

# GALE, POUX, PUNAISES ET AUTRES ECTOPARASITES

Intervention du Pr Chosidow.

## GALE

### Epidémiologie

Connue depuis 2500 ans.

Prévalence et incidence mal connues

On estime la prévalence mondiale à environ 300 millions de cas par an.

La gale atteint tout le monde quel que soit le sexe, l'âge, l'ethnie, le niveau socio-économique.

**Les complications** se voient surtout dans certaines conditions :

- **en institution**
- **en cas de précarité**
- **chez l'immunodéprimé**

### Est-ce que la gale augmente en France ?

L'INVS rapporte une augmentation des déclarations de cas de gale ainsi qu'une augmentation de la consommation médicamenteuse.

Il est probable que l'augmentation de la consommation médicamenteuse ne soit que le reflet de pratiques qui ont changé.

### La gale chez les patients en situation de précarité

Dans une étude réalisée sur 2 lieux d'hébergement à Marseille, la prévalence de la gale était de 4%.

Mais peut-être y a t il une surestimation de la prévalence dans ces structures.

Récemment une étude réalisée avec le SAMU social en Ile-de-France (après formation du personnel au diagnostic), a montré que la prévalence de la gale chez les personnes en situation de précarité vivant dans la rue était de 6,36% et n'était que de 0,35% dans les centres d'hébergement.

### La gale dans les établissements de soin :

Une étude sur un large échantillon de 1795 hôpitaux psychiatriques réalisée au Japon a montré que la gale touchait 45% des établissements.

### Les facteurs favorisant les épidémies de gale en institution

- La taille de l'établissement
- Les caractéristiques du patient index : si la forme présentée est grave d'emblée, le risque de contamination est plus important (dans les gale profuses ou hyperkératosiques, il peut y avoir des milliers de sarcoptes).
- La gestion inadéquate de l'épidémie
- La difficulté du fait des porteurs sains de gale.

## **La gale dans les pays en voie de développement**

La surinfection de la gale (par des souches néphrétigènes de streptocoque) est fréquente et entraîne des rhumatismes articulaires aigus et des glomérulonéphrites aigues post streptococciques.

## **Gale et immunodépression**

### **Formes graves hyperkératosiques**

Parfois la gale **peut révéler un déficit immunitaire** (c'est un marqueurs d'HTLV1 en Australie ou en Guyane, et/ou de HIV au Brésil).

## **Parasite**

Le parasitisme humain est obligatoire

Le parasite est un acarien : **Sarcoptes scabiei variété hominis**

Seule la femelle est pathogène (le mâle ne survit pas après fécondation)

La femelle creuse des sillons sous la couche cornée pour y déposer ses œufs.

Ceux-ci se transforment ensuite en larves puis en nymphes puis en adultes. Le cycle durant **21 jours**.

## **Contamination**

**Contamination directe le plus souvent**: par contact peau à peau : le plus souvent contamination **sexuelle**, ou contamination intrafamiliale (mère-enfant)

**La contamination indirecte est rare** en cas de gale classique où le nombre de parasites est faible, mais possible dans les formes graves où le nombre de sarcoptes est important et où ceux-ci peuvent persister dans la peau desquamée (l'acarien est capable de survivre 24-36h à température ambiante).

**La période d'incubation** avant l'apparition des symptômes est de **3 à 6 semaines en cas de primo-infection** mais peut être de 1 à 3 jours en cas de réinfestation.

## **Diagnostic**

### ***Essentiellement clinique***

Il repose sur l'interrogatoire du patient et de l'entourage et sur l'examen clinique.

## **Manifestations classiques**

**Prurit** généralisé et intense à recrudescence nocturne.

**Localisation évocatrice des lésions** : **espaces interdigitaux, zone de flexion des poignets, coudes, région axillaire, organes génitaux externes et seins chez la femme.**



**Types de lésions : papules inflammatoires prurigineuses, les sillons et nodules peuvent être absents, lésions secondaires non spécifiques (excoriations, eczématisation, impétiginisation).**

Dans une étude en région sub saharienne où la prévalence de la gale est élevée, la présence d'un prurit diffus avec lésions visible, associés à l'atteinte d'au moins deux localisations typiques, ou à un prurit dans l'entourage, était corrélé à un diagnostic de gale avec une sensibilité de 100% et une spécificité de 97%. De telles données manquent dans des zones où la prévalence de la gale est moindre.

### *Formes atypiques*

**La gale peut atteindre le cuir chevelu**

**Penser à la gale en cas de surinfection: devant un impétigo des 2 mains, rechercher systématiquement la présence de lésions évocatrices (génétales chez l'homme ou des seins chez la femme).**



**Formes hyperkératosiques localisées :**

- Hyperkératose « farineuse » des espaces interdigitaux



- Hyperkératose localisée du cuir chevelu, des pieds (orteils, ongles, plante)



**Gale et réaction immunitaire :** lors d'un prélèvement, plusieurs aspects peuvent se voir (infiltrat lymphocytaire B monotypique, forme papuleuse lymphomatoïde, vasculite nécrosante, histiocytose) faisant de la gale un diagnostic différentiel de nombreuses maladies.

### **Gale de l'enfant**

**Touche souvent le visage**, les paupières

Aspect souvent pustuleux, vésiculeux, pouvant évoquer une acropustulose. Les nodules sont également fréquents et nombreux.

Le prurit peut être absent ou au contraire très sévère entraînant irritabilité ou anorexie.

### **Identification de l'acarien**

#### ***Par prélèvement***

La sensibilité est médiocre. L'absence du parasite n'élimine pas le diagnostic. Il convient de réaliser des prélèvements multiples (en pratique dans des centres habitués à de tels prélèvements).

Le guidage du prélèvement peut être fait à l'aide du dermatoscope.

#### ***A l'avenir, utilité de la microscopie confocale.***

#### ***Traitement d'épreuve :***

A éviter pour les patients présentant un prurit diffus isolé. A réserver pour les patients avec une notion de contagio, une éruption typique, ou les 2. Jamais évalué en pratique.

### **Traitement**

De la personne infestée et de tous les contacts physiques proches, **en même temps**.

Les traitements, **local ou oral** peuvent être utilisés. Il y a peu d'études sur les indications des différents traitements.

Le traitement doit s'associer à **une décontamination de la literie et des vêtements** : lavage à 60°.

#### ***Traitement local***

**Le benzoate de benzyle (Ascabiol).** Est en rupture de stock actuellement. Donc soit **possibilité de commander de l'antiscabosium 10% en pharmacie hospitalière (mis à disposition si les autres traitements sont contre-indiqués). AMM uniquement au delà de 6 ans, sinon possibilité de faire une préparation magistrale en pharmacie : Benzoate de benzyle 5 gr et codexial onguent non gras qsp 50g.**

**Pyrethriinoïde en aérosols (spregal).** Contre indiqué chez l'asthmatique du fait du risque de bronchospasme sévère.

#### **Lindane**

Quel que soit le traitement, celui-ci doit être appliqué :

- **de la tête au pieds, y compris sur le cuir chevelu.** Chez l'enfant et dans les formes sévères, une application sur le **visage** doit être envisagée.

- Les recommandations 2012 sur le traitement de la gale sont disponibles sur le site du ministère de la santé.
- **Une deuxième application doit être réalisée 7 à 15 jours** après car les traitements sont actifs sur les formes matures et non sur les formes jeunes.

Inconvénients des traitements locaux : pb d'observance, difficulté de prise en charge, tolérance locale médiocre.

#### *Traitement Oral*

##### **IVERMECTINE (STROMEKTOL)**

**200 microgramme/kg en une prise unique à répéter à J15**

Contre indiqué chez la femme allaitante (mais autorisé chez la femme enceinte).

Tolérance bonne et facilité d'emploi

Problème des résistances.

#### *Traitement de la gale sévère*

En milieu hospitalier

Association du traitement local à 2 à 4 doses d'ivermectine et à un traitement kératolytique.

Surveillance de l'évolution sur des prélèvements réguliers.

## PEDICULOSES

*Pour cette partie le P. Chosidow en raison de l'heure tardive a survolé la clinique et le diagnostic pour insister sur les risques et la thérapeutique*

### Risque des pédiculoses

Les **poux de corps** transmettent certaines maladies infectieuses. C'est le cas de la fièvre des tranchées (**due à Bartonella Quintana**) qui se manifeste par de la fièvre, un exanthème, des arthralgies et peut même entraîner des cardiopathies. Elle survient chez des sujets en grande précarité.

**Les poux de tête ne sont pas porteurs de Bartonella Quintana** (selon une étude faite récemment à Paris). Les conséquences médicales de l'infestation par les poux sont donc essentiellement dues **aux lésions de grattage qui peuvent se surinfecter** (pyoderma, impétigo)

### Traitements

Comme pour la gale, il faut un traitement de **tous les membres de la famille et du linge**. Les poux résistent au lavage en machine jusqu'à 40° (**donc laver au moins à 50°**).

Les traitements sont à appliquer 2 fois.

#### Bug Bushing

Qui consiste à peigner régulièrement les cheveux pendant 15 jours, après application de démêlant. Cette technique est néanmoins moins efficace que les insecticides.

#### Démêlants au diméticone (Pouxit)

Là encore l'efficacité est moindre que pour les insecticides. Attention le produit est inflammable.

#### Insecticides à base de pirethre

Il s'agit d'une neurotoxine bloquant les canaux sodium du pou engendrant paralysie et mort. Ces traitements sont efficaces. On constate parfois des **échecs**. Il faut dans ce cas-là rechercher un **problème d'observance** (parfois dû au coût des produits), **une réinfestation**, mais on observe également **des résistances aux pirethres** (par mutation génétique au niveau des canaux sodium rendant le produit inefficace).

#### Ivermectine lotion à 0,5%

Aux USA. Traitement en une seule application, conférant 74% d'efficacité à 15 jours.

#### Traitements oraux

Bactrim à éviter absolument

Ivermectine per os : peu efficace à la dose de 200 microg/j, mais une étude montre son efficacité à 400 microg/j. Cette prescription est hors AMM (à réserver aux cas de résistance aux pirethres).

## PUNAISES DE LIT (Bed bugs)

### Caractéristiques

2 variétés :

- dans les zones tropicales cimex lectularius
- dans les zones tempérées cimex hemipterus

Insectes hématophages

Insecte **de 2 à 5 mm de long, brun, plat, sans aile, ressemblant à un pépin de pomme**

Particularité : une fois que la punaise a eu son repas sanguin, elle peut survivre sans repas pendant un an (donc éradication difficile)



### Localisation

Nombreux sites aux USA, mais présence un peu partout dans le monde

Déplacement passif **dans les vêtements et les bagages**, dans les meubles

Les **punaises résistent aux basses températures**

Présence dans de **nombreux hôtels**, dans **les trains de nuit**, sur **les bateaux de croisière (et quel que soit le « standing »)**

N'aiment pas la lumière, se cachent dans la journée dans les interstices des parquets, dans les armatures de lit, derrière le papier peint, et se nourrissent la nuit





### Fréquence

#### **Croissance exponentielle**

Résistantes aux insecticides

Les cafards pourraient être des prédateurs

### Conséquences médicales

Les symptômes sont inconstants. Certaines personnes n'ont rien.

#### **Prurit, irritabilité par trouble du sommeil, voire dépression**

**Lésions alignées** à type de maculopapule prurigineuse avec un point central hémorragique correspondant à la morsure

Mais parfois réactions bulleuses, urticariennes (par réaction allergique à la salive), voire choc anaphylactique.

Surinfection des lésions de grattage

Il peut y avoir **un délai entre la contamination et les symptômes** (jusqu'à 9 jours)

Les **conséquences psychologiques et économiques** sont importantes+++

Aucune transmission d'agent infectieux n'a été démontrée

### Traitement

Corticoïdes locaux en cas de réaction bulleuse

Anti-histaminiques

Traitement des surinfections

### Eradication des punaises

**Très difficile** en raison de la difficulté de trouver les nids et de leur résistance aux insecticides

Première étape : **identification de tous les nids** (par une équipe professionnelle)

Deuxième étape : Traitements non chimiques :

#### **chaleur**

lavage

aspiration

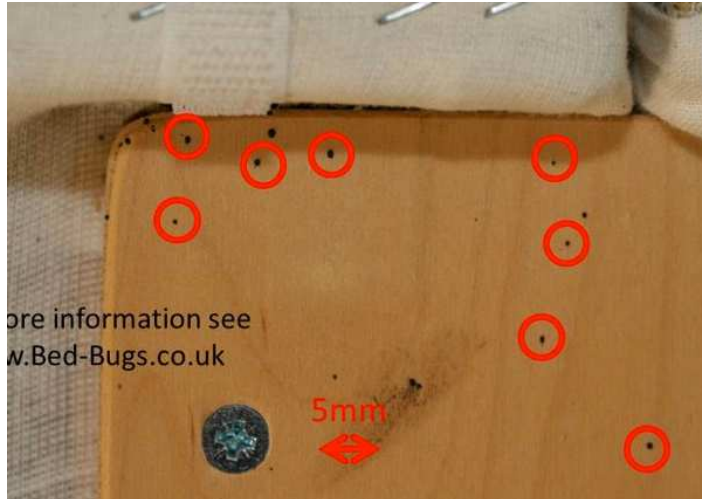
jeter les matelas, les meubles infestés

Troisième étape : traitements chimiques. Problèmes de résistance. Toujours retraiter 4 à 20 jours après la première intervention.

### Comment réduire le risque en cas de voyage

Sites internet sur les hôtels infestés aux usa (ex : [bed bugs registry](#))

### Vérifier les matelas dans les hôtels



Fermer les valises

Placer les bagages en hauteur

Placer les bagages à proximité des salles de bain (discutable)

## Dermatite à pyemotes ventricosus

En mai 2007 : dermatite estivale à Fréjus.

Patients présentant des plaques érythémateuses avec le « signe de la comète » (qui pouvait manquer).

Les lésions sont nombreuses avec un centre papulo-vésiculeux.

Enquête sur 42 patients :

Caractéristique commune : habitat en bois

Suspicion d'un insecte parasite du bois anobium punctatum. Mais cet insecte ne pique pas et ne peut donc pas être responsable des lésions.

Découverte que les larves de cet insecte sont parasitées par un acarien (pyemotes ventricosus).

Pour prouver l'implication de cet acarien, un volontaire a placé 3 bandages occlusifs sur sa peau

- le premier avec de la sciure de bois parasitée
- le deuxième avec de la sciure de bois non parasitée
- troisième avec un simple sparadrap.

Seuls le premier « patch » a réagi.

Le pyemotes ventricosus a ensuite été trouvé en microscopie confocale.

Compte rendu retranscrit par C. Billard-Larue