

## **Prise en charge de la gale commune en cabinet de médecine générale**

### **Epidémiologie :**

Dans la population générale on note une augmentation de l'incidence de la gale depuis 10 ans, selon InVS en 2010 environ 328 cas /100000 hab/an de cas de gale, (augmentation de 10% depuis 2002).

En milieu hospitalier (maison de retraite, long séjour, ...) ainsi qu'en milieu scolaire de nombreux cas ont été rapportés depuis 2002

En Rhône Alpes, l'ARS observe une recrudescence avec plus de 200 cas déclarés en 2013. Depuis janvier 2014, 24 signalements ont été effectués dont 17 en milieu scolaire.

La gale n'étant pas une maladie à déclaration obligatoire, son évolution et son incidence restent difficiles à évaluer.

### **Clinique :**

#### **Gale commune :**

C'est une parasitose cutanée, due à un acarien de type sarcopte scabiei hominis, la transmission se fait par contact direct et étroit, elle appartient aux IST.

Avant, elle était considérée comme maladie des personnes défavorisées, cette maladie touche tous les âges tous les milieux et tous les continents.

#### **Diagnosics de gale commune de l'adulte :**

- Incubation en 2 à 3 semaines (phase silencieuse) suivi d'un prurit intense à prédominance nocturne (infestation)

#### **Eléments à rechercher à l'interrogatoire:**

- Prurit important la nuit
- Atteinte bilatérale de zone typique (poignets, sillons interdigitaux, ...)
- Notion de prurit chez d'autres personnes de l'entourage
- Notion de contagion (travail, école, nourrice, ...)

#### **A l'examen clinique :**

- Lésions visibles de 0.5 à 3 cm de long superficiel sinueux et grisâtre avec surélévation à l'une de ses pointes
- +/- vésicules perlés translucides au niveau interdigitales
- Nodules scabieux (aisselles scrotum périnée ...)

ATTENTION, l'aspect peut varier :

**Chez le nourrisson**, elle peut toucher l'ensemble du corps y compris le visage et le cuir chevelu

**Chez la personne âgée**, les lésions sont plus atypiques, elles peuvent être papuleuses vésiculeuses et érythémateuses sans sillons

Autre types de gale (gale crouteuse dite norvégienne (rare)) et très contagieuse, chez les immunodéprimés ou après TTT corticoïde dans le cadre d'une gale commune.

#### **Examen :**

Examen parasitologique parfois nécessaire mais la négativité n'élimine pas le diagnostic de gale

(Qualité du prélèvement au laboratoire, risque de prélèvement négatif si les lésions ont été grattées avant)

Examen cutané complet avec un dermatoscope (avis dermato) en cas de doute

**Traitement :** Il faut traiter tous les individus d'une même famille, et principalement ceux qui partagent le même lit ainsi que les personnes ayant eut un contact intime et prolongé.

**Traitement topique :**

La **perméthrine** est considéré comme le moins toxique et le plus efficace, (recommandation OMS) disponible en France sous forme de préparation magistrale, malheureusement sous ATU pour les dermatologues. (Permethrine 5% 5g + base pharmaceutique 100g)

Conditions d'application :

1 application de 8 à 12 h avec renouvellement après 15 jours de traitement si persistance des lésions si besoin.

Elle est principalement conseillée chez les femmes enceintes et allaitantes et les enfants à partir de 2 mois.

Les effets secondaires sont minimes (picotements et irritations de la peau)

Principalement nous avons en médecine générale :

- **SPREGAL\*** aérosols (pyrethrianoïde) (association esdépalléthrine + butoxyde de pipéronyle)) qui est contre indiqué chez l'asthmatique

Conditions d'utilisation :

La lotion est appliquée de préférence le soir, pour garder le produit toute la nuit.

Avant le traitement, prendre un bain et se sécher soigneusement. Pulvériser la lotion sur tout le corps, sauf sur le visage et le cuir chevelu, en insistant sur les mains et dans les plis de la peau. En cas de lésions du visage, utiliser un coton imbibé de lotion.

Laisser agir le traitement pendant 12 heures, puis se laver pour éliminer le produit. Les draps doivent être changés deux fois : juste avant l'application du produit et juste après le rinçage.

Les démangeaisons peuvent persister 10 à 15 jours

- **benzoate de benzyle (ASCABIOL\*)** : Toxique en cas d'ingestion (convulsion), ainsi qu'un risque d'irritation possible avec eczématisation. En France il est commercialisé sous le nom Ascabiol\*

Conditions d'application :

Application après un bain chaud le soir de préférence.

Ne pas appliquer autour des yeux et de la bouche.

Laisser appliquer 24 heures.

Ne pas rincer même les mains avant la fin du délai.

Démangeaisons persistantes 10 à 15 jours après le traitement possible.

Pour les enfants et les femmes enceintes l'application est possible mais seulement une seule application d'uniquement 12 h maximum CI à la deuxième application, les enfants de moins de 2 ans doivent avoir les mains bandés pour éviter toute ingestion accidentelle qui pourrait entraîner des convulsions, chez la femme allaitantes l'application est évitée au niveau des seins

**Crotamiton** : peu toxique et bien toléré mais l'efficacité est moindre, utilisé dans le prurit post scabieux, mais son efficacité n'a pas montré de supériorité par rapport à un émollient simple.

Autres traitements possibles :

- Malathion 0.5% non autorisé en France pour le TTT de la gale car risques d'intoxications à l'ingestion.
- Le soufre pommade entre 5 et 20% de dosage (salissant et malodorant) mais peu coûteux.
- Lindane : Risque de toxicité neurologique, retiré du marché en 2009.

**Per os :**

**Ivermectine** (stromectol\*) le seul traitement remboursé pour la gale et le seul traitement per os.  
Ne pas manger 2H avant et après la prise pour une efficacité optimale !!!  
CI chez la femme enceinte car risque de malformations fœtales

**Consignes associées à la découverte de la gale:**

- Lavage des vêtements à 60°
- Isoler les textiles et les objets non lavables dans un sac plastique hermétique pendant 2 à 4 jours en milieu froid
- Traitement de la literie par anti-scabieux
  
- A noter que le traitement scabicide du mobilier et des sols n'est pas forcément jugé nécessaire (selon les études publiées) si l'entretien habituel a été assuré.

Mesures associées :

Traitement anti histaminique H1 sédatif oral

Emollients (même efficacité que le crotamiton)

Malgré le traitement le prurit peut persister jusqu'à 4 semaines malgré l'élimination de tous les sarcoptes.

Toujours informer le patient du risque d'échec du traitement et de la possibilité de réinfestation.  
Au cabinet, toujours penser que le lavage des mains doit se faire à l'eau et au savon, les solutions hydro alcooliques ne sont pas efficaces contre les sarcoptes.

Les traitements topiques de la gale ne sont pas remboursés par le Sécurité sociale.

**Tableau récapitulatif :**

Options de traitement	Ivermectine STROMECTOL*	Benzoate de benzyle mousse 10% (ASCABIOL*)	Permethrine crème 5%	Crotamiton crème 5%
adulte	200 microg/kg en 1 prise 2° prise à J15 recommandée*	J1 le soir une application de 24 h J2 rincage puis 2° application 24 h (A renouveler à J15 si besoin)	1 application de 8 à 12 h (A renouveler à J15 si besoin)	Prurit : 1 application 1 à 3 fois par jour
Enfant (En fonction age)	CI si moins de 15 kg	1 seule application de 12h max + bandage des mains	Oui si plus de 2 mois	Oui si plus de 3 ans, 1 application suffit
Femme enceinte	A éviter	1 seule application de 12 h max	Oui	Oui
Femme allaitante	A éviter car passe dans le lait	A éviter pas d'application sur les seins	Oui mais ne pas allaiter pendant le traitement	Oui

## Bibliographie :

- Prescrire Rédaction « Gale : traitement. Idées-Forces Prescrire » mise à jour en janvier 2012 : 4 pages  
« reconnaître et traiter la gale en 2002 » Rev Prescrire 2002 ; 22 (229) : 405-455  
« ivermectine-Stromectol<sup>o</sup>, Nouvelle indication : contre la gale, un traitement orale efficace et  
d'emploi facile » Rev Prescrire 2002 ; (229) : 405-409 + (231) : II de couv  
*Revue Prescrire. Gale : que faire sans perméthrine ? Janvier 2013 ; 33 (351) : 77*  
*Lina Albakri MD, Ran D. Goldman MD. Permethrin for scabies in children. Canadian Family Physician -*  
*Vol 56: october-octobre 2010*  
*Paediatr Child Health. 2001 décembre ; 6(10): 784–786*  
*Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;*  
*(3): CD000320*  
*M. Goldust, E. Rezaee, S. Hemayat. Treatment of scabies: Comparison of permethrin 5% vs*  
*Ivermectin. Journal of Dermatology 2012; 39: 545-547*  
*INVS. Epidémie de Gâle communautaire. Guide d'investigation et d'aide à la gestion*