'enfant entre 1 mois et 2 ans, la durée d'application du produit sera de 12 heures et non de 24 heures.

L'alternative est la **perméthrine** à 5 % en crème. Elle doit être appliquée 8–12 heures et renouvelée 7 jours plus tard.

Principe actif	Mode d'emploi-terrain	Temps d'application et Conditions particulières
Benzoate de benzyle émulsion cutanée à 10 %, prescription médicale facultative remboursement 65 %	2 app à 8 jours du cuir chevelu à orteils Dès 1 mois Femme enceinte Non allaitante	Laisser 24 heures chez l'adulte Chez ENF 1M -2 ans, laisser 6 -12 h Après 2 ans, laisser 24 h
Perméthrine crème à 5 % Tube de 30 gr Remboursement 65 %	2 app à 7 jours, du cou aux orteils, dès 2 mois Femme enceinte Non allaitante	Laisser 8 à 12 heures Entre 2M–1 an : 3,75 gr (1/8 tube) 1–5 ans : 7,5 gr (1/4 tube) 6–12 ans : 15 g (1/2 tube) > 12 ans : 30 g (1 tube)

Individu :

Il faut traiter simultanément le sujet parasité et toute personne ayant eu un contact intime avec le malade (famille, partenaires sexuels).

En cas de gale commune, à domicile, il faut prescrire un traitement local qui, correctement réalisé, peut suffire, ou per os (facilité, nombre de personnes important, difficultés de réalisation du traitement local).

En cas de gale profuse et hyperkératosique, il faut :

- isoler le malade ; idéalement en hospitalisation
- prescrire un traitement per os associé à un traitement local
- avoir une définition large des sujets contacts
- prescrire une antibiothérapie en cas d'impétiginisation Traitement kératolytique
- Poursuivre le traitement: prolonger jusqu'à 3 semaines

Il faut traiter à nouveau : les sujets ayant des signes cliniques spécifiques et/ou un examen parasitologique positif 8 à 15 jours après le traitement (les nodules post-scabieux ne constituent pas une indication).

Impétiginisation: Antiseptique, Antibiotique voie orale : macrolides

Eczématisation: Emollient, Dermocorticoïdes: courte durée

Anti h1:peu d'intérêt

Mesures générales :

- Désinfection linge aphtiria 12-24h
- Lavage + 60°
- Repassage fer chaud

Au niveau environnemental :

Laver les vêtements, draps, serviettes (si possible à haute température), au-delà de 60 °C avec si possible sèche linge et repassage.

Pas de désinfection de l'environnement.

Décontamination des lieux de vie à envisager en cas de gale profuse.

Au niveau de la collectivité :

Stratégie de prise en charge en concertation avec les autorités sanitaires.

Traiter au minimum toutes les personnes en contact et au maximum toutes les personnes vivant, travaillant ou visitant l'institution (traitement *per os*).

Prévenir les familles en présence du patient ou avec son accord.

Enfants : éviction jusqu'à 3 jours après le traitement (gale commune) et jusqu'à négativation de l'examen parasitologique pour les gales profuses et hyperkératosiques.

*Devant un prurit persistant (8 à 15 jours après le traitement), penser à :

Une irritation par le traitement

Un eczéma de contact

Une parasitophobie

Aux autres causes de prurit

Un échec du TRT de la gale : dg établi en présence de lésions cliniques évocatrices et/ou d'un examen parasitologique positif.

Pédiculoses :

Infestation due à des ectoparasites de l'ordre des anoploures: les poux

3 espèces humaines:

- Phtirus pubis: phtiriase pubienne
- Pediculus humanus corporis: pédiculose corporelle
- Pediculus capitis: pédiculose tête

Pédiculose cuir chevelu :

Prédilection: les enfants d'âge scolaire et les sujets en précarité.

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).

En raison de la pousse des cheveux, une lente située à plus d'un centimètre de l'émergence est considérée comme non viable.

La population parasitaire adulte n'est pas très importante, cinq à dix individus hématophages stricts.

La durée de vie d'un adulte est de l'ordre de 30 jours.

La transmission interhumaine est directe (contact des têtes surtout chez les enfants en milieu scolaire) ou plus rarement interhumaine indirecte par les bonnets, les peignes, les brosses...

Clinique :

Prurit du cuir chevelu, diffus ou à prédominance rétro-auriculaire pouvant s'étendre vers la nuque.

Lésions de grattage du cuir chevelu et de la nuque et/ou des lésions croûteuses surinfectées associées parfois à des adénopathies cervicales.

Tout impétigo de la nuque ou du cuir chevelu doit faire rechercher une pédiculose.

Le diagnostic de certitude: découverte des poux vivants (visibles à l'œil nu et très mobiles).

La présence de lentes vivantes oriente seulement le diagnostic : il s'agit d'œufs visibles à l'œil nu, collés aux cheveux et ne coulissant pas le long de la tige pileaire.

Elles sont plus faciles à mettre en évidence dans les régions rétro-auriculaires.

Pédiculose corporelle :

La pédiculose corporelle est beaucoup plus rare que la pédiculose du cuir chevelu.

La transmission est interhumaine directe ou due aux vêtements.

Le pou circule sur le corps le temps de se nourrir ; il se réfugie ensuite dans les vêtements surtout les coutures, il pond ses œufs sur les fibres.

Clinique :

Prurit

Lésions de grattage disséminées sur le tronc et la racine des membres, pouvant être hémorragiques ou se surinfecter : rechercher des signes d'impétiginisation

En cas d'infestation chronique, on peut observer un mélange de lésions excoriées récentes, lésions hyperpigmentées et de séquelles cicatricielles dépigmentées « leucomélanodermie des vagabonds » très évocatrice.

Le diagnostic de certitude: découverte de poux sur le corps lors du déshabillage ou sur les vêtements (coutures en particulier)

Le pou de corps est responsable de la transmission de maladies infectieuses

Fièvre des tranchées (*Bartonella quintana*), typhus épidémique (*Rickettsia prowazekii*) et de la fièvre récurrente cosmopolite (*Borrelia recurrentis*)

Phtiriase (poux de pubis, morpion) :

Ectoparasitose due à *Phtirus inguinalis* ou pubis.

Prurit pubien associé à des lésions de grattage qui peuvent être impétiginisées et s'accompagner d'adénopathies inguinales.

L'examen attentif révèle les poux 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.

Cette parasitose peut s'étendre à la pilosité de la poitrine chez l'homme, aux aisselles, aux cils et aux sourcils, poils des oreilles, du nez. L'atteinte du cuir chevelu est rarissime

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 phtiriose est une infection sexuellement transmissible (IST).

Traitement :

Les shampooings et les poudres sont beaucoup moins efficaces que les solutions, lotions ou crèmes et ne devraient plus être utilisés.

Principe actif

Méthoprène + perméthrine + pipéronyle (butoxyde de)

D-phénothrine

Perméthrine

Dépaléthrine + pipéronyle (butoxyde de)

Enoxolone + perméthrine + pipéronyle (butoxyde de)

Chrysanthème de Dalmatie insecticide (extrait de) (à 25 %) + pipéronyle (butoxyde de)

Malathion + perméthrine + pipéronyle (butoxyde de)

Malathion

Pédiculose du cuir chevelu :

À l'échelon individuel: produit pédiculicide sous forme de solution, lotion, à préférer à la crème

En cas d'examen de contrôle positif (poux vivants à J2 ou J12) retraiter :

* J2 : changer de classe pharmacologique (résistance probable des poux aux insecticides),

*J12 : produit initial (mauvais effet lenticide).

Les poux de tête sont à traiter en première intention avec des lotions à base de malathion: Application raie par raie et garder le produit 12 h avant un shampooing non traitant, d'un rinçage à l'eau vinaigrée et d'un peignage soigneux.

Le traitement doit être refait 7–10 jours plus tard pour tuer les poux qui auraient éclos dans l'intervalle.

Des techniques physiques d'éradication de la pédiculose sont parfois proposées (diméticone, peignage répété sur cheveux humides avec un démêlant) mais d'efficacité probablement inférieure aux insecticides locaux.

En cas d'échec d'un traitement local bien conduit avec au moins les deux insecticides différents: ivermectine 400 µg/kg en prise unique (sujets de plus de 2 ans et de plus 15 kg) répétée à 7 jours. sans d'AMM dans cette indication.

Il faut traiter les vêtements et la literie en cas d'infestation massive : lavage en machine (programme cycle long) des oreillers, peluches, bonnets... : lavage à 50 °C au moins ou utilisation d'un aérosol insecticide.

Le traitement préventif, notamment par les shampoings, aucun intérêt: pourrait favoriser l'émergence de la résistance.

Eviction scolaire non systématique.

Le traitement de la fratrie et de l'entourage n'est pas indispensable: mais faire pratiquer un examen du groupe par une personne formée et traiter les personnes infectées

Pédiculose corporelle :

La décontamination du linge et de la literie est le plus souvent suffisante.

Phtiriase inguinale :

Les poux de pubis relèvent du même traitement que la pédiculose du cuir chevelu. Le meilleur traitement à ce niveau est le rasage.

Il faudra dépister une autre IST associée et traiter les partenaires.

ENCADRÉ DE THÉRAPEUTIQUE	
Poux de tête	<p>Première intention : lotion au pyrèthre ou au malathion (durée et quantité selon les recommandations).</p> <p>Deuxième intention : en cas de suspicion de résistance aux insecticides (présence de poux vivants à J1), changer de classe pharmacologique (par exemple passer d'un dérivé des pyrèthres au malathion ou réciproquement).</p> <p>Alternatives : techniques mécaniques ou chimiques d'asphyxie des poux (lotion à la diméticone, <i>bug busting</i>, etc.).</p> <p>Commentaire : en raison de foyers de résistance, les stratégies thérapeutiques de prise en charge de la pédiculose, notamment en collectivité, devraient être adaptées à la nature de cette résistance. Les études d'épidémiologie moléculaire à venir devraient permettre de faciliter la prise en charge.</p>