

Gale

La gale ou scabiose est une dermatose contagieuse, prurigineuse, cosmopolite, très répandue notamment dans les collectivités humaines, due au parasitisme par un acarien *Sarcoptes scabiei* var *hominis*.

1. Épidémiologie

La gale est répandue dans le monde entier, sous tous les climats et dans toutes les classes socio-économiques. Un défaut d'hygiène des vêtements, l'absence d'eau courante, la pauvreté et le surpeuplement à l'intérieur des habitations sont des facteurs favorisant. La gale est considérée par l'OMS comme une Maladie Tropicale Négligée (MTN) depuis 2017 (voir le chapitre « [Santé mondiale. Maladies tropicales négligées](#) »). Il y aurait plus de 450 millions de cas par an dans le monde. La gale est souvent endémo-épidémique chez les enfants défavorisés en milieu tropical.

1.1. Agent pathogène

Sarcoptes scabiei var *hominis* est un acarien, parasite de l'épiderme, strictement adapté à l'homme. De forme globuleuse, la femelle adulte mesure environ 300 à 450 µm (photo 1). Elle est munie de 4 paires de pattes très courtes, 2 paires antérieures munies de ventouses et 2 postérieures se terminant par des soies.

1.2. Cycle

Les sarcoptes adultes s'accouplent à la surface de la peau de leur hôte. Le mâle disparaît après l'accouplement tandis que la femelle fécondée s'enfonce aussitôt dans la peau en creusant une galerie, appelée aussi « sillon », située entre la couche cornée et la couche de Malpighi. Elle vit environ 1 mois en progressant de 1 à 2 mm par jour dans l'épiderme et en se nourrissant des cellules cornées. Elle pond environ 1 à 2 œufs par jour. Les œufs (taille 100 µm environ) éclosent dans le sillon sur les lieux de ponte et donnent chacun, en 3 à 4 jours, une larve hexapode qui gagne la surface de la peau. Chaque larve se transforme en nymphe puis en adulte mâle ou femelle qui se retrouve sur la surface cutanée. Le cycle dure environ 15 jours à 3 semaines. Après l'accouplement, les femelles fécondées pénètrent à nouveau le même hôte ou un autre après un contact cutané. Les sarcoptes ne peuvent survivre plus de 48 heures dans le milieu extérieur dans un climat tempéré et sec. Le passage de la femelle parasite d'un hôte à l'autre s'effectue donc avant sa pénétration lors d'un contact cutané direct ou par l'intermédiaire d'objets de toilette (gants, serviette), de vêtements ou de la literie. La gale peut donc être aussi une infection sexuellement transmissible voire nosocomiale si la contamination survient durant l'hospitalisation. Un sujet devient contagieux par contact étroit, dès la première génération d'adultes issus de sa peau soit environ à partir de la 3^e semaine après avoir été lui-même contaminé.

Photo 1. *Sarcoptes scabiei* femelle
(CD-Rom ANOFEL 4, Parasitologie, CHU Angers)



2. Physiopathologie

Le parasite se trouve en position superficielle entre la couche cornée et la couche de Malpighi, il ne pénètre donc pas dans le derme. Les galeries creusées par les femelles entraînent une réaction œdémateuse locale à l'origine des vésicules perlées. Le prurit n'est pas directement lié à la présence du parasite (strictement épidermique), mais aux réactions d'hypersensibilité dues aux antigènes issus des adultes, des œufs et des excréta sensibilisant les cellules immunocompétentes du derme. Le prurit est donc retardé par rapport à la date présumée de la contamination : il n'apparaît que 3 à 4 semaines après l'infestation. Le prurit persistant entraîne un prurigo. Les nodules scabieux sont des infiltrats cellulaires dermiques, réactions allergiques secondaires aux antigènes sarcoptiques. Une hyperkératose se développe fréquemment chez le sujet âgé et sur un terrain immunodéprimé.

3. Clinique

3.1. Gale commune de l'adulte et de l'enfant

Le patient consulte habituellement pour un prurit qui touche souvent plusieurs personnes d'une même collectivité. Il est volontiers féroce, souvent continu, avec une recrudescence nocturne. La nuit, il peut être à l'origine d'insomnie. Les autres manifestations cutanées sont les vésicules, les sillons et les lésions de grattages (photo 2). Au début, le prurit est localisé aux endroits où il y a des sillons, c'est-à-dire aux espaces interdigitaux, puis il s'étend rapidement aux poignets (face interne) et au bord cubital des mains puis aux coudes, aux aisselles, aux mamelons, aux plis abdominaux, inguinaux, fessiers et au fourreau de la verge (chancre scabieux). Au bout de quelques jours, il est généralisé (photo 3).

Photo 2. Vésiculo-papules de gale interdigitales

(N. Contet-Audonneau, Parasitologie - Mycologie, CHU Nancy)



Photo 3. Lésions papuleuses et nodulaires de gale sur un membre inférieur de nourrisson

(R. Blaizot)



L'examen clinique retrouve au début des papules, puis des vésicules, puis des lésions de grattage qui vont parfois se surinfecter. Des nodules rosés, violacés, enchâssés dans le derme, prurigineux, peuvent aussi être observés notamment au niveau des aisselles. Le visage, le dos et la paume des mains, la plante des pieds sont habituellement épargnés. Le sillon scabieux, lésion sinueuse de 5 à 15 mm, légèrement surélevée et se terminant par une vésicule perlée, est pathognomonique mais retrouvée qu'au début de l'infestation. L'observation directe, à l'aide d'un dermatoscope et/ou un prélèvement par grattage cutané au niveau des lésions est utile pour confirmer le diagnostic. La surinfection de la gale par des streptocoques ou des staphylocoques est responsable d'impétigos avec un risque de syndrome post streptococcique (RAA) pour les streptocoques bêta-hémolytiques A (voir le chapitre : « [Infections de la peau, des tissus mous et des muscles](#) »).

En zone d'endémie d'onchocercose, la gale peut être confondue avec la "gale filarienne", fréquente chez les enfants, touchant souvent les fesses (voir le chapitre « [Filarioses](#) »).

3.2. Gale du nourrisson

Le nourrisson est souvent agité, il pleure et dort mal. Il présente plus volontiers des lésions vésiculeuses, souvent surinfectées, siégeant principalement sur la plante des pieds mais aussi au niveau des aisselles, de l'ombilic et des fesses. Ces lésions peuvent ensuite s'étendre aux bras, à la poitrine et aux cuisses.

3.3. Gale profuse ou croûteuse (gale « norvégienne »)

Chez le sujet âgé et l'immunodéprimé ou après une corticothérapie locale intensive, la gale est moins prurigineuse, elle passe donc souvent inaperçue. Les parasites sont nombreux au niveau des lésions. Au niveau cutané, les lésions typiques du début se couvrent de squames puis de croûtes parfois épaisses et d'aspect blanc-jaune soufre. Contrairement à la forme commune de l'immunocompétent, les lésions peuvent se généraliser à toute la surface de la peau, y compris le visage, le dos, la paume des mains et la plante des pieds (photo 4). Cette forme profuse est très contagieuse, elle est responsable d'épidémies dans les centres de gériatrie et les services d'hospitalisation long séjour. Les prélèvements effectués sur n'importe quelle lésion mettent en évidence un nombre important de sarcoptes. Au cours du [SIDA](#), cette forme clinique de gale est particulièrement tenace et difficile à traiter tant qu'il n'y a pas de restauration immunitaire sous antirétroviraux. Toute gale profuse persistante doit faire rechercher une infection par le VIH-SIDA.



3. Diagnostic

Il est clinique quand les lésions sont d'éléments et de localisations typiques et en cas de notion d'un contagé dans les 3 semaines environ avant l'apparition du prurit, sinon il doit être confirmé par le prélèvement parasitologique. Le dermatoscope est un excellent outil d'observation ; il contribue efficacement au prélèvement. Celui-ci doit être réalisé par une personne expérimentée, à l'aide d'un vaccinostyle, sur les lésions surtout caractéristiques au départ (sillons, vésicules perlées...). On peut également appliquer sur les lésions un fragment de cellophane adhésive (Scotch®) puis l'appliquer sur une lame de verre «porte-objet». D'autres lésions où le parasite peut être retrouvé, doivent être recherchées et prélevées : autour des mamelons chez la femme, au niveau des organes génitaux chez l'homme. La recherche peut être complétée par un prélèvement de fragments cutanés sous les ongles.

Tous les produits de grattage sont examinés au microscope à faible grossissement ($\times 10$). On retrouve les sarcoptes, entiers (photo 1) ou fragmentés, leurs œufs ou leurs déjections.

4. Traitement et prévention

Le patient infesté doit être traité le plus tôt possible. Le traitement peut être local, associé ou non à une prise médicamenteuse par voie orale. En cas de gale croûteuse, le traitement local sera toujours associé au traitement par voie orale. Devant des lésions surinfectées, un traitement antibiotique peut être débuté. Il ne faut pas mettre le produit anti scabieux sur des lésions suintantes ou surinfectées

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.

Les trois traitements possibles de 1^{re} ligne sont la perméthrine crème à 5 %, le benzoate de benzyle en lotion à 10 %, et l'ivermectine *per os* (200 µg/kg en prise unique). Quel que soit le traitement choisi, il est indispensable de réaliser une deuxième cure entre J7 et J14 afin de tuer les nouveaux adultes éclos. Tous les sujets vivant sous le même toit ou tous les cas contact doivent être traités en même temps, même s'ils sont asymptomatiques.

Les traitements topiques doivent être appliqués pendant 8 à 12h sur toutes les régions du corps, y compris le cuir chevelu, l'aîne, les organes génitaux externes, le nombril, sous les ongles et entre les orteils. La peau doit être propre et sèche avant application.

La perméthrine crème est disponible chez le nourrisson après deux mois. L'ivermectine n'est pas autorisée chez la femme enceinte ou chez l'enfant de moins de 15 kg, bien que des utilisations hors autorisation de mise sur le marché (AMM) (demi-comprimé écrasé, etc) soient discutables après avis spécialisé.

En même temps que le traitement scabicide, il est indispensable de traiter la literie (draps de lit, taies d'oreillers), le linge de peau, le linge de toilette et tout ce qui peut être au contact de la peau parasitée : vêtements, chaussures, parfois l'ensemble du domicile du patient (mobilier, fauteuils...) surtout en cas de gale profuse. Le linge doit être lavé à plus de 60 °C ou enfermé hermétiquement dans un sac plastique avec un scabicide de contact (pyréthrin-*noïde*, DDT) pendant 48 heures. Chez les enfants en bas âge, il ne faut pas oublier de traiter aussi ses jouets (peluches, « doudous ») ainsi que le tapis de jeu, la poussette ou le landau. Il est recommandé de couper les ongles courts des patients pour éviter une réinfection et la surinfection dues aux lésions de grattage. La désinfection des locaux n'a plus lieu d'être car le parasite ne survit pas hors de son hôte.

Il convient aussi de rechercher la source de contamination. Il est donc important de faire une enquête soigneuse autour du malade pour rechercher et traiter tous les sujets pouvant être à leur tour infestés : conjoint, famille, entourage proche, autres enfants scolarisés, etc. En milieu tropical et notamment en zone isolée, le congélateur (parfois plus fréquent que les machines à laver) peut être utilisé en y plaçant les vêtements à -10 °C pendant 5 heures. La mise à disposition gratuite de scabicide de contact apporte un atout majeur dans le traitement. Il est parfois difficile aux parents d'amener l'ensemble d'une fratrie en consultation, et le praticien peut être amené à prescrire ou délivrer les traitements pour des personnes non vues. Le surpeuplement des habitations étant fréquent, le traitement de tout le foyer, y compris les cas asymptomatiques, est fondamental. Certaines communautés traditionnelles peuvent préférer des traitements topiques à la forme *per os*, d'autres au contraire ne disposeront pas de lieu adapté (salle de bain) pour appliquer ou rincer une crème. Le risque d'eczématisation et/ou surinfection après utilisation de plantes traditionnelles est important. Le praticien doit prendre le temps d'intégrer les spécificités culturelles et matérielles de la zone tropicale où il exerce.

La prévention repose sur l'amélioration de l'hygiène individuelle et collective et la disponibilité en eau courante.

Il est prouvé que les programmes de distribution étendue d'ivermectine pour lutter contre l'[onchocercose](#), la [filariose lymphatique](#) ou les [nématodoses intestinales](#) participent à la réduction de la gale ou niveau communautaire.

Les programmes d'administration systématique d'ivermectine contre la gale aux enfants permettent aussi une réduction des impétigos et des helminthoses intestinales.

Les programmes de lutte combinant la distribution d'azithromycine contre le [trachome](#) et/ou le [pian](#) et celle d'ivermectine contre la gale entrent dans le cadre de l'intégration des moyens de lutte contre ces maladies de l'enfance dans les pays à ressources limitées.

Sites web recommandés (accès libre) concernant ce chapitre :

CD photos ANOFEL :

<http://www.cdanofel.fr>

Cours de parasitologie :

<http://umvf.univ-nantes.fr/parasitologie>

Gale. OMS :

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/scabies>