

Module 7 : 079

ECTOPARASITOSE CUTANÉE : GALE ET PÉDICULOSE

Validé par le Dr Revest

Gale

Épidémiologie

- Réservoir humain : la femelle est fécondée à la surface de la peau puis creuse un tunnel dans la couche cornée, pond ses œufs et meurt
- Le prurit est dû à une réaction d'hypersensibilité aux fécès de l'acarien

Transmission

- Contact sexuel +++
- Manuporté ++
- Indirect par le linge car le sarcopte vit 3 à 7 j hors de l'hôte
- Facteurs favorisants = promiscuité, manque d'hygiène et IST !!!

Clinique

Prurit ++ : collectif, familial ou intime de topographie évocatrice à recrudescence nocturne persistant et réfractaire

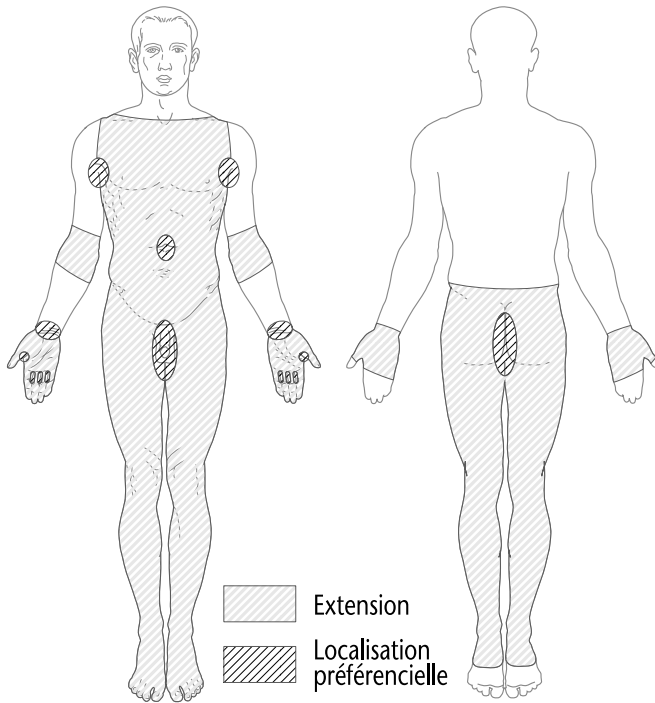
Lésions élémentaires

● Spécifiques : rares et pathognomoniques

- **sillons scabieux** : fin sinueux, de 5 à 15 mm, blanc-gris, terminé par petit promontoire où gît la femelle : coloration par goutte d'encre
- **vésicules perlées** : élevation translucide punctiforme aux espaces interdigitaux
- **nodules scabieux** : nodules infiltrés brun-violacé très prurigineux de la région génitale (= chancre scabieux) ou axillaire

● Non spécifiques : fréquentes

- lésions de grattage
- impétiginisation (rare chez l'adulte et doit faire rechercher une gale)
- eczématisation (secondaire à la gale ou au traitement)
- urticaire



Diagnostic différentiel
 Tout prurit avec ou sans dermatose

- Examens complémentaires**
- Importance du bilan **IST !!!**
 - Seule la **mise en évidence du parasite** permet d'affirmer le diagnostic :
 - produit de grattage de lésion spécifique
 → MO entre lame et lamelle
 - biopsie cutané non indiquée mais parfois pratiquée
 - S'il est négatif → pratiquer le traitement d'épreuve

Traitement de la gale

- **Traitement de tous les sujets contact en même temps**
- **Hospitalisation + isolement** si nourrisson + gales norvégiennes
+ surinfection + eczématisation
- **Avant scabicide** :
 - bains antiseptiques + pyostacine si surinfecté
 - émollients + dermocorticoïdes 48 heures
si eczématisé
 - kératolytique 48 heures si gâle norvégienne
- **Scabicide** sur tout le corps sauf visage et muqueuse
- Désinfection du linge après chaque application : lavage 60° ou mis pendant 48 heures avec scabicide
- Ongles coupés ras et nettoyés
- Éviction scolaire / arrêt de travail
- **Anti-histaminique** : arrêt du prurit rapide et des nodules scabieux en quelques semaines
 - si persistance du prurit > une semaine = parasitophobie ou mauvaise compliance ou réinfestation par l'entourage ou toxicité du topique ou traitement insuffisant



Autres formes cliniques de gale

- **Gale du nourrisson** :
- Atteinte des plantes typique avec aspect vésiculo-pustuleux
- Atteinte du cuir chevelu et du visage possible
- **Gale norvégienne** = gale croûteuse généralisée : chez les sujets immunodéprimés et débilisés :
- Pullulation des sarcoptes → érythrodermie croûteuse hyperkératosique, atteinte généralisée (visage) avec prurit paradoxalement modéré
- **Gale du sujet « propre »** : seul le traitement d'épreuve fait le diagnostic car il n'y a pas de lésion

Pédiculose

Clinique du *Pediculus capitis* (pou de tête)

- Enfant en collectivité ; FdR = cheveux long
- **Prurit** sous-occipital et temporal + **AdP** cervicales post. (en cas de surinfection)
- Lésions de grattage → impétiginisation → toute pyodermite du cuir chevelu doit faire rechercher une pédiculose
- Examen au niveau de la nuque et des tempes : lentes fermement accrochées au cuir chevelu et ne coulissent pas

Clinique du *Pediculus humanus* (pou de corps)

- Chez les sujets à hygiène très déficiente
- **Prurit** des épaules, du tronc, et à la ceinture
- Lésion de grattage → Impétiginisation
- Examen : poux dans les vêtements (ne vit pas sur la peau, s'y nourrit) et lentes sur les cheveux et les poils pubiens

Clinique du *Pediculus pubis* (morpion)

- IST : touche les 15/35 ans. Pas de protection par le préservatif
- Transmission par vêtement possible
- **Prurit + AdP** inguinales + taches bleues ardoisées (leur repas) + poussière grisâtre au fond des sous-vêtements (déjections)
- Lésions de grattage → impétiginisation
- Examen : poux et lentes sur les poils pubiens ou à distance : axillaire, inter-mammaire, cils et sourcils chez l'enfant et risque de blépharo-conjonctivite

Traitement des pédiculoses

- Traitement :
 - des partenaires sexuels + bilan **IST** pour pubis [et attention aux sévices à enfant]
 - de l'entourage pour capitis, mais pas d'éviction scolaire si traitement : juste prévenir les parents
- Désinfection vêtements + literie 48 h pour corporis surtout
- Traitement anti-scabieux : pyréthrine de synthèse + 2^e application 8 jours plus tard
- Si persistance du prurit : parasitophobie ou mauvaise compliance ou réinfestation par l'entourage ou toxicité du topique ou traitement insuffisant ou produit non lenticide
- Si pyréthrine de synthèse-résistant → utiliser **malathion**

Module 7 : 084

INFECTIONS À HERPÈS VIRUS DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE IMMUNOCOMPÉTENTS

Validé par le Dr Revest

Épidémiologie

- HSV = famille des *Herpesviridae* = VZV, CMV, EBV, HHV 6, 7, 8 : virus à **ADN**
 - **HSV 1** infecte surtout la moitié **supérieure** du corps
 - **HSV 2** infecte surtout la moitié **inférieure** du corps
 - **Prévalence** : l'herpès est la maladie virale humaine la plus fréquente
- 1) HSV 1 : 80 % des enfants de plus de 5 ans et 90 % des adultes sont séropositifs
 - 2) HSV 2 = la + fréquente des IST : taux de séropositivité à HSV 2 : 1 % à 15 ans, 20 % à 45 ans, prévalence + importante chez les ♀

FdR de récurrences

- Récurrences (spontanées ou non) : neurogène → dermatome
 - immunodépression
 - infections, climat (soleil, froid)
 - menstruations (herpès catamenial)
 - trauma physique (intervention chir), psy (stress), fatigue

Transmission

- Transmission strictement inter humaine directe (virus fragile) : contact oral, génital, herpès néonatal (excrétion asymptomatique parfois)
- Primo-infection : local puis neurogène vers ganglions rachidiens sensitifs (Gasser si oral, sacré si génital)

Clinique

- **Primo infection** :
 - HSV1 = 90 % asymptomatique sinon Gingivo-stomatite herpétique aiguë de l'enfant (vésicules en bouquet, douleur, fièvre, ADNP)
 - HSV2 = 90 % asymptomatique sinon vulvo-vaginite œdémateuse érosive aiguë ± complication neurologique (céphalées, dysurie, RU)
 - ± méningite lymphocytaire bénigne, pneumonie intersticielle, hépatite cytolytique

Les examens complémentaires sont réservés aux formes graves, grossesse et nouveaux-nés (cf. VZV)

Devant tout herpès génital, un bilan IST doit être réalisé

Complications

- **Récurrence** : surviennent toujours au même endroit chez un sujet donné
- Herpès orofacial +++ :
 - **prodromes** locaux à type de brûlures ou de cuisson quelques heures avant, accompagnés d'excrétion asymptomatique
 - puis **macule érythémateuse** se couvrant en 24 à 48 h de **vésicules** en tête d'épingle disposées en bouquet
 - évolution vers le **dessèchement** laissant place en 48 h à une croûte, et guérison en 1 semaine
 - abstention et/ou antiseptiques ; photo-protection si déclenché au soleil
- Herpès génital : les récurrences siègent sur les muqueuses génitales et les fesses ; id ± ADNP ; guérison en 7 jours en moyenne
- **Valaciclovir pendant 10 j pour une primo infection**
- **Valaciclovir pendant 5 j pour une réactivation**
- Prévention des récurrences si :
 - plus de 6 par an
 - sévères
- Valaciclovir pdt 6 mois sous contraception efficace +++**
- **Formes graves**
 - pustulose varioliforme de Kaposi Juliusberg (QS dermatite atopique)
 - encéphalite herpétique à HSV1
 - herpès chez l'immunodéprimé (bulles) ± atteintes viscérales : pneumopathie interstitielle, oesophagite, hépatite, meningo-encéphalite
- **Forme oculaire** par auto-inoculation à HSV 1 : keratoconjonctivite souvent unilatérale : aciclovir PO ou IV x 5 à 10 j + collyres
 - douleur, rougeur, larmoiement, photophobie ; lampe à fente : kératite dendritique ± vésicules sur la paupière œdématisée
 - évolution favorable sauf si application de corticoïdes locaux qui sont contre-indiqués

notes