

I Revues générales

La gale du nourrisson

RÉSUMÉ : La gale est une maladie fréquente. Elle touche tous les milieux. Les lésions se développent rapidement chez le nourrisson. Les parents n'ont pas nécessairement de prurit ou lésions évidentes, ce qui rend le diagnostic parfois difficile à évoquer.

Chez le nourrisson, les lésions caractéristiques sont les vésiculo-pustules palmo-plantaires et les nodules, à rechercher dans les régions axillaires. Les sillons sont bien visibles sur les paumes et les plantes. On note aussi la fréquence des atteintes du cuir chevelu et du visage, qui nécessitent impérativement l'application du traitement local. L'examen dermatoscopique est très utile pour affirmer le diagnostic.

Les récurrences sont fréquentes chez l'enfant.

Pour limiter ce risque, il faut être extrêmement rigoureux sur la réalisation du traitement. L'ivermectine n'est pas autorisée chez l'enfant de moins de 15 kg mais trois traitements locaux sont à notre disposition : l'esdépalléthrine, le benzoate de benzyle et la perméthrine à 5 %.



N. BODAK
Hôpital Necker Enfants malades,
Centre médical CMSEA, PARIS.

La gale est une ectoparasitose à transmission exclusivement inter-humaine. Elle est due à un acarien microscopique, le *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*. Elle affecte 300 millions de personnes à travers le monde chaque année.

En France, son incidence annuelle a été estimée en 2010 à 337 cas/100 000 habitants soit une hausse de 10 % par rapport à 2002 [1].

■ Aspects diagnostiques

La gale de l'enfant et surtout du nourrisson présente des particularités cliniques pouvant conduire à des erreurs diagnostiques. Alors qu'il est aisé de faire un diagnostic dans un contexte d'épidémie familiale, cela peut être plus difficile devant un cas isolé. De plus, le jeune enfant est souvent le premier de la famille à présenter des symptômes bien visibles. Les lésions des adultes sont plus discrètes et se développent plus lentement que chez le nourrisson.

Une étude prospective conduite pendant 18 mois dans un centre d'urgence pédiatrique a recensé 50 cas de gale chez des enfants âgés en moyenne de 26 mois (8-53). Pour 41 % de ces enfants, le diagnostic n'avait pas été évoqué par un (ou plusieurs) médecin(s) ayant vu l'enfant auparavant. Les diagnostics étaient dermatite atopique, allergie ou infection bactérienne [2].

Il est donc intéressant de rappeler la **sémiologie particulière de la gale du nourrisson** et de détailler les traitements actuellement à notre disposition ainsi que leur modalité d'utilisation.

Les grandes caractéristiques cliniques de la gale se retrouvent bien sûr chez le nourrisson : prurit, topographie des lésions (extrémités, zones axillaires et génitales) et polymorphisme lésionnel. On a une association de lésions spécifiques (vésicules, sillons, nodules) et de lésions secondaires (lésions urticariennes, eczématisation, impétiginisation, lésions de grattage). La majorité des lésions cutanées ne sont d'ailleurs pas

dues au sarcopte mais à la réaction immunitaire vis-à-vis du parasite. Dans une gale commune, le nombre de sarcoptes varie entre 5 et 15. Dans une gale profuse (**fig. 1**) ou hyperkératosique, exceptionnelle chez le nourrisson [3], leur nombre s'élève à plusieurs centaines.

Mais il existe quelques particularités sémiologiques chez le nourrisson qui ont été bien montrées par l'étude de prospective de Boralevi *et al.* [4]. Les nodules sont très fréquents (60 % des cas *versus* 40 % après 15 ans ; $p < 0,001$). Il faut les

rechercher dans les régions axillaires, le tronc et le cuir chevelu (**fig. 2 et 3**). Il s'agit de papules ou nodules érythémateux, brunâtres ou cuivrés, infiltrés, squamo-croûteux. Ils rougissent au frottement avec même parfois l'équivalent d'un signe de Darier. Ils peuvent être isolés, posant alors une difficulté de diagnostic différentiel avec notamment une histiocytose langerhansienne [5]. L'atteinte du cuir chevelu est retrouvée chez 27 % des nourrissons (5,1 % après 15 ans ; $p < 0,001$). Elle passe inaperçue et n'est pas toujours traitée, ce qui

représente une source de récurrence. Les récurrences sont d'ailleurs plus fréquentes chez les nourrissons (55 %) et enfants de moins de 15 ans (66 %). Une atteinte du visage est possible ; elle n'a été observée que dans la population pédiatrique (25 % des nourrissons). Elle justifie une application du traitement local. L'atteinte palmo-plantaire faite de sillons, vésicules et pustules est classique (**fig. 4, 5 et 6**). Les sillons y sont bien visibles. Le dos du pied, à la base des orteils est aussi une localisation particulière chez le nourrisson. Des vésicules ou



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

Revue générale

pustules palmo-plantaires doivent faire systématiquement évoquer le diagnostic.

Un autre piège repose sur les caractéristiques du prurit. Tout d'abord, il n'est pas toujours familial. L'incubation de la gale est courte chez le nourrisson, alors qu'elle est de 3-4 semaines chez un adulte. On peut observer des gales étendues chez des nouveau-nés alors que les parents présentent peu voire aucune lésion. Par conséquent, le nourrisson est parfois le seul individu symptomatique de la famille. Dans l'étude de Boralevi *et al.*, le prurit n'était familial que dans la moitié des cas. Par ailleurs, chez 21 % des nourrissons, le prurit était uniquement diurne ; il était même absent pour 10 % des cas et seuls 21 % des nourrissons avaient le sommeil altéré.

La notion classique de prurit insomniant et familial n'est donc pas un signe cardinal chez le nourrisson.

Le diagnostic de gale est clinique. Il est nettement affiné par l'examen dermatoscopique qui permet de bien visualiser les sillons et le sarcopte comme un fin triangle noir en forme de delta plane à l'extrémité du sillon. Un prélèvement parasitologique peut aider mais sa négativité n'élimine pas le diagnostic. De plus, il n'est pas facilement réalisé en dehors des hôpitaux. Lorsque l'on a pensé à la gale, un examen dermatoscopique minutieux permet le plus souvent d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic.

Le diagnostic différentiel principal chez le nourrisson est bien sûr la dermatite atopique. Mais il faut toujours se méfier d'une "dermatite atopique" qui débiterait tardivement sans antécédent, ni xérose. De même, la survenue d'un prurit chez un nourrisson sans lésion d'eczéma doit faire évoquer le diagnostic de gale. L'acropustulose est un autre piège (fig. 7). Elle réalise des vésiculo-pustules palmo-plantaires isolées évoluant par poussées, prurigineuses. Mais il n'y a pas de lésions sur le reste du tégument, notamment dans les régions axillaires,



Fig. 7.

et il existe des intervalles libres entre les poussées, ce qui n'est jamais le cas au cours d'une gale. Une acropustulose peut être spontanée ou faire suite à une authentique gale traitée et guérie. Dans les suites d'une gale, la persistance de vésiculo-pustules palmo-plantaires fait donc hésiter entre une récurrence ou une acropustulose. L'acropustulose post-scabieuse évolue pendant plusieurs semaines ou mois jusqu'à sa guérison spontanée.

Une forme exclusivement papulo-nodulaire comme on observe chez le nouveau-né peut faire penser à une histiocytose langerhansienne [5]. Un prurigo, une réaction granulomateuse sur piqûres d'insectes ou des mastocytomes sont aussi des diagnostics différentiels, d'autant qu'il existe parfois un équivalent de signe de Darier sur les nodules scabieux, et même post-scabieux [6].

Aspects thérapeutiques

Les solutions thérapeutiques doivent être adaptées à l'âge et au terrain. Chez le nourrisson, seul le traitement local

est possible. L'ivermectine est le seul traitement systémique disponible mais il est contre-indiqué chez l'enfant dont le poids est inférieur à 15 kg. Bien que certaines études montrent son efficacité et sa bonne tolérance chez les nourrissons, il reste déconseillé de l'utiliser en pratique de ville [7].

Nous avons aujourd'hui 3 traitements locaux disponibles pour les nourrissons. Il s'agit de l'esdépalléthrine non remboursée, du benzoate de benzyle à 10 % dans une nouvelle formule sans sulfiram dont le remboursement à 65 % a été obtenu en 2016, et de la perméthrine à 5 % également remboursée à 65 %. En raison de sa forme pressurisée, l'esdépalléthrine est contre-indiquée en cas de risque de bronchospasme, c'est-à-dire devant un antécédent d'asthme ou de bronchiolite, tant chez le patient que chez la personne qui applique le produit.

Les recommandations d'utilisation des traitements locaux selon les AMM sont les suivantes :

- avant 1 mois : esdépalléthrine J0 ;
- entre 1 et 2 mois : esdépalléthrine J0 ou benzoate de benzyle J0 et J8 ;

Indications privilégiées où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur traitement :
Dermatite Atopique Eczéma de contact

TRIDÉSONIT[®] crème

DÉSONIDE À 0,05%

Dermocorticoïde d'activité modérée⁽¹⁾



**1 à 2
applications/jour**

L'augmentation du nombre d'applications quotidiennes risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

Prix Public : 1,87 € - RSS 65%
Agréé aux collectivités
Tube 30 g

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr
Pour une information complète sur ce médicament, veuillez consulter la base de données publique des médicaments : www.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr

(1) Résumé des Caractéristiques du Produit.

 **ALLIANCE**

I Revues générales

POINTS FORTS

- Toujours évoquer la gale devant des lésions cutanées prurigineuses d'apparition récente chez un nourrisson sans antécédent de dermatite atopique.
- Ne pas écarter le diagnostic si les parents n'ont ni lésions ni prurit.
- Les vésicules et pustules palmo-plantaires et les nodules axillaires sont des lésions caractéristiques.
- Les récurrences sont fréquentes. Seul un traitement très rigoureux avec respect de toutes les règles permet de limiter ce risque.
- Il faut utiliser un traitement local : perméthrine, benzoate de benzyle ou esdépalléthrine avec 2 applications sur tout le corps y compris le visage et le cuir chevelu à J0 et J8.

– entre 2 mois et 2 ans : esdépalléthrine J0 ou benzoate de benzyle J0 et J8 ou perméthrine 5 % J0 et J8.

Avant l'âge de 2 ans, le benzoate de benzyle 10 % ne doit être appliqué qu'en une seule couche (on en fait deux à 10-15 mn d'intervalle comme chez l'adulte après 2 ans). Et le temps de pose est réduit à 12 h voire à 6 h chez les moins de 2 ans (alors qu'il est de 24 h après 2 ans). L'esdépalléthrine ne nécessite, en théorie, qu'une seule application de 12 h. Elle est volontiers répétée à J8. Le temps de pose de la perméthrine 5 % est de minimum 8 h (entre 8 et 12 h).

Tous les traitements locaux doivent être appliqués uniformément sur l'ensemble du tégument y compris sur le cuir chevelu et les zones génitales (sauf les muqueuses). Il faut bien insister sur les zones atteintes, notamment les mains et pieds, les ongles qu'il faut couper avant l'application du traitement. Si l'application a lieu pendant la journée, il faut remettre du produit après un lavage des mains. Il est aussi recommandé de protéger les mains afin d'éviter l'ingestion du produit. Le visage doit être traité. L'esdépalléthrine est alors appliquée avec un coton imbibé de produit. Quel que soit le produit utilisé, on évitera d'en mettre autour de la bouche et des yeux.

Pour la perméthrine 5 %, il existe des recommandations de quantité de crème à utiliser en fonction de l'âge : 7,5 g soit ¼ de tube ou l'équivalent de 2 noisettes entre 1 et 5 ans et 3,75 g soit 1/8 de tube ou l'équivalent d'une noisette avant 1 an. Ces recommandations du fabricant sont concrètement difficiles à respecter dans la mesure où le traitement obligatoire du cuir chevelu "consomme" déjà beaucoup de crème chez les enfants qui ont des cheveux. On peut donc s'autoriser à dépasser ces quantités pour assurer une couverture correcte de tout le corps et du cuir chevelu.

■ Conduite du traitement

Tous les sujets vivant sous le même toit doivent être traités simultanément. Les sujets ayant eu un contact cutané prolongé avec l'enfant atteint (entourage familial proche, personnel de crèche s'occupant de l'enfant, nounou) seront traités aussi.

Les enfants de plus de 15 kg et les adultes peuvent être traités au choix par traitement local ou par ivermectine. L'ivermectine est prescrite en fonction du poids, en une seule prise 2 heures après un repas. La prise est renouvelée à J8. En cas de gale profuse ou récidivante,

il est justifié d'associer le traitement local et l'ivermectine.

Le traitement doit se dérouler de la manière suivante [8] :

>>> J0 : prendre un bain ou une douche avec savonnage puis appliquer le traitement local selon les modalités définies ci-dessus. Utiliser du linge propre : serviettes de toilette, vêtements, changer le linge de lit. Rincer le produit par une douche ou bain avec savonnage au terme du temps de pose requis. Et changer une deuxième fois de serviette de toilette, mettre des vêtements et du linge de lit propre. Le changement de linge doit donc avoir lieu deux fois : avant l'application du traitement et après le rinçage. En cas de prise d'ivermectine : prendre les comprimés 2 heures après un repas, prendre une douche avec savonnage et utiliser du linge propre (serviettes, vêtements et linge de lit). Les personnes traitées par ivermectine doivent prendre leurs comprimés le même jour que l'application du traitement local.

>>> J1 : traitement de l'environnement. Il faut traiter tout le linge porté au contact de la peau au cours des 3 derniers jours pour une gale commune ou des 8 derniers jours pour une gale profuse. Cela concerne les vêtements, les serviettes de toilette, les tapis de salle de bains, les draps, les tours de lit. Il ne faut pas oublier gants, bonnets, pantoufles et doudous. Le linge doit être lavé à 60°, ou traité par un acaricide pendant 3 h, ou mis en quarantaine dans un sac fermé pendant 3 jours minimum. Il faut aussi traiter ou mettre en quarantaine 3 jours les objets absorbants en contact régulier avec la peau : poussette, landau, transat, siège auto. On passera l'aspirateur sur les tapis, moquettes, coussins et canapés en tissus. Les matelas, sommiers, moquettes et tapis ne nécessitent pas de traitement acaricide sauf en cas de gale profuse ou hyperkératosique. L'utilisation du produit acaricide ne doit pas être réalisée par ou en présence d'une personne asthmatique et s'effectuer dans une pièce aérée.

>>> J8: 2^e application du traitement médical selon les mêmes modalités qu'au J0.

>>> J9: 2^e traitement de l'environnement selon les mêmes modalités qu'au J1.

Il est recommandé de remettre des consignes écrites à la famille.

Après le traitement, le prurit régresse souvent en quelques jours. Mais il est aussi possible qu'il persiste quelques semaines malgré une efficacité du traitement. La persistance de lésions cutanées après un traitement bien conduit pose des difficultés diagnostiques entre des lésions post-scabieuses ou une récurrence. Les nodules persistent parfois plusieurs semaines après la disparition du parasite. Ils sont prurigineux, très réactifs au frottement et à la chaleur, avec un volume qui varie d'un jour ou d'un moment à l'autre (**fig. 8**). On peut les traiter avec un dermocorticoïde de classe 3 voire 4. L'acropustulose post-scabieuse est une autre difficulté. Le caractère intermittent, spontanément résolutif et exclusivement palmo-plantaire des lésions permet de faire la différence avec une récurrence de la gale. Et on s'aide toujours de l'examen dermatoscopique qui permet de repérer sillons et parasites.

Malgré la bonne réalisation du traitement, le risque d'échec est important.



Fig. 8.

Les facteurs de risque de récurrence ont été évalués par une étude cas témoin portant sur 210 patients [9]. Les cas étaient des patients consultant pour la récurrence d'une gale traitée au cours des 3 mois précédents, et les témoins des patients primo-traités sans récurrence dans les 3 mois. Un échec du traitement était associé à une durée d'évolution supérieure à 30 jours avant le traitement, à la non-utilisation d'acaricide, au non-traitement des sièges auto, à une seule prise d'ivermectine, et à l'utilisation de dermocorticoïdes au décours immédiat du traitement. En revanche, les conditions familiales ou socio-économiques n'apparaissent pas, dans cette étude, comme des facteurs d'échec. En pratique, un respect scrupuleux des règles complexes de traitement de la gale est le meilleur garant d'une efficacité sans récurrence.

Que faire pour un nourrisson en collectivité ? [10]

Le comité d'hygiène publique demande une éviction de 3 jours après l'application du traitement local. Il est recommandé aux parents de signaler rapidement le cas aux structures de garde collective (crèche, halte-garderie) afin de faciliter l'identification d'autres cas et de faire renforcer les mesures d'hygiène. Les personnels de crèche au contact proche de l'enfant atteint devront être traités avec un arrêt de travail de 3 jours. Les mesures d'hygiène reposent sur le lavage des mains, l'utilisation de linge à usage unique et/ou du lavage quotidien du linge à 60°, la protection des tables à langer, la surveillance des échanges de doudous ou de vêtements. Le traitement des locaux par un acaricide n'est pas justifié pour une gale commune. Il peut être décidé par les autorités sanitaires en cas de gale profuse ou hyperkératosique et il doit être réalisé en l'absence des enfants, ce qui nécessite une fermeture de l'établissement. La gale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. Mais au-delà de 2 cas à moins de 6 semaines d'intervalle, il s'agit d'une épidémie qui nécessite d'alerter l'Agence Régionale de Santé (ARS).

En conclusion, la gale du nourrisson n'est pas un diagnostic facile en l'absence de contexte familial. Les nodules des régions axillaires et les vésiculo-pustules palmo-plantaires sont des éléments diagnostiques majeurs. Le traitement doit être extrêmement rigoureux si l'on veut éviter les récurrences.

BIBLIOGRAPHIE

1. BITAR D, THIOLET JM, HAEGHEBAERT S *et al.* La gale en France entre 1999-2010: augmentation de l'incidence et implications en santé publique. *Ann Dermatol Venerol*, 2012;139:428-434.
2. POUESSEL G, DUMORTIER J, LAGRÉE M *et al.* La gale : une infection fréquente en pédiatrie. *Arch Pediatr*, 2012;19:1259-1260.
3. DEMONGEOT C, FERNEY M, PICARD C *et al.* Gale crouteuse acquise en période néonatale. *Ann Dermatol Venerol*, 2012;139:153-154.
4. BORALEVI F, DIALLO A, MIQUEL J *et al.* Clinical phenotype of scabies by age. *Pediatrics*, 2014;133:e910-e916.
5. BURCH JM, KROL A, WESTON WL. *Sarcoptes scabiei* infestation misdiagnosed and treated as Langerhans cell histiocytosis. *Pediatr Dermatol*, 2004;21:58-62.
6. KIM KJ, ROH KH, CHOI JH *et al.* Scabies incognito presenting as urticaria pigmentosa in an infant. *Pediatr Dermatol*, 2002;19:409-411.
7. BORALEVI F, MIQUEL J, BURSZEJN AC *et al.* Tolérance de l'ivermectine chez le nourrisson et l'enfant de moins de 15 kg: observatoire multicentrique. *Ann Dermatol venerol*, 2014;141:S251.
8. Solidarites-sante.gouv.fr/.../Recommandations_HCSP_gale_conduite_a_tenir_nov_2012. Survenue de un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir. 2012.
9. AUSSY A, CAILLEUX H, HOUVET E *et al.* Les facteurs de risque de récurrence de la gale humaine. *Ann Dermatol Venerol*, 2014;141:S271-272.
10. invs.santepubliquefrance.fr/.../epidemie_gale.../epidemie_gale_communaire.pdf. Épidémie de gale communautaire - Guide d'investigation et d'aide à la gestion — Institut de veille sanitaire, 2008.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.