**LA GALE HUMAINE ET PEDICULOSE**

Dr Ait Medjber Salima

2019/2020

**PLAN**

**INTRODUCTION**

**LA GALE :**

1. DEFINITION
2. MÉCANISMES
3. CLINIQUE: Type de description: La Gale commune de l'adulte:
* Localisation des lésions et du prurit
* Prurit
* Lésions spécifiques
* Lésions secondaires
1. FORMES CLINIQUES
* Gale du nourrisson
* Gale hyperkératosique et croûteuse
1. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
2. DIAGNOSTIC
3. TRAITEMENT
* Traitement anti-scabieux
* Indications
1. PRONOSTIC

**LA PEDICULOSE :**

1. DEFINITION
2. EPIDEMIOLOGIE
3. DIAGNOSTIC
4. TRAITEMENT

**INTRODUCTION**

La gale et la pédiculose sont des ectoparasitoses humaines strictes très contagieuses

Ces infections sont associées à un prurit majeur.

La promiscuité a un rôle important dans la transmission

La gale et la pédiculose du pubis sont aussi des infections sexuellement transmissibles

Le traitement antiparasitaire local parfois oral est indisponsable associé aux règles d’hygiène

 des malades et des sujets contacts.

**LA GALE :**

1. **DEFINITION :**

La gale est une dermatose parasitaire, fréquente, cosmopolite, prurigineuse et très contagieuse due à un acarien strictement humain *Sarcoptes scabiei hominis*.

1. **MECANISMES :**

La contamination est le plus souvent **directe**, interhumaine, se fait par contacts intimes *(*mère/enfant, enfants/enfants, rapports sexuels, etc.);

La contamination **indirecte**, par l’intermédiaire d’objets de toilette (gants, serviette), de vêtements ou de la literie, est très rare.

Il se passe ainsi environ 3 semaines depuis la ponte de l’œuf jusqu’à l’apparition d’un nouvel acarien adulte capable de pondre à son tour ou capable de passer sur un nouvel hôte.

**Un sujet devient donc contaminant dès la 3ème semaine après avoir été lui-même contaminé**.

Il est donc important de faire une enquête autour du malade pour rechercher la source de contamination et les sujets pouvant être à leur tour infestes : conjoint, famille, entourage proche, nourrice, crèche ...

 **\*AGENT PATHOGÈNE DE LA GALE :**

La femelle sarcopte adulte pénètre dans les couches cornée de l’épiderme où elle creuse un sillon dans lequel elle pond un à deux œufs par jour;

Les larves naissent en quatre à cinq jours, gagnent la surface de la peau où elles deviennent adultes;

Le mâle sarcopte, reste à la surface de la peau, féconde une femelle puis meurt.

**En dehors de l’hôte, le sarcopte reste infestant de 24 à 48 heures**.

1. **CLINIQUE : Type de description: La Gale commune de l'adulte:**

Le patient consulte pour un prurit qui touche souvent plusieurs personnes d’une même collectivité.

1. **Le prurit:**

Le prurit est le signe fondamental:

**Il est continu**, diurne et **nocturne** ; la nuit, il est plus intense et empêche de dormir.

Il est tenace, le sujet n’arrête pas de se gratter.

Souvent localisé au début **aux espaces interdigitaux**, il s’étend rapidement aux poignets, aux faces antérieures des avant-bras, plis des coudes, aux aisselles, aux plis abdominaux, inguinaux, fessiers et au fourreau de la verge (chancre scabieux).

1. **Les lésions spécifiques :**

**\*Les Sillons**

Stries de quelques millimètres de longueur, grisâtres, mieux visibles à la loupe après coloration à l’encre de Chine; ce sont les lésions initiales, elles correspondent au trajet de la femelle sarcopte dans l’épiderme. Elles siègent surtout aux faces latérales des doigts et à la face antérieure des poignets.

**\*Vésicules perlées**

Petites élevures transparentes de la taille d’une tête d’épingle, isolées ou situées à l’extrémité d’un sillon.

**\*Nodules scabieux**

Élevures fermes de couleur rouge sombre, très prurigineuses, pouvant persister longtemps après traitement; ils correspondent à une réaction inflammatoire contre le parasite; ils siègent préférentiellement dans les plis axillaires, sur les fesses et les organes génitaux externes.

1. **Les lésions secondaires :**

**\*Lésions de grattage**, témoins de l’importance du prurit.

**\*Chancres scabieux**: papulo-nodules érythémateux, croûteux et excoriés du fourreau de la verge, du gland et du scrotum.

**\*Lésions urticariennes**.

**\*Eczéma.**

**\*Impétigo :** est une infection cutanée superficielle bactérienne, due à un streptocoque (Streptococcus pyogenes) et/ou à un staphylocoque (Staphylococcus aureus).

**\*Lichénification :** est un épaississement de la peau qui apparaît en réaction à un grattage répété et prolongé.

1. **FORMES CLINIQUES**
2. **Gale du nourrisson**

Le nourrisson atteint de gale est agité, il pleure constamment et dort peu

Il présente des lésions vésiculeuses, souvent surinfectées, siégeant au niveau des aisselles, de l’ombilic et des fesses. Ces lésions peuvent s’étendre aux bras, à la poitrine, aux cuisses. Elles touchent de manière caractéristique le visage, la plante des piedset épargnent habituellement les doigts.

1. **Gale hyperkératosique et croûteuse (Gale norvégienne)**

En raison de l’absence relativement fréquente du prurit chez le sujet âgé et l’immunodéprimé, la gale passe longtemps inaperçue chez ces sujets.

Les parasites et les lésions prolifèrent rapidement et la peau se recouvre de formations crouteuses, squameuses, parfois épaisses, blanc-jaune souffre.

Les lésions peuvent se généraliser à toute la surface cutanée, y compris le visage, le dos, la paume des mains et la plante des pieds.

Il s’agit d’une forme extrêmement contagieuse en raison du très grand nombre de sarcoptes, très superficiels, dans l’épiderme du patient;

**Responsable d’épidémies dans les centres de gériatrie et les services d’hospitalisation long séjour**.

1. **EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

Le patient est adressé au biologiste avec une demande de recherche de sarcoptes.

-L’utilisation d’un dermatoscope facilite le diagnostic clinique

-La mise en évidence du sarcopte adulte ou de ses oeufs est possible après effraction d’un sillon ou d’une vésicule perlée avec une lame de bistouri, raclage, étalement sur lame du matériel recueilli et observation au microscope optique.

1. **DIAGNOSTIC**

Le diagnostic est d’abord clinique et épidemiologique :

**-Eléments épidemiologique :**

 \* Notion de contage

 \* Présence de cas simillaires dans la famille ou dans une collectivité

**-Elément cliniques :**

 \*L’existence d’un prurit (le signe dominant voire unique.), de localisation antérieure, à recrudescence nocturne et à caractère familial.

 \*La topographie évocatrice des lésions.

 \*La mise en évidence des sillons scabieux : lésion sinueuse de 5-15 mm, légèrement surélevée et se terminant par une vésicule perlée, est **pathognomonique** mais rarement retrouvé.

**-Elément biologiques :**

Un prélèvement parasitologique peut être demandé: il est peu productif et, en pratique, souvent faussement négatif.

Le succès de la thérapeutique, qui est souvent un véritable test diagnostique.

1. **TRAITEMENT :**
2. **Traitement anti-scabieux**
	1. **Traitement anti-scabieux** **local**

Actuellement 2 principes actifs sont utilisés: pyréthrinoide de synthèse (Spregal) et benzoate de benzyle (Ascabiol).

Dans tous les cas prendre une douche et réaliser un séchage doux avant l’application du scabicide. Celui-ci doit rester en contact 24 heures pour les enfants et les adultes et 12 heures pour les nourrissons et les femmes enceintes.

Le patient doit prendre une douche à la fin du traitement.

Il est recommandé de couper les ongles courts pour éviter un réservoir sous unguéal de parasites et une surinfection.

* 1. **Traitement anti-scabieux oral**

Il repose sur l’ivermectine (Stromectol cp 3 mg), en prise unique, à la dose de 200μg/kg le matin à jeun avec de l'eau sans manger pendant les 2 heures suivantes, soit 1 - 6 cp. en fonction du poids.

Contre indication:- Les jeunes enfants <15 Kg

La femme enceinte ou allaitant.

Antécédents d'allergies

Affections du système nerveux central.

Ce traitement est à renouveler 10- 15 jours plus tard. Il peut être associé a un traitement local.

1. **INDICATION:**

**\*Le traitement de la gale dans sa forme habituelle**

En présence d'un cas de gale, le traitement local est le plus souvent utilisé.

En collectivité et à l'hôpital le traitement par voie orale est privilégié, en raison de sa facilité d'emploi, notamment lorsqu' il y a un grand nombre de patients à traiter.

**\*En cas de gale croûteuse**, le traitement *per os* est recommandé associé à un traitement local. Une deuxième dose du traitement *per os* et/ou un traitement local peuvent être nécessaires.

\*Une hospitalisation courte s’impose chez les sujets vivant dans des conditions sociales défavorables, ou dans les formes très profuses ou surinfectées ou eczématisées.

**\*Dans les formes surinfectées,** commencer les soins par des bains antiseptiques (permanganate de potassium) éventuellement associés à une antibiothérapie générale (pénicilline ou macrolide) pendant environ 48h avant le traitement antiscabieux.

**\*Dans les formes eczématisées**, on conseillera l’utilisation d’émollients en bains et de dermo-corticoïdes pendant environ 48h avant de commencer le traitement antiscabieux.

**\***On conseillera la prise d’un **antihistaminique** sédatif (*ATARAX*).

\*Le traitement doit être appliqué de manière simultanée à tous les sujets contacts et à toute la famille, même chez les sujets apparemment indemnes; ces mesures indispensables doivent être expliquées au patient et à son entourage.

\*De nombreux échecs thérapeutiques ou de nombreuses recontaminations sont dus à une absence ou une mauvaise désinfection de l’environnement du malade.

\*Le linge sera enfermé hermétiquement dans un sac plastique avec un scabicide de contact(*A-PAR* aérosol) pendant 48 heures ou laver si possible à plus de 60°C.

\*Le produit scabicide (type A-PAR ou Phagoacaricide pour de plus grandes surfaces) est pulvérisé sur les surfaces à traiter.

\*Dans les cas particuliers des enfants en bas Age ne pas oublier de traiter les peluches et autres jouets ainsi que la poussette.

**\*Une éviction scolaire de 3 jours après le début du traitement est recommandée dans la gale commune**.

\*Pour un cas de gale commune, un simple bio nettoyage de la literie sera réalisé.

**Conduite à tenir devant une gale humaine adulte surinfectee et eczématisée**

**J0 – Le soir**

Bain tiède antiseptique prolongé:

*SEPTIVON*, 2 bouchons pour 10 litres d’eau, ou permanganate de potassium, 1sachet de 500mg pour 5 litres d’eau afin d’obtenir une coloration rose pâle.

Savonnage.

Surveillance du patient à l’entrée dans le bain, car il existe un risque de choc chez les sujets n’ayant pas pris de bain depuis longtemps.

À la sortie du bain, sur la peau bien rincée et encore humide:

Premier badigeon d’*ASCABIOL* lotion 10%, appliquée sur tout le corps sans oublier les organes génitaux externes et les plantes des pieds, mais en respectant le visage et le cuir chevelu.

Second badigeon 10min après.

Vêtements propres pour la nuit, après séchage des badigeons.

**J1 – Le matin**

Pas de toilette le matin; en cas de lavage des mains, le patient doit en informer l’équipe soignante pour nouvelle application d’*ASCABIOL*.

**J1 – Le soir**

Nouveau bain suivi d’un troisième badigeon à garder 24h.

**J2 – Le soir**

Bain et rinçage définitif.

Une nouvelle application peut être indiquée une semaine plus tard.

1. **PRONOSTIC :**

En l’absence de traitement, la gale évolue de façon chronique, indéfiniment.

Les complications sont essentiellement des surinfections cutanées à type d’impétigo, favorisées par le grattage; d’exceptionnelles atteintes rénales post streptococciques ont été décrites. Un impétigo du corps, surtout lorsqu’il est prurigineux, doit faire suspecter une gale sous-jacente.

Après traitement correct, le prurit ne disparaît progressivement qu’en 2 à 4 semaines (*il faut en informer le patient*, +++).

Si le prurit persiste au-delà de ce délai, il peut s’agir:

* **d’une irritation** due au traitement parfois appliqué de manière répétée à la propre initiative du patient;
* **d’une réinfestation** en raison d’un traitement mal conduit;
* **d’une réinfestation** à partir d’un sujet contact non traité;
* **de nodules scabieux** qui peuvent persister plusieurs semaines après traitement et guérison de la gale; ils sont source de prurit; ils disparaissent progressivement, spontanément ou après une corticothérapie locale;
* **d’une acarophobie**, responsable d’un prurit d’origine psychogène, sans lésions spécifiques.

**LA PÉDICULOSE**

1. **DEFINITION :**

Est une ectoparasitose strictement humaine. Il y a trois types de pédiculose humaine.

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

\**Pediculus humanus corporis :* pou de corps

\**Pediculus humanus capitis :* pou du cuir chevelu

\**Phtirus pubis (P. inguinalis) :* pou du pubis ou morpion

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

1. **ÉPIDEMIOLOGIE :**

Les pédiculoses sont ubiquitaires. Le temps de reproduction des poux est d’une semaine. Les démangeaisons surviennent environ 3 semaines après le début de l’infestation

\*La pédiculose corporelle est un marqueur de précarité, avec une contagiosité importante. La transmission est liée au manque d’hygiène et au froid : camps de réfugiés, prisons, sans domicile fixe.

\*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.

1. **MECANISME:**

**Le pou de tête:** s'installe dans les cheveux et y vit de 6 à 8 semaines.

Les femelles y pondent 4 à 10 lentes/ j pendant 3 à 4 semaines.

Après 7 à 10 j passés fixée à un cheveu, la lente donne naissance à une larve. Celle-ci deviendra le pou adulte en moins de 15 j.

Le pou adulte (2- 4) mm, provoque des démangeaisons (réponse du système immunitaire) et parfois des surinfections (impétigo), il peut migrer d’un hôte à un autre.

**Les poux du corps:** infestent les populations en situation précaire.

 Il s’agit de poux de tête qui se sont adaptés à la colonisation du reste du corps

Ils peuvent transmettre la borréliose, le typhus exanthématique et la fièvre des tranchées (bartonellose).

1. **DIAGNOSTIC :**

Le diagnostic est clinique

**a. La pédiculose corporelle :**

-Prurit intense

-Excoriations, éruption maculopapuleuse du dos et du thorax, prédominant sur les épaules

 (localisations très différentes de la gale).

 -Leucomélanodermie (infestation chronique).

-Observation des lentes sur les fils, les coutures ou plis des vêtements ; présence de poux

 dans les coutures ou plis des vêtements (ceintures, col, …) rarement visibles sur la peau

**b. La pédiculose du cuir chevelu :**

 -Prurit diurne et nocturne, localisé au cuir chevelu.

 -Lésions de grattage, impétiginisation du cou, adénopathies occipitales.

 -Lentes visibles à la base des cheveux.

 -Poux adultes bruns, allongés, mobiles, parfois visibles sur le cuir chevelu.

**c. La phtirose pubienne :**

 -Prurit pubien

 -Lésions de grattage du pubis, de l’hypogastre, éventuellement surinfectées (adénopathies

 inguinales).

 -Visualisation (à la loupe) des lentes grisâtres de petite taille et de poux immobiles à la base

 des poils.

 -Attention, il faut systématiquement rechercher les signes cliniques des autres infections

 sexuellement transmissibles (IST) éventuellement associées.

1. **TRAITEMENT :**

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).

**a. Pédiculose corporelle :**

-Hygiène corporelle, douche avec savon.

-Pédiculicides (pyréthrinoïdes) particulièrement au niveau des zones poilues (barbe, cheveux, pubis).

-Changement de vêtements+++

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

-Le traitement par ivermectine a été proposé mais est inefficace au long cours du fait d’une réinfection liée au mode de vie (SDF, camps de réfugiés).

**b. Pédiculose du cuir chevelu :**

-Insecticide : Malathion plutôt que pyréthrines en 1ère intention ; solution préférable au shampooing.

-Il est nécessaire de faire un 2ème traitement 7 à 10 jours plus tard si utilisation d’insecticides (non lenticides).

-Traitement par dimeticone lotion plutôt qu’insecticide (moins toxique). Après le temps de contact (précisé par le fabricant), éliminer le produit par shampooing doux, puis peigner avec un peigne fin pour éliminer les lentes.

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

-Le TRT par ivermectine est également efficace, notamment en cas d’échec du Malathion.

**c. Phtirose pubienne :**

-Une seule pulvérisation de pyréthrinoïde de synthèse suivie 30 minutes après d’un savonnage. L’utilisation de shampoing est aussi possible.

-Il faut refaire un 2ème traitement 7 à 10 jours plus tard (inactif sur les lentes).

-Dépistage des partenaires sexuels.

-Dépister et traiter d’éventuelles IST associées+++.

**\*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…).