

Gale

Mise à jour de la fiche
11/2013

Agent pathogène

Descriptif de l'agent pathogène

Nom :

Sarcoptes scabiei, variante *hominis*

Type d'agent _____ Parasite

Groupe de classement _____ Non classé

Descriptif de l'agent :

Parasite acarien (il existe de nombreux sarcoptes psoriques animaux qui ne causent que rarement des gales chez l'homme, sous forme localisées et bénignes : variantes *ovis*, *equi*, *cati*, *cameli*...).

Réservoir et principales sources d'infection

Type de réservoir _____ Homme

Principale(s) source(s) :

Squames d'une peau infestée.

Vecteur :

Pas de vecteur

Viabilité et infectiosité

Viabilité, résistance physico-chimique :

Survie à l'extérieur de l'hôte : sarcopte adulte = 24 à 48 h ; larves < ou = 5 jours ; œufs = 10 jours.
Milieu de prédilection = chaud et humide.

Les parasites adultes sont tués par une exposition à 50°C pendant 10 minutes, que ce soit en atmosphère humide ou sèche.
Destruction par produits acaricides après temps de contact de 12 h à 24 h selon les produits.

Pas d'efficacité des solutions hydro-alcooliques.

Infectiosité :

Forte contagiosité avec risque de propagation directement proportionnel à la quantité de parasites présents : risque important en cas de gale profuse où la charge en sarcoptes est 1 000 à 10 000 fois supérieure aux autres cas de gale commune.

Données épidémiologiques

Population générale

Maladie endémo-épidémique très fréquente et cosmopolite, favorisée par toutes circonstances de promiscuité et/ou précarité.

En France, l'incidence de la gale est mal connue, mais elle est vraisemblablement élevée. Elle a été estimée par l'InVS (Santé Publique France) (à partir des chiffres de vente des médicaments anti gale) en 2010, à au au moins 328 cas/100 000/an avec une augmentation de l'incidence de l'ordre de 10 % depuis 2002. Cette estimation d'incidence est semblable à celles observées dans la plupart des pays occidentaux.

Milieu professionnel

De nombreuses épidémies de gale ont été rapportées dans des maisons de retraite, des services de long séjour et de court séjour, mais aussi en milieu scolaire. Au total, 272 épisodes de gale nosocomiale ont été signalés en France entre 2002 et 2010. Ils ont concerné 2 041 cas au moment du signalement avec une moyenne de 7,5 cas par épisode.

Des cas de contamination de soignants sont décrits au contact de gale hyperkératosique (anciennement gale norvégienne) ainsi que de gales communes.

Chez les soignants, un taux moyen d'attaque de 34,6 % a été rapporté dans une revue de neuf épidémies en milieu de soins de gale hyperkératosique, la gale commune étant beaucoup moins contagieuse.

En laboratoire :

Cas en laboratoires d'analyse (médicales, vétérinaires...) publiés depuis 1985 : Aucun cas de contamination professionnelle en laboratoire d'analyses n'a été publié.

Cas en laboratoire de recherche publiés depuis 1985 : Pas de cas publié.

Cas historiques publiés avant 1985 : Néant.

Pathologie

Nom de la maladie

Gale

Synonyme(s) :

Scabiose

Transmission

Mode de transmission :

Transmission interhumaine directe dans 95 % des cas par contacts cutanés répétés et prolongés (+ contact sexuel) avec une personne. La contagiosité est plus importante en cas de gale hyperkératosique.

Très rarement par l'intermédiaire des vêtements, du linge et de la literie, essentiellement en cas de gale profuse ou hyperkératosique.

Période de contagiosité :

Le risque de transmission bien que faible existe dès la phase d'incubation.

La maladie

Incubation :

De 1 à 6 semaines selon l'importance de l'infestation, avec une moyenne de 3 semaines.

De 1 à 3 jours en cas de ré-infestation.

Clinique :

La femelle du sarcopte creuse un tunnel dans la couche cornée de la peau et y pond ses œufs, ce qui entraîne des lésions caractéristiques - mais inconstantes - à type de fins sillons sinueux à extrémité papuleuse correspondant à l'éminence acarienne.

On distingue deux formes cliniques : la gale commune et les gales profuses, à très fortes charges parasitaires et contagiosité (gale hyperkératosique et gale disséminée inflammatoire).

La gale commune :

- Les principales zones infestées dans la gale commune sont les espaces interdigitaux, les faces antérieures des poignets et des avant-bras, les plis des coudes, les creux axillaires, la ceinture, les fesses, les organes génitaux masculins et les aréoles mammaires des femmes.
- Le signe clinique majeur est le prurit intense à recrudescence nocturne, ce qui entraîne l'évolution des lésions initiales avec des lésions de grattage et de surinfection.
- Les autres éléments cliniques potentiellement observables sont les vésicules perlées qui abritent les nymphes d'acariens (lésions dyshidrosiformes), les chancres scabieux au niveau de la verge, et les nodules scabieux, oblongs bruns ou rouges, localisés aux aisselles, au scrotum, à l'aîne et aux flancs.

Les gales profuses :

La **gale hyperkératosique**, anciennement gale norvégienne, se caractérise par une érythrodermie généralisée et une hyperkératose pouvant s'étendre sur toute la surface corporelle, dont le visage et le cuir chevelu. Cependant, elle peut aussi être localisée. Le prurit est discret voire absent. Du fait d'une infestation massive par des milliers de parasites, cette forme est extrêmement contagieuse, notamment en institution où elle peut provoquer de véritables épidémies. Les personnes immunodéprimées et les personnes âgées sont préférentiellement touchées par cette forme.

La **gale disséminée inflammatoire** est souvent la conséquence d'un diagnostic tardif, voire de traitements itératifs d'une gale commune avec des corticoïdes locaux. Elle se caractérise par des signes atypiques : éruption rouge vif sans sillon, papuleuse et vésiculeuse, très prurigineuse. L'atteinte du dos est fréquente. Elle est préférentiellement observée chez les personnes âgées, souvent grabataires et vivant en collectivité.

Diagnostic :

Dans la gale commune, le diagnostic clinique repose sur le tryptique :

- notion de contagion et/ou de cas dans l'entourage (le caractère conjugal ou familial est très évocateur) ;

- prurit à recrudescence nocturne ;

- localisations caractéristiques des lésions cutanées, sachant qu'elles peuvent manquer dans les gales débutantes ou des "gens propres".

Hors contexte épidémique où la clinique suffit, dans la gale commune, la dermoscopie, qui permet de visualiser le sarcopte grâce à un dermatoscope, est un excellent outil diagnostique entre des mains entraînées : sensibilité entre 83 et 91 %.

En cas de doute sur un diagnostic de gale commune et systématiquement dans les cas de gale profuse, en particulier hyperkératosique ainsi qu'en cas d'épidémie en collectivité, la confirmation diagnostique par prélèvement parasitologique doit être systématique. Le prélèvement par grattage cutané d'une lésion au vaccinostyle, de préférence à l'extrémité papuleuse d'un sillon scabieux non excorié, permet de mettre en évidence au microscope à faible grossissement des sarcoptes, leurs œufs et/ou leurs excréments. Au moins 3 prélèvements par patient doivent être réalisés avant de rendre un résultat parasitologique négatif.

Traitement :

Les moyens thérapeutiques sont :

- le traitement local : lavage soigneux de l'ensemble du revêtement cutané, séchage puis application généralisée, hors visage mais en privilégiant les zones habituelles d'extension, d'un produit acaricide : benzoate de benzyle (ASCABIOL®), pyréthrianoïde (SPREGAL®). Laisser agir 12 h à 24 h avant une nouvelle toilette.

A éventuellement renouveler à 2 jours d'intervalle (protocole à adapter en fonction du produit utilisé et du patient considéré : femme enceinte, très jeune enfant...).

- le traitement par voie générale (actif uniquement sur les sarcoptes adultes) : ivermectine (STROMEKTOL®) par voie orale en prise unique, à répéter (contre-indications : enfants de moins de 15 kg, 1^{er} trimestre de grossesse et allaitement). (Pas d'AMM dans cette indication - recommandé dans le texte de référence).

Les protocoles de traitement varient selon le type de gale :

1 | Pour la **gale commune**, on peut avoir recours aux deux types de traitement : en effet, en l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour recommander préférentiellement le traitement per os ou celui par voie locale ou une association des deux. Cependant, il existe de nombreux arguments en faveur du traitement par voie générale par l'ivermectine (simplicité d'administration, bonne tolérance, absence de contre indication majeure, remboursement par la Sécurité Sociale). En cas de traitement local, l'ASCABIOL[®] semble le traitement à privilégier mais il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale. Un deuxième traitement une semaine plus tard apparaît nécessaire car les différents produits utilisés par voie topique ou générale sont très probablement inefficaces sur les œufs et peut-être les formes larvaires immatures et les taux de succès.

2 | Pour les **gales profuses**, une prise en charge en milieu spécialisé associe un isolement contact strict, un traitement oral par ivermectine et un traitement local par benzoate de benzyle, toutes les semaines, jusqu'à la négativation des prélèvements parasitologiques. Il doit aussi comporter un traitement kératolytique adapté.

3 | **Dans tous les cas** Le traitement individuel doit obligatoirement s'accompagner d'un traitement du linge potentiellement contaminé. Il faudra inclure tout le linge (vêtements, draps, serviettes...) qui a été utilisé depuis 48-72 heures en cas de gale commune et depuis 8-10 jours en cas de gale profuse/hyperkératosique. Le linge doit être lavé en machine à 60 °C ou, pour les tissus ne supportant pas cette température, désinfecté par l'utilisation d'un acaricide (A-PAR[®]). Une désinfection de l'environnement par acaricide est à décider avec les autorités sanitaires en cas d'épidémie de gale profuse.

Populations à risque particulier

Terrain à risque accru d'acquisition :

- Promiscuité avec les porteurs de scabiose.
- Immunodépression.

Terrain à risque accru de forme grave :

- Sujets âgés, grabataires, cachectiques.
- Sujets immunodéprimés chez qui la gale prend une forme profuse, hyperkératosique, à prolifération ++ de sarcoptes qui peut alors être révélatrice du déficit immunitaire.
- Sujets atteints d'affections neurologiques avec troubles sensitifs à absence de prurit et donc de grattage à pullulation de parasites.

Cas particulier de la grossesse :

Les protocoles thérapeutiques doivent être adaptés chez les femmes enceintes.

Immunité et prévention vaccinale

Immunité naturelle

Maladie non immunisante.

Prévention vaccinale

Vaccin disponible _____ non

Pas de vaccin disponible

Que faire en cas d'exposition ?

Définition d'un sujet exposé

Personne ayant eu des contacts cutanés directs avec un sujet infesté, son linge de corps et de lit surtout en cas d'infestation massive, telles que les gales profuses.

Principales professions concernées :

Personnels de soins et assimilés, de laboratoire, d'entretien, ou de services sociaux en contact direct avec des porteurs de scabiose.

Conduite à tenir immédiate

- Délai d'intervention : au plus tôt après identification du sujet source.
- S'assurer en milieu de soins que l'isolement du patient source a bien été mis en place et qu'il est traité.
- En collectivité, s'assurer de l'éviction jusqu'à 3 jours après le traitement pour une gale commune et jusqu'à négativation de l'examen parasitologique pour les gales profuses.
- Changer la blouse et tous les textiles ayant été en contact : mettre en sac spécifique puis laver à température ≥ 60 °C, puis sécher à chaud et/ou repasser.

Evaluation du risque

Selon les caractéristiques de la source et le type d'exposition

Produit biologique : squames cutanées d'un patient infecté.

Type d'exposition :

Sujet infesté d'autant plus contagieux que sa charge en sarcoptes est importante et qu'il dissémine des squames cutanées infestées (++) gale disséminée ou hyperkératosique). Contacts cutanés directs (d'autant plus exposants qu'ils sont prolongés), avec du linge de corps et de lit du sujet infesté, d'autant plus exposants qu'il s'agit de linge ayant été très récemment au contact du corps du patient, et en contexte chaud et humide.

Les sujets contacts peuvent être répartis en 3 cercles :

- 1^{er} cercle : personnes ayant eu un contact prolongé avec un cas (relations sexuelles, entourage familial proche, soins de nursing...)
- 2^e cercle : personne vivant ou travaillant dans la même collectivité
- 3^e cercle : personne visitant occasionnellement la collectivité et entourage familial des personnes fréquentant régulièrement la collectivité.

Selon les caractéristiques du sujet exposé

Immunité, risques particuliers : risque accru en cas d'immunodépression.

Prise en charge du sujet exposé

Mesures prophylactiques

Le traitement prophylactique dépend du degré de proximité avec le cas index et de la forme clinique de la gale.

- En cas de **gale commune**, tous les sujets contacts du 1^{er} cercle, même asymptomatiques, doivent être traités (soignants ayant donné des soins de nursing). *NB* : le respect strict des mesures d'isolement peut nuancer la décision thérapeutique.
- En cas de **gale hyperkératosique**, les sujets contacts du 1^{er} cercle, du 2^e cercle et, le cas échéant, ceux du 3^e cercle, doivent être traités. Si un traitement est nécessaire, il est identique au traitement du cas (Cf. rubrique traitement).

Suivi médical

À adapter au contexte : cas isolé(s) ou épidémie :

- information notamment des personnels de soins sur les modes de transmission et les mesures de prévention,
- hors contexte épidémique, suivi clinique simple des personnels exposés, sans omettre que les mains des soignants étant protégées, les lésions peuvent être situées préférentiellement au niveau des zones découvertes / avant-bras...

En cas de grossesse :

Rien de particulier.

Pour l'entourage du sujet exposé

Déramatiser la situation et déculpabiliser les sujets infestés. Traitement prophylactique de l'entourage proche du sujet exposé que si le diagnostic est suspecté ou confirmé chez le sujet exposé.

Démarche médico-légale

Déclaration / signalement

Déclaration obligatoire _____ non

Lorsqu'il s'agit d'un établissement hospitalier, le(s) cas index doit/doivent être signalé(s), en interne, à l'Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH). La prise en charge de gales profuses ou une dissémination dans la collectivité se fera en concertation avec les autorités sanitaires dont dépend l'établissement (Agence régionale de Santé - ARS).

Réparation

Accident du travail

Déclaration d'AT selon les circonstances d'exposition.

Maladie professionnelle

Tableau Régime Général _____ RG 76

Tableau Régime Agricole _____ Non

Maladie hors tableau et fonction publique : selon expertise.

Eléments de référence

Textes de référence

Survenue de un ou plusieurs cas de gale¹. Conduite à tenir. Avis et rapport du 9 novembre 2012. Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2002 (<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=312>).

¹ <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=312>

Bibliographie

- 1 | Bitar D, Castor C, Che D, Fischer A et al. - La gale est-elle en augmentation en France ? Etat des lieux à partir de diverses enquêtes régionales et nationales. 2008-2010. Saint Maurice : InVS ; 2011 : 23 p.
- 2 | Bitar D, Thiolet JM, Haeghebaert S, Castor C et al. - La gale en France entre 1999 et 2010 : augmentation de l'incidence et implications en santé publique. *Ann Dermatol Venerol*. 2012 ; 139 (6-7) : 428-34.
- 3 | **Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité.** ² Conduites à tenir. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2012.
- 4 | Bouvresse S, Chosidow O - Ectoparasitose cutanée Gale et pédiculose. *Rev Prat*. 2011 ; 61 (6) : 867-73.
- 5 | Gehanno JF - Gestion des épidémies de gale dans les collectivités. *Concours Méd*. 2013 ; 135 (6) : 477-80.

² <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>