

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée

Prise en charge et traitement d'infections spécifiques

LGV • Syphilis • Chlamydia •

Herpès • Condylomes • Gonorrhée

Infestations ectoparasitaires (pédiculose pubienne, gale)

LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès

génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès

génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

INFESTATIONS ECTOPARASITAIRES (PÉDICULOSE PUBIENNE, GALE)

Pédiculose pubienne

Étiologie/épidémiologie

- Cause : *Phthirus pubis* (pédiculose pubienne ou morpion).
- Les humains constituent le seul réservoir de l'infestation.
- Durée de vie plus courte lorsque le parasite n'est pas sur l'hôte (24 heures) que les poux de tête (plusieurs jours).
- Généralement présents dans les poils du pubis, ils peuvent toutefois se retrouver aussi dans les poils de la poitrine ou des aisselles, les cils ou les poils du visage.
- Ils se transmettent par contacts de personne à personne, que ceux-ci soient sexuels ou non¹.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux ITS ou à la contraception, les professionnels de la santé doivent saisir cette occasion pour éduquer celui-ci sur les pratiques sexuelles à risques réduits et l'encourager à les utiliser de façon constante.
- Au moment du diagnostic, passer en revue et vérifier les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Voir *aussi* le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».

Manifestations²

- Le prurit, le grattage, l'érythème, l'irritation et l'inflammation cutanée sont dus à une réaction aux piqûres de morpions.
- Des petits points bleus peuvent apparaître parfois là où il y a eu 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 poils; les croûtes peuvent être des poux adultes. Les lentes se collent aux poils 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 moryons à tous les stades de leur croissance. On peut aussi mettre les articles contaminés 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, le traitement peut être recommencé après une semaine. Le prurit peut être soulagé avec des antihistaminiques tels que l'hydroxyzine ou la diphenhydramine, ou encore avec des corticostéroïdes topiques à faible dose².

Traitement

- Laver la région affectée et appliquer un pédiculocide (sous forme de crème, de lotion ou de shampoing) en suivant le mode d'emploi qui se trouve 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]^{2,3}.
- Si nécessaire, le traitement peut être répété de 3 à 7 jours plus tard.

Considérations spéciales

- La pédiculose des cils ne doit pas être traitée avec de la perméthrine, de la pyrèthrine ou du lindane². 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 toxicité³. Il est contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue.
- L'efficacité de la crème de perméthrine est similaire à celle du lindane à 1 %, tout en étant moins toxique et en ayant des taux de guérison supérieurs à 80 %³.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines après le traitement.
- Pour les patients dont la peau présente des excoriations ou d'autres conditions affectant l'intégrité de la peau, envisager un ajustement posologique afin de compenser pour l'augmentation de l'absorption des agents topiques.

(Voir ci-dessous, les sections « Prise 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 (1 à 3 jours)¹.
- Transmission :
 - rarement dans le cadre de relations sexuelles, le plus souvent par contact de personne à personne (p. ex., au sein de familles ou dans des institutions)⁴;
 - peut se faire par le partage d'articles personnels (vêtements, literie);
 - la transmission sexuelle est possible, mais le contact doit durer un certain temps.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux ITS ou à la contraception, les professionnels de la santé doivent saisir cette occasion pour éduquer celui-ci sur les pratiques sexuelles à risques réduits et l'encourager à les utiliser de façon constante.
- Au moment du diagnostic, passer en revue et vérifier les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».

Manifestations

- Prurit intense pendant la nuit.
- Sillons creusés sous la peau.
- Lésions affectant les mains (entre les doigts ou sur le côté des doigts), les surfaces de flexion des poignets, les aisselles, la taille, l'aréole du mamelon, la région autour du nombril et les organes génitaux masculins⁵.
- Les papules ou nodules résultant du prurit affectent souvent les parties génitales.
- Pyodermite du pénis.
- Les patients atteints du VIH peuvent présenter une forme atypique de la gale avec atteinte prononcée ou lésions croûtées, appelée « gale norvégienne »⁶.

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, par conséquent, tardif.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic de 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 microscopique¹.
- 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'encre².

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. On peut aussi mettre les articles contaminés dans des sacs en plastique entre trois jours et une semaine¹.
- Passer l'aspirateur sur les matelas.
- Toutes les personnes vivant sous le même toit et tout partenaire sexuel récent avec qui il y a eu contact au cours du dernier mois devraient aussi recevoir un traitement.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs semaines. Il peut être soulagé avec des antihistaminiques et des corticostéroïdes topiques à faible dose.

Traitement

- Crème de perméthrine à 5 % [A-I]^{2,3,7} :
 - appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser 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]^{2,3,7,8} :
 - appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser pendant 8 heures; se doucher et mettre des vêtements propres.
 - risque de toxicité supérieure à celui de la perméthrine.
 - contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue.
- Autres traitements :
 - crème de crotamitone à 10 % [A-I] (moins efficace que la perméthrine ou le lindane)^{7,9}. Ce produit est offert par le Programme d'accès spécial aux médicaments (PAS) de Santé Canada :
 - appliquer chaque soir, pendant 2 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)^{7,9} :
 - appliquer chaque soir, pendant 3 jours, et bien se laver 24 heures après la dernière application.

Considérations spéciales

- En cas de grossesse, seule la perméthrine peut être utilisée².
- 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 toxicité³. Il est contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue.

- Pour les patients dont la peau présente des excoriations ou d'autres conditions affectant l'intégrité de la peau, envisager un ajustement posologique afin de compenser pour l'augmentation de l'absorption des agents topiques.

Prises en considération d'autres ITS

- Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».
- Prélever des échantillons pour diagnostiquer toute infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhœae*.
- Prélever un échantillon de sang pour effectuer des analyses pour la syphilis (voir le chapitre « Syphilis »).
- Le counselling et le dépistage pour le VIH sont recommandés (voir le chapitre « Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) »).
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée, à moins que le patient soit déjà immun (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La pédiculose pubienne et la gale ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire aux départements de santé publique locaux.
- La notification aux partenaires pour les infestations ectoparasitaires n'est pas requise.

Suivi

- Un suivi ne doit être fait que s'il est nécessaire sur le plan clinique.

Références

1. Chosidow, O. « Scabies and pediculosis », *Lancet*, vol. 355, 2000, p. 819-826.
2. Wendel, K. et A. Rompalo. « Scabies and pediculosis pubis: An update of treatment regimens and general review », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 35, suppl. 2, 2002, p. S146-S151.
3. Roos, T.C., M. Alam, S. Roos, H.F. Merk et B.R. Bickers. « Pharmacotherapy of ectoparasitic infections », *Drugs*, vol. 61, 2001, p. 1067-1088.
4. Hogan, D.J., L. Schachner et C. Tanglertsampan. « Diagnosis and treatment of childhood scabies and pediculosis », *Pediatric Clinics of North America*, vol. 38, 1991, p. 941-957.
5. Burkhart, C.G., C.N. Burkhart et K.M. Burkhart. « An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies », *Cutis*, vol. 65, 2000, p. 233-240.
6. Orkin, M. « Scabies in AIDS », *Seminars in Dermatology*, vol. 12, 1993, p. 9-14.
7. Scott, G.R. « European guideline for the management of scabies », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 12, suppl. 3, 2001, p. S58-S61.
8. Chouela, E.N., A.M. Abeldano, G. Pellerano et coll. « Equivalent therapeutic efficacy and safety of ivermectin and lindane in the treatment of human scabies », *Archives of Dermatology*, vol. 135, 1999, p. 651-655.
9. Morgon-Glenn, P.D. « Scabies », *Pediatrics in Review*, vol. 22, 2001, p. 322-323.