

DECEMBRE 2023

Protocole de sensibilisation pour les acteurs bas seuil en matière de prise en charge de la Gale Crouteuse ou Norvégienne



RÉALISÉ PAR

TRÉSOR LOKAMBA
SPOC MÉDICAL

CONTRIBUTION

MICHEL ROLAND
GADDIE AMIELLE RAMAROVOLOLONA



TABLE DES MATIÈRES

I.CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	P.3
II.ÉPIDÉMIOLOGIE.....	P.4
III.PRÉSENTATION CLINIQUE.....	P.5
IV.DIAGNOSTIC.....	P.5
V.PRISE EN CHARGE.....	P.6
V.1. TRAITEMENT DU PATIENT.....	P.6
V.1.1.TRAITEMENT PAR VOIE LOCALE.....	P.6
V.1.2.TRAITEMENT PAR VOIE ORALE.....	P.7
V.2. TRAITEMENT DE L'ENTOURAGE DU PATIENT.....	P.8
V.2.1.TRAITEMENT DE L'ENVIRONNEMENT.....	P.8
V.2.2.TRAITEMENT DES OBJETS EN CONTACT AVEC LA PEAU.....	P.9
V.2.3.TRAITEMENT DU MATÉRIEL.....	P.9
VI. MESURES DE PRÉVENTION ET RECOMMANDATIONS.....	P.10
VI.1. MESURES D'HYGIÈNE.....	P.10
VI.2. ISOLEMENT.....	P.10
VII. SOURCES.....	P.11

I. Contexte et justification

La gale est une maladie causée par la pénétration dans la peau d'un parasite (acarien) de type sarcopte. C'est l'une des affections de la peau les plus fréquentes, surtout dans les pays moins avancés, notamment les régions tropicales aux ressources limitées, sans oublier les pays développés. De ce fait, elle constitue un problème de santé publique. Au niveau mondial, environ 300 millions de personnes sont touchées à tout moment, bien que ce chiffre soit probablement sous-évalué. Sa prévalence est incertaine suite au manque de données dans certaines régions du monde. (1) (2)

La gale est une pathologie relativement bénigne chez l'homme, mais dont la contagiosité est rapide dans les collectivités. Elle touche toutes les classes sociales, à tout âge et ne dépend pas seulement des conditions d'hygiène. Elle peut évoluer vers des formes plus sévères chez les immunodéprimés, les personnes âgées et prendre des allures épidémiques dans les écoles, maisons de repos ou d'accueil. (3) (4)

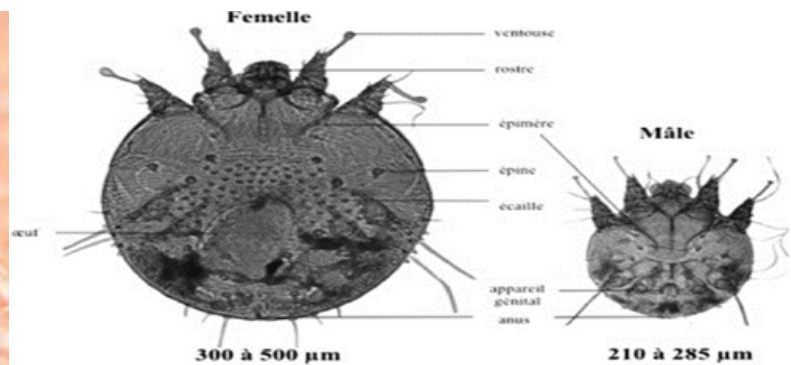
Les attitudes sociales, la migration, l'accès aux services de santé, les conditions de logement, les conditions d'hygiène et le surpeuplement influencent la transmission dans les communautés pauvres en ressources. (1) (2) (5)

En Belgique, il existe peu de données officielles en rapport avec le nombre de cas de gale du fait que, jusqu'il y a peu, elle n'était pas une maladie à déclaration obligatoire sur toute l'étendue du territoire. Elle était déclarée uniquement en Flandre en cas d'infection collective, et cela, depuis 2017. Le nombre de cas en 2017 était de 117. L'agence flamande pour les soins et la santé a constaté également une tendance à la hausse, malgré le probable sous-rapportage lié à la pandémie de COVID-19. Depuis 2022, la gale est devenue à Bruxelles, une maladie à déclaration obligatoire en cas d'infection collective (à partir de deux cas). (6) (7)

Ce document est élaboré par COVER dans le but d'informer, de rappeler et de renforcer la capacité des acteurs sur l'épidémiologie, la présentation clinique, le diagnostic, la prise en charge et les mesures de prévention /recommandations en rapport avec la gale norvégienne, à la suite d'un cas de gale norvégienne diagnostiqué au courant du mois d'octobre 2023 chez un sans-abri. Notons qu'il existe déjà des protocoles disponibles sur la gale classique.

II. Épidémiologie

La gale croûteuse ou norvégienne, une autre présentation clinique de la gale, est une forme très contagieuse dans laquelle la peau est infectée par des milliers voire des millions sarcoptes (agent causal), contrairement à la forme ordinaire de gale, où on compte moins de 20 sarcoptes sur l'ensemble des téguments.



Morphologie de l'acarien *Sarcoptes scabiei*. Aspect en microscopie optique

(Source : 1. Guillot et Jacques. *Sarcoptes scabiei*: what kind of parasite is it? How is it transmitted and what could be its origin?

2. Journal de pharmacie de Belgique. Mars 2019)

La transmission se fait principalement par contact direct, mais aussi indirectement à travers l'environnement du patient atteint (linge, literie, mobilier, vêtements, objet inerte), surtout en collectivité. L'environnement est vecteur de contagé, parce que les sarcoptes sont capables de survivre plus de trois jours dans les squames profuses et les débris de croûtes. La transmission peut aussi se faire aussi dans le cadre de relations sexuelles. (8) (9)

Incubation : 2 à 6 semaines chez les personnes infectées pour la première fois en fonction de l'inoculum. En cas de ré-infestation, elle est de quelques jours (1 à 5 jours) en raison d'une sensibilisation rapide.

Les principaux facteurs de risques sont :

- Les contacts physiques rapprochés
- La vie en collectivité
- Le diagnostic tardif ou le traitement itératif d'une gale commune par des corticoïdes
- Les personnes immunodéprimées
- Les personnes atteintes de troubles neurologiques
- Les personnes âgées, généralement grabataires et vivants en collectivité
- Carences nutritionnelles (p. ex., carence en vitamine A)
- État de conscience diminué
- La réponse modifiée de l'hôte (p. ex., syndrome de Down)

Le risque de propagation est directement proportionnel à la quantité de parasites présents. On parlera d'épidémie, lorsqu'il y a apparition de 2 cas confirmés ayant un lien épidémiologique entre eux et survenant dans un délai de 4 à 6 semaines d'intervalle. Il faudra dans ce cas faire une déclaration des cas (notif-hyg@ccc.brussels). (8) (10) (11) (12)

III. Présentation clinique

La gale norvégienne est une forme rare de gale qui présente des symptômes plus graves que la gale classique. Elle se caractérise par des squames généralisées, de grandes lésions croûteuses, une hyperkératose épaisse et contient un nombre d'acariens hautement contagieux susceptible de provoquer des épidémies. (13)

L'hyperkératose prend souvent un aspect farineux touchant les régions palmoplantaires, unguéales, les coudes, les aréoles mammaires et le dos, associée à un prurit d'intensité variable, voire absent. Des lésions érythémateuses et squamo-croûteuses peuvent aussi être localisées au niveau de la face, des doigts, des ongles, du cou et du cuir chevelu. (10) (14) (15).



Image 1 : Terriers et croûtes de couleur miel dans les paumes avec écailles et grattages marqués lésions dans l'abdomen. Image 2 : Plaques hyperkératosiques sur le pied. Image 3 : plaques hyperkératosiques sur tout le corps (12) (9)

Complications :

surinfection cutanée pouvant évoluer essentiellement vers un impétigo, furoncles, une cellulite, lymphangite, ... et être à la base de l'eczématisation, de lichénification, etc. (14) (16)

IV. Diagnostic

Il est principalement clinique sur base de lésions évocatrices et d'une notion de contagé. Le diagnostic biologique reposant sur l'examen parasitologique (microscopique) direct est aussi possible pour confirmer le diagnostic clinique. Il est préférable de consulter un médecin une fois qu'une suspicion existe. (3) (4) (10) (14).

V. Prise en charge

Elle consiste à traiter le patient, son entourage et son environnement avec comme objectif : l'éradication du parasite et la prévention de la contagion. Il est en effet nécessaire d'éviter une chaîne sans fin de contamination croisée et de réinfestation. Notons qu'il n'existe pas de guérison spontanée. (9)

V.1 Traitement du patient

Il peut se faire par voie locale (cutanée) ou par orale (voie générale) comme pour la gale classique, mais avec des particularités.

V.1.1 Traitement par voie locale

Le traitement de première intention et qui est aussi le moins cher, consiste en l'application d'une crème ou pommade acaricide. Le produit utilisé est le Zalvor® (Permethrine à 5%).

Modalités d'application : couper les ongles à ras, prendre une douche, sécher puis laisser refroidir la peau.

- Adultes : application de la crème sur tout le corps sauf la tête
- Enfants < 2 ans : application sur tout le corps (y compris le visage et le cuir chevelu), éviter la zone péribuccale et péri-oculaire + mettre des moufles.

Répéter quotidiennement l'application pendant 7 jours, puis deux fois par semaine jusqu'à la guérison (17). Le produit peut être utilisé chez la femme enceinte.

Quantité selon l'âge :

Age	Quantité à appliquer pour Zalvor®
2 mois-1 an	3,75 gr – (0,125 tube Zalvor®)
1-5 ans	7,5 gr – (0,25 tube Zalvor®)
6-12 ans	15 gr – (0,5 tube Zalvor®)
> 12 ans	30 gr – (1 tube Zalvor®)

Attention :

- Insister sur les lésions, les espaces interdigitaux, les creux axillaires, les organes génitaux externes
- Ne pas oublier d'appliquer dans le nombril et sous les ongles des mains ou des pieds
- Ne pas se laver les mains, ni prendre une douche une fois la crème appliquée. Après avoir été aux toilettes, se laver les mains et remettre de la crème (mains, région génitale, pli des fesses)
- Laisser agir 8 à 12 heures (6 à 8 heures chez l'enfant) pour le Zalvor® puis prendre une douche.
- Mettre des vêtements propres, essuies et draps propres (lavés à 60°C)

Contre-indications

Allergie au principe actif, enfants de moins de 2 mois.

Effets secondaires

Inconfort, prurit cutanée, sensation de brûlures, etc.

N.B : La préparation magistrale peut aussi utilisée à la place de Zalvor®.

V.1.2 Traitement par voie orale

Le seul traitement existant actuellement par voie générale est l'ivermectine, qui se présente sous la forme de comprimés non-sécables. Son usage est avantageux en cas de traitement d'un nombre élevé de personnes et chez les patients difficiles à mobiliser.

Posologie dépend du poids : 200 µg/kg.

Poids corporel (kg)	Nombre de comprimé(s) de 3 mg
15 à 24 kg	1 comprimé
25 à 35 kg	2 comprimés
36 à 50 kg	3 comprimés
à 65 Kg	4 comprimés
66 à 79 kg	5 comprimés
> 80 kg	6 comprimés

Le produit est administré en 3, 5 ou 7 doses selon la gravité.

- Schéma posologique à 3 doses : jours 1, 2 et 8
- Schéma posologique à 5 doses : jours 1, 2, 8, 9 et 15
- Schéma posologique à 7 doses : jours 1, 2, 8, 9, 15, 22 et 29

Les infestations graves peuvent nécessiter des cures plus longues d'ivermectine par voie orale, avec deux doses supplémentaires (administrées aux jours 22 et 29). (17) (9)

N.B : une thérapie combinée est recommandée avec le Zalvor® pour éliminer la génération suivante de sarcoptes et accélérer ainsi la guérison. (17)

Des antihistaminiques peuvent aider en cas de prurit. (10)

V.2 Traitement de l'entourage du patient

À noter qu'un traitement est essentiel pour les personnes ayant eu des contacts cutanés directs avec la personne infectée (contacts à haut risque) ou ayant été en contact indirectement avec l'environnement du patient atteint. Le traitement se fait en même temps que le traitement du malade, même en l'absence de signes cliniques étant donné que la période d'incubation est longue (2 à 6 semaines). Le traitement oral est à privilégier, juste une dose en fonction du poids de la personne. (4) (10)

Le traitement de l'environnement va se faire en 3 étapes :

V.2.1 Traitement de l'environnement du patient

- Nettoyage quotidien des locaux : aspirer soigneusement tout ce qui peut l'être, puis jeter le sac/laver le filtre, et nettoyer le sol à l'eau et au savon
- Insister sur les lieux de vie communs

Si l'environnement ne peut être traité, laisser l'endroit sans contact humain pendant 3 jours (mort des sarcoptes en-dehors de l'hôte après 24 à 48h)

V.2.2 Traitement des objets en contact avec la peau (linge, vêtements et objets en contact avec la peau portés au cours des 3 derniers jours)

Quelques possibilités :

- Lavage en machine et/ou sèche-linge à 60 °C
- Mettre dans un sac en plastique et fermer hermétiquement durant une semaine (délai de survie du parasite en l'absence de nutriment)
- Mettre dans un sac en plastique, asperger un produit acaricide et fermer hermétiquement pendant au moins 3 heures.

V.2.3 Traitement du matériel (literie, coussins, canapés, rideaux, tapis)

- Aspirer soigneusement, puis jeter le sac et laver le filtre
- Nettoyage à l'eau et au savon (plastic, similicuir, aluminium)
- Nettoyage à la vapeur (4 à 5 secondes sur chaque zone de la surface à traiter en insistant sur les plis)
- Pulvérisation à l'acaricide mais pas recommandé en 1ère intention, car pas d'étude clinique sur l'efficacité : Vaporiser pendant 4 à 5 secondes à une distance de 30 cm ; aérer pendant 30 minutes ; et respecter un délai de 12h avant de réutiliser le matériel
- Le linge, vêtements, objets et matériel doivent être manipulés avec des gants et ne doivent jamais être posés par terre.

VI. Mesures de prévention et recommandations

Les mesures préventives consistent à mettre en place des mesures d'hygiène et d'isolement (difficile dans notre secteur).

VI.1 Mesures d'hygiène

- Elles sont très importantes pour limiter, éviter et prévenir la contagiosité (y compris chez le personnel soignant, accompagnant, travailleurs sociaux, etc.)
- Éviter les contacts cutanés directs ou indirects (linge, vêtements, literie, objets, mobilier)
- Éviter les échanges de vêtements, linge, objets
- Éviter le partage de lit/draps/sac de couchage ou de vêtements
- Hygiène cutanée
- Hygiène des mains rigoureuse (eau + savon), surtout pour le personnel soignant, travailleurs sociaux, accompagnant. NB : le gel hydroalcoolique n'est d'aucune efficacité sur les sarcoptes
- Essuie-mains à usage unique
- Ongles coupés courts
- Lavage soigneux des vêtements à 60 °C

N.B

Lors de soins avec contacts rapprochés et lors de manipulation de linges infestés, il serait mieux de revêtir un tablier à manches longues et des gants, puis de les jeter ou les laver à 60 °C.



VI.2 Isolement

Bien que difficile à réaliser, il est important pour prévenir les contacts cutanés directs ou indirects entre le patient et les personnes saines :

- Isoler le patient atteint dans une chambre individuelle
- Éviction scolaire de l'enfant ; (4) (10) (18).

VII. SOURCES

1. Scabies [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
2. Ong CY, Vasanwala FF. Infected with Scabies Again? Focus in Management in Long-Term Care Facilities. *Diseases*. 29 déc 2018;7(1):3.
3. Cox V, Fuller C, Engelman D, Steer A, Hay R. Estimating the global burden of scabies: what else do we need? *Br J Dermatol*. 1 mai 2020;184.
4. gale.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.wiv-isp.be/matra/fiches/gale.pdf>
5. Heukelbach J, Mazigo HD, Ugbomoiko US. Impact of scabies in resource-poor communities. *Curr Opin Infect Dis*. avr 2013;26(2):127-32.
6. JPO_1_mars_2019.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/ALL%20PARTNERS%20ACCESS%20DOC/EXAMPLE-FLIPBOOKS/Journal_de_Pharmacie_de_Belgique_n_1_mars_2019/pubData/source/JPO_1_mars_2019.pdf
7. gale_0617_0.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: https://www.cesi.be/sites/default/files/gale_0617_0.pdf
8. Jouret G, Bounemour R, Presle A, Takin R. La gale hyperkératosique. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 avr 2016;143(4):251-6.
9. Ferreira AA, Esteves A, Mahia Y, Rosmaninho A, Silva A. An Itchy Problem: A Clinical Case of Crusted Scabies. *Eur J Case Rep Intern Med*. 9 mars 2017;4(5):000591.
10. download.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/96252/download?inline>
11. Piérard-Franchimont C, Hermanns-Lê T, Piérard GE. LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT. *Rev Med Liège*. :4.
12. Sandre M, Ralevski F, Rau N. An elderly long-term care resident with crusted scabies. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2015;26(1):39-40.
13. Niode NJ, Adji A, Gazpers S, Kandou RT, Pandaleke H, Trisnowati DM, et al. Crusted Scabies, a Neglected Tropical Disease: Case Series and Literature Review. *Infect Dis Rep*. 16 juin 2022;14(3):479-91.
14. Barachy N, Dreyfuss G, Vono J. Physiopathologie et diagnostic de la gale. *Actual Pharm*. mai 2013;52(526):18-22.

-
15. Vasanwala FF, Ong CY, Aw CWD, How CH. Management of scabies. Singapore Med J. juin 2019;60(6):281-5.
 16. Akram M, Riaz M, Noreen S, Shariati MA, Shaheen G, Akhter N, et al. Therapeutic potential of medicinal plants for the management of scabies. Dermatol Ther. janv 2020;33(1):e13186.
 17. Cheng TA, Mzahim B, Koenig KL, Alsugair A, Al-Wabel A, Almutairi BS, et al. Scabies: Application of the Novel Identify-Isolate-Inform Tool for Detection and Management. West J Emerg Med. mars 2020;21(2):191-8.
 18. Giroud M. La gale sarcoptique humaine: recrudescence actuelle, rupture d'approvisionnement et conseils à l'officine. :101.
 19. Guldbakke KK, Khachemoune A. Crusted scabies: a clinical review. J Drugs Dermatol. 2006 Mar;5(3):221-7. PMID: 16573253.
 20. Protocole gale élaboré par la health academy (COCOM)
 21. Protocole gale élaboré par COVER



Cover est un dispositif d'aide socio-sanitaire financé par la Commission communautaire commune (Cocom) pour les personnes en hébergement d'urgence, en squat ou en rue.

Depuis début 2023, nos activités se déploient aussi officiellement dans les stations de métro à travers le projet SubLINK, porté en collaboration avec l'asbl Diogènes et Transit.

Notre dispositif est cogéré par l'asbl Projet Lama et le New Samusocial.



samusocial
.brussels