

## INFESTATIONS ECTOPARASITAIRES

Auteur: **Barbara Romanowski**, MD, FRCPC, Clinical Professor of Medicine, Division of Infectious Diseases, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta

### POU DU PUBIS

#### Étiologie/épidémiologie

- Cause : *Phthirus pubis* (pou de pubis).
- Les humains constituent le seul réservoir de l'infestation.
- Durée de vie plus courte en dehors de l'hôte (24 heures) que les poux de tête (plusieurs jours).
- Généralement présents dans les poils du pubis, mais ils peuvent aussi se retrouver dans les poils de la poitrine ou des aisselles, les cils ou le visage.
- Leur transmission a lieu lors des rapports intimes, sexuels ou non<sup>1</sup>.

#### Prévention

- Il faut informer les patients préoccupés par les ITS ou par la prévention des grossesses de la nécessité d'avoir des rapports sexuels protégés en permanence, et les encourager en ce sens.
- Au moment du diagnostic, il faut passer en revue et examiner les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*.

#### Manifestations<sup>2</sup>

- Les picotements, les démangeaisons et l'érythème, de même que l'irritation et l'inflammation cutanées résultent tous d'une réaction aux piqûres de morpions.
- Des petits points bleus apparaissent parfois sur les piqûres de morpions.
- Une infestation importante peut être associée à une fièvre légère et à un malaise.
- Le grattage peut causer une infection cutanée bactérienne secondaire.

#### Diagnostic

- Le diagnostic doit être basé sur les antécédents du patient et l'indice de suspicion.
- Examiner attentivement le patient pour vérifier la présence de poux adultes ou d'œufs (lentes). Vérifier la présence de croûtes et de lentes dans les cheveux; les croûtes peuvent contenir des poux adultes. Les lentes se collent aux cheveux et ne se détachent pas librement comme des pellicules.

#### Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

- S'il y a lieu, prélever des lentes ou des croûtes dans un contenant pour les soumettre à un examen microscopique.

### Prise en charge

- Vêtements, literie et vecteurs passifs : Le lavage à l'eau chaude (50 °C) ou le nettoyage à sec tuent les morpions à tous les stades de leur croissance. Il suffit autrement de mettre le tout dans des sacs en plastique pendant une semaine.
- Passer l'aspirateur sur les matelas.
- Tout partenaire sexuel avec qui il y a eu relation au cours du dernier mois devrait être traité.
- En l'absence d'amélioration clinique, il faudrait recommencer le traitement après une semaine. Il est possible de calmer le prurit avec des antihistaminiques tels que l'hydroxyzine ou la diphenhydramine, ou encore avec des corticostéroïdes topiques légers<sup>2</sup>.

### Traitement

- Laver la région affectée et appliquer un pédiculocide (sous forme de crème, de lotion ou de shampoing) en suivant le mode d'emploi se trouvant sur l'emballage.
  - Crème de perméthrine à 1 % [A-I] OU shampoing de pyrèthrine-pipéronyl butoxyde à 0,33 % [A-I] OU shampoing de lindane à 1 % [A-I]<sup>2,3</sup>.
  - Répéter préférentiellement le traitement de trois à sept jours plus tard.

### Considérations spéciales

- Il ne faut pas traiter la pédiculose des cils par la perméthrine, la pyrèthrine ou le lindane<sup>2</sup>.  
Traitement recommandé : Recouvrir d'une pommade ophtalmique jusqu'au bord des paupières, deux fois par jour, pendant 10 jours.
- Le gamma-hexachlorure de benzène (lindane) peut être neurotoxique. Il faut suivre à la lettre le mode d'emploi pour réduire au minimum le risque de toxicité<sup>3</sup>. Il est contre-indiqué chez les enfants de moins de deux ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite importante.
- L'efficacité de la crème de perméthrine est similaire à celle du lindane à 1 %, tout en étant moins toxique et en procurant des taux de guérison supérieurs à 80 %<sup>3</sup>.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines après le traitement.
- Pour les patients dont la peau présente des excoriations ou des lésions, envisager un ajustement posologique tenant compte de l'absorption accrue d'agents topiques.

(Consultez ci-dessous les sections *Prises en considération d'autres ITS*, *Déclaration des cas et notification aux partenaires* et *Suivi*.)

### GALE

#### Étiologie/épidémiologie

- Cause : *Sarcoptes scabiei*.
- La période d'incubation est de trois semaines, mais la réinfestation provoque des symptômes immédiats (un à trois jours)<sup>1</sup>.
- Transmission :
  - Rarement dans le cadre de rapports sexuels, le plus souvent par contact de personne à personne (ex. : au sein de familles ou à l'intérieur d'établissements publics)<sup>4</sup>.
  - Peut se faire par le partage des mêmes articles par différentes personnes (vêtements, literie).
  - La transmission par contact sexuel est possible, mais le contact doit durer un certain temps.

## Prévention

- Il faut informer les patients préoccupés par les ITS ou par la prévention des grossesses de la nécessité d'avoir des rapports sexuels protégés en permanence, et les encourager en ce sens.
- Au moment du diagnostic, il faut passer en revue et examiner les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*.

## Manifestations

- Picotements intenses pendant la nuit.
- Sillons creusés sous la peau.
- Lésions affectant les mains (palmatures ou côtés des doigts), les surfaces de flexion des poignets, les aisselles, la taille, l'aréole du mamelon, la région entourant le nombril et les organes génitaux masculins<sup>5</sup>.
- Les papules ou nodules résultant des picotements affectent souvent les parties génitales.
- Pyodermite au pénis.
- Les patients porteurs du VIH peuvent présenter une forme atypique ou prononcée de la gale appelée « gale norvégienne » ou « gale croûtée »<sup>6</sup>.

## Diagnostic

- Le diagnostic doit être basé sur les antécédents du patient, l'indice de suspicion et l'examen médical.
- Le diagnostic est souvent difficile et donc tardif.

## Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

- S'il y a lieu, prélever de la peau par grattage sur un sillon cutané de manière à extraire un sarcopte ou un œuf pour le soumettre à un examen microscopique<sup>1</sup>.
- Test à l'encre imprégnant les sillons de gale : Appliquer de l'encre de Chine ou un feutre lavable à l'extérieur d'un sillon, puis essuyer la peau avec de l'alcool. Il est ainsi possible de repérer les sillons de gale qui auront absorbé l'encre<sup>2</sup>.

## Prise en charge

- Vêtements, literie et vecteurs passifs : Le lavage à l'eau chaude (50 °C) ou le nettoyage à sec tuent le micro-organisme à tous les stades de sa croissance. Il suffit autrement de mettre le tout dans des sacs en plastique pendant trois jours à une semaine<sup>1</sup>.
- Passer l'aspirateur sur les matelas.
- Tous les membres du même foyer et tout partenaire sexuel avec qui il y a eu relation au cours du dernier mois doivent aussi recevoir un traitement.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs semaines. Il est possible de le calmer avec des antihistaminiques et des corticostéroïdes topiques légers.

## Traitement

- Crème de perméthrine à 5 % [A-I]<sup>2,3,7</sup> :
  - Appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser sécher pendant 8 à 14 heures; se doucher et mettre des vêtements propres.
- OU
- Crème ou lotion de gamma-hexachlorure de benzène/lindane à 1 % [A-I]<sup>2,3,7,8</sup> :
  - Appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser sécher pendant 8 heures; se doucher et mettre des vêtements propres.
  - Risque de toxicité supérieur à celui de la perméthrine.
  - Contre-indiqué chez les enfants de moins de deux ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite importante.
- Autres traitements :
  - Crème de crotamitone à 10 % [A-I] (moins efficace que la perméthrine ou le lindane)<sup>7,9</sup>. Ce produit est offert par le Programme d'accès spécial aux médicaments de l'Agence de santé publique du Canada :
    - Appliquer chaque soir, pendant deux jours, et bien se laver 24 heures après la dernière application.
- OU
- Soufre en gelée de pétrole à 5 % [A-I] (moins efficace que la perméthrine ou le lindane)<sup>7,9</sup> :
  - Appliquer chaque soir, pendant trois jours, et bien se laver 24 heures après la dernière application.

## Considérations spéciales

- En cas de grossesse, seule la perméthrine peut être utilisée<sup>2</sup>.
- Le gamma-hexachlorure de benzène (lindane) peut être neurotoxique. Il faut suivre à la lettre le mode d'emploi pour réduire au minimum le risque de toxicité<sup>3</sup>. Il est contre-indiqué chez les enfants de moins de deux ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite importante.
- Pour les patients dont la peau présente des excoriations ou des lésions, envisager un ajustement posologique tenant compte de l'absorption accrue d'agents topiques.

## Prises en considération d'autres ITS

- Consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*.
- Prélever des échantillons pour diagnostiquer toute infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Prélever un échantillon de sang pour effectuer des tests de sérotypage de la syphilis (consultez le chapitre intitulé *Syphilis*).
- Des tests de dépistage du VIH et du *counselling* sur cette infection sont recommandés (consultez le chapitre intitulé *VIH*).
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée, à moins que le patient ne soit déjà immunisé (consultez le chapitre intitulé *Hépatite B*).

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- Les morpions au pubis et la gale ne sont pas des affections à déclaration obligatoire auprès des organismes de santé publique locaux.
- La notification du ou de la partenaire de la présence d'une infestation ectoparasitaire n'est pas requise.

### **Suivi**

- Le suivi ne doit se faire que s'il est nécessaire sur le plan clinique.

### **Références**

1. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000;355:819–826.
2. Wendel K, Rompalo A. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. *Clin Infect Dis* 2002;35(suppl 2):S146–S151.
3. Roos TC, Alam M, Roos S, Merk HF, Bickers DR. Pharmacotherapy of ectoparasitic infections. *Drugs* 2001;61:1067–1088.
4. Hogan DJ, Schachner L, Tanglertsampan C. Diagnosis and treatment of childhood scabies and pediculosis. *Pediatr Clin North Am* 1991;38:941–957.
5. Burkhart CG, Burkhart CN, Burkhart KM. An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies. *Cutis* 2000;65:233–240.
6. Orkin M. Scabies in AIDS. *Semin Dermatol* 1993;12:9–14.
7. Scott GR. European guideline for the management of scabies. *Int J STD AIDS* 2001;12(suppl 3):58–61.
8. Chouela EN, Abeldano AM, Pellerano G *et al.* Equivalent therapeutic efficacy and safety of ivermectin and lindane in the treatment of human scabies. *Arch Dermatol* 1999;135:651–655.
9. Morgon-Glenn PD. Scabies. *Pediatr Rev* 2001;22:322–323.