

La gestion de la gale en maisons de repos

Management of scabies in long term care facilities

G. Mascart^{1,2} et S. Cherif³

¹Laboratoire de Microbiologie, C.H.U. Brugmann, ²Centre de Traumatologie (CTR) – Hygiène hospitalière, ³Service de Médecine Interne, C.H.U. Brugmann

RESUME

Périodiquement des cas de gale sont diagnostiqués. Les personnes âgées vivant en collectivité (MR/MRS), dont l'état immunitaire est souvent faible, constituent une cible privilégiée. Ectoparasitose causée par *Sarcoptes scabiei*, la gale peut se présenter sous diverses formes (gale typique, gale profuse et gale norvégienne), ayant leurs caractéristiques propres et des degrés de contagiosité différents. Le diagnostic de gale peut s'avérer difficile à cause de lésions atypiques. Tout retard de diagnostic, en particulier dans des collectivités de personnes âgées, peut être à l'origine d'épidémies compliquées à juguler, coûteuses et particulièrement gênantes pour les pensionnaires et le personnel. Les différentes possibilités de traitement (local ou général) sont envisagées ainsi que les règles de prévention à respecter.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 271-4

ABSTRACT

Regularly, cases of scabies are diagnosed. Old institutionalized persons with depressed immunity are particularly sensitive to this type of infestation. Scabies is an ectoparasitose related to *Sarcoptes scabiei*. Clinical picture can be highly variable depending of the type of scabies (typical scabies, profuse one or norwegian scabies). Even if the etiologic agent is the same, each type has its own characteristics and is different as far as the contagiosity is concerned. Diagnostic of scabies can be difficult due to atypical lesions. Delayed diagnostic, particularly in collectivities of old persons may be the cause of outbreaks that can be difficult to manage, are costly and very unpleasant for the patients and caregivers. The different types of treatment (local or sytemic) are discussed as well as rules to be take into account for prevention.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 271-4

Key words : *scabies, institutionalized persons*

INTRODUCTION

Quasiment disparue depuis la Seconde Guerre mondiale, la gale réapparaît de manière cyclique au cours des dernières années. De diagnostic difficile, sa méconnaissance peut donner lieu à des épidémies en particulier si le cas index appartient à la forme, particulièrement contagieuse, de la gale dite " norvégienne ". Ces épidémies peuvent être longues et parfois difficiles à maîtriser.

Les personnes âgées vivant en collectivité (MR, MRS), dont l'immunité est souvent diminuée, constituent une cible privilégiée. La gale est également une maladie professionnelle pour les personnels de santé et les personnes travaillant dans des blanchisseries.

ETIOLOGIE

La gale est une ectoparasitose due à un acarien le *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*. Il s'agit d'un parasite de 0,25 à 0,35 mm de long, invisible à l'œil nu¹.

Ce sarcopte vit spécifiquement dans l'épiderme humain ; il peut néanmoins être porté transitoirement par le chien.

Cycle du parasite

Les œufs évoluent en 10 jours en sarcoptes adultes en passant par des larves puis des nymphes vivant à la surface de la peau². Après accouplement, le mâle meurt tandis que la femelle fécondée pénètre

l'épiderme, creuse des sillons à la base de la couche cornée et y pond 2 à 3 œufs par jour dès le 4^{ème} jour post-fécondation. La femelle vit de 4 à 6 semaines.

Survie du parasite

La femelle fécondée peut survivre 2 jours en dehors de l'être humain. En dehors de son hôte spécifique (l'Homme), sa survie est brève. Néanmoins, le parasite peut survivre jusqu'à 3 semaines dans les squames tombées de la peau de l'hôte. Il ne résiste que quelques minutes à des températures supérieures à 60 °C.

Transmission

Ce sont principalement les femelles nouvellement fécondées qui assurent la contagiosité¹. La transmission se fait essentiellement par contact direct mais elle peut également être indirecte (linge, literie). La transmission indirecte sera plus importante en cas de gale norvégienne. Le taux d'attaque est de 30 % chez le personnel soignant confronté à un cas de gale non diagnostiqué ; il atteint 38 % au sein d'une famille⁴.

EPIDEMIOLOGIE

La gale a une distribution mondiale. Elle se retrouve dans toutes les races et toutes les classes sociales. Des épidémies ont été associées à la guerre, la pauvreté, une mauvaise hygiène, la surpopulation, la malnutrition et la promiscuité sexuelle³. La gale se manifeste annuellement dans 5 à 25 % des institutions de long séjour². Une étude réalisée en 1995-1996 démontrait que, sur une période de trois mois, 6 % des maisons de retraite et 14 % des services de long séjour repris dans l'étude, avaient été au moins une fois confrontés à un problème de gale⁴.

Il est difficile d'avoir une idée précise de l'importance de la gale en Belgique. En effet, en Communauté française, cette infection n'est pas à déclaration obligatoire. Elle l'est par contre en Communauté flamande mais semble être sous déclarée. En 2004, 289 cas individuels et 51 infections multiples ont été rapportés à l'inspection de la santé de la Communauté flamande⁴.

SIGNES CLINIQUES

La gale typique^{1,2}

La durée d'incubation est en moyenne de 3 semaines (10 jours à 6 semaines) en cas de primo-infestation alors qu'elle est de 1 à 3 jours en cas de réinfestation. Il y a d'abord une phase de multiplication des parasites pour atteindre une phase d'équilibre correspondant à la présence d'une dizaine de femelles. Cette phase s'accompagne d'un phénomène de sensibilisation.

Le patient se plaint essentiellement de **prurit** souvent intense à recrudescence nocturne. Il fait suite

à une sensibilisation aux déjections du sarcopte. Ce symptôme doit faire penser à la gale. La lésion cutanée caractéristique est le **sillon** fin, grisâtre, en ligne brisée de quelques millimètres de long avec parfois à son extrémité une élevation perlée appelée "vésicule perlée". Ce sillon correspond au tunnel de ponte de la femelle. Les sillons peuvent être peu nombreux et difficiles à voir surtout si le sujet est propre. D'autres lésions telles que papules, vésicules, bulles, croûtes, pustules ou nodules peuvent conduire à des erreurs de diagnostic. Des lésions de grattage non spécifiques peuvent dominer le tableau et sont retrouvées dans les zones de prurit. Elles peuvent être la cause de surinfections bactériennes. L'eczématisation des lésions n'est pas rare et peut également retarder le diagnostic. Les lésions sont d'abord localisées aux espaces interdigitaux, à la face antérieure des poignets, aux fesses, à la région inguinale et aux aisselles pour ensuite se généraliser tout en épargnant généralement le visage, le cuir chevelu, le cou et le dos.

Gale profuse^{1,2}

Il s'agit d'une forme diagnostiquée tardivement et caractérisée par la présence d'un plus grand nombre de sarcoptes. Les lésions, souvent atypiques, consistent en une éruption papuleuse, vésiculeuse, erythémateuse floride et sans sillon. Les lésions sont disséminées sur le tronc, les membres et le dos. Les sillons sont difficiles à voir car perdus dans les différentes lésions (vésicules, papules, etc.). Cette forme est très prurigineuse et atteint souvent les personnes âgées vivant en institutions.

Gale norvégienne (ou gale croûteuse)^{1,2}

Il s'agit d'une forme particulièrement contagieuse de la gale touchant souvent les patients immuno-compromis en ce inclus les personnes infectées par le virus HIV, les patients diabétiques, comateux, incontinents ou en phase terminale. Les lésions correspondent à un épaississement de la couche cornée avec des papules et une eczématisation. Contrairement à la gale classique, cette forme est peu prurigineuse. L'atteinte du visage, du scalp, des paumes et des plantes des pieds est fréquente. Les squames cutanées regorgent de plusieurs millions de *Sarcoptes scabiei*. La contamination peut se faire soit après un contact cutané même de courte durée soit après un contact bref avec la literie et les squames qu'elle contient. La gale norvégienne peut simuler diverses dermatoses squameuses telles que psoriasis, dermite séborrhéique, éruption médicamenteuse, etc. Particulièrement contagieuse, elle peut contaminer le personnel.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose sur une anamnèse soigneuse (notion de prurit nocturne pour la gale classique), la clinique (sillons et topographie des lésions) et l'examen au microscope de prélèvements effectués au niveau des lésions de grattage à l'aide

d'une lame de scalpel. Seul l'examen microscopique des prélèvements permet un diagnostic formel. En l'absence de ce dernier, il faudra, en présence de prurit, éliminer d'autres diagnostics tels que prurit sénile, médicamenteux ou psychologique, eczéma, lymphomes cutanés, psoriasis, prurit sur cholestase, pemphigoïde bulleuse ou pédiculose¹.

TRAITEMENT

Traitement local

Différentes alternatives existent.

- *Pommade à 30 % (10 % pour les enfants) de benzoate de benzyle dans une base de Beeler.*

Au J1, le patient prend un bain d'eau tiède savonneuse, se brosse entre les doigts ainsi qu'au niveau des poignets et des chevilles à l'aide d'une brosse à ongles. La brosse est ensuite jetée. Les draps de lit sont changés et le patient porte des vêtements qui viennent d'être lavés. La pommade est appliquée de la racine du cou jusqu'aux orteils, matin et soir. Au cours des J2 à 5, le patient met de la crème matin et soir. Il ne se lave pas complètement les J2 et 4. Il prend un bain et veille à un brossage interdigital les J3 et 5. Des vêtements venant d'être lavés doivent être mis les J1 et 2.

- *Lotion de benzoate de benzyle à 10 % et de Sulfiram à 2 %¹.* Ce produit, commercialisé en France sous le nom d'Ascabiol®, présente deux avantages essentiels, à savoir une meilleure pénétration et une odeur moins désagréable que la prescription magistrale. Le traitement débute par une douche. Le patient insiste sur l'hygiène des ongles (courts et brossés). Après un séchage doux pour ne pas altérer davantage la peau, en particulier du sujet âgé (caractère irritant de l'application d'un dérivé benzénique à sec), tout le corps, à l'exception du visage est badigeonné à l'aide d'un pinceau plat en insistant particulièrement sur les zones présentant des lésions. Deux badigeons successifs sont réalisés au J1 (le second est pratiqué dès que le premier est sec). Il faut laisser l'application pendant 24 heures. Au J2, le patient se savonne (savon doux) puis se rince abondamment. Le même schéma est répété, si nécessaire, au J8. Il y a lieu d'éviter le contact de la lotion avec les yeux ou les muqueuses. Chez la femme enceinte et l'enfant de moins de deux ans, la lotion ne sera pas laissée plus de 12 heures.

- *Autre variante : crème de Permethrine à 5 %.*

Traitement général

Le traitement par voie générale peut être envisagé par du Stromectol® (ivermectine) qui existe sous forme de comprimés. Ce médicament n'est pas commercialisé en Belgique mais peut être importé de France où il est agréé pour le traitement de la gale sarcoptique humaine. Le Stromectol® se donne par voie orale à raison d'une seule prise à 200 µg/kg. Les contre-indications sont l'hypersensibilité à l'un des composants, la grossesse, l'allaitement et les enfants de moins de 15 kg. Le patient doit rester à jeun de 2 heures avant

la prise du médicament jusque 2 heures après la prise. Un rapport controversé signale dans une institution pour personnes âgées une augmentation de la mortalité à 6 mois après traitement par l'ivermectine lors d'une épidémie de gale³. En cas de présence de très nombreux parasites, et en particulier en cas de gale norvégienne, un second voire un troisième traitement éventuellement associé à un traitement local peuvent être effectués. Ils seront espacés de 8 à 15 jours.

Pratiquement, le schéma de traitement est le suivant :

- J0 : Prise du Stromectol®
 - Prendre une douche et se laver avec un savon doux.
 - Mettre du linge propre et changer la literie.
 - Traiter l'environnement.
- J1 : Soins de nursing normaux.
- J2 : Levée de l'isolement, veiller à des soins d'hygiène corrects et surveiller l'évolution des lésions.
- J8 : Si nécessaire, second traitement à associer éventuellement avec un traitement topique.

Choix du traitement (oral versus local)

Pour la gale classique, le traitement local devrait parfaitement convenir. Le traitement oral, quant à lui, trouvera sa place dans les institutions ou les établissements de long séjour où les épidémies de gale sont fréquentes et difficiles à traiter en raison des difficultés à réaliser un traitement local classique chez toutes les personnes en même temps.

Pour la gale profuse et la gale norvégienne, le traitement par voie orale est recommandé en association avec un traitement local. En cas de lésions hyperkératosiques, un traitement kératolytique à base de vaseline salicylée à 6 %, voire un débridement manuel peuvent s'avérer utiles.

Traitement des surinfections locales

Un traitement antibiotique, à base d'antistreptococcique ou d'antistaphylococcique, pendant 7 jours, peut être nécessaire éventuellement associé à un antiseptique local.

Modalités générales

Pour que le traitement soit efficace, il y a lieu de respecter les mesures suivantes :

- Placer les vêtements, draps, essuies, gants, etc., dans un sac en plastique.
- Asperger chaque vêtement de Baygon® vert en spray.
- Fermer le sac en plastique. Maintenir le sac fermé au moins 24 h.
- Lessiver les vêtements à une température de 60 °C pendant 10 minutes.
- Idéalement : repasser le linge.
- Traiter aussi matelas, sièges en tissu, etc.
- Enfermer les vêtements non lavables en machine dans un sac poubelle avec de la poudre insecticide (scabicide) pendant 24 h.

Précocité du diagnostic

Le diagnostic de gale peut être difficile en raison d'un tableau cutané peu spécifique. Il est donc fondamental, principalement dans les maisons de repos, d'avoir l'attention attirée par un prurit (en particulier au niveau des poignets, des mains et des épaules), à exacerbation nocturne mais également par toute lésion cutanée ou signe de grattage ainsi que par une desquamation importante. La question de la présence de prurit doit être posée régulièrement et un examen scrupuleux des téguments sera également réalisé sur base régulière.

Vêtements et literie

A nettoyer en machine pendant un minimum de 10 min à > 60 °C, suivi d'un essorage en air chaud de 20 min.

Personnes ayant été en contact avec un cas de gale

Etant donné la longue période d'incubation durant laquelle le parasite peut être transmis, il y a lieu de traiter prophylactiquement les proches du patient.

Mesures à prendre vis-à-vis des patients atteints

Outre les précautions générales (= précautions standards), des précautions additionnelles de type "contact" seront prises jusqu'à 24 heures après le traitement. En cas de gale norvégienne, certains auteurs préconisent de maintenir les mesures jusqu'à 5 jours après traitement.

Les mesures de type "contact" comprennent la chambre seule (si possible), l'hygiène des mains renforcée (par eau et savon car les solutions hydro alcooliques sont inefficaces sur le sarcopte), une protection par une sur-blouse à longues manches, des couvre-chaussures en cas de gale norvégienne, un traitement adapté du linge, un entretien du petit matériel (tensiomètre, sangles de lève-malades, etc.) par un agent scabicide et la limitation du déplacement du patient. Le personnel ayant un contact direct avec le patient, ses vêtements ou sa literie, devra porter des gants et un tablier à longues manches jusqu'à 24 heures après la fin du traitement. En cas de gale norvégienne, extrêmement contagieuse par la desquamation du patient, il y a lieu de porter des sur-chaussures. Le personnel infecté au sein d'une institution peut transmettre la gale aux autres patients et aux collègues ; il devra donc être écarté pendant la durée de son traitement. La prévention exige le traitement de toute la population à risque, symptomatique ou pas, dans un délai de 24 à 48 heures. Tous les vêtements, chaussures essuies, etc., doivent être lavés à chaud 24 heures après

traitement. Les visiteurs seront également invités à respecter les précautions de contact.

En fin de traitement, la chambre du patient sera désinfectée.

Dans un contexte épidémique, il est conseillé de traiter préventivement le personnel ayant eu des contacts cutanés avec les patients atteints.

Gestion d'une épidémie

Même si dans une MR/MRS, le patient reste sous la responsabilité de son médecin traitant, il est particulièrement important de pouvoir détecter précocement une épidémie (survenue de 2 cas de gale sur une période de 6 semaines, dont au moins un d'acquisition nosocomiale ou un cas chez un patient et un cas chez un membre du personnel). A cette fin, tout cas de gale sera signalé au médecin responsable de la MR/MRS qui devrait, en cas d'épidémie, en faire une gestion centralisée afin que l'ensemble des mesures de prévention et de traitement soient prises de manière optimale. Signalons enfin qu'une épidémie ne pourra être déclarée enrayée qu'après 6 semaines sans apparition de nouveaux cas.

BIBLIOGRAPHIE

1. Groupe de travail CCLIN Sud Ouest : Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux, 2004 : 1-56.
<http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/gale.pdf>
2. Pien FD, Pien BC : Ectoparasites (Lice and Scabies) In : APIC Text of Infection Control and Epidemiology. Revised Edition 2002 : 106-1 à 106-6
3. Mathieu ME, Wilson BB : Scabies. In : Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th Edition. Elsevier, 2005 : 3304-7
4. Sourdeau S : Recommandations concernant la gale dans le cadre de l'hygiène hospitalière. Draft Institut Scientifique de la Santé Publique, Section Epidémiologie
5. Meldingen infectieziekten - december 2004 – Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. www.wvc.vlaanderen.be/infectieziekten

Correspondance et tirés à part :

G. MASCART
C.H.U. Brugmann
Laboratoire de Microbiologie
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles

Travail reçu le 28 avril 2005 ; accepté dans sa version définitive le 30 mai 2005.