

La scabiose chez l'enfant

Gaëlle Jouret,
Gilles Absil,
Arjen F. Nikkels

Département de Dermatologie,
CHU de Liège, Université de Liège

La scabiose est une ectoparasitose due à un parasite de type *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Elle est en recrudescence importante dans nos régions. Le sarcopte est responsable d'une éruption cutanée très prurigineuse accompagnée de lésions caractéristiques dans sa forme classique, mais des présentations atypiques, difficiles à diagnostiquer, sont possibles. En l'absence de traitement, il existe un risque de morbi-mortalité important associé à des complications notamment infectieuses. La prise en charge repose sur un traitement antiscabieux (topique et/ou systémique) du patient et des contacts proches, ainsi que sur des mesures de désinfestation adaptées.



Introduction

La scabiose, ou gale, est une ectoparasitose affectant une centaine de mammifères sauvages et domestiques, dont chaque espèce est spécifique d'un hôte: chez l'homme, elle est causée par le *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Elle touche principalement les régions tropicales pauvres du globe, mais son incidence est en recrudescence

importante en Europe depuis quelques années. Diverses théories sont avancées pour expliquer cette recrudescence: l'augmentation de l'espérance de vie et les épidémies dans les maisons de repos, l'augmentation du nombre de cas transmis par les rapports sexuels, le flux de migrants venant de zones de haute prévalence ou encore des travailleurs venant de régions économiquement pauvres (1).

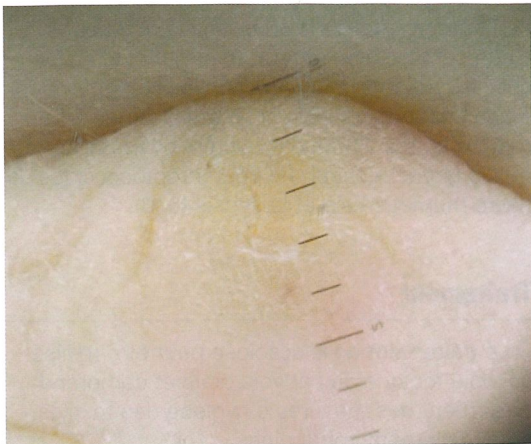


Figure 1:

Sillon et «V» à l'aboutissement du sillon: signe du deltaplane.



Figure 2:

Nodules scabieux chez l'enfant.

Manifestations cliniques

Entre 3 à 6 semaines après un premier contact avec le sarcopte se développe un prurit intense, exacerbé la nuit et souvent responsable d'insomnies. La contamination a lieu lors d'un contact peau à peau, par contact sexuel et, moins fréquemment, par contact avec des textiles contaminés. Cependant, lors des ré-infestations le patient peut développer des symptômes dans les heures ou les jours qui suivent (2).

Le diagnostic est essentiellement clinique, sur la base de la mise en évidence d'un signe pathognomonique, à savoir l'observation au dermatoscope du parasite femelle au sein du sillon qu'elle a creusé dans l'épiderme, sous la forme d'un triangle noir («signe du deltaplane», **figure 1**) représentant la tête et les deux paires de pattes avant du sarcopte (3, 4). Les autres signes cliniques observés sont un rash aspécifique formé de papules érythémateuses souvent excoriées et des nodules scabieux, le plus souvent en regard des régions génitales (**Figure 2**). Ceux-ci seraient liés à une réaction d'hypersensibilité à des antigènes du parasite ou de ses productions (œufs, déjections) et peuvent persister plusieurs mois malgré un traitement bien conduit. Plus rarement, des vésicules, des bulles et des pustules sont observées (4).

Chez l'adulte, les lésions sont le plus fréquemment localisées au niveau des faces palmaires des mains et des faces plantaires des pieds, des faces antérieures des poignets, des plis axillaires et inguinaux, des fesses, ainsi que des régions péri-aréolaires et de la zone péri-ombilicale. Le visage est typiquement épargné (4).

La gale croûteuse, anciennement dite norvégienne, est une forme particulière de scabiose liée à une hyperinfestation avec parfois des millions de sarcoptes. Sa survenue impose la recherche d'une immunosuppression sous-jacente (HIV, néoplasie, âge). Ici, tout le tégument peut être atteint, et l'on observera des lésions squameuses, hyperkératosiques, jaunâtres,

finement poussiéreuses et souvent fissurées. Le prurit est inconstant, parfois totalement absent (5, 6).

D'autres présentations atypiques sont occasionnellement rencontrées, et la scabiose doit être ajoutée au groupe des «grands imitateurs» (pemphigoïde bulleuse, dermatite atopique, éruption médicamenteuse, pityriasis rosé, onychomycose...). Le terme de «scabiose surrepticius» a ainsi été suggéré pour englober toutes les manifestations atypiques de la scabiose.

Spécificités chez l'enfant

Chez l'enfant jeune (souvent < 2 ans), les lésions sont prédominantes au niveau palmo-plantaire (**Figure 3**), mais tout le tégument peut être atteint, y compris la face et le scalp (6). L'impétiginisation et l'eczématisation sont plus fréquentes également chez les enfants, avec souvent une infection secondaire par *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus* (7). En effet, les traitements topiques utilisés contre la scabiose sont irritants et potentiellement allergisants, pouvant ainsi provoquer fréquemment une dermite irritative ou de contact.

Le prurit peut être moins important chez les enfants que chez les adultes. L'impact négatif de la scabiose se manifeste alors par un comportement irritable et un appétit diminué.

Figure 3:

Scabiose plantaire chez l'enfant.



Diagnostic

Le diagnostic repose sur plusieurs données: il est suspecté à l'anamnèse et à l'examen clinique, mais également confirmé par la visualisation de sillons et de sarcoptes à l'examen dermoscopique. La notion de contagion est évocatrice: histoire suggestive de contamination, prurit et lésions cutanées présentes chez les autres membres de la famille vivant sous le même toit ou ayant été en contact avec le patient atteint (4).

À l'examen dermoscopique, le signe du deltaplane (**Figure 1**) est la visualisation du sarcopte en forme de «V» à la terminaison d'un sillon. Ce signe est pathognomonique de la scabiose. Cependant, cet examen dispose d'une faible sensibilité (4).

Le diagnostic de scabiose peut parfois être compliqué suite à la présence d'une eczématisation secondaire ou à cause des traitements erronés administrés préalablement. De plus, l'utilisation d'un savon peut altérer la morphologie du sarcopte et également diminuer le nombre de parasites visibles à l'examen clinique (3, 5).

Complications

La scabiose comporte un risque important de morbi-mortalité. Elle altère considérablement la qualité de la vie, notamment à cause du prurit à prédominance nocturne engendrant des altérations du sommeil avec alors un impact négatif sur la journée.

Le grattage chronique peut également provoquer une surinfection secondaire par des germes engendrant un impétigo. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont *Streptococcus pyogenes* et *Staphylococcus aureus* (8). L'effraction de la barrière cutanée, mais également la réaction immunitaire face à la colonisation par le sarcopte favorisent leur prolifération. En effet, cette dernière inhibe le système immunitaire

de l'hôte et favorise la croissance bactérienne. Cette complication est fréquemment retrouvée chez les enfants. Une infection locale peut mener à une infection invasive provoquant potentiellement d'autres altérations systémiques, telles que la glomérulonéphrite post-streptococcique, la fièvre rhumatismale et le sepsis (6, 8).

Traitement

Le traitement de la scabiose peut être réalisé par voie topique ou par voie orale et comprend également des mesures d'hygiène des textiles potentiellement contaminés.

Les mesures hygiéniques

Les sarcoptes sont détruits à une température supérieure à 50°C. Ainsi, les textiles peuvent être traités à la machine à laver à 60°C, ou bien dans un séchoir à 50°C durant plus de 10 minutes. Il est également possible de placer les textiles au congélateur à une température inférieure à 10°C durant au moins 5 heures. Aussi, il est possible d'isoler les textiles jusqu'à la mort des sarcoptes. Cependant, cette option est aléatoire, et le temps d'isolation varie de 3 à 8 jours en fonction des conditions d'humidité et de température du milieu (8, 9).

Traitement général

En Europe, deux traitements topiques sont recommandés dans le traitement de la scabiose:

- la perméthrine 5% doit être appliquée durant 8 à 12 heures, et l'application doit être répétée après 7 à 14 jours. Elle peut être utilisée de façon sécuritaire chez les enfants à partir de 2 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes (4);
- une préparation magistrale de benzoate de benzyl 10% (pour les enfants de moins de 12 ans), et 25% pour les enfants de plus de 12 ans, doit être appliquée durant 8 à 12 heures deux soirs d'affilés, et l'application doit être répétée 7 jours plus tard. Cette molécule peut également être utilisée chez les femmes enceintes (9).

Concernant les enfants de moins de 2 mois, aucun traitement n'a été approuvée par la *US Food And Drug Administration*. Il semble cependant que l'utilisation de la perméthrine 5% soit totalement sécuritaire et efficace (10).

À ce jour, le seul traitement systémique disponible est l'ivermectine. Celui-ci doit être prescrit à la dose de 200 à 250µg/kg, et la prise doit être répétée 7 jours plus tard. L'ivermectine n'est pas recommandée chez les femmes enceintes et les enfants < 5 ans ou < 15kg (9). Cependant, une étude multicentrique a démontré son efficacité et sa sécurité chez des enfants < 15kg (11).

Toutes les personnes vivant sous le même toit doivent être traitées, même si elles ne présentent pas de symptômes (9).

Le prurit peut persister 1 à 4 semaines après un traitement correctement conduit. Ce prurit peut être facilement géré par des émollients, l'utilisation d'antihistaminiques sédatifs ou l'application de dermocorticoïdes de faible puissance (3).

Résistance et échec au traitement

Un échec du traitement de la scabiose dans les populations pédiatriques est fréquent (2, 3). Si les symptômes persistent malgré le traitement, plusieurs facteurs d'échec doivent être considérés:

- un manque de compliance au traitement. En effet, la crème peut avoir un effet irritant ou un eczéma de contact peut se déclencher suite à son application. Les parents peuvent également avoir peur d'appliquer la crème chez l'enfant, notamment au niveau du visage;
- un diagnostic incorrect;
- une réinfestation;
- un échec de la désinfestation.

Étant donné que le visage et la face sont fréquemment atteints chez les enfants < 2 ans, il est nécessaire d'appliquer la crème également à ce niveau. Cependant, les parents y sont souvent réticents, et ceci est responsable d'une rechute plus fréquente. L'atteinte du scalp par la scabiose chez l'enfant est due à la moindre activité des nombreuses glandes sébacées présentes à cet endroit (12) (qui sont sous l'influence des androgènes), ce qui pourrait expliquer l'atteinte plus fréquente de ces zones par le parasite (3). Chez l'adulte, le sarcopte n'atteint que très rarement le scalp et la face, excepté dans les cas de gale croûteuse.

C'est seulement lorsque tous ces facteurs ont été exclus que nous pouvons considérer une résistance du sarcopte à la molécule. En effet, des études *in vivo* et *in vitro* confirment à présent une résistance de certains sarcoptes à l'ivermectine et à la perméthrine (13).

Les nouveaux agents thérapeutiques – Perspectives futures

L'huile essentielle ayant le plus démontré son efficacité dans le traitement de la scabiose provient du *Melaleuca alternifolia* (*tea tree*) (3). Elle a été largement utilisée dans les communautés aborigènes de la côte nord-est de l'Australie. Dans cette région, la scabiose est endémique et affecte 7 enfants sur 10 à un âge inférieur à 1 an (14). En effet, cette huile essentielle a démontré une activité acaricide *in vitro* supérieure à celle de la perméthrine et de l'ivermectine (15). Elle peut être utilisée seule ou en combinaison avec les traitements habituellement utilisés en

dermatologie dans le traitement de la scabiose.

L'apparition d'une dermatite de contact est cependant un effet secondaire observé dans l'application d'huile essentielle de *tea tree*, mais il est resté peu fréquent (3).

Le spinosad est un nouveau traitement topique qui sera bientôt disponible en Europe. Il a l'avantage de ne devoir être appliqué qu'une seule fois, ce qui augmente la compliance, et par conséquent le taux de réussite thérapeutique (16).

Conclusion

La scabiose atteint les individus de tout âge, mais les enfants sont très fréquemment atteints. Les symptômes et signes cliniques sont différents de ceux des adultes, notamment avec un prurit moins intense mais un impact plus important sur le comportement, ainsi qu'une atteinte du segment céphalique en dessous de 2 ans. Le traitement doit être adapté en conséquence. De plus en plus de parasites sont résistants aux traitements conventionnels, et il est alors recommandé de recourir aux traitements alternatifs. ■

Références

1. Sunderkötter C, Aebischer A, Neufeld M, et al. Increase of scabies in Germany and development of resistant mites? Evidence and consequences. *J Dtsch Dermatol Ges* 2019;17(1):15-23.
2. Richards RN. Scabies: diagnostic and therapeutic update. *J Cutan Med Surg* 2021;25(1):95-101.
3. Absil G, Lebas E, Libon F, El Hayderi L, Dezfoulian B, Nikkels AF. Scabies and therapeutic resistance: Current knowledge and future perspectives. *JEADV Clinical Practice* 2022;1(3): 157-64.
4. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol* 2020;183(5):808-20.
5. Senterre Y, Jouret G, Collins P, Nikkels AF. Risankizumab-aggravated crusted scabies in a patient with Down syndrome. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020;10(4):829-34.
6. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. *J Am Acad Dermatol* 2020;82(3):533-48.
7. We PM, Fischer K. A scabies mite serpin interferes with complement-mediated neutrophil functions and promotes staphylococcal growth. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8:e2928.
8. Engelman D, Kiang K, Chosidow O, et al. Toward the global control of human scabies: introducing the international alliance for the control of scabies. *PLoS Negl Trop Dis* 2013;7:e2167.
9. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2017;31(8):1248-53.
10. Qian G, Hou L, Guo W. A fussy infant with a generalized papulovesicular rash. *JAMA* 2019;321:604-5.
11. Levy M, Martin L, Bursztein AC, et al. Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study. *Br J Dermatol* 2020;182:1003-6.
12. Arora P, Rudnicka L, Sar-Pomian M. Scabies: a comprehensive review and current perspectives. *Dermatol Ther* 2020;33:e13746.
13. Mounsey KE, Holt DC, McCarthy JS, Currie BJ, Walton SF. Longitudinal evidence of increasing in vitro tolerance of scabies mites to ivermectin in scabies endemic communities. *Arch Dermatol* 2009;145:840-1.
14. Thomas J, Davey R, Peterson GM, et al. Treatment of scabies using a tea tree oil-based gel formulation in Australian Aboriginal children: protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open* 2018;8:e018507.
15. Walton SF, McKinnon M, Pizzutto S, Dougall A, Williams E, Currie BJ. Acaricidal activity of *Melaleuca alternifolia* (tea tree) oil: in vitro sensitivity of scabies mites to terpinen-4-ol. *Arch Dermatol* 2004;140:563-6.
16. Seiler JC, Keech RC, Aker JL, Miller W, Belcher C, Mettert KW. Spinosad at 0,9% in the treatment of scabies: efficacy results from 2 multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled studies. *J Am Acad Dermatol* 2022;86:97-103.