« Ça gratte, c'est quoi? »

des symptômes au diagnostic ...avis médical

Julia HIE Interne de médecine générale
CPMI PASS Miséricorde, coordinateur Dr MA Salaün

5 Avril 2012 ARS BN

Présentation aux partenaires sociaux et médico sociaux

De nombreuses causes possibles
Les pathologies dermatologiques les plus courantes
La gale par exemple

PRURIT

Topographie du prurit

Prurit localisé

- Cuir chevelu : pédiculose, dermite séborrhéique, teigne
- Anus : oxyurose, candidose, dermite irritative
- Vulve : candidose, trichomonase, lésions précancéreuses
- Mains/pieds : dyshidrose, intertrigo
- Jambes : piqûres d'insectes, *larva migrans*

Prurit diffus

Lésions cutanées spécifiques

oui

Dermatoses prurigineuses

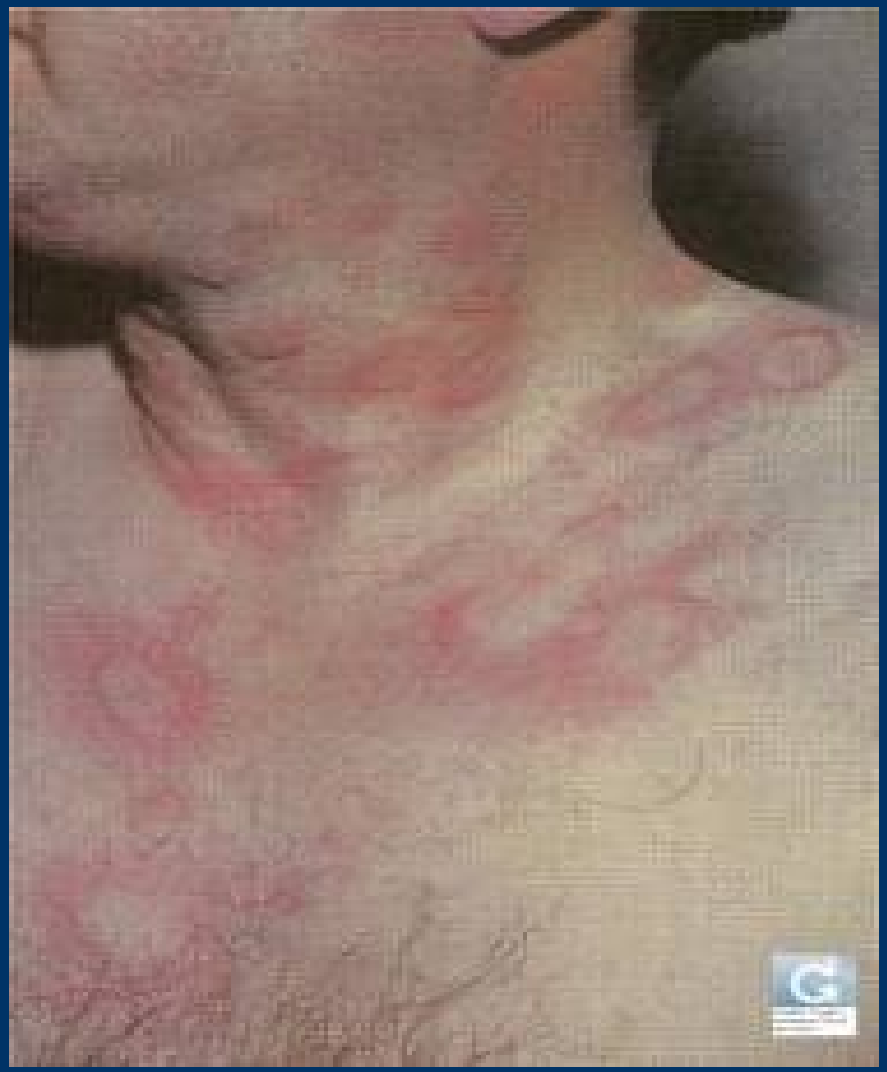
- Infectieuses :
  - — parasitaires : gale, loase
  - — virales : varicelle
  - — fongiques : dermatophyties diffuses
- Allergie : dermatite atopique, eczéma
- Maladies bulleuses : pemphigoïde bulleuses, pemphigus
- Toxidermies médicamenteuses

non

Prurit « internes »

- Insuffisance rénale chronique
- Cholestase : cirrhose biliaire primitive, cholangite sclérosante
- Hémopathies malignes : lymphomes non hodgkiniens, maladie de Vaquez, mastocytose
- Carence martiale
- Endocrinopathies : hypothyroïdie, hyperthyroïdie, diabete
- Intolérances médicamenteuses
- Grossesse
- Infection par le VIH
- Prurit « sénile »
- Prurit « psychogène »

Dermatoses prurigineuses



- **Urticaire**

Tâches très peu en relief, œdémateuses rosées,fugaces,

migratrices et récidivantes.

Dermatite atopique, eczéma

- érythème, œdème, suintement, croute et parfois formes chroniques plus marquées.
- Localisation visage, cuir chevelu, plis de flexion, mains.
- Sécheresse cutanée++

Dermite de contact

- causée par une exposition aux allergènes et aux irritants.
- Lésions élémentaires de l'eczéma

Parasitoses

- La gale = la plus fréquente : Prurit à recrudescence nocturne épargnant le visage, sillons scabieux.

Poux et puces

- Cuir chevelu : enfants++
- Poux de corps: SDF++
- Gratte beaucoup et peut donner des lésions de grattage.

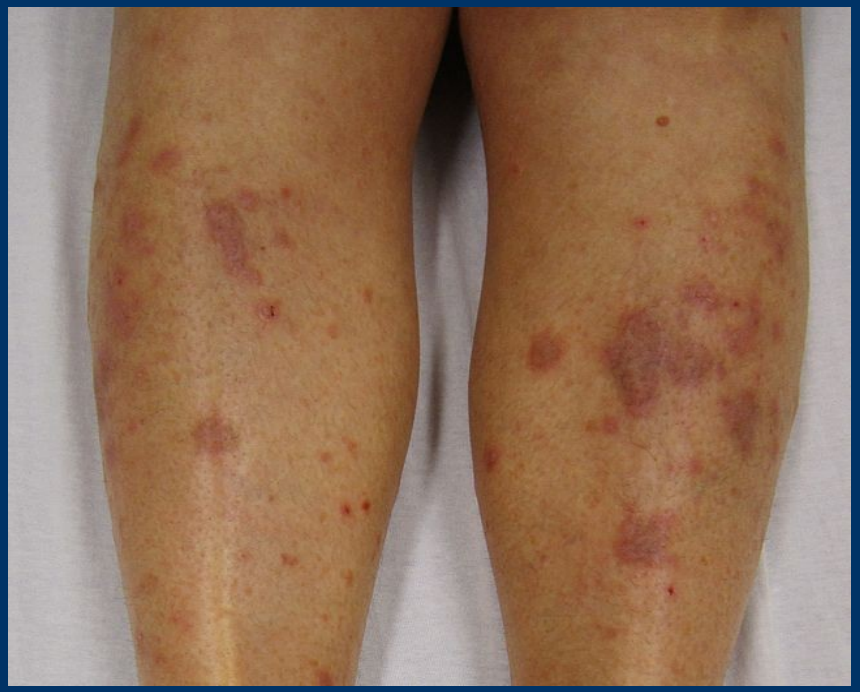
psoriasis

dermatose érythémato-squameuse chronique fréquente dont les

localisations sont très caractéristiques (coudes, genoux, région lombo-sacrée, cuir chevelu,ongles).

Lésion en forme de goutte ou de pièce de monnaie.

Lichen plan



papules de couleur brunâtre ou violine,

recouvertes de petites stries blanchâtres en réseau.

face antérieure des poignets,des avant-bras, des coudes, des genoux, de la région lombaire,de façon symétrique.

Pemphigoide bulleuse

- Dermatose bulleuse auto immune
- Sujet > 60 ans
- Bulles à contenu clair sur base érythémateuse
- Lésions associées d'allure urticaire
- Plis de flexion et partie inférieure de l'abdomen

Mycosis fongoide

- Lymphome cutané T
- Sujet âgé
- Plaques érythémateuses et squameuses
- Evolution vers infiltration de la peau.
- Fesses et zones non exposées au soleil.

Dermatophytoses

- Parasitisme de peau et phanères par une espèce de champignons.
- Onychomycose (pieds++)
- Plis (inguino crurale ou intertrigos)
- Teigne (cuir chevelu)
- Lésion érythémato-squameuse avec bordure.

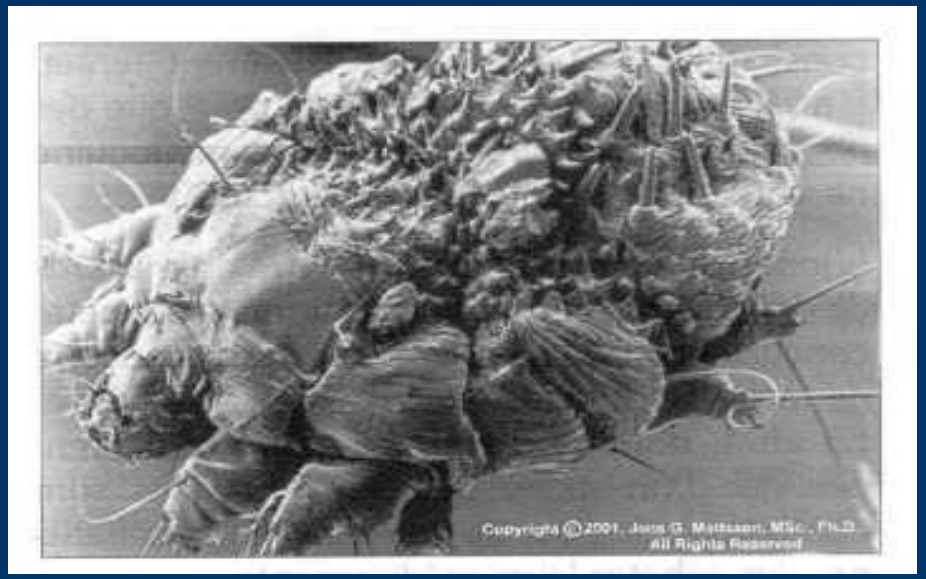
Mastocytose

- Maladie orpheline d'origine immunologique
- Lésions : tâches érythémateuses avec ou sans relief.
- Survient chez l'enfant le plus souvent.

La gale

Définition
Modes de transmission
Signes cliniques
Traitement individuel et collectif

DEFINITION

- parasite qui vit dans l'épiderme humain: Sarcoptes scabiei variété hominis.
- Corps ovale , femelle mesure environ 0,35 mm de long, IMPOSSIBLE de le voir à l'œil nu.
- 

Présence de l' acarien femelle dans l'épiderme

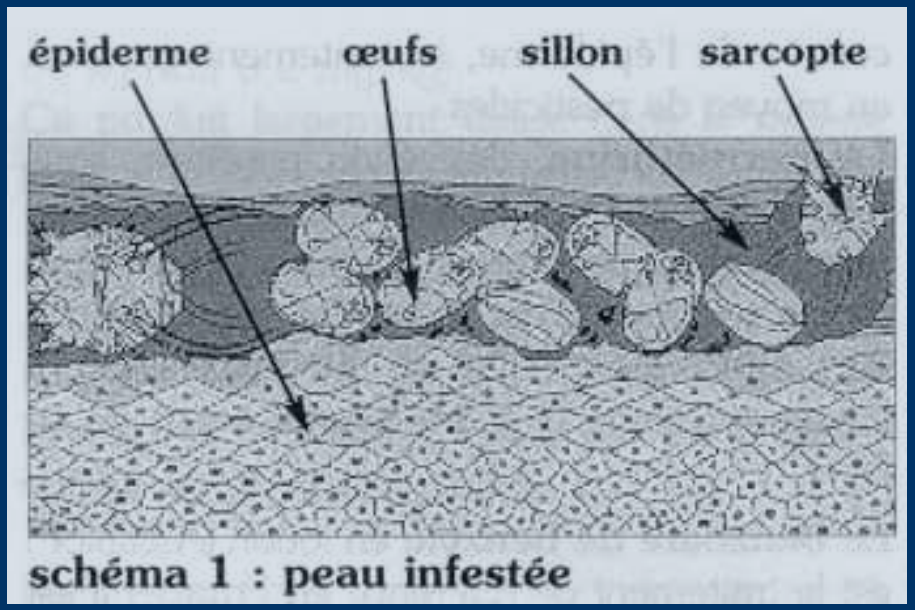


schéma 1 : peau infestée

- Elle pond 2 à 3 œufs par jour , chaque œuf donnera un adulte en 10 à 20 jours.
- Seul réservoir=hôte: l'Homme
- Survie :

  max 3 semaines (hors hôte) si atmosphère humide et froide (10°)

  Si atmosphère ambiante: 2 à 3 jours.

Modes de transmission

Par les femelles nouvellement fécondées :

- Transmission directe :responsable dans environ 95% des cas:

  - contact d'un sujet à l'autre (attention soins de nursing pour soignants et proches)

  - transmission sexuelle (MST)

- Transmission indirecte(5%) : linge et literie

→Intérêt des règles d'hygiènes : mains,corps,surfaces ,linge...

Le Diagnostic est « clinique »

- Incubation: quelques jours si infestation massive sinon 2 à 3 semaines. Début de la contagiosité.
- Prurit à recrudescence crépusculaire et nocturne (épargne généralement visage, cou, cuir chevelu et dos), présent souvent avant les lésions cutanées.
- Sillons scabieux: signe caractéristique= sillon fin grisâtre en ligne brisée avec à son extrémité la « vésicule perlée »
- Nodules scabieux: région génitale,palmoplantaire

sillons

(C) E.PIERARD Site FMC Dermatologie

(C) E.PIERARD Site FMC Dermatologie

Cas particulier

- La gale croûteuse dite « norvégienne » : dermatose généralisée, hyperkératosique, touche tout le corps, très contagieuse.
-

Traitement du patient, après avis médical

- **Local**: - ascabiol° (benzoate de benzyle) , non remboursé par la sécurité sociale, env 12 euros, agréé aux collectivités, pas de contre indications.

  - spregal° (butoxyde de pipéronyle), non remboursé, sous forme d'aérosol, non agréé collectivités, contre indiqué chez les asthmatiques.

- **Général,** un seul per os: le stromectol° (ivermectine).

  Jeûn de 2 heures avant et 2 h après.

Le STROMECTOL°, précautions d'emploi, prescription médicale

- Contre indications: 1er trimestre grossesse, allaitement et enfant < 15 ans.
- Traitement de choix dans les collectivités en raison de sa facilité et simplicité d'utilisation, et en cas de gale profuse hyperkératosique. Possibilité de renouveler le traitement 15 jours plus tard si nécessaire.
- A noter parfois la nécessité d'utiliser un traitement antibactérien(en cas de surinfection cutanée), à instaurer généralement 24 à 48 h avant traitement anti-scabieux.
- **Penser au dépistage des IST (VIH, Hép,...)**

Protocole thérapeutique du TRT local : Ascabiol °

Douche, hygiène ongles et séchage doux.

à J1 => 2 badigeons successifs, le second étant pratiqué dès que la peau est sèche (en pratique l'intervalle entre les deux est de 10 à 15minutes). Laisser l'application pendant 24 h,

à J2 => savonner au savon doux et rincer abondamment,

à J8 => nouvelle application (modalités identiques à celles de J1, mais un seul badigeon), seulement si nécessaire (indication à évaluer en fonction de l'évolution clinique).

Traitement de l'environnement

- **Traitement du linge :**

rassembler le linge utilisé jusqu'à ce jour (y compris serviettes de toilette, draps, taies…)

▲ *le laver* en machine à 60° C

▲ OU *le désinfecter* avec un acaricide spray A-PAR (stockage en sac plastique avec le produit pendant au moins 3 heures)

▲ OU *par mise en quarantaine*

de 4 jours (gale commune)

à 8 jours (gale profuse) dans un sac plastique.

- **Désinfection de l'environnement :**

en cas de gale commune**:** nettoyage classique des locaux.

en cas de gale profuse ou hyperkératosique: pulvériser l'acaricide (même spray) dans une pièce aérée au moins 3 heures, puis nettoyage classique.

Les 7 étapes de la prise en charge d'une épidémie de gale (2 cas groupés ou plus)

1. **Signaler** dès l'apparition du premier cas
2. **Constituer une cellule** d'appui au sein de la collectivité
3. **Effectuer un bilan** rapide de l'épidémie
4. **Instaurer des mesures d'hygiène** générales
5. **Réaliser une information** ciblée
6. Mettre en œuvre la **stratégie thérapeutique**
7. Mettre en place des **mesures environnementales**

Étape 1

-On considère qu'une épidémie de gale est avérée quand au moins 2 cas de gale, survenus à moins de six semaines d'intervalle, ont pu être diagnostiqués au sein d'une même collectivité.

-Signalement au responsable de l'établissement le plus précoce possible en cas de diagnostic avéré, c'est à dire établi par un médecin (intérêt procédures).

Nb: la présence de cas dans le personnel signe une épidémie déjà avancée.

Etape 2

- Facteur clé de la réussite: un seul coordinateur.
- Faire le lien avec les administrations compétentes
- Organiser l'information des patients , du personnel, de la famille
- Organiser les différentes étapes de la prise en charge thérapeutique

Etape 3

- Évaluer le nombre de cas :

  - certains (prurit avec lésions caractéristiques de gale)

  - probable (prurit et contact avec cas certain).

- Évaluer le nombre de sujets contacts :

-1 er cercle(contact cutané rapproché : rapport sexuel, famille proche , soins de nursing),

-2éme cercle(personnes vivant ou travaillant dans collectivité),

-3éme cercle (contact occasionnel).

Etape 4

- Renforcement des mesures d'hygiène standard (lavage minutieux des mains au savon, SHA inefficace, port de gants à usage unique).
- Limitation des contacts à risque (pas d'échange de vêtements, limiter sorties et échanges, protéger les surfaces à risque).
- Isolement des cas dans la mesure du possible, arrêt de travail du personnel atteint.
- Mesures à maintenir 48 h au moins après la prise du traitement.

Etape 5

- Informer afin de dédramatiser mais aussi pour une meilleure réussite du traitement.
- Penser à prévenir les intervenants extérieurs , les médecins généralistes , les visiteurs extérieurs aux employés...

Etape 6 le jour « J »

- Traiter tous les cas certains et les personnes exposées **le même jour**.

  - si gale commune : traiter tous les cas atteints et les sujets contacts du 1er cercle.

  -si gale profuse : traiter en plus les sujets du 2éme cercle et ceux du 3éme cercle si possible.

- Traitement par ivermectine à privilégier.
- établir le jour de prise dans un délai raisonnable mais nécessaire pour l'organisation.
- Prise le **soir** à privilégier car concentration maximale du produit sur l'épiderme en fin de nuit et changement literie et vêtements en une seule fois le lendemain matin.

Etape 7 le lendemain

- Traitement du linge : inclure le linge utilisé depuis 2 à 3 jours si gale commune ou 8 à 10 j si gale profuse.

-le laver à 60 °C si possible

-ou désinfecter avec un produit acaricide

(dans un sac pendant au moins 3 heures)

-ou mise en quarantaine 4 j si gale commune

8 j si gale profuse

- Traitement de l'environnement:

-nettoyage classique des locaux si gale commune

- désinfection par acaricide si gale profuse.

- Douche et savon pour tous .

3.8 Récapitulatif des conduites à tenir en cas d'épidémie de gale commune et de gale profuse ou hyperkératosique

Épidémie de

	Gale commune	Gale profuse/hyperkératosique
Phase préparatoire	**Mise en place d'une cellule d'appui par le responsable de la collectivité**	
	Renforcement des mesures d'hygiène générales	
		Isolement en chambre seule ou hospitalisation des cas
	Mesures d'informations ciblées	
	Bilan de l'épidémie et préparation du traitement collectif *(prescription, commandes des traitements, stock de linge de rechange…)*	
	- Traitement des cas et de leurs contacts	*- Traitement de toutes les personnes visitant et travaillant dans l'institution +/-leur entourage*
J0	**Traitement médical collectif le même jour**	
	Hygiène des ongles + bain ou douche préalable en cas de traitement local	
	- Traitement local ou per os	*- Traitement per os à privilégier +/- traitement local*
J1	**Traitement de l'environnement**	
		- Désinfection avec un acaricide des éléments constitués de matériaux absorbants (matelas, oreiller, fauteuil, rideaux, siège-auto…)
	Nettoyage classique des locaux (port de gants et surblouse)	
	- Lavage en machine à 60°C de tout le linge utilisé ***depuis 2-3 jours***	*- Lavage en machine à 60°C de tout le linge utilisé* ***depuis 8-10 jours***
	- Linge non lavable à 60°C : traitement par un acaricide ou mise en quarantaine dans sac plastique ***pendant 4 jours***	*- Linge non lavable à 60°C : traitement par un acaricide ou mise en quarantaine dans sac plastique* ***pendant 8 jours***
	Prendre un bain ou une douche (24 ou 12 h après si traitement par Ascabiol®) S'habiller avec du linge propre	
J8	***Si traitement local,*** *une nouvelle application unique du traitement peut-être prescrite par le médecin en fonction de l'évolution clinique*	
ou		
J15	***- Si traitement per os,*** *une 2e cure peut être prescrite en fonction de l'évolution clinique par le médecin*	***- Si traitement per os,*** *une 2e cure est généralement conseillée*

Les pédiculoses:

-Poux Cuir chevelu
-Poux de corps
-Poux pubiens

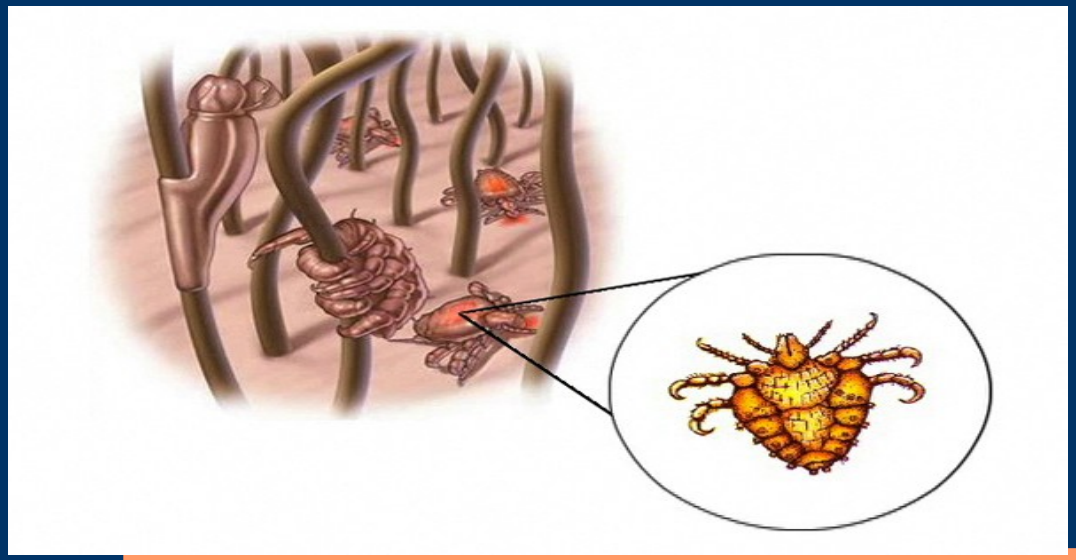
Pédiculose du cuir chevelu

- Transmission directe(la plus fréquente) ou indirecte(bonnet , écharpe, peigne).
- Ne transmet pas de maladie.
- Prurit derrière la tête, tempes, arrière oreilles.
- Lente(oeufs)éclot en7j
- Le pou : taille 1 à 3mm

Pou de corps

- Lésions de grattage
- Circule sur le corps puis se réfugie dans les vêtements. Env 3 à 4 mm
- Peut transmettre maladies infectieuses: fièvre des tranchées, typhus.
- Rare++ , touche surtout personnes précaires.

Pou de pubis= phtiriase



- Prurit pubien et lésions de grattage.
- Petite tache grise près de l'orifice des poils, peu mobile, env 1mm
- Peut être présent au niveau axillaire, cil.
- **IST**

traitement

- Cuir chevelu:traiter en première intention avec des lotions à base de malathion (Prioderm®).

  -L'application raie par raie doit être maintenue pendant 12 heures,

  - puis suivie d'un shampooing non traitant,

  -d'un rinçage à l'eau vinaigrée,

  - d'un peignage soigneux.

À refaire 8 j plus tard pour tuer les lentes.

Si présence de poux vivant 24 h après le traitement , changer de lotion car résistance.

Décontamination linge et literie avec lavage à 50°C ou spray A-PAR, une fois le traitement du cuir chevelu terminé.

Pas de traitement préventif.

- Pou de corps: décontamination linge et literie suffisante le plus souvent.

- Pou de pubis: même traitement que pour le cuir chevelu. Et rasage des poils+++

  décontamination linge et literie

  Dépister une autre IST associée et penser à traiter les partenaires .

Références bibliographiques

- Épidémie de gale communautaire, INVS, 2008.
- Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux, CCLIN du sud-ouest, 2004.
- Orientation diagnostique devant un prurit, Ann dermatol venereol, 2005.
- Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculoses

  Docteur Marie-Pierre BRENIER-PINCHART, Professeur Marie-Thérèse LECCIA, Professeur Hervé PELLOUX - Octobre 2003.
- Ectoparasitoses cutanées. Université de Rouen.