



**Université Lille 2  
Droit et Santé**

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Analyse descriptive des cas de gale en pédiatrie  
au centre hospitalier de Roubaix**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2012

**Par Julien DUMORTIER**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Emmanuel DELAPORTE**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT**

**Monsieur le Professeur Laurent MORTIER**

**Monsieur le Docteur Olivier CARPENTIER**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume POUESSEL**

# TABLE DES MATIERES

<b>Titre</b>	3
<b>Remerciements</b>	4
<b>Introduction</b>	7
<b>Patients et méthodes</b>	9
<b>Résultats</b>	11
• <b><u>Données diagnostiques</u></b>	11
• <b><u>Données sociologiques</u></b>	19
• <b><u>Suivi téléphonique de la population</u></b>	20
<b>Discussion</b>	21
<b>Conclusion</b>	32
<b>Références</b>	33
<b><u>Annexe 1</u></b> : Fiche de conseils sur la gale par un groupe de travail de l'association des dermatologues du nord (FEDERM 59/62)	36
<b><u>Annexe 2</u></b> : Fiche de recueil de données médicales et socioéconomiques.	37
<b>Résumé</b>	38

## Introduction

La gale est une parasitose cutanée liée à la colonisation de la couche cornée de l'épiderme par un acarien: *Sarcoptes scabiei hominis*. Ce parasite de la famille des arachnides a été identifié en 1687 par Bonomo et Cestoni.

L'incubation est de une à six semaines selon l'importance de l'infestation, avec une moyenne de trois semaines et de un à trois jours en cas de réinfestation. La femelle fécondée creuse des galeries dans les couches superficielles de l'épiderme. Elle y reste toute sa vie, soit deux à trois mois, et y pond trois à cinq œufs par jour. Chaque œuf éclôt en trois à cinq jours et donne une larve qui devient adulte en deux à trois semaines. Les jeunes adultes remontent à la surface cutanée, s'y accouplent et les femelles fécondées s'enfouissent dans la peau pour se nourrir et pondre leurs œufs.

La transmission de la gale est essentiellement interhumaine, favorisée par toutes les situations de promiscuité. La gale est hautement contagieuse, pouvant toucher des individus de tous âges et tous milieux sociaux. Elle peut être responsable d'épidémie au sein des familles ou dans les collectivités.

Il existe deux formes cliniques de la gale: la gale commune et la gale profuse. Chez le malade atteint de gale commune, le nombre de parasite est de quelques unités à quelques dizaines. La transmission est, dans la majorité des cas, par contact cutané prolongé avec une personne atteinte. Chez le malade atteint de la gale profuse, favorisée par un déficit immunitaire, la contagiosité par contact direct est très importante. La contagiosité par contact indirect (vêtements, literie, serviettes, fauteuils) est également décrite.

Les manifestations cliniques de la gale comprennent un prurit particulièrement sévère la nuit, des lésions spécifiques (sillons) et des lésions non spécifiques de gale (papulonodules rouges ou cuivrées, vésiculopustules, excoriations et lésions de grattage, lésions eczématiformes et impétiginisées).

Chez le nourrisson, la présentation clinique de la gale est parfois trompeuse en présence de lésions peu spécifiques qui ne s'accompagnent pas toujours d'un prurit. Les signes évocateurs et caractéristiques sont la présence de vésicules ou de pustules palmoplantaires, et de lésions papulopustuleuses ou nodulaires dans la région axillaire. Les lésions secondaires, associant prurigo, impétigo, eczéma ou éruption érythématosquameuse, sont souvent au premier plan et peuvent atteindre le visage, et le cuir chevelu contrairement à l'adulte. L'enfant est souvent irritable, agité et s'alimente moins. Ainsi le caractère familial de la maladie représente un argument diagnostique important.<sup>1</sup> Les enfants et les nourrissons sont particulièrement vulnérables du fait des contacts physiques étroits qu'ils entretiennent dans la vie quotidienne avec leurs parents ou avec d'autres membres de leur entourage.

Tout retard de diagnostic et de prise en charge des cas, des contacts et de leur environnement est générateur de difficultés dans la communauté avec un coût humain, social et économique non négligeables.

L'objectif principal de notre étude était de décrire la population de tous les enfants vus au centre hospitalier de Roubaix entre 2009 et 2010, avec un diagnostic médical de gale. Les données démographiques, médicales et sociologiques étaient notamment analysées.

## **Patients et méthodes**

Notre étude était prospective et descriptive. Elle concernait tous les enfants, âgés de moins de 15 ans et 3 mois, pour lesquels un diagnostic de gale était posé à l'hôpital de Roubaix, entre octobre 2009 et mars 2011.

Ces enfants étaient vus dans les différents services de pédiatrie (urgences pédiatriques, consultation de pédiatrie, hôpital de jour de pédiatrie, hospitalisation conventionnelle) mais aussi en consultation de dermatologie. Ils étaient vus pour un motif de consultation dermatologique mais aussi pour des motifs sans relation avec la peau (découverte fortuite de la gale). Tous les médecins et internes de médecine étaient sensibilisés à cette étude et des informations étaient données sur la gale en début de semestre pour les internes.

Tous les enfants étaient traités selon un protocole discuté en équipe, avec une feuille d'informations expliquée et remise aux parents par le médecin (feuille de conseils validée par un groupe de travail de l'association des dermatologues du nord, en annexe 1). Le traitement initial de première intention reposait sur l'Ascabiol® pour l'enfant et pour les sujets contacts, et une désinfection de la literie et du linge par A-Par® ou un lavage à 60°C.

Pour chaque malade, une fiche anonymisée était remplie de façon prospective par le médecin à chaque diagnostic de gale. Cette fiche comportait un recueil de renseignements médicaux et socioéconomiques concernant l'enfant et sa famille (annexe 2).

Les données recueillies étaient les suivantes :

- données démographiques (sexe, âge, date de consultation, service d'accueil lors du diagnostic),
- données médicales (durée des signes ou symptômes avant le diagnostic, notion d'une consultation antérieure pour le même motif, diagnostic(s) antérieur(s) évoqué(s) pour les mêmes signes ou symptômes, traitement(s) reçu(s) avant le diagnostic de gale, modalités du diagnostic, notion de récurrence de gale),

- données socioculturelles (nombre d'enfant(s) dans la fratrie, mode de garde, couverture sociale, catégorie socioprofessionnelle des parents).

Nous avons réalisé un rappel téléphonique des familles, pour lesquelles le diagnostic de gale avait été posé, entre le mois d'avril et le mois de mai 2011 soit avec un recul de un mois à dix sept mois de suivi par rapport au diagnostic. L'objectif était de déterminer le nombre d'enfants présentant un échec de traitement initial ou une récurrence après trois semaines et, le cas échéant, de préciser la cause probable de la persistance ou de la récurrence (traitement non adapté, sujet contact non traité, traitement non réalisé, pas de cause retrouvée). Nous nous sommes aussi intéressés au sentiment de honte éprouvé ou non par la famille et à la notion de partage de l'information donnée ou non auprès de l'entourage après le diagnostic.

L'ensemble des données était analysé par un seul intervenant (Julien DUMORTIER).

### **Analyse statistique**

Les résultats comportaient une analyse descriptive des données. Les comparaisons entre les effectifs de population étaient réalisées par les tests du Chi2 et par les tests de Fisher exact.

Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique était SAS (Statistical Analysis System version 9.3). Une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme significative.

Les statistiques étaient réalisées par la plate-forme d'aide méthodologique, service d'Information et des Archives médicales, Clinique de Santé Publique, CHRU de Lille.

## Résultats

- description de la population:

Notre étude a permis de colliger 50 cas de gale concernant 45 enfants: 41 enfants ont consulté une seule fois, trois enfants deux fois et un enfant trois fois. Tous les enfants vus avec un diagnostic de gale étaient inclus.

L'âge moyen de ces enfants était de 3 ans 4 mois (écart-type: 3 ans 8 mois) et la médiane de 26 mois (Q1: 8 mois ; Q3: 4 ans 5 mois). La répartition par âge est résumée dans la figure 1. Parmi les 50 enfants, on notait 32 garçons (64%) et 18 filles (36%).

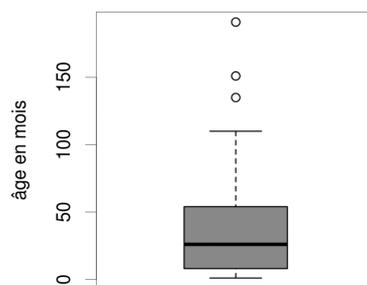


Figure 1: Répartition des 50 enfants atteints de gale selon leur âge (Boxplot).

### 1. Données diagnostiques

- Saisonnalité :

Nous avons analysé la distribution saisonnière des cas de gale dans notre population. La répartition selon les saisons était la suivante: printemps, n=12 (35%) ; automne, n=17 (25%) ; hiver, n=14 (20%) ; été, n=7 (20%). Il n'existait pas d'association statistiquement significative dans la répartition saisonnière.

- Service d'accueil au diagnostic :

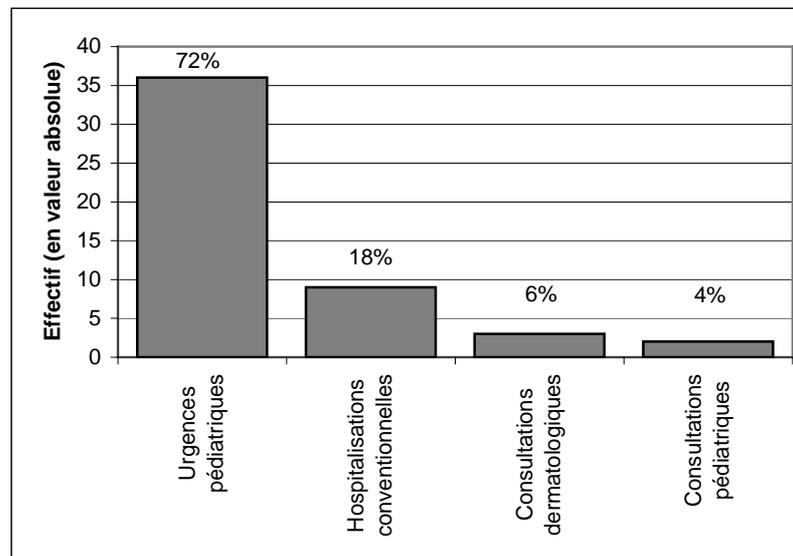


Figure 2: Répartition des 50 enfants atteints de gale selon le service d'accueil lors du diagnostic.

Nous avons comparé cette répartition à celle de l'ensemble des enfants vus au centre hospitalier de Roubaix en 2010 (environ 26 000 séjours et consultations): 77% aux urgences pédiatriques, 12% en hospitalisation conventionnelle, 11% en consultation pédiatrique et 0,7% en consultation dermatologique. Il n'existait pas de différence significative entre ces deux répartitions.

- Motifs de consultation :

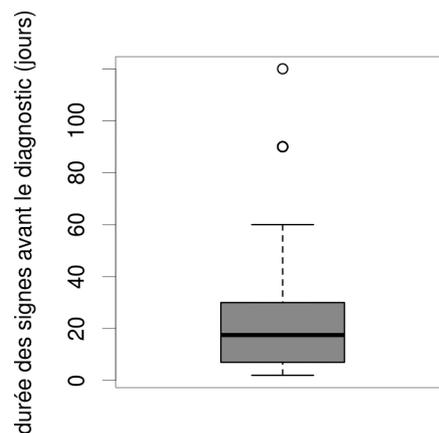
Dans 30 (58%) cas, un problème dermatologique motivait la consultation à l'hôpital. Parmi ces 30 enfants, neuf (17%) consultaient pour un avis sur un diagnostic de gale déjà établi. Pour 21 (41%) enfants, le problème dermatologique était soulevé mais le diagnostic de gale n'avait pas été réalisé. Dans 20 (42%) cas, le diagnostic de gale était réalisé chez des enfants venus à l'hôpital pour un motif sans rapport avec des problèmes dermatologiques, de façon fortuite. Les motifs de consultation sont représentés dans le tableau 1 (plusieurs motifs sont possibles pour chaque enfant).

Tableau 1: Répartition des 50 enfants atteints de gale selon le motif de consultation à l'hôpital		
	Effectif	Pourcentage
Eruption cutanée	21	41
Gale	9	17
Traumatisme crânien	3	6
Gastro-entérite	2	4
Douleurs abdominales	2	4
Asthme	2	4
Bronchiolite	2	4
Régurgitations	2	4
Autres	9	18

Les autres diagnostics étaient les suivants: hyperthermie, pleurs, protéinurie, cassure pondérale, malaise, grippe, abcès, boiterie, morsure de chien, respectivement n=1 (2%).

- Durée des signes :

La durée moyenne des signes avant le diagnostic était de 28 jours (écart-type: 29 jours) avec une médiane de 17 jours (Q1: 7 jours ; Q3: 30 jours) (figures 3).



Figures 3: Répartition des 50 enfants selon la durée des signes avant le diagnostic de gale (Boxplot).

- Consultations antérieures :

Dans notre population, 42 (84%) patients ont bénéficié d'une consultation médicale pour un problème dermatologique avant l'arrivée à l'hôpital. La répartition des médecins consultés était la suivante: médecins généralistes (n=34 ; 68%), dermatologues (n=6 ; 12%), pédiatres (n=4 ; 8%), urgentistes (n=3 ; 6%) et médecin de protection maternelle et infantile (n=1 ; 2%).

- Diagnostics antérieurs :

Dans 16 (30%) cas, le diagnostic de gale avait déjà été évoqué avant la venue à l'hôpital et le diagnostic de gale était alors confirmé.

Dans 37 (66%) cas, un autre diagnostic était évoqué initialement avant le diagnostic de gale retenu à l'hôpital et les diagnostics évoqués sont représentés dans la figure 4.

Pour deux (4%) patients, aucun diagnostic n'était évoqué et plusieurs diagnostics étaient évoqués pour neuf (18%) patients.

Huit (16%) patients n'avaient consulté aucun médecin pour un problème dermatologique. En revanche, certains patients avaient consulté plusieurs médecins pour ce motif: trois patients avaient consulté un médecin généraliste et un dermatologue, trois patients avaient consulté un médecin généraliste et un urgentiste, et un patient avait consulté un médecin généraliste et un pédiatre.

Les différents diagnostics évoqués avant le diagnostic de gale par les médecins répartis selon leur spécialité sont représentés dans les figures 5 et 6.

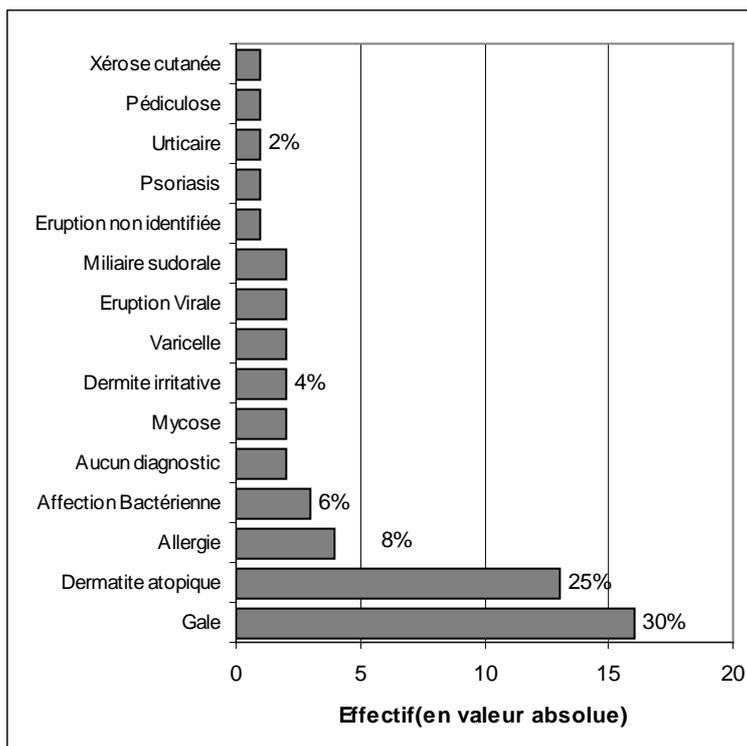


Figure 4: Répartition des diagnostics évoqués avant l'arrivée à l'hôpital parmi les 50 cas de gale.

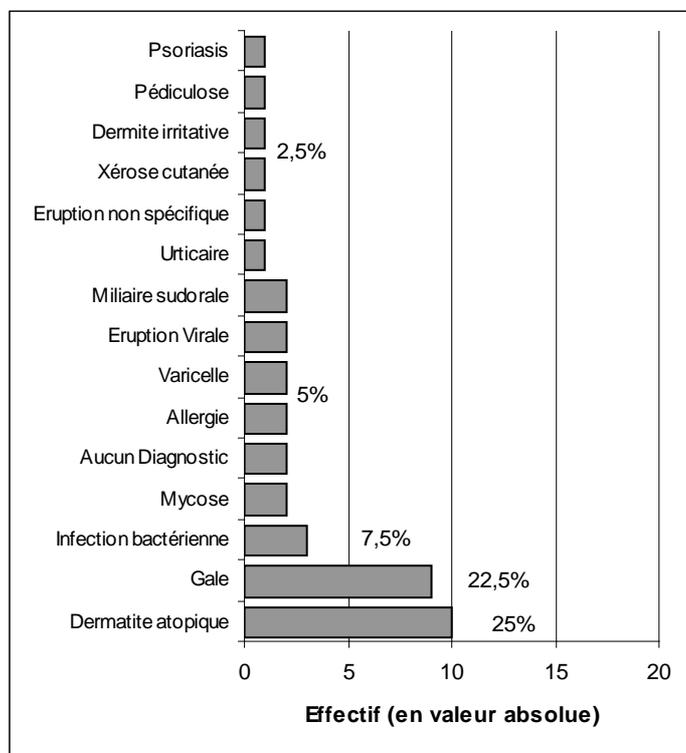


Figure 5: Répartition des diagnostics évoqués par les médecins généralistes avant l'arrivée à l'hôpital parmi les 50 cas de gale.

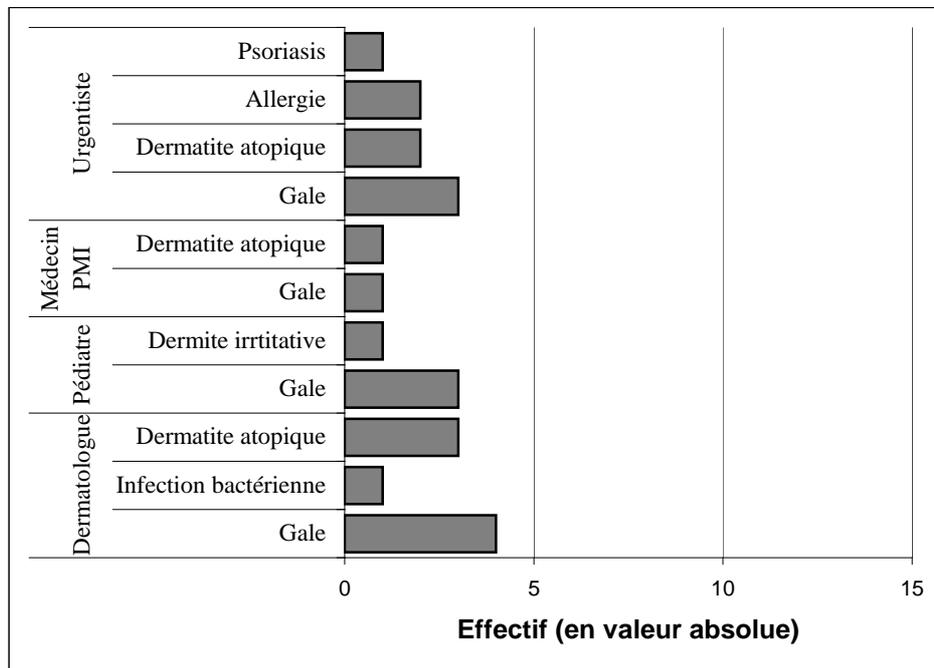


Figure 6: Répartition des diagnostics évoqués avant l'arrivée à l'hôpital selon la spécialité parmi les 50 cas de gale.

- Traitements antérieurs :

Les traitements reçus par les 50 enfants sont représentés dans la figure 7 (plusieurs traitements sont possibles pour chaque enfant, en association). Parmi les 16 enfants qui avaient un diagnostic de gale avant leur passage à l'hôpital, deux (12%) avaient eu un traitement non adapté, cinq (31%) avaient des sujets contacts non traités ; pour neuf (56%) enfants, aucune cause de persistance ou de récurrence n'est retrouvée. Quinze (31%) enfants n'avaient reçu aucun traitement à visée dermatologique avant leur passage à l'hôpital. Huit d'entre eux n'avaient cependant pas consulté auparavant leur médecin.

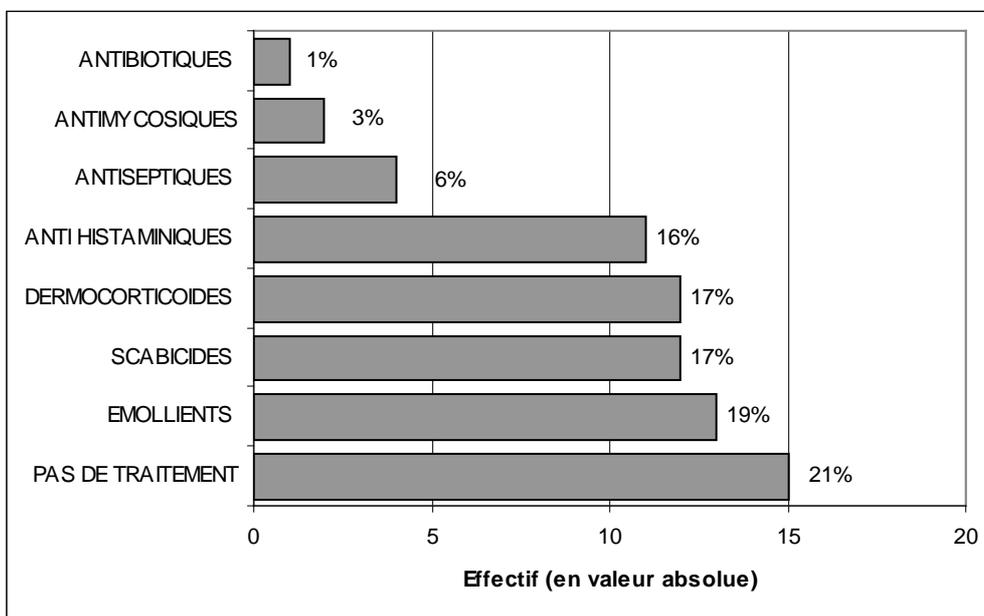


Figure 7: Répartition des traitements prescrits avant l'arrivée à l'hôpital chez les 50 enfants atteints de gale.

- Modalités diagnostiques :

A l'hôpital, le diagnostic de gale était réalisé par: un pédiatre seul (n=33, 66%), un dermatologue seul (n=11, 22%), le pédiatre avec l'expertise du dermatologue (n=5, 10%), un urgentiste seul (n=1, 2%). Les internes de médecine participaient à la prise en charge mais étaient systématiquement supervisés par un senior.

Pour 16 (32%) des patients, un examen dermoscopique a été réalisé, toujours positif. Les autres diagnostics étaient réalisés grâce aux données d'anamnèse et cliniques. La répartition des symptômes et signes est représentée dans la figure 8.

Lors du diagnostic de gale, le prurit était présent dans 84% (n=42) des cas, les sillons scabieux dans 76% (n=38) des cas et les lésions non spécifiques dans 78% (n=39) des cas.

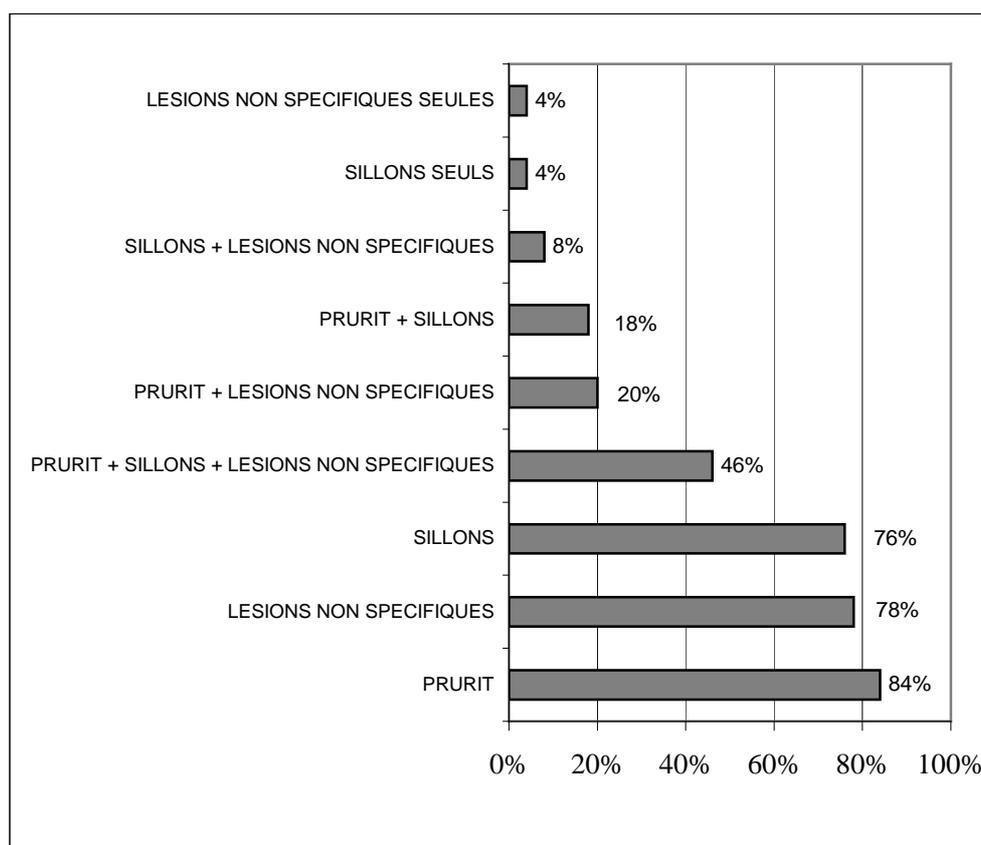


Figure 8: Répartition des symptômes chez les 50 enfants atteints de la gale.

Dans notre population, on observe une sous-représentation du prurit (n=8 ; 53%) chez les nourrissons de moins de un an comparé au prurit dans les autres tranches d'âge de un à quatre ans (n= 19 ; 95%) et de plus de quatre ans (n= 15 ; 100%) ( $p < 10^{-3}$ ).

La plupart des enfants avait plusieurs signes de la gale: prurit, lésions spécifiques et lésions non spécifiques. Seuls deux enfants avaient des sillons isolés sans aucun autre signe ; seuls deux autres enfants avaient des lésions non spécifiques sans aucun autre signe (dans un contexte de cas familial de gale) ; aucun enfant avait un prurit sans aucun autre signe. Dans notre population, on n'observait pas d'association de signe représentatif d'une tranche d'âge. Quarante (80 %) enfants avaient au moins un membre de leur famille (parents, frère et/sœur) également atteint de la gale. Dans dix (20%) cas, l'enfant était le premier membre de la famille atteint de la gale.

## 2. Données sociologiques

Le nombre moyen d'enfants dans la fratrie était de 2,1 (écart-type: 2,1). Le mode de garde principal dans le mois précédent le diagnostic de gale était le suivant: famille (n=27, 54%), école (n=18, 36%), crèche (n=3, 6%), assistante maternelle (n=1, 2%) et centre de loisirs (n=1, 2%). Concernant les enfants de moins de trois ans (n=30), 27 (90%) d'entre eux étaient gardés au sein de la famille, deux (7%) en crèche et un (3%) par une assistante maternelle agréée. La couverture maladie des familles était pour 37 (74%) enfants une couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et pour 13 (26%) enfants une mutuelle de santé complémentaire. Par comparaison, le taux de CMUc des familles consultant aux urgences pédiatriques dans la même période était de 30%, soit significativement inférieur ( $p < 10^{-3}$ ).

La répartition par catégorie socioprofessionnelle des parents d'enfants atteints de gale inclus dans notre étude est représentée dans la figure 9.

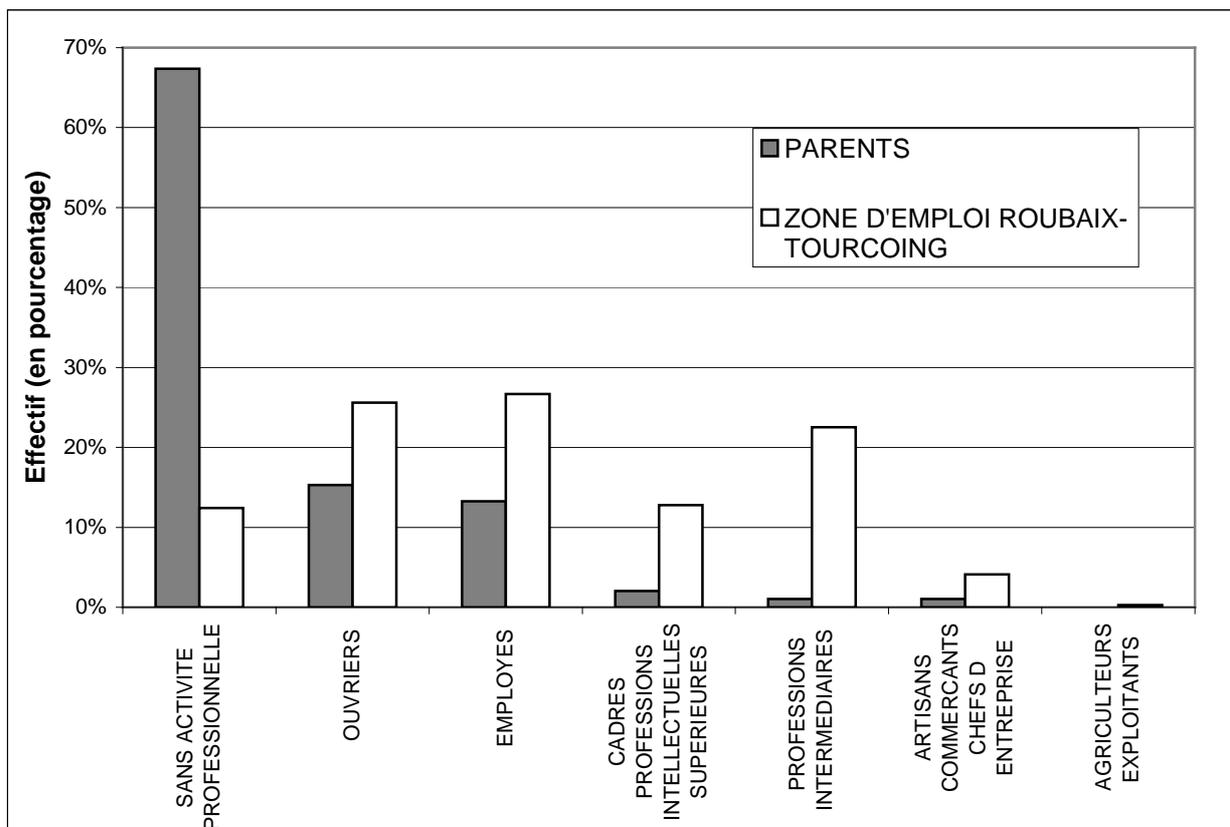


Figure 9: Répartition par catégories socioprofessionnelles des parents des 50 enfants atteints de la gale comparée à la zone d'emploi Roubaix-Tourcoing en 2008.<sup>2</sup>

### **3. Suivi téléphonique de la population**

Nous avons contacté par téléphone 45 familles dans un délai de un à dix-sept mois après la prise en charge initiale. Ces malades n'ont pas été revus en consultation hospitalière. Il n'a pas été possible de déterminer le taux de réussite du traitement initial et de le distinguer d'une réinfestation. Quinze (30%) patients nous ont indiqué avoir reçu un second traitement contre la gale en raison de symptômes et lésions persistantes ayant fait évoquer la gale, plus de trois semaines après le traitement initial. Parmi ces patients, nous n'avons pas réussi à identifier de cause dans dix (67%) cas. Par contre, nous avons noté que trois cas étaient liées à des sujets contacts non traités initialement et que deux cas étaient liées à un traitement non conforme à la prescription hospitalière. Aucun cas n'était lié à un traitement non réalisé.

Quarante (84%) familles des enfants atteints de gale avaient informé leur entourage familial de ce diagnostic et 18 (36%) affirmaient avoir vécu un sentiment de honte lors du diagnostic de cette affection. Parmi les quinze familles des enfants qui présentaient une persistance ou une récurrence de gale après le traitement hospitalier, douze (80%) avaient informé leur entourage familial et sept (47%) d'entre eux affirmaient avoir eu un sentiment de honte. Nous n'observons pas d'association statistiquement significative entre la honte ressentie et la récurrence.

## Discussion

Notre étude confirme que la gale est une affection courante en pédiatrie. Elle reste pourtant mal connue et sous-diagnostiquée par les médecins. Quarante-deux pour cent des cas de gale étaient diagnostiqués de façon fortuite. Parmi les enfants consultant pour un problème dermatologique, le diagnostic de gale n'avait pas été évoqué pour deux tiers d'entre eux. Dans notre étude, la gale touche préférentiellement les familles en situation précaire avec une surreprésentation des familles sans activité professionnelle et celles bénéficiant de la CMUc. Notre étude montre que près d'un tiers des enfants avec une gale traitée ont dans les mois suivants le traitement initial à nouveau des symptômes de gale. Il est donc nécessaire de réaliser un suivi des patients pour s'assurer de la guérison et de l'absence de nouveaux cas familiaux.

Notre étude admet certains biais. Les modalités de l'étude ne nous permettent pas de déterminer de données épidémiologiques (incidence, prévalence). Nous ne pouvons être sûrs de l'exhaustivité du recueil de l'ensemble des cas de gale: chaque diagnostic n'a pas été confirmé par dermoscopie par un dermatologue. Cependant, près de la moitié des enfants ont été examinés par un dermatologue et un tiers d'entre eux ont bénéficié d'un examen dermoscopique. Nous avons contourné ce biais par une sensibilisation des internes et médecins et par une formation dispensée par le dermatologue. D'autre part, le recrutement hospitalier peut constituer un biais dans la sélection des patients par rapport à une consultation de dermatologie ou de pédiatrie de ville. Nous n'avons pas pu revoir en consultation les patients diagnostiqués de la gale pour s'assurer de la guérison et confirmer le taux de récurrence. La méthodologie de l'enquête téléphonique elle-même critiquable peut conduire à un sous-diagnostic des récurrences.

Malgré l'absence de système de surveillance fiable, le nombre de nouveaux cas de gale dans le monde est estimé à environ 300 millions par an.<sup>3</sup> La prévalence de la gale est cependant très variable selon les pays du monde. Dans les pays développés, elle varie de 5,8 à 8,3% dans les zones rurales.<sup>4</sup> Dans les pays en voie de développement, en Afrique notamment, elle peut varier de 2 à 31%.<sup>4</sup> Dans certaines régions, la prévalence peut même atteindre 50% voire 100% d'une population d'enfants.<sup>5,6,7</sup>

En France, les données épidémiologiques de la gale reposent d'une part sur l'incidence des déclarations obligatoires et spontanées auprès de l'ARS et d'autre part sur l'extrapolation à partir des ventes de médicaments contre la gale dont l'interprétation est discutable.<sup>8</sup> Ces données ne recouvrent pas l'ensemble des cas de gale puisque cette maladie n'est pas à déclaration obligatoire. Une étude épidémiologique récente a permis de confirmer l'augmentation de l'incidence de la gale en France entre 1999 et 2010, à partir des signalements obligatoires et spontanés des cas de gale aux structures de santé publique et des ventes de traitement contre la gale.<sup>8</sup> Entre 2005 et 2009, les ventes sont passées de 283 à 402 pour 100 000 personnes par an (+10%) pour le benzoate de benzyle et de 216 à 495 pour 100 000 personnes par an (+22%) pour l'ivermectine.<sup>8</sup> Ces données récentes permettent actuellement d'estimer l'incidence des cas de gale à 328 pour 100 000 habitants par an en France.<sup>8</sup> Dans le département du Nord, le nombre des cas de gale communautaires déclarés à l'ARS n'a pas varié entre 2005 et 2009.<sup>8</sup> Cependant, ce nombre a augmenté de façon importante (+49%) dans la même période dans le Pas-de-Calais. De plus, dans l'interrégion Nord, le nombre de traitements a augmenté entre 2005 et 2008 de façon significative: +39% pour l'ivermectine, +20% pour le benzoate de benzyle.<sup>8</sup>

Diverses hypothèses ont été proposées pour rendre compte d'une augmentation possible de l'incidence de la gale dans les pays développés, notamment les cas importés lors des voyages internationaux et les migrations. Le retard au diagnostic participe probablement à cette augmentation en favorisant l'infection des sujets contacts. Notre étude confirme, en ce sens, la

nécessité de poursuivre l'effort de sensibilisation des médecins pour bien reconnaître cette maladie. Enfin, le retard au traitement par les familles joue probablement un rôle important. Ainsi, nous confirmons parmi les familles des enfants avec une gale que le sentiment de honte reste fort (36% des familles) car cette maladie est souvent considérée comme associée à un manque d'hygiène.

Une revue de littérature a permis de retrouver des données épidémiologiques en population générale de l'incidence de la gale. Une étude réalisée au Royaume-Uni avec des données fournies par les médecins généralistes, entre 1994 et 2003, a déterminé une incidence de 351 cas pour 100 000 hommes par an et de 437 pour 100 000 femmes par an.<sup>9</sup> Une précédente étude au Royaume-Uni, avec des données fournies par deux échantillons de médecins généralistes (n=60 et n=91), indique une incidence de 370, 120 et 340 par 100 000 personnes par an en 1971, 1981 et 1991, respectivement.<sup>10</sup> En Belgique, une étude exhaustive en 2004 dans la ville de Gand auprès de médecins généralistes, dermatologues et pédiatres a montré une incidence de 28 cas par 100 000 personnes par an avec cependant un taux de réponse très bas (4 %) parmi les médecins interrogés.<sup>11</sup> Aux États-Unis, les registres d'assurance médicale des employés du secteur privé (plus de cinq millions d'assurés avec leur famille) montrent une incidence de la gale de 68,8 cas par 100 000 personnes par an entre 2001 et 2005 sur la base du remboursement des consultations et des achats de médicaments (incidence certainement sous-estimée car ne tenant pas compte des épisodes auto-traités sans demande de remboursement).<sup>12</sup> En Israël, dans les territoires palestiniens, entre 2005 et 2010, l'incidence annuelle de la gale a été estimée à 17 pour 100 000 personnes, avec cependant des écarts importants selon les régions de 1,3 à 41,4 pour 100 000 habitants.<sup>4</sup>

Dans les pays en voie de développement, les enfants les plus touchés par la gale sont habituellement les enfants d'âge préscolaires et les adolescents alors que dans les pays développés, comme au Danemark, la répartition est habituellement plus homogène parmi les enfants.<sup>13,14</sup> En Israël, Amro et al. montraient que 27% des cas de gale survenaient chez des

enfants de moins de dix ans avec une répartition significative par rapport aux autres classes d'âge ( $p < 10^{-3}$ ).<sup>4</sup> Dans l'étude de Buczek et al., l'incidence de la gale était également plus élevée chez les enfants que chez les adultes: le nombre de cas de gale étaient respectivement de 44% et 12% chez les enfants entre six et quinze ans d'une part et les enfants de moins de cinq ans d'autre part.<sup>15</sup> Notre étude montre des résultats différents avec une population d'enfants plus jeunes particulièrement touchée puisque que 70% des enfants avaient moins de quatre ans. Le jeune âge (avant quatre ans) est d'ailleurs identifié comme un facteur de risque de gale dans l'étude de Feldmeier au sein d'une population rurale dans le Nord Brésil.<sup>6</sup>

Nous avons comparé le mode de garde de notre population avec celui de la région Nord-Pas-de-Calais en 2002, selon les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, sans observer de différence notable. Les enfants de moins de trois ans sont gardés principalement au sein de la famille (73%), par une assistante maternelle (14%) et en crèche (5%).<sup>16</sup> Dans notre population les enfants de moins de trois ans ( $n=30$ ), 27 (90%) d'entre eux étaient gardés au sein de la famille, 1 (3%) par une assistante maternelle agréée et 2 (7%) en crèche.

La répartition saisonnière de la gale avec une recrudescence des cas en automne et en hiver, une diminution du nombre de cas en été est décrite par plusieurs auteurs.<sup>4,14,17</sup> Cette tendance est celle décrite dans notre population même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. La prédominance automno-hivernale serait liée à des contacts interpersonnels plus fréquents à la fin de l'été et au cours de l'automne. Cependant, d'autres auteurs ne décrivent pas de variation saisonnière, comme en Gambie, probablement en raison des conditions climatiques (chaleur et humidité) différentes.<sup>18</sup>

Le diagnostic de la gale est essentiellement clinique. Le symptôme principal est le prurit, particulièrement sévère la nuit. Dans notre étude, ce signe était identifié chez 42 (84%) des patients. Cependant, ce signe peut être absent chez le nourrisson et le prurit n'avait pas été

noté chez près de la moitié des nourrissons de moins de un an de notre population. Les lésions spécifiques (sillons) de la gale permettant le diagnostic étaient identifiées chez 38 (76%) de nos patients. Les lésions non spécifiques de gale étaient aussi identifiées dans notre étude parmi 39 (78%) des patients. Nous n'avons pas pu observer d'association de signes plus spécifiques dans les différentes tranches d'âge. Nous n'avons pas non plus diagnostiqué de forme norvégienne de la gale, habituellement décrite sur des terrains immunodéprimés comme dans la trisomie 21 et les déficits immunitaires congénitaux ou acquis (VIH, transplantation d'organe ou après une hémopathie maligne).

Dans notre étude, 80% des enfants avaient un membre de leur famille (parents, frère et/sœur) également atteint de gale et dans 20% des cas, l'enfant était le premier membre de la famille atteint de gale. Nous n'avons pas retrouvé de donnée comparable dans la littérature. Les données de l'étude de Bitar et al. montrent un nombre moyen de sujets contacts autour d'un cas de gale de 3,4.<sup>8</sup>

Si le diagnostic de la gale est essentiellement clinique, il est néanmoins recommandé de confirmer ce diagnostic par la visualisation du parasite. L'argument est surtout de pouvoir obtenir une adhésion forte des familles au traitement. La visualisation du parasite peut se faire par deux méthodes: examen parasitologique et examen dermoscopique, le but étant d'avoir une confirmation diagnostique immédiate. L'examen de référence est le prélèvement parasitologique direct, au vaccinostyle, après avoir repéré les sillons. Le prélèvement n'est pas douloureux, mais difficile sur des enfants qui ne sont pas toujours très compliants. Il nécessite une expérience suffisante à la réalisation, ainsi qu'un microscope (absent des services d'urgences). En pratique, il n'est donc pas adapté à la pratique quotidienne en médecine générale ou aux urgences. Par contre la dermoscopie est très facile d'exécution, nécessite tout de même de repérer les sillons, et elle est également très rapide et indolore. Elle permet de voir le parasite. Une troisième méthode existe: la microscopie confocale in vivo permettant de voir le sarcopte bouger sous la peau (très peu utilisé car il y a très peu d'appareil).

L'examen dermoscopique était réalisé par le dermatologue chez 32% (n=16) de nos patients, toujours positif. En revanche, 68% (n=34) des patients n'ont pas eu d'examen dermoscopique, en raison de l'existence de lésions suffisamment caractéristiques de la gale d'une part, et d'autre en raison de l'absence d'expérience suffisante des pédiatres pour la réalisation de cet examen en l'absence du dermatologue d'autre part. Néanmoins, certaines études ont montré que cet examen non invasif, indolore était de réalisation plutôt facile et qu'un opérateur même peu entraîné pouvait identifier le parasite dans 93% des cas.<sup>19</sup> Aucune famille n'a ouvertement remis en cause le diagnostic réalisé à l'hôpital, même en l'absence de visualisation du parasite. Dans notre étude, le défaut de visualisation du parasite au diagnostic n'a pas été mis en évidence comme facteur à l'origine d'un défaut d'observance des traitements proposés.

Des auteurs Australiens ont validé un dosage des IgE spécifiques contre l'allergène recombinant majeur de *Sarcoptes scabiei* (Sar s 14.3) par méthode DELFIA avec des sensibilité et spécificité de 100% et 94%, respectivement, et une aire sous la courbe ROC de 0.999.<sup>20</sup> Ce dosage n'est pas disponible en routine, il ne permet pas de diagnostic en urgence au lit du malade et doit certainement être évalué dans d'autres populations. Il pourrait cependant être utile dans certains cas particuliers.

Dans notre étude, nous avons constaté que de nombreux diagnostics avaient été évoqués par nos collègues avant le diagnostic de gale. Effectivement, de nombreux diagnostics différentiels de la gale peuvent être évoqués selon l'aspect des lésions: dermatite atopique, eczéma de contact, piqûres d'insectes, impétigo, urticaire annulaire, histiocytose langerhansienne, acropustulose infantile palmoplantaire, dermatite herpétiforme.<sup>5</sup> La variété des diagnostics envisagés initialement montre les pièges diagnostiques de cette maladie et la nécessité de mieux sensibiliser les médecins à cette maladie.

La gale touche classiquement toutes les classes sociales et peut être responsable d'épidémies dans les collectivités. Les épidémies dans les orphelinats et chez les enfants adoptés de pays en zone de forte endémie, ainsi que pendant les périodes de guerre sont décrites.<sup>14,21,22</sup> Dans de nombreux pays (Inde, Egypte, Tanzanie...), la gale est effectivement observée surtout dans les populations les plus défavorisées. Feldmeier et al. ont analysé les facteurs de risque de gale dans une communauté rurale pauvre du Nord Brésil en 2009.<sup>6</sup> Les principaux facteurs de risque étaient les suivants: âge moins de quatre ans, illettrisme, utilisation irrégulière de douche, partage des vêtements, faibles revenus financiers et mauvaises conditions de logement. Dans l'étude de Buczek et al., l'incidence de la gale était également plus élevée dans les populations où le taux de chômage et les conditions socioéconomiques étaient les plus précaires.<sup>15</sup> Dans notre étude, nous avons constaté une surreprésentation des classes sociales les plus précaires: près de deux tiers des parents étaient sans emploi et trois quarts d'entre eux avaient une CMUc.

En effet, la couverture maladie des familles était pour 37 (74%) enfants une couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et pour 13 (26%) enfants une mutuelle de santé complémentaire. Par comparaison, dans le département du Nord, le taux de couverture de la population par la CMUc est de 9,6% en 2010.<sup>23</sup> Nous avons donc observé une surreprésentation de prise en charge par CMUc dans notre population comparée au département du Nord ( $p < 10^{-4}$ ).

Le vécu psychologique de cette maladie n'a pas encore été étudié en France. Nous montrons que le sentiment de honte éprouvé par les familles des enfants atteints de la gale est fort et peut constituer un obstacle au traitement des sujets contacts donc un facteur de récurrence. Il semble donc important d'insister dès le diagnostic sur la nécessité de traiter les sujets contacts sans stigmatiser les familles.

Le traitement de la gale a reposé sur les traitements topiques jusqu'en 2001, date à laquelle l'ivermectine a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le traitement de la gale en France. Le remboursement par la sécurité sociale de ce médicament date de 2003. En revanche, l'ivermectine n'a pas l'AMM dans cette indication ni aux Etats-Unis ni au Royaume-Uni. En France, il n'existe pas de consensus actuel pour le traitement et l'utilisation des différents traitements, par voie orale ou locale, reste à l'appréciation des médecins. Les données concernant l'efficacité et la tolérance comparées des différents traitements en pédiatrie sont insuffisantes.

Le traitement idéal contre la gale doit être efficace, facile d'utilisation, dénué d'effets secondaires, adapté aux spécificités de l'enfant (nourrisson surtout) et également peu coûteux. Les molécules disponibles en France figurent dans le tableau 2 d'après Botterel et al..<sup>24</sup> L'Ascabiol® reste le traitement de référence en France et dans notre étude, ce traitement a été le choix de première intention prescrit à l'ensemble des enfants. Il contient du benzoate de benzyle et du sulfiram. Dans l'étude de Glaziou et al., 51% des patients étaient guéris après une seule application de benzoate de benzyle.<sup>25</sup> Le Sprégal® contient de l'esdépalléthrine associé à un dérivé benzoïque et le risque de bronchospasme doit être pris en compte en particulier chez l'enfant asthmatique. L'ivermectine (Stromectol®) est le premier traitement systémique de la gale. Il est contre-indiqué chez l'enfant de moins de cinq ans ou moins de 15 kg en raison d'un passage possible dans le système nerveux central. Les résultats de la méta-analyse par la Cochrane de 2007 ne permettent pas de comparer l'efficacité de l'Ascabiol® et de Sprégal®.<sup>26</sup> Cette méta-analyse montrait aussi que l'ivermectine n'était pas plus efficace que le benzoate de benzyle, surtout en cas de prise unique et pour un coût supérieur. Ces données sont confirmées par l'étude randomisée de Ly et al., dans une population de 181 patients dont 61% d'enfants de moins de 15 ans, à Dakar au Sénégal.<sup>27</sup> Trois traitements étaient proposés: une application unique de benzoate de benzyle (groupe 1) ou deux applications à 24 heures d'intervalle (groupe 2), prise unique d'ivermectine à la dose de 150 à

200 µg/kg (groupe 3). A 14 et 28 jours du traitement, les taux de guérison entre les groupes étaient les suivants: 54%, 69%, 25% ( $p < 10^{-6}$ ) puis 77%, 96%, 43% ( $p < 10^{-5}$ ), respectivement pour les groupes 1, 2 puis 3. Usha et al. ont montré que, parmi 85 patients, une seule dose d'ivermectine était moins efficace que l'application locale de perméthrine (70% versus 98%). Cependant, une seconde dose d'ivermectine administrée aux patients non guéris après sept jours permettait un taux de guérison de 95%.<sup>28</sup> Ces données incitent donc à donner une seconde dose systématique d'ivermectine sept à 15 jours après la première dose (hors AMM).<sup>24</sup> En France, l'ivermectine est habituellement prise par voie orale à jeûn.<sup>1</sup> Une étude pharmacocinétique soutient que l'absorption de l'ivermectine est meilleure lorsque la prise accompagne un repas et les recommandations anglo-saxonnes sont de prendre le comprimé au cours du repas.<sup>29,30</sup> Le délai d'application optimal entre deux traitements topiques n'est pas précisément défini à partir des données de la littérature.<sup>29</sup> En pédiatrie, une seule étude de qualité a montré une efficacité comparable de l'ivermectine et du benzoate de benzyle avec cependant moins d'effets secondaires avec l'ivermectine.<sup>31</sup> L'étude était randomisée et contrôlée parmi 110 enfants de l'archipel de Vanuatu.<sup>31</sup> Les taux de guérison étaient respectivement de 56% et 51% pour l'ivermectine et le benzoate de benzyle.<sup>31</sup> Dans l'étude de Buczek et al., en Pologne entre 1990 et 1998, le taux de réinfection était de 5%.<sup>15</sup>

Nous n'avons pas pu déterminer dans notre population le taux de réussite du traitement de la gale puisque les enfants n'étaient pas revus en consultation de façon systématique dans notre hôpital. Cependant, le rappel téléphonique nous laisse suggérer que près d'un tiers des enfants ont eu une gale non traitée par un traitement de première intention ou ont eu une récurrence de leur infection. Ces données vont certainement nous inciter à modifier notre stratégie de suivi en proposant une consultation systématique à un mois pour s'assurer de la guérison. D'autre part, ces informations confirment la nécessité de travailler en lien avec le médecin généraliste et les acteurs de prévention de l'enfance (Protection Maternelle et Infantile, notamment).

Tableau 2: Traitements disponibles en France pour le traitement de la gale.<sup>24</sup>

Nom commercial	Ascabiol®	Sprégal®	Stromectol®
Galénique	Lotion (flacon 125 ml)	Aérosol	Comprimé
Utilisation	<p>Application sur peau encore humide après la douche, avec un pinceau ou creux de la main</p> <p>Eviter le visage, cuir chevelu, plaies et muqueuses</p> <p>Application 24 heures (12 heures pour les moins de 2 ans, 8 heures pour les moins de 3 mois) puis rinçage</p>	<p>Appliquer sur peau sèche par pulvérisation à 20-30 cm de la peau de haut en bas sur tout le corps</p> <p>Protéger les yeux, Eviter le visage, cuir chevelu, plaies et muqueuses</p> <p>12 heures puis rinçage</p>	200 µg/kg en une prise orale
Nombre d'applications	2 à 3 (espacées de 1 semaine chacune)	1 à 2 (espacées de 1 semaine)	2 doses à 10-15 jours d'intervalle
Contre-indications		Asthme hypersensibilité à un des composants	Enfants de moins de 5 ans ou de moins de 15 kg
Effets indésirables	Sensations de cuisson immédiate, eczématisation	Picotements, irritation cutanée, crise d'asthme	Prurit
Remboursement	Non	Non	Oui à 65%

Botterel et al. proposent une utilisation de ces molécules selon l'ancienneté des lésions, l'état cutané et la compliance des patients.<sup>24</sup> Cette attitude est résumée dans le tableau 3.

Tableau 3: Proposition de stratégie thérapeutique de la gale en pédiatrie . (d'après Botterel et al.).<sup>24</sup>

	Enfants < 2 ans	Enfants de 2 à 5 ans	Enfants > 5 ans
Choix de 1 <sup>ère</sup> intention	Ascabiol® (application 8 à 12 heures) ou Sprégal®	Ascabiol® (application 24 heures) ou Sprégal®	Gale de moins de 3 mois jamais traitée : Ascabiol®, Sprégal® ou Stromectol® au choix
Choix alternatif			Gale de plus de 3 mois et/ou déjà traitée par scabicides : association stromectol® + Ascabiol®

Le problème du coût du traitement doit être soulevé, d'autant plus que notre étude confirme que, en France, la gale touche plus particulièrement les populations défavorisées.

Le traitement inclut la prise en charge des sujets contacts qui doivent être traités simultanément. La décontamination du linge et de la literie peut se faire à l'aide d'un simple lavage à 60°C ou par l'utilisation d'un aérosol A-PAR® enfermé avec le linge dans un sac pendant 48 heures. Ces mesures complémentaires n'ont cependant pas fait l'objet d'une évaluation spécifique précise.

## **Conclusion**

La gale est une parasitose très fréquente dont l'incidence augmente en France et constitue donc un problème de santé publique. Cette étude souligne l'intérêt de sensibiliser davantage les cliniciens sur cette maladie car elle reste sous-diagnostiquée et parfois mal connue. Il faut également renforcer l'information auprès des familles pour une adhésion forte au diagnostic et au traitement, la réalisation d'un traitement bien conduit du patient et des sujets contacts afin de limiter les réinfestations par les sujets contacts non traités. Notre étude confirme que la gale touche davantage les familles en situation de précarité et que les enfants avant quatre ans sont particulièrement concernés.

A l'issue de cette étude, nous pensons faire évoluer notre pratique médicale, d'une part en réalisant un examen dermoscopique systématique dès la suspicion diagnostique avec l'aide du dermatologue ou d'un pédiatre formé à cet examen et, d'autre part, en proposant au patient et à sa famille un suivi un mois après le traitement afin de s'assurer de la guérison et de l'absence d'autre cas dans l'entourage.

Nous suggérons une meilleure coordination des structures de santé publique pour faciliter le recours en cas de besoin (difficultés financières, mauvaise compréhension des prescriptions).

Des études complémentaires sont nécessaires sur le suivi de l'incidence de la gale en population générale et sur les modalités optimales de traitement en pédiatrie. Le non-remboursement des traitements locaux, souvent choisis en première intention, dans les familles les plus modestes pose problème. Le choix du traitement de première intention doit prendre en compte les particularités des différents médicaments et l'impact économique dans les familles.

## Références

- 1 Royer M, Latre C-M, Paul C, Mazereeuw-Hautier J. La gale du nourrisson. *Ann Dermatol Venereol* 2008;135:876-81.
- 2 Insee. Résultat du recensement de la population en 2008, zone d'emploi 2010 Roubaix-Tourcoing.<http://www.recensement.insee.fr/tableauxDetailles.action?zoneSearchField=ROUBAIX&codeZone=3110-ZE2010&idTheme=15&idTableauDetaille=6&niveauDetail=2>. consulté le 21 avril 2012.
- 3 Organisation Mondiale de la Santé. La gale. [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/scabies/fr/](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/scabies/fr/), consulté le 21 avril 2012.
- 4 Amro A, Hamarsheh O. Epidemiology of scabies in the West Bank, Palestinian Territories (Occupied). *Inter J Infect Dis* 2012;16:e117-20.
- 5 Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006;6:769-79.
- 6 Feldmeier H, Jackson A, Ariza L, Calheiros CM, Soares Vde L, Oliveira FA, Hengge UR, Heukelbach J. The epidemiology of scabies in an impoverished community in rural Brazil: presence and severity of disease are associated with poor living conditions and illiteracy. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:436-43.
- 7 Clucas DB, Carville KS, Connors C, Currie BJ, Carapetis JR, Andrews RM. Disease burden and health-care clinic attendances for young children in remote aboriginal communities of northern Australia. *Bull World Health Organ* 2008;86:275-81.
- 8 Bitar D, Thioleta J.-M, Haeghebaert S, Castor C, Poujol I, Coignard B, Che D. La gale en France entre 1999 et 2010: augmentation de l'incidence et implications en santé publique. *Ann Dermatol Venereol* 2012; sous presse, consulté le 21 avril 2012
- 9 Pannell RS, Fleming DM, Cross KW. The incidence of molluscum contagiosum, scabies and lichen planus. *Epidemiol Infect* 2005;133:985-91.

- 10 Downs AM, Harvey I, Kennedy CT. The epidemiology of head lice and scabies in the UK. *Epidemiol Infect* 1999;122:471-7.
- 11 Lapeere H, Naeyaert JM, De Weert J, De Maeseneer J, Brochez L. Incidence of scabies in Belgium. *Epidemiol Infect* 2008;136:395-8.
- 12 Owusu-Edusei K Jr, Chesson HW, Gift TL. The economic burden of pediculosis pubis and scabies infections treated on an outpatient basis in the United States: evidence from private insurance claims data 2001-2005. *Sex Transm Dis* 2009;36:297-9.
- 13 Burkhart CG. Scabies: an epidemiologic reassessment. *Ann Intern Med* 1983;98:498-503.
- 14 Christophersen J. The epidemiology of scabies in Denmark, 1900 to 1975. *Arch Dermatol* 1978;114:747-50.
- 15 Buczek A, Pabis B, Bartosik K, Stanislawek IM, Salata M, Pabis A. Epidemiological study of scabies in different environmental conditions in central Poland. *Ann Epidemiol* 2006;16:423-8.
- 16 Insee. Garde des jeunes enfants, figure 1, mai 2002. [http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=themes/ouvrages/parite2006/7\\_1.htm#figure1](http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=themes/ouvrages/parite2006/7_1.htm#figure1). consulté le 21 avril 2012.
- 17 Palicka P, Malis L, Zwyrtek K. Scabies and pediculosis incidence in Karvina region. *Cesk Epidemiol Mikrobiol Imunol* 1971;20:116-20.
- 18 Porter M. Seasonal change and its effect on the prevalence of infectious skin disease in a Gambian village. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1980;74:162-8.
- 19 Argenziano G, Fabbrocini G, Delfino M. Epiluminescence microscopy. A new approach to in vivo detection of *Sarcoptes scabiei*. *Arch Dermatol* 1997;133:751-3.
- 20 Jayaraj R, Hales B, Viberg L, Pizzuto S, Holt D, Rolland JM, O'Hehir RE, Currie BJ, Walton SF. A diagnostic test for scabies: IgE specificity for a recombinant allergen of *Sarcoptes scabiei*. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2011;71:403-7.
- 21 Andrews JRH. Scabies in New Zealand. *Int J Dermatol* 1979;18:545-52.

- 22 Sönnichsen N, Barthelmes H. Epidemiological and immunological study of human scabies. *Angew Parasitol* 1976;17:65–70.
- 23 Insee. Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle au 31 décembre 2010 dans le Nord. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=19&ref\\_id=revtc04605](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=19&ref_id=revtc04605). consulté le 21 avril 2012.
- 24 Botterel F, Foulet F. Diagnostic et traitement de la gale en 2010: quoi de neuf ? *Journal des anti-infectieux* 2011;13:109-16.
- 25 Glaziou P, Cartel JL, Alzieu P, Briot C, Moulia-Pelat JP, Martin PM. Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. *Trop Med Parasitol* 1993;44:331-2.
- 26 Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD000320.
- 27 Ly F, Caumes E, Ndaw CA, Ndiaye B, Mahé A. Ivermectin versus benzyl benzoate applied once or twice to treat human scabies in Dakar, Senegal: a randomized controlled trial. *Bull World Health Organ* 2009;87:424-30.
- 28 Usha V, Gopalakrishnan N. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:236-40.
- 29 Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med* 2010 25;362:717-25.
- 30 Guzzo CA, Furtek CI, Porras AG, Chen C, Tipping R, Clineschmidt CM, Sciberras DG, Hsieh JY, Lasseter KC. Safety, tolerability, and pharmacokinetics of escalating high doses of ivermectin in healthy adult subjects. *J Clin Pharmacol* 2002;42:1122-33.
- 31 Brooks PA, Grace RF. Ivermectin is better than benzyl benzoate for childhood scabies in developing countries. *J Paediatr Child Health* 2002;38:401-4.

**Annexe 1 :** Fiche de conseils sur la gale par un groupe de travail de l'association des dermatologues du nord (FEDERM 59/62) et disponible sur leur site (dermatonord.fr).

## **Traitement de la gale**

### **Introduction**

La gale est due à un petit parasite (acarien microscopique) vivant dans la peau, et contagieux de peau à peau ou par l'intermédiaire d'un vêtement.

De nos jours le traitement est facile mais doit être suivi soigneusement (sinon risques d'échec, de récurrence, ou d'irritation). La gale n'est pas une maladie honteuse, il faut en parler à vos proches pour qu'ils puissent se traiter au premier signe: la démangeaison.

### **Qui traiter**

Toutes les personnes vivant avec une personne contaminée sans exception même si elles ne sont apparemment pas atteintes.

### **Quelles précautions pour la maison**

Le parasite ne vit que 2 à 5 jours hors de la peau, tout ce que vous n'avez pas touché depuis 1 semaine est sain, une désinfection générale est inutile.

Les vêtements portés, la literie, doivent être mis dans un sac avec un insecticide (Baygon®, Catch® etc. ) pendant 48 heures ou sinon lavés à 60°C quand c'est possible.

Pulvériser directement sur les canapés, et le matelas.

### **Quels traitements**

Selon les cas, un traitement par comprimé sera associé au traitement appliqué sur la peau qui est indispensable.

En cas de peau très irritée ou d'eczéma, une crème calmante peut vous être prescrite pour quelques jours.

N'oubliez pas de vous couper, brosser et traiter sous les ongles.

### **Comment appliquer Ascabiol®**

Prendre une douche ou un bain. Faire une application sur tout le corps sans oublier de zone à l'aide du pinceau sauf le visage, insister sur les zones atteintes entre les doigts, les fesses et les organes génitaux sauf les muqueuses, une sensation de cuisson peut être ressentie. Après un quart d'heure, passer une deuxième couche.

Garder un peu de produit pour réappliquer sur les mains après un lavage éventuel.

Ne pas rincer, laisser agir 24 heures pour les adultes et 10 heures (une nuit) pour les enfants de moins de 2 ans et les femmes enceintes. Mettre des gants aux petits enfants.

Le lendemain, recommencer lavage et badigeonnage comme le premier jour.

Ne pas renouveler les applications les jours suivants (risque d'irritation).

La démangeaison diminue en quelques jours, (une semaine maxi).

Une nouvelle application doit être refaite après 15 jours à titre de sécurité.

### **Stromectol®**

Prendre le nombre de comprimés prescrit, au moins à 2 heures de distance de tout repas.

**Annexe 2** : Fiche de recueil de données médicales et socioéconomiques

**ENQUETE GALE EN PEDIATRIE**

Pour tous les enfants (<15 ans et 3 mois) consultant aux urgences pédiatriques, en hospitalisation conventionnelle, en consultation de pédiatrie ou de dermatologie pour lesquels le diagnostic de gale est posé.

Etiquette sans le nom

Durée des signes/symptômes avant le diagnostic .... Jours

Consultation antérieure pour le même motif ?                    oui    non

Si oui, par :            un dermatologue  
                         un médecin traitant  
                         un pédiatre  
                         autre, préciser : .....

Diagnostic(s) antérieur(s) évoqué(s) pour les mêmes signes ou symptômes : .....

Traitement(s) reçu(s) avant l'arrivée à l'hôpital : .....

Modalités du diagnostic par :                    pédiatre            dermatologue            urgentiste

Critères du diagnostic :

prurit  
lésions spécifiques de gale (sillons)  
lésions non spécifique de gale (papulonodules, vésiculopustules, excoriations,  
lésions de grattage, lésions eczématiformes)

S'agit il d'une récurrence de gale :                    oui            non

(guérison puis réinfestation après 3 semaines)

si oui, cause(s) probable(s) ?  
                         traitement non adapté (durée d'application, literie/linge non traité ...)  
                         sujet contact non traité  
                         traitement non réalisé (coût ? refus des parents ?)  
                         pas de cause retrouvée  
                         autres, préciser : .....

Nombre d'enfant dans la fratrie (en dehors du patient inclus dans l'enquête) : .....

Mode de garde :            crèche            école            nourrice            famille            autre : .....

Cas certain ou probable dans l'entourage ?                    oui            non

si oui, qui ? .....

Couverture maladie :                    CMUc                    Mutuelle

Catégorie socioprofessionnelle :                    Mère                    Père

Agriculteur  
Artisan, commerçant et chef d'entreprise  
Cadre, profession intellectuelle  
Profession intermédiaire  
Employé  
Ouvrier  
Retraité  
Sans activité professionnelle

