

SARCOPTES SCABIEI (Gale)

1	GENERALITES.....	2
1.1	AGENT PATHOGENE.....	2
1.2	RESERVOIRE, SOURCE.....	2
1.3	EPIDEMIOLOGIE GENERALE.....	2
1.4	VIABILITE, RESISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE.....	2
1.5	MODE DE TRANSMISSION INTERHUMAINE DIRECTE ET INDIRECTE	
	2	
1.6	INCUBATION.....	3
1.7	CONTAGIOSITE.....	3
1.8	CLINIQUE.....	3
1.9	DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE.....	3
1.10	TRAITEMENT.....	3
1.11	POPULATIONS PARTICULIERES A RISQUE.....	4
1.12	EFFETS SPECIFIQUES SUR LA GROSSESSE.....	4
2	EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS.....	5
2.1	CRITERES DE CARACTERISATION DE L'EXPOSITION.....	5
2.1.1	EVALUATION A PRIORI.....	5
2.1.1.1	Critères à priori issus de la bibliographie.....	5
2.1.1.2	Données d'hospitalisation ou de signalement.....	5
2.1.1.3	Données de laboratoire.....	5
2.1.2	CIRCONSTANCES D'EXPOSITION.....	5
2.2	CARACTERISATION DU RISQUE.....	5
2.2.1	ELEMENTS DE NATURE A LIMITER L'EXPOSITION.....	5
2.2.1.1	Protection collective.....	5
2.2.1.2	Equipements de protection individuelle.....	6
2.2.1.3	Vaccinations ou immunité naturelle.....	6
2.2.2	PREVENTION SECONDAIRE.....	6
2.3	APTITUDE DES SOIGNANTS.....	6
2.4	MALADIE PROFESSIONNELLE.....	6
3	POINTS FORTS.....	6

1 GENERALITES

1.1 AGENT PATHOGENE

- Parasite acarien, appelé *Sarcoptes scabiei*, variété *hominis*, d'environ 0,4 mm pour la femelle et de 0,25 mm pour le mâle. De forme arrondie ou ovale et de couleur grisâtre.
- Enfouissement en 1 heure. Progression quotidienne, d'environ 1 à 2 mm. Les femelles peuvent se déplacer facilement à la surface de la peau de plusieurs centimètres par heure. Eclosion des œufs 2 à 3 jours après la ponte.
- Gale commune : quelques dizaines. Gales profuses: quelques milliers.

1.2 RESERVOIR, SOURCE

- L'homme est le réservoir de la gale.
- Les squames cutanées d'une peau infestée constituent la principale source, notamment en cas de gale norvégienne.

1.3 EPIDEMIOLOGIE GENERALE

- Maladie endémo épidémique très fréquente et cosmopolite, favorisée par toutes circonstances de promiscuité.
- Epidémies cycliques dans les collectivités médicalisées et foyers de personnes âgées, dans les milieux sociaux défavorisés ou dans une population aux moyens de défense amoindris, spontanément ou par un traitement.
- La prévalence mondiale serait estimée à 300 millions de cas chaque année.

1.4 VIABILITE, RESISTANCE PHYSICO-CHIMIQUE

- Quelques jours à 1 semaine (l'adulte vit 4 à 6 semaines, mais seulement 24 à 36 heures en dehors de son hôte).
- En revanche, les œufs vivent une dizaine de jour dans le milieu extérieur. Cette survie est favorisée par un milieu chaud et humide.
- On observe une bonne mobilité du parasite pour des températures de 25 à 30°. Il peut se déplacer ainsi facilement à la surface de la peau de plusieurs centimètres par heure.
- Destruction en quelques minutes par chauffage à 55-60°C. Perte de mobilité en dessous de 20°C et mort en 12 à 24 h.
- Efficacité des produits acaricides en 12 à 24h.
- Usage inefficace des solutions hydro alcooliques.

1.5 MODE DE TRANSMISSION INTERHUMAINE DIRECTE ET INDIRECTE

- Contact cutané direct, dans 95% des cas, d'un sujet parasité à un autre sujet.
- Un contact prolongé est souvent nécessaire (sauf gale profuse).
- La gale est également considérée comme une infection sexuellement transmissible.

- Transmission indirecte possible (gales profuses) par contact avec des vêtements, la literie, les serviettes, les fauteuils parasités. Les squames favorisent dans ce cas la dissémination de la maladie.

1.6 INCUBATION

- Eclosion des œufs 2 à 3 jours après la ponte
- Maturation de la larve en sarcopte adulte en 2 semaines en moyenne, lors d'une première contamination
- Plus courte en cas de nouvelle contamination (1 à 3 jours).
- Transmission possible durant cette phase de sarcoptes immatures à l'origine de prurits intermittents.

1.7 CONTAGIOSITE

- Le facteur de risque de transmission est la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint.
- Forte contagiosité en cas de gale profuse ou hyperkératosique car directement proportionnelle à la charge parasitaire qui est, dans ce cas, 1000 fois supérieure à la gale commune.
- Dès la phase d'incubation.

1.8 CLINIQUE

- Prurit à recrudescence nocturne quasi-constant et lésions non spécifiques de type lésions eczématiformes, de grattage avec parfois impétigo. On note que le prurit en l'absence de lésion cutanée n'est pas un mode révélateur fréquent de la maladie.
- Les autres éléments cliniques, potentiellement observables mais non systématiques:
 - Vésicules perlées dans les espaces interdigitaux
 - Eminence acarienne (sillons sinueux à extrémité papuleuse)
 - Chancres scabieux au niveau de la verge
 - Nodules scabieux, oblongs bruns ou rouges, localisés aux aisselles, au scrotum, à l'aîne et aux flancs
- Deux formes cliniques:
 - gale commune
 - gales profuses à très forte charge parasitaire et très contagieuses. Elles regroupent la gale hyperkératosique (gale norvégienne) et la gale disséminée inflammatoire.
- Visualisation du sarcopte soit au microscope après grattage soit au dermatoscope.

1.9 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

- Non spécifique : éosinophilie, discrète augmentation des IgE totales

1.10 TRAITEMENT

- Pas de guérison spontanée de la maladie.

- Traitement local à laisser agir 12h à 24h avant une nouvelle toilette. Renouvellement de l'application peut être effectué à 2 jours. On note que l'utilisation, parfois répétée de tels produits peut être irritante.
 - Le benzoate de benzyle (Ascabiol®) est d'utilisation courante. La posologie est à adapter en cas de grossesse.
 - Le lindane (Elenol®) est à éviter chez la femme enceinte.
 - Les pyréthinoïdes (Spregal®) peuvent être utilisés chez la femme enceinte et le nourrisson. Efficacité moindre.
- Il existe également un traitement par voie orale : l'ivermectine (Stromectol®) en prise unique, à jeun, à la dose de 200 µg/kg (1 cp/15 kg). En cas de réponse incomplète: seconde prise 10 à 15 jours plus tard. Une augmentation transitoire du prurit est possible. Ce traitement est à éviter chez la femme enceinte et est inefficace sur les œufs.
- Quelque soit le traitement choisi, les vêtements, les draps, les serviettes doivent être lavés, si possible en machine à plus de 60°C mais il n'y a pas lieu de désinfecter plus largement l'environnement.
- En cas de gales profuses, en raison de la très forte contagiosité, la définition des sujets contacts à traiter doit être large. Un traitement per os est privilégié qu'il convient d'associer au traitement local.
- Il convient de traiter à nouveau :
 - Sujets ayant des signes cliniques spécifiques de gale et/ou un examen parasitologique positif, persistant 8 à 15 jours après le traitement. Les causes peuvent être la résistance au traitement, la ré infestation ou un traitement insuffisant par incompréhension ou mauvaise observance.
 - Dans les gales profuses une deuxième dose du traitement per os et/ou l'association à un traitement local peuvent être nécessaires pour obtenir la guérison.
 - Cependant, la persistance d'un prurit dans les 8 à 15 jours après le traitement ne traduit pas forcément un échec, les causes pouvant être une irritation cutanée par le traitement, un eczéma de contact, une acarophobie ou d'autres causes de prurit masquées par la gale.

1.11 POPULATIONS PARTICULIERES A RISQUE

- Sujets âgés, grabataires et cachectiques, vivant en communauté
- Immunodépression locale et /ou générale (corticothérapie, infection par le VIH, immunosuppresseurs) constitue un facteur favorisant de gales profuses.
- Sujets atteints d'affections neurologiques avec troubles sensitifs: absence de prurit et donc de grattage, ce qui entraîne un retard diagnostique et du traitement.

1.12 EFFETS SPECIFIQUES SUR LA GROSSESSE

Les risques sont liés aux traitements.

2 EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

2.1 CRITERES DE CARACTERISATION DE L'EXPOSITION

2.1.1 EVALUATION A PRIORI

2.1.1.1 Critères à priori issus de la bibliographie

- La prévalence dans les maisons de retraite est de 6,6% et de 14% en long séjour.
- Les services de dermatologie et psychiatrie prenant en charge des patients ayant une hygiène précaire sont également concernés.
- L'exposition est imprévisible mais il convient de répertorier, chaque année: Le taux d'exposition/infestation pour la gale typique ou norvégienne et le nombre de salariés ayant eu besoin d'une prophylaxie ou d'un traitement. Lorsqu'il s'agit d'un établissement hospitalier, le cas index doit être signalé au C.L.I.N. La prise en charge de gales profuses ou une dissémination dans la collectivité se fera en concertation avec les autorités sanitaires dont dépend l'établissement (D.D.A.S.S.).
- Ces données permettent d'évaluer le risque et définir sa progression d'une année sur l'autre. En cas d'augmentation des taux, l'organisation de campagnes d'information sur le sujet apparaît nécessaire.

2.1.1.2 Données d'hospitalisation ou de signalement

Données non traitées pour ce germe.

2.1.1.3 Données de laboratoire

Données non traitées pour ce germe.

2.1.2 CIRCONSTANCES D'EXPOSITION

- Le risque est évalué par la notion de sujets contacts prenant en compte
 - Le type de contact qui doit être peau à peau
 - La fréquence des contacts : régularité des soins et du nursing, aide à la marche, séances de kinésithérapie.
 - La durée du contact estimée à 10 minutes
 - La forte résistance du parasite
 - La mise sous traitement par voie orale et locale du patient infesté est efficace en 48-72h
- Exception : en cas de gale profuse chez le cas index, le contact peut être minime voire indirect. L'isolation du sujet infesté devra être prolongée.

2.2 CARACTERISATION DU RISQUE

2.2.1 ELEMENTS DE NATURE A LIMITER L'EXPOSITION

2.2.1.1 Protection collective

- Utilisation de mobilier d'entretien facile par lavage (fauteuils en vinyle plutôt qu'en tissus).
- Hygiène des mains (élimination lors du rinçage des parasites présents à la surface de la peau). **Inefficacité des SHA qui sont non acaricides.**

- Traitement de l'environnement :
 - Linge (vêtement ou literie utilisés jusqu'à 4 jours avant le début du traitement du cas infesté ou présumé): prévenir la blanchisserie, lavage à 60°C ou pulvérisation d'un acaricide (A-PAR®).
 - Petit matériel (brassard à tension ou tout objet en tissu) : pulvérisation d'un produit acaricide dans un sac plastique étanche fermé pendant 3h.
- Inutilité de désinfecter l'environnement dans les cas de gale typique (pulvérisation d'un acaricide si gale profuse).
- La formation et la sensibilisation du personnel sont très importantes en ce qui concerne la conduite à tenir lors de la découverte d'un cas infesté ou présumé. Cette formation contribue à la lutte contre les retards de prise en charge souvent mis en cause dans les cas publiés d'épidémie.

2.2.1.2 Equipements de protection individuelle

- Port de gants et d'une blouse lors de soins directs.
- En cas de gale profuse, le port systématique de gants et d'une blouse doit être préconisé dès l'entrée dans la chambre du sujet infesté.

2.2.1.3 Vaccinations ou immunité naturelle

Pas de vaccin disponible.

2.2.2 PREVENTION SECONDAIRE

Traitement prophylactique des sujets en cas de contact à risque tel que décrit ci-dessus, sans symptôme : Ivermectine (Stromectol®) en prise unique, à jeun, à la dose de 200 µg/kg (1 cp/15 kg).

2.3 APTITUDE DES SOIGNANTS

- En cas d'infestation
 - Éviction de 3 jours à partir du traitement, si gale typique ou jusqu'à négativation de l'examen parasitologique pour la Gale profuse.
 - Information sur les risques pour les membres de leur ménage et les contacts intimes.

2.4 MALADIE PROFESSIONNELLE

- Reconnaissance au titre du tableau n° 76 du régime général, sous titre N.
- Le délai de prise en charge est de 7 jours.
- La liste des travaux est limitative : tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant en contact direct avec des porteurs de cette scabiose.

3 POINTS FORTS

- Notion de sujets contacts qu'il faut bien définir.
- Particularité des gales profuses : un contact cutané fugace suffit.