

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
REPUBLIQUE DU MALI  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
**BUT - UNE FOI**  
SCIENTIFIQUE

**UN PEUPLE - UN**



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2023-2024

N° : .....

THESE

# PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA GALE A L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 19/12/2024 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

**Mlle. Madeleine Claude CAMARA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLÔME D'ETAT)**

**Jury**

**PRÉSIDENT DU JURY :** M. Ousmane FAYE, Professeur titulaire.

**MEMBRES DU JURY :** M. koureissi TALL, Dermatologue.

M. Mamoudou DIAKITE, Dermatologue

**CO-DIRECTEUR DE THESE :** M. Mamadou GASSAMA, Maitre de Conférences.

**DIRECTEUR DE THESE :** M. Adama Aguisa DICKO, Maitre de Conférences.



DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS

## ➤ DEDICACES

Je dédie ce travail :

- **A mon père Joseph Camara** père de famille exemplaire, rigoureux, simple mais très attentif à ces enfants. Au-delà de l'amour d'un père, tu m'as soutenue, tu as toujours été fière de moi et tu n'as jamais cessé de croire en moi, le nombre de fois que tu m'as encouragée à dépasser mes limites est incomptable et tes prières n'ont jamais cessé de me grandir comme un arbre planté au pied d'un ruisseau. Je saisis l'occasion qui m'est donnée à travers cette dédicace pour t'exprimer par mes mots aussi faibles soient-ils ma profonde gratitude. Que le bon Dieu vous accorde une longévité et santé. MERCI PAPA.

- **A ma mère Suzanne Koné** une femme si simple, exemple de courage et de bravoure. Tes encouragements et tes bénédictions nous ont toujours accompagnés. Ce travail est le couronnement de tes efforts inlassables. Puisse Dieu nous garder assez longtemps afin que tu jouisses du fruit de tes labeurs, de tes nuits blanches, de ton amour que je suis. JE T'AIME MAMAN.

- **A mes frères et sœurs** : Kizito, Benoît, Michel, Clotilde et Brigitte quand je pense aux jours d'autre fois et les souvenirs partagés dans les bons moments comme les moins bons, je ne peux que vous remercier pour votre amour, votre générosité, votre disponibilité, vos soutiens et prières.

- **A mes grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines, neveux et nièces** vous avez tous aidé à l'élaboration de ce travail à travers vos bénédictions et soutien. Merci à tous.

- **A mon beau-frère Noel Dougnon**, merci pour tous les va et vient du Point G. Ce travail t'est dédié également.

- **A Alassane Kouyaté** tu es ma plus belle rencontre de la faculté, merci pour ta présence et ta disponibilité sans condition, je ne l'oublierai jamais.

Ce beau travail t'appartient également.

## ➤ REMERCIEMENTS

- **A Dieu** en qui j'ai mis tout mon espoir dans la réalisation de ce travail d'où ce passage biblique du psaume 37, 4 qui dit : « Fais de l'Eternel tes délices, il te donnera ce que ton cœur désire »

- **A tous mes maîtres de l'école primaire, fondamentale, secondaire et de la faculté de médecine d'odontostomatologie**

Vous êtes pour nous des modèles à suivre. Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que vos leçons d'humilité. Aujourd'hui nous vous disons merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance.

• **A tout le personnel du service de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako**

- **Aux médecins Dermatologues**

Merci pour votre encadrement qui n'a pas fait défaut. Vous avez toujours été disponibles pour nous. Vous avez partagé vos expériences et votre savoir avec nous. Nous vous en serons toujours reconnaissants.

- **Aux médecins DES**

Nous avons partagé tant de moment, merci pour l'enseignement reçu.

- **Aux thésards Faye Djelika, Diane, Traoré Ibrahim**

Ce fut un honneur pour moi de faire partie de cette belle équipe, dynamique et solidaire. Merci pour vos soutiens inconditionnels à tout moment. Recevez toute ma sympathie et ma reconnaissance. Bonne chance à vous tous.

- **Aux techniciens, infirmières et secrétaires du service** pour leur bonne collaboration.

• **A ma très chère amie et confidente Korotoumou Fané** une belle personne avec un cœur en or, aujourd'hui tu es plus qu'une amie pour moi. Merci pour ta positivité et ton accompagnement.

• **A ma Togolaise Essenam Gertrude** une grande sœur irremplaçable, protectrice, attentionnée et aimable reçoit ici mes sincères remerciements.

• **A mon oncle chéri Abdoulay Yamba** merci beaucoup pour ton amour et tes bénédictions qui n'ont jamais fait défaut.

• **A Tchakala Khadidia et Bernard Gnama** des personnes exceptionnelles, vous avez été là dans les bons comme dans les mauvais moments, vous m'avez transmis votre courage et votre savoir sans retenu. Merci à vous pour ces nombreuses expériences vécues ensemble, vous êtes mes meilleurs.

• **A Lele Lafortune** en une année tu es devenue une personne importante pour moi, tu m'as offert ton amour sans condition reçoit ici mes sincères remerciements.

• **A Dr Cissé Lamissa, Dr Kanouté Abdoulaye, Dr Diakité Mamoudou** merci pour votre aide dans l'élaboration de ce document.

• **A mes camarades de la promotion Pr Sambou Soumaré** nous avons partagé des moments de dur labeur, de détente, de peine et de bonheur que Dieu fasse que chacun de nous puisse devenir de très bons médecins.

- **A ma chère Patrie Le Mali**

Pour tous les efforts consentis à ma formation. Tu es ma patrie, ton étendard est le mien et ton hymne, je le chanterai toujours.

- **A tous ceux dont les noms ne figurent pas dans ce document**

Je vous remercie du fond du cœur, que Dieu vous couvre de ses grâces.

- **A tous**, nous profitons de cette occasion solennelle pour vous adresser nos vifs remerciements et présenter toutes nos excuses et surtout aux malades, parents et accompagnants pour les dommages causés par erreur ou par méconnaissance car nous sommes des êtres imparfaits.



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Professeur Ousmane FAYE**

- **Professeur Titulaire en Dermatologie à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie**
- **Spécialiste Dermatologie-léprologie-vénérologie et en Dermato-pathologie**
- **Ph D en santé publique et science de l’Information Biomédicale de l’université de Pierre Marie Curie**
- **Coordinateur des DES de Dermatologie-Léprologie-Vénérologie**
- **Coordinateur du Projet Télédermatologie du Mali**
- **Ancien Vice Doyen de la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie**
- **Ancien Directeur de l’Hôpital de Dermatologie de Bamako (2019-2024)**
- **Membre de l’Académie Nationale de Médecine, France**
- **Président de la Société Malienne de Dermatologie Vénérologie (SOMADEV)**
- **Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales**

#### **Cher Maître**

Vous nous avez fait l’honneur en d’accepter d’être le président du jury de ce travail.

Votre modestie, votre sagesse, votre amour et votre rigueur scientifique pour l’encadrement des étudiants nous ont beaucoup émerveillé et font de vous un exemple à suivre.

Votre éloquence qui nous fait rêver, fait de vous un enseignant hors du commun. Cher maître acceptez ici nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr Koureissi TALL**

- **Dermatologue Vénérologue à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako**
- **Praticien hospitalier à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB)**
- **Membre de la Société Malienne Dermatologie-Vénérologie**
- **Maitre de Recherche à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako**
- **Diplômé de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA) en Onco-dermatologie à l'Institut Gustave Roussy à Villejuif**

**Cher Maitre**

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger ce travail.

Votre simplicité, votre humanisme et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique et votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr Mamoudou DIAKITE**

- **Spécialiste en Dermatologie-léprologie-vénérologie**
- **Membre de la Société Malienne de Dermatologie-Léprologie-Vénérologie du Mali**
- **Membre de la société Française de Dermatologie Pédiatrique**

### **Cher Maître**

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre disponibilité nous ont profondément touché.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de toute notre reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Pr Mamadou GASSAMA**

- **Maitre de Conférences Agrégé en Dermato-Léprologie-Vénérologie**
- **Praticien hospitalier à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako**
- **Point Focal des Personnes Atteintes d'Albinisme au Mali**
- **Membre de la Société Malienne de Dermato-Léprologie-Vénérologie**

### **Cher Maitre**

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de co-diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre sens professionnel.

Votre culture scientifique et votre simplicité exemplaire sont pour nous un objet d'admiration et de profond respect. Permettez-nous de vous exprimer, cher maitre, notre profonde gratitude et notre grande estime.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Pr Adama Aguisa DICKO**

- **Dermatologue-léprologue-vénérologue**
- **Maitre de Conférences Agrégé à la Faculté de Médecine et d’Odonto-  
Stomatologie**
- **Chef du Service de Dermatologie de l’HDB**
- **Président du Comité Médical d’établissement de l’HDB**
- **Membre de la Société Malienne de Dermatologie Vénérologie et de plusieurs  
sociétés savantes nationales et internationales**

### **Cher Maitre**

Votre simplicité, votre ardeur au travail, la clarté de vos enseignements nous ont motivé à aller vers vous pour ce travail que vous avez accepté de diriger.

Votre rigueur scientifique et votre accueil font de vous un grand maitre de Dermatologie.

C’est un immense plaisir de vous manifester ici, solennellement notre gratitude et notre sincère admiration.

# ABBREVIATIONS

## **ABRÉVIATIONS**

**CI** : Contre-Indication

**Cp** : Comprimé

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**G** : Gramme

**HBD** : Hôpital de Dermatologie de Bamako

**J** : Jours

**Kg** : Kilogramme

**Mg** : Milligramme

**µg** : Microgramme

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Répartition de l'échantillon selon le sexe .....	19
Figure 2: Répartition de l'échantillon selon l'âge .....	19
Figure 3: Répartition de l'échantillon selon le motif de consultation .....	21

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Répartition de l'échantillon selon la profession.....	20
Tableau II: Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial.....	20
Tableau III: Répartition de l'échantillon si prurit intense ou modéré .....	21
Tableau IV: Répartition de l'échantillon selon l'horaire du prurit.....	22
Tableau V: Répartition de l'échantillon selon le siège des lésions .....	22
Tableau VI: Répartition de l'échantillon selon les lésions élémentaires.....	23
Tableau VII: Répartition de l'échantillon selon la dermatose associée .....	23
Tableau VIII: Répartition de l'échantillon selon la notion de prurit dans la famille .....	24
Tableau IX: Répartition de l'échantillon selon le nombre de personne se grattant dans la famille .....	24
Tableau X: Répartition de l'échantillon selon la source de contamination en fonction de la notion de colocation .....	25
Tableau XI: Répartition de l'échantillon selon la source de contamination en fonction de notion de voyage récent.....	25
Tableau XII: Répartition de l'échantillon selon le nombre de personne dormant dans la même chambre avec le patient .....	26
Tableau XIII: Répartition de l'échantillon selon les moyens de transport.....	26

# TABLE DES MATIERES

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS .....	3
<b>1. Objectif général</b> .....	3
<b>2. Objectifs spécifiques</b> .....	3
GENERALITES .....	4
<b>1. DEFINITION</b> .....	4
<b>2. HISTORIQUE</b> .....	4
<b>3. EPIDEMIOLOGIE</b> .....	4
3.1. Agent pathogène .....	4
3.3. Réservoir de germes .....	5
3.4. Cycle parasitaire .....	5
3.5. Mode de contamination .....	6
3.5.1. Transmission directe .....	6
3.5.2. Transmission indirecte .....	6
3.6. Facteurs favorisants .....	6
3.7. Répartition géographique .....	7
<b>A - CLINIQUE</b> .....	7
1. Type de description : la gale de l'adulte .....	7
1.2. Période d'incubation.....	7
1.3. Signes fonctionnels.....	7
1.4. Signes physiques.....	7
<b>2. Formes cliniques</b> .....	8
2.1. Gale des gens propres .....	8
2.2. Gale du nourrisson.....	8
2.3. Gale profuse.....	8
2.4. Gale crouteuse (ou gale norvégienne) .....	9

2.5. Gale bulleuse .....	9
<b>B - DIAGNOSTIC</b> .....	9
<b>1. Diagnostic positif</b> .....	9
<b>2. Diagnostic différentiel</b> .....	9
<b>3. Evolution et Complications</b> .....	10
<b>C - TRAITEMENT</b> .....	11
<b>METHODOLOGIE</b> .....	15
1. Cadre d'étude.....	15
2. Type et période d'étude.....	15
3. Population/. d'étude.....	16
4. Échantillonnage .....	16
4.1- Définition de cas.....	16
4.2- Taille de l'échantillon.....	16
4.3- Critères d'inclusion .....	16
4.4-Critères de non-inclusion .....	16
5. Recueil des données : .....	16
6. Matériels et Analyses des données .....	16
7. Considérations éthiques.....	16
<b>RESULTATS</b> .....	19
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	28
<b>Conclusion</b> .....	31
<b>Recommandations</b> .....	32
<b>REFERENCES</b> .....	33
<b>ANNEXES</b> .....	XIV
<b>FICHE SIGNALETIQUE</b> .....	XVI
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	XVIII

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

La gale est une maladie ectoparasitaire due à un acarien, le *sarcoptes scabiei var hominis*. C'est une affection contagieuse par contact interhumain direct ou indirect [1]. La gale humaine survient par épidémies cycliques [2].

Elle s'observe dans des écoles, les maisons à forte concentration humaine (prisons, internat) où l'on retrouve très souvent une promiscuité avérée. Le diagnostic de gale humaine est essentiellement basé sur la clinique en consultation de dermatologie [3, 4].

La prise en charge de la gale humaine inclut le traitement du patient, de ses contacts proches et une désinfection du linge [4].

La recrudescence de cette pathologie au sein des collectivités et également chez des personnes isolées, est de plus en plus relevée [3-5].

On estime à environ 300 millions de cas de gale humaine dans le monde chaque année [6].

Bien que cosmopolite, la gale humaine demeure l'une des pathologies les plus rencontrées dans les pays pauvres et en voie de développement [7,8].

En effet en 1992 dans une étude menée à Bamako (Mali) sur 2810 consultants pendant une période de 6 mois montre 20,6% patients étaient atteints de gale [9].

Une étude menée du 8 janvier 1997 au 12 mai 1997 dans les écoles primaires de la ville d'Ouagadougou a montré que sur 4485 écoliers, le taux de prévalence de la gale était de 6,1% [10].

En 2001 au Bénin une étude menée dans la prison civile de Cotonou montre que sur 246 détenus 45,5% présentaient la scabiose [11]. En avril 2007 dans les communautés indigènes à distance en Australie nordique, des prévalences jusqu'à 50% des enfants ont été décrites, en dépit de la disponibilité de la chimiothérapie efficace [12]. De février 1994 à mars 1995 à Bamako, une étude a rapporté 108 cas de gale sur 10686 consultants [13].

Les études faites au Mali, au Burkina, au Bénin, en Australie, en 1992, 1995, 1997, 2001, 2007, ont montré une recrudescence des cas de gale.

Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique de la gale à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako en 2024.

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Etudier le profil épidémiologique des cas de scabiose à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako en 2024.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas.
- Déterminer le nombre de sujet contact pour chaque cas.
- Décrire les caractéristiques cliniques des cas.

# GENERALITES

## **GENERALITES**

### **1. DEFINITION**

La gale est une dermatose infectieuse, contagieuse et cosmopolite causée par un arthropode, acarien, dénommé *Sarcoptes scabiei var hominis*. Elle touche tous les âges, toutes les ethnies et toutes les couches sociales. Contrairement à certaines idées faussement répandues, la gale n'est pas causée par un manque d'hygiène [14].

### **2. HISTORIQUE**

Scabiei a été connu à l'humanité depuis des époques antiques, avec Aristote (384- 322 avant Jésus christ). La personne censée avoir les acarides identifiés de scabieis, les décrivant comme : poux dans les habits.

Plus tard, des scabieis ont été mentionnés par différents auteurs : [15]

Environ 970, El Arabe D'el Hasan Ahmed D'abu, médecin Tabari 1098-1198, Saint Hildegard 1091-1162, Avenzoar, médecin maure.

En 1687, Bonomo et Cestoni ont exactement décrit la cause des scabioses dans une lettre. On estime que leur description est la première mention de la théorie parasite des maladies infectieuses racontant la nature du parasite, la transmission, les traitements possibles et les schémas microscopiques des acarides et des œufs du sarcopte scabiei. Néanmoins, elle n'avait pas lieu jusqu'en 1868, 2 siècles plus tard, que la cause des scabioses a été établie avec la publication d'un traité par Hebra [15]

En 1848, la gale norvégienne dite croûteuse est décrite pour la première fois chez les lépreux de Norvège par Borck et Danielsen.

La gale survient par épidémies cycliques séparées par une période de 30 à 40 ans.

Pour l'époque la plus récente, on notera la grande rareté des cas de gale entre 1955 à 1965 à tel point que l'on pouvait envisager la disparition de la maladie. Une poussée épidémique c'est à nouveau manifesté entre 1965 à 1980 avec une chute de fréquence à partir de 1985.

La situation actuelle se caractérise par des cas sporadiques et par des petites épidémies survenant en particulier dans les foyers de personnes âgées souvent grabataires. Ces dernières peuvent être atteintes de gales croûteuses profuses très contagieuses pour le personnel soignant et les autres pensionnaires des foyers [16]

### **3. EPIDEMIOLOGIE**

#### **3.1. Agent pathogène**

L'agent pathogène, le sarcopte scabiei hominis, est un acarien de la famille des sarcoptides, règne animal, embranchement arthropode, sous embranchement chélicérates, classe arachides, ordre acarien, sous ordre acarides, genre sarcopte, espèce scabiei, sous espèce hominis [17]

C'est la réaction de l'organisme contre le sarcopte et ses déjections qui expliquent la plupart des signes cliniques [18]

Sarcopte scabiei hominis	Famille	Règne	Embranchement	Sous-Embranchement	Classe
Acarien	Sarcoptides	Animal	Arthropode	Chélicérates	Arachides

Sarcopte scabiei hominis	Ordre	Sous-ordre	Genre	Espèce	Sous-espèce
Acarien	Acarien	Acarides	Sarcopte	Scabiei	Hominis

### 3.2. Anatomie morphologique

Le corps de sarcopte est ovale, sans séparation entre le thorax et l'abdomen. L'adulte et la larve sont dotés respectivement de 4 à 3 paires de pattes. La femelle est la plus grosse et mesure en moyenne 0,35 millimètres de long alors que le male plus petit ne mesure que 0,25 millimètres et les œufs 0,15 millimètres. Il est impossible de voir le parasite à l'œil nu [17]

### 3.3. Réservoir de germes

En dehors de l'acarien étroitement adapté à l'homme (sarcoptes scabiei var hominis), il existe de nombreuses espèces adaptées à l'animal d'appartement (chat, chien) et d'élevage (porc). La transmission de ses gales cariennes à l'homme est possible mais exceptionnelle en raison de l'adaptation étroite de chaque variété, à son hôte. En cas de contamination, les manifestations cliniques sont fugaces, caractérisées par un prurit avec des lésions de grattage et une guérison spontanée en espace de quelques jours. Les diverses variétés de sarcoptes sont morphologiquement très proches et on a émis récemment l'hypothèse que les animaux constituent en réalité le réservoir de parasites et que certaines variétés animales étaient capables de se réadapter à l'homme [16]

### 3.4. Cycle parasitaire

La gale est due à la présence de l'acarien femelle dans l'épiderme. La femelle adulte creuse un sillon dans la couche cornée de l'épiderme. Elle progresse de 2 à 3 millimètres par jour. L'orientation des ornements tégumentaires de la femelle sarcopte lui interdit tout mouvement de recul. Elle est condamnée à avancer dans une galerie qui reste béante derrière elle et elle ne

contient que des excréments nordis ou des œufs. La femelle commence à pondre dès le quatrième jour après l'accouplement de 2 à 3 œufs par jour. La durée de vie et la fécondité des femelles sont telles que l'on considère que la population peut être multipliée par 17 en 2 mois. Chaque œuf va éclore pour donner naissance à une larve qui, après 3 mues, donnera un adulte en 20 jours [17]

Chez le malade atteint de gale commune, le nombre de parasites est de quelques dizaines. Cependant, dans les gales profuses y compris hyperkératosiques (appelée à tort crouteuse ou norvégienne), leur nombre est au moins de plusieurs centaines [19]

### **3.5. Mode de contamination**

Ce sont généralement les femelles nouvellement fécondées qui assurent la transmission de la gale. Les femelles plus âgées peuvent aussi être transmises après destruction des sillons par grattage. Les stades immatures (larves et nymphes) ne peuvent être que rarement responsable de la transmission compte tenu de leur taux de mortalité élevé. Leurs implications dans la propagation de la gale ne sont possibles que s'ils sont présents en très grand nombre [17]

La transmission se fait par deux modes principaux : soit directe ou indirecte

#### **3.5.1. Transmission directe**

Elle est responsable de la contamination dans 95% des cas. Elle se fait par contact d'un sujet à l'autre. Le sarcopte peut alors s'introduire dans l'épiderme du nouvel hôte.

Cette transmission est facilitée :

- Par la promiscuité,
- Par les rapports sexuels, ainsi la gale peut être considérée comme une maladie sexuellement transmissible,
- Par les contacts peau à peau essentiellement induits lors des soins de nursing par les soignants.

#### **3.5.2. Transmission indirecte**

Elle se fait par l'intermédiaire de l'environnement (essentiellement le linge et la literie). Les sarcoptes vivants retrouvés dans l'environnement sont affaiblis et souffrent de faim. Ils mettent plus longtemps à pénétrer dans la peau et sont moins infectants. Toute fois même si cette transmission est rare, elle ne doit pas être écartée surtout dans les collectivités, d'autant qu'elle est facilitée dans les formes de gale hyperkératosique (riche en parasite).

### **3.6. Facteurs favorisants**

La promiscuité, la diminution ou l'absence d'hygiène corporelle, le surpeuplement favorisent la gale. Une élévation d'incidence de cas a été notée en période de pluies [16]

Les modalités de la transmission sont étroitement liées à la biologie de l'acarien. Un acarien femelle a une bonne mobilité pour les températures de 25°C à 30°C. Il peut se déplacer facilement à la surface de la peau de plusieurs centimètres par heure. Il est tué très rapidement par des températures de 55°C. Il perd sa mobilité en dessous de 20°C et meurt probablement en 12H à 24H [18]

Les études épidémiologiques indiquent que la prédominance des scabioses n'est pas affectée par le sexe, la race, l'âge, ou le statut socio-économique. Les facteurs de contribution primaires des scabioses semblent être la pauvreté et le surchargement [15]

Les facteurs qui facilitent le développement des scabies hôpital-acquis et des épidémies nosocomiales sont : la connaissance pauvre de l'épidémiologie de scabies, caractère étranger des membres du personnel soignant avec des présentations atypiques, longue période d'incubation, retard diagnostique et surveillance inachevée [20]

### **3.7. Répartition géographique**

Les incidences sont variables d'un pays à un autre dans le monde. Une endémicité des scabioses dans beaucoup de communautés tropicales et subtropicales (par exemple, Australie, Inde et Afrique) sans aucune fluctuation apparente dans l'incidence globale [15]

## **A - CLINIQUE**

1. Type de description : la gale de l'adulte

1.2. Période d'incubation

Elle dure en moyenne 3 semaines en cas de primo-infestation, elle est beaucoup plus brève, de l'ordre de 1 à 3 jours en cas de ré-infestation.

1.3. Signes fonctionnels

La gale se caractérise par un signe subjectif important : le prurit.

Le prurit au début peut être localisé aux interdigitales, aux fesses. Le plus souvent, il s'agit d'un prurit généralisé à recrudescence nocturne et épargnant le visage. L'interrogatoire permet d'établir le caractère conjugal ou familial du prurit.

### **1.4. Signes physiques**

L'éruption de la gale est évocatrice et s'accompagne d'un signe spécifique à rechercher soigneusement : le sillon scabieux.

#### **Aspects Typiques d'un sillon scabieux**

Le sillon scabieux est une petite lésion sinueuse, filiforme de quelques millimètres de long. Il correspond au trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée de l'épiderme. Le sillon s'observe chez les sujets à hygiène très déficiente surtout aux régions interdigitales des mains

et sur les faces antérieures des poignets. A l'une des extrémités du sillon, on peut parfois voir une discrète surélévation de la taille d'une tête d'épingle, c'est l'éminence acarienne.

Elle correspond à la position de la femelle adulte. Le reste du sillon est occupé par les œufs pondus. Les vésicules perlées sont de petites élevures miliaires, translucides reposant sur une base érythémateuse et siégeant volontiers dans les espaces interdigitaux. Leur signification n'est pas claire, elles n'hébergent pas de forme adulte ni immature d'acariens. Les signes aspécifiques de la gale peuvent être importants et égarer le diagnostic.

Il s'agit de lésions de grattage en stries linéaires, de lésions excoriées, de lésions surinfectées et croûteuses réalisant un ensemble polymorphe. La topographie de l'éruption est évocatrice. Les lésions touchent en effet les espaces interdigitaux des mains, la face antérieure des poignets, les coudes, l'emmanchure antérieure de l'ombilic, les fesses, la face interne des cuisses. Le visage, le cou, sont en règles épargnés, le dos est souvent moins atteint que les autres régions du corps. Chez l'homme un autre signe fondamental est le chancre scabieux. Il s'agit de lésions papuleuses parfois excoriées très prurigineuses siégeant dans la région génitale (verge, scrotum).

Chez la femme le prurit bilatéral du mamelon et de l'aréole mammaire avec lésions excoriées ou croûteuses est un signe évocateur. L'évolution naturelle de la maladie est indéfinie sans guérison spontanée [16]

## **2. Formes cliniques**

### **2.1. Gale des gens propres**

Les signes spécifiques sont très discrets, la surinfection souvent absente. L'anamnèse, l'existence de chancres scabieux seront des éléments précieux d'orientation.

### **2.2. Gale du nourrisson**

Elle se caractérise en plus de signes déjà mentionnés par l'existence d'une éruption vésiculopustuleuse palmo-plantaire et des sillons de même localisation. L'éruption est parfois très importante au voisinage du creux axillaire avec présence de lésions papulo-nodulaire réalisant des nodules scabieux [16]

L'enfant est souvent irritable, agité et s'alimente moins. Le caractère familial de la maladie représente un argument diagnostique important [21]

### **2.3. Gale profuse**

Elle est caractérisée par le caractère floride et étendu de l'éruption cutanée par sa survenue chez des sujets immunodéprimés, en particulier par le VIH. Le prurit est présent, le cuir chevelu peut être atteint. Une corticothérapie locale ou générale est souvent en cause.

## 2.4. Gale crouteuse (ou gale norvégienne)

Il s'agit de gale caractérisée par l'absence de prurit et une prolifération parasitaire extraordinaire. Du point de vue clinique le tableau est celui d'une érythrodermie crouteuse avec onyxis. Elle est naturellement très contagieuse et responsable d'épidémie dans les collectivités de personnes âgées.

## 2.5. Gale bulleuse

Elle est exceptionnelle et simulant la pemphigoïde mais les examens à immunofluorescences sont négatifs. La gale crouteuse localisée : elle touche le cuir chevelu, les ongles, la plante des pieds souvent méconnu elles peuvent persister après le traitement d'une gale et être à l'origine de récurrences [16]

## B - DIAGNOSTIC

### 1. Diagnostic positif

La notion de prurit familial ou conjugal et la clinique apportent le diagnostic.

En cas de doute ou de forme atypique, le diagnostic est parasitologique.

Il faut repérer les sillons par le test à l'encre de Chine et / ou les nodules scabieux, gratter les sillons ou les nodules, prélevés au vaccinostyle et examiner au microscope à faible grossissement. Il est mis en évidence des sarcoptes vivants et morts ainsi que leurs œufs.

La dermatoscopie peut être un moyen élégant de confirmer le diagnostic en visualisant le déplacement épidermique des sarcoptes [22]

Le résultat négatif de la biologie ne permet pas d'éliminer la gale [21]

### 2. Diagnostic différentiel

#### ✓ La pédiculose corporelle

Elle a une éruption clinique et topographique différente et le parasite est facilement retrouvé dans les vêtements.

#### ✓ La gale acarienne animale [23]

Elle est due à des variétés de sarcopte scabiei d'origine animale. Elle donne le plus souvent une dermatose prurigineuse transitoire sans sillons caractéristiques. Le diagnostic est basé sur la découverte de l'acarien responsable chez l'animal, il en existe environ 40 variétés, chacune étroitement adaptée à son hôte. Des acariens appartenant à des familles des *Cheyletiella* *Parasitovoraax* et *yasgun*, notodres canus, provoquent chez les chats et les chiens une dermatose, desquamation dorsolombaire pour cheyletiella et les lésions crouteuses des oreilles et des pattes pour Notoedres. La pullulation parasitaire est importante chez l'animal et les acariens transmis à l'homme sont responsables de prurits localisés ou généralisés pouvant être durables en l'absence de traitement de l'animal.

D'autres acariens, parasites des poules ou des pigeons (*Dermanyssus gallinae*, du serpent (*Ophionyssus natricus*), de la farine (*Tyrophagus putrescentiae*, *Glyciphagus destructor*), sont plus rarement en cause et leur identification nécessite un entomologiste.

✓ **La gale onchocerquienne**

Avec son prurit féroce et ses lésions de grattage, sera évoquée devant un sujet originaire d'un pays d'endémie sur la découverte des nodules hypodermiques et de microfiliarien dermique.

✓ **L'acropustulose infantile**

Elle survient surtout chez les petits noirs ou asiatiques, la recherche d'acariens doit être systématique. Les autres causes de prurit métaboliques (cholestase, insuffisance rénale) sont plus ou moins facilement identifiées [16].

✓ **Eczéma :**

### **3. Evolution et Complications**

La guérison spontanée est exceptionnelle.

Les complications sont surtout des surinfections à type d'impétigo, des glomérulonéphrites post-streptococciques ont été observées. Le prurit post-scabieux un traitement efficace et bien conduit, le prurit disparaît le plus souvent en quelques jours. Parfois, il persiste plus longtemps mais doit s'atténuer spontanément en l'espace de 2 à 4 semaines. Au-delà de ce délai, il faut sérieusement envisager la possibilité d'une réinfection et mettre en œuvre les moyens de mise en évidence de l'acarien. L'acarophobie (illusion d'ectoparasitoses) se manifeste par un prurit sans lésions spécifiques.

Les nodules post-scabieux, il s'agit de lésions papulo-nodulaires rouges ou cuivrées, prurigineuses pouvant persister plusieurs semaines ou mois après un traitement efficace. Ces lésions siègent parfois au voisinage des aisselles chez l'enfant et succèdent à des nodules scabieux chez l'adulte, elles sont ubiquitaires. Les nodules post-scabieux sont des réactions inflammatoires à prédominance lymphocytaire qui ne contiennent pas de parasites vivants.

Ils s'affaiblissent progressivement et finissent par disparaître sans qu'il soit nécessaire de répéter le traitement antiparasitaire.

## C - TRAITEMENT

Il n'y a pas de guérison spontanée.

L'objectif thérapeutique est d'éradiquer le parasite et surtout de prévenir la contagion. Le traitement individuel est donc relativement simple. Il doit obligatoirement s'accompagner d'un traitement du linge potentiellement contaminé pour éviter une épidémie (surtout en collectivité mais aussi dans le domaine familial), et d'un traitement du « premier cercle ». Il ne faut surtout pas oublier le traitement symptomatique du prurit par des antihistaminiques, et de prévenir le patient et son entourage que le prurit peut persister près de 15 jours, même avec un traitement correct. En cas de surinfection bactérienne avérée, une antibiothérapie par voie orale (à visée antistaphylococcique et antistreptococcique) doit être instaurée 24 à 48 heures avant le traitement spécifique de la gale.

Il existe deux types de traitements antiparasitaires : le traitement local et le traitement par voie générale.

Pour faciliter la compliance, on préférera le traitement per os en première intention, sauf pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 2 ans ou de moins de 15 kg.

### **Traitement per os**

L'ivermectine (Stromectol) est le seul traitement par voie générale. Il se présente sous la forme de comprimés non sécables de 3 mg. C'est le traitement de première intention pour les adultes et les enfants qui pèsent plus de 15 kg.

#### **• Mode et délai d'action**

L'ivermectine est active sur le sarcopte adulte, pas sur les œufs et probablement partiellement sur les larves. C'est un insecticide (famille des avermectines) qui inhibe la fonction musculaire des arthropodes conduisant à la paralysie puis à la mort du parasite par asphyxie (action sur la jonction neuromusculaire).

La concentration maximale de l'ivermectine dans la peau est atteinte 8 heures après la prise et diminue 24 heures après la prise.

#### **• Posologie et schéma thérapeutique**

Il faut une dose per os de 0,2 mg/kg de poids, administrée à J0 et J10. Les comprimés seront pris avec un grand verre d'eau pendant les repas, ce qui améliore l'absorption ; pour les enfants, on peut écraser le comprimé. La deuxième prise entre J10 et J14 est indispensable pour permettre d'éradiquer les œufs et les larves arrivés à maturation et transformés en sarcopte. Cette deuxième dose accélérerait la guérison.

## **Traitement local**

Le traitement local consiste en deux applications à J0 et J10. Il est fait le soir pour toute la famille en même temps. Ensuite, il faut se coucher nu dans des draps propres, après avoir traité le matelas, le sommier et l'oreiller avec un spray adéquat (A-Par, Codexial Enviroscab Spray).

- L'Ascabiol 10 % (émulsion de benzoate de benzyle), qui avait disparu depuis des années, vient de ressortir avec une nouvelle formule. Il est indiqué chez les adultes et les enfants à partir de 1 mois. À J0, l'Ascabiol est appliqué en 2 couches successives à 10-15 minutes d'intervalle, en insistant sur les plis, les espaces interdigitaux, le nombril, les parties génitales externes, sous les ongles, et en évitant le visage et les muqueuses. La douche suivante sera prise 24 heures après seulement, en rinçant abondamment et en utilisant une serviette propre. L'application est à renouveler à J8 avec les mêmes modalités qu'à J0.

- Topiscab crème 5 % (perméthrine) est un traitement local destiné aux adultes et aux enfants de plus de 2 mois, sans contre-indication chez la femme enceinte, mais à éviter chez la femme allaitante (ou à arrêter 24 heures avant l'allaitement). Le traitement consiste en deux applications cutanées, une à J0 et l'autre à J8 (le délai ne doit pas être inférieur à 7 jours ou supérieur à 14 jours). Chez l'adulte, un tube par patient à appliquer pendant toute la nuit.

Ne pas se laver pendant 8 à 10 heures après l'application. Mêmes zones à traiter qu'avec l'Ascabiol en insistant sur les plis, les espaces interdigitaux, les organes génitaux externes.

## **Traitement de l'environnement**

- Penser à l'environnement humain en premier lieu. Tous les membres du cercle familial restreint doivent être traités le même jour. Les adolescents doivent prévenir leur petit copain ou petite copine, afin que ceux-ci se traitent localement (si pas symptômes) ou qu'ils aillent voir leur médecin pour une prescription d'ivermectine (si symptômes). N'oublions pas que la gale est une IST, et que par conséquent il ne faut pas dormir dans le même lit qu'une personne non traitée ou traitée différemment. Dans les communautés (internats...), il convient de traiter les personnes habitantes et le personnel. Le risque en cas de non-traitement des cercles autour du patient est une nouvelle transmission.

- Traiter l'environnement matériel : tout le linge porté dans les jours précédant le traitement doit être lavé à 60 °C. Pour les vêtements ne supportant pas cette température de lavage, il faut les mettre dans des sacs plastiques avec un insecticide (A-Par ou Codexial Enviroscab Spray) pendant 24 à 48 heures. Ne pas oublier de traiter les canapés, les sièges de voiture en tissu, les sièges auto, les peluches, etc.

Les échecs sont dus à une mauvaise compliance. Il faut donc une ordonnance complète et claire pour chaque membre de la famille, en vérifiant la posologie par rapport au poids du patient et

de son âge. L'ordonnance sera relue par le patient devant le médecin. Ne pas hésiter à lui demander si tout est bien compris. Le patient devra prévenir les personnes avec lesquelles il a été en contact. Penser aussi à donner une seconde ordonnance mentionnant que le prurit peut persister pendant 15 jours et prescrire des antihistaminiques et des émollients anti-grattage.



# MATERIELS ET METHODES

## **METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude**

L'étude a été réalisée dans le service de Dermatologie à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB).

L'Hôpital (HDB) : créé selon la carte nationale hospitalière 2016-2020 par l'ordonnance N°2019-010/P-RM du 27 Mars 2019 ratifié par la loi n°2019-022 du 03 juillet 2019.

#### ❖ Les services de l'HBD :

- Imagerie médicale ;
- Chirurgie plastique et oncologique ;
- Kinésithérapie et réhabilitation ;
- Léprologie ;
- Anesthésie-réanimation-Urgences ;
- Un service d'anesthésie – réanimation ;
- Laboratoire d'histopathologie ;
- Pharmacie hospitalière ;
- Une pharmacie hospitalière ;
- Service social ;
- Service de Dermatologie.

Le service de Dermatologie comporte :

- 10 boxes de consultation
- Une salle de petite chirurgie
- Une salle de cryothérapie
- Une salle de soins
- Deux pavillons d'hospitalisations pour Hommes et Femmes

#### ❖ Les personnels :

- 16 Dermatologues
- 04 Chirurgiens
- 02 Anesthésistes-réanimateurs
- 01 Infectiologue
- 10 Infirmières

### **2. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale d'une année allant du 26 /06/2023 au 22/06/2024

### **3. Population d'étude**

Elle était constituée par les patients vus en consultation dermatologique pendant la période d'étude.

### **4. Échantillonnage**

#### **4.1- Définition de cas**

Le cas était défini par : tout patient présentant un prurit diffus à au moins deux sites cutanés spécifiques et à recrudescence nocturne associé ou non à des lésions cliniques. Les sites cutanés spécifiques sont : les espaces entre les doigts des mains, les poignets, les emmanchures, la face interne des cuisses, les fesses, la ceinture, les organes génitaux externes, le pourtour de l'aréole mammaire chez la femme, la paume des mains et la plante des pieds chez le nourrisson.

#### **4.2- Taille de l'échantillon**

Il s'agissait d'un échantillonnage systématique dans le but d'inclure tous les cas de scabiose durant la période d'étude à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

#### **4.3- Critères d'inclusion**

Patient répondant à la définition de cas

#### **4.4-Critères de non-inclusion**

Les critères de non inclusion étaient :

- Patients non consentants,
- Patient ne répondant pas aux critères de définition

### **5. Recueil des données :**

Un questionnaire de recueil de données comportant les données démographiques (âge ; ethnie ; sexe ; profession ; adresse ; statut matrimonial ; niveau d'instruction), épidémiologiques (sources de contamination ; la notion de prurit familial) et cliniques (signes fonctionnels ; lésions cliniques ; topographie) était administré à chaque patient.

**Définition opérationnelle :** Le sujet adulte était défini par un cas d'âge supérieur ou égale à 18 ans.

### **6. Matériels et Analyses des données**

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 7.2

### **7. Considérations éthiques**

- Consentement libre et éclairé du patient obtenu
- Confidentialité des données recueillies observées
- Secret médical conservé

- Accord de l'HDB obtenu

Les résultats feront l'objet d'une publication avec l'accord des patients

# RESULTATS

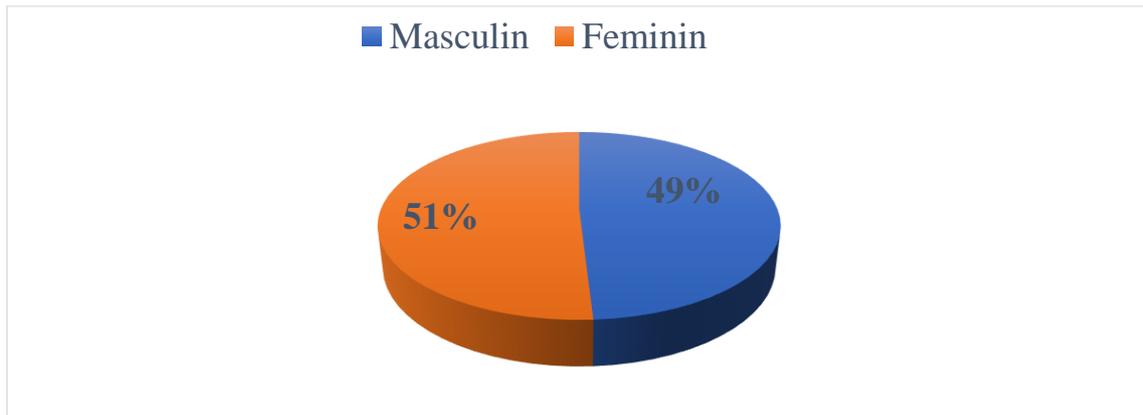
## RESULTATS

### Caractéristiques générales des patients de l'étude

Au total sur 40 959 consultations, nous avons recensé 765 cas de gale, soit une fréquence hospitalière de 1,8%. Parmi ces 765 cas de gale, 161 répondants aux critères d'inclusion ont été retenus pour l'étude.

#### 1. Répartition selon le sexe

Ces malades se répartissaient en 82 femmes et 79 hommes soit un sex- ratio de 0,96.



**Figure 1:** Répartition de l'échantillon selon le sexe

Le sexe féminin représentait 51% de l'échantillon (82/161)

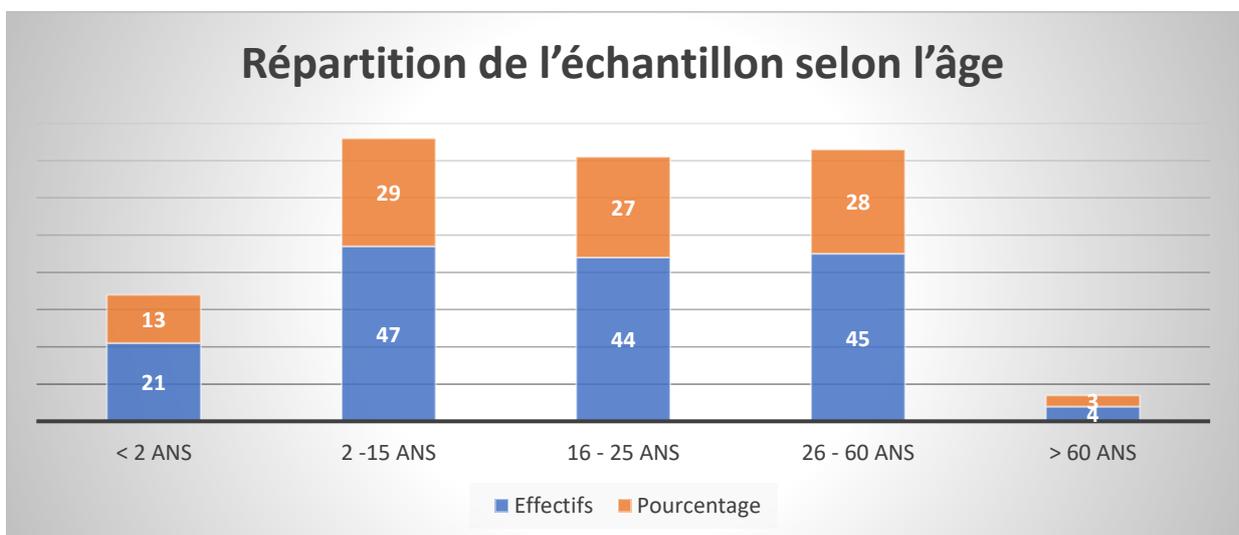
Le sex- ratio = 0,96

#### 2. Répartition selon l'âge

L'âge des malades variait de 4 mois à 70 ans. La moyenne était de 19 ans (15,62).

La tranche d'âge 2-15 ans représentait 29% de l'échantillon.

Dans notre série les sujets adultes représentaient 52,17% des cas (84/161)



**Figure 2:** Répartition de l'échantillon selon l'âge

### 3. Profession

**Tableau I:** Répartition de l'échantillon selon la profession

Profession	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Cultivateur	4	2
Elève/Étudiant	49	30
Enfant	41	25
Fonctionnaire	7	4
Ménagère	30	19
Ouvrier	30	19
Total	161	100

Les élèves/étudiants étaient la profession la plus représentée avec 30% des cas.

### 4. Statut Matrimonial

**Tableau II:** Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Célibataire	31	37
Divorcé(e)	1	1
Marié	50	60
Veuf	2	2
Total	84	100

Les célibataires représentaient 37% des adultes

## 5. Motif de consultation

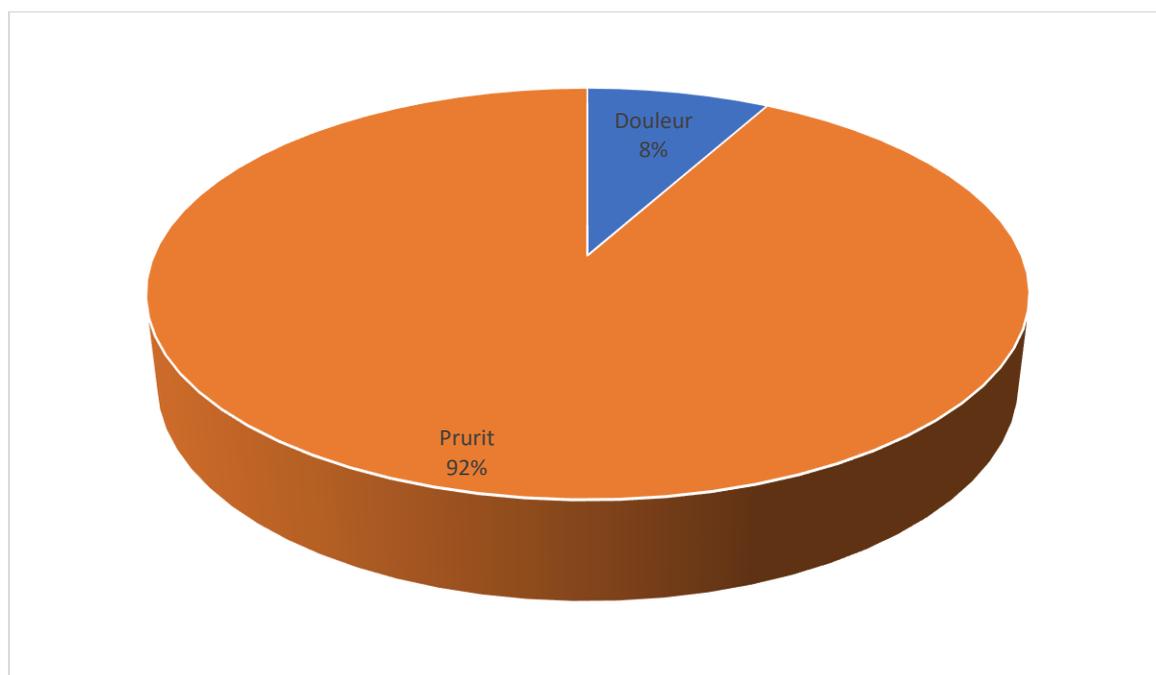


Figure 3: Répartition de l'échantillon selon le motif de consultation

Le prurit était le motif de consultation le plus noté avec 100% des cas.

## 6. Prurit

Tableau III: Répartition de l'échantillon la notion de prurit

Prurit	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Intense	131	82
Modéré	28	18
Total	159	100

Le prurit était intense dans 82% des cas.

## 7. Horaire prurit

**Tableau IV:** Répartition de l'échantillon selon l'horaire du prurit

Horaire du prurit	Effectifs	Pourcentage %
Matin	0	0
Soir	129	80
À tout moment	31	19

Le soir était l'horaire où le prurit était observé dans 80% des cas.

## 8. Siège de la lésion

**Tableau V:** Répartition de l'échantillon selon le siège des lésions

Siège des lésions	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Poignet	22	14
Cuisses	81	50
Pieds	47	29
Tronc	3	2
Seins	41	25
Plante des pieds	28	17
Interdigitaux	77	48
Cheville	18	11
Fesses	111	69
Paume des mains	28	17
Creux axillaire	37	23
Organes génitaux externe	83	52
Coude	38	24

Les fesses étaient le siège des lésions dans 69% des cas.

## 9. Lésions élémentaires

**Tableau VI:** Répartition de l'échantillon selon les lésions élémentaires

Lésions élémentaires	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Pustules	26	16
Nodules	27	17
Excoriations	52	32
Macules	3	2
Ulcérations	34	21
Papules	139	86
Croutes	6	4
Vésicules	72	45
Squames	2	1

Les lésions papuleuses étaient plus notées dans 86% des cas.

## 10. Dermatose associée

**Tableau VII:** Répartition de l'échantillon selon la dermatose associée

Dermatose associée	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Dermatophytose	4	27
Eczéma de contact	11	73
Total	15	100

L'eczéma de contact était la dermatose la plus associée à la gale dans 73% des cas

## 11. Notion de prurit dans la famille

**Tableau VIII:** Répartition de l'échantillon selon la notion de prurit dans la famille

Notion de prurit dans la famille	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	124	77
Non	37	23
Total	161	100

La notion de prurit dans la famille était la plus observé dans 77% des cas

## 12. Nombre de personnes se grattant dans la famille

**Tableau IX:** Répartition de l'échantillon selon le nombre de personne se grattant dans la famille

Nombre de personne se grattant dans la famille	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
0	37	23
1	34	21
2	41	25
3	23	14
4	11	7
5	14	9
7	1	1
Total	161	100

A l'inclusion 1 personne sur 3 se grattait dans la famille dans 25% des cas.

### 13. Notion de colocation

**Tableau X:** Répartition de l'échantillon selon la source de contamination en fonction de la notion de colocation

<b>Notion de colocation au cours des 3 derniers mois</b>	<b>Effectifs (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	52	32
Non	109	68
Total	161	100

Dans notre série 32% des cas étaient en colocation au cours des trois derniers mois.

### 14. Notion de voyage

**Tableau XI:** Répartition de l'échantillon selon la source de contamination en fonction de notion de voyage récent.

<b>Notion de voyage inférieur à 3 mois</b>	<b>Effectifs (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	45	28
Non	116	72
Total	161	100

La notion de voyage récent a été retrouvée chez 28%.

## 15. Nombre de personnes dormant dans la même chambre

**Tableau XII:** Répartition de l'échantillon selon le nombre de personne dormant dans la même chambre avec le patient

Nombre de personne dormant dans la même chambre	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
1	18	11
2	71	44
3	40	25
4	20	13
5	10	6
6	1	1
Total	160	100

Le nombre de personne dormant dans la même chambre que le cas était supérieur ou égal à 3 chez 25% de nos malades.

## 16. Moyens de transport

**Tableau XIII:** Répartition de l'échantillon selon les moyens de transport

Moyens de transport	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
En commun	67	42
Voiture	32	20
Moto	58	36
Piéton	2	1

Le moyen de transport empreinté chez les patients était le transport en commun chez 42% des cas.



L'image I : Enfant de 9ans présentant des lésions papuleuses et excoriées au niveau génital et entre les cuisses



L'image II : Nourrisson de 6mois présentant des lésions papuleuses au niveau plantaire



L'image III : Nourrisson de 6mois présentant des lésions papuleuses au niveau palmaire

L'image IV : Enfant de 10ans présentant des lésions papuleuses, excoriées et érosives au niveau des fesses





**COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur le profil épidémio-clinique de la gale à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako pendant une période de 12 mois. Le critère d'inclusion était basé sur l'examen clinique.

Les principales limites de notre étude étaient : le caractère monocentrique, le lieu de recrutement hospitalier, la taille de l'échantillon, l'absence de confirmation parasitologique et la difficulté d'établir le lien épidémiologique.

Toutefois cette étude nous a permis de décrire le profil épidémio-clinique de la gale à l'HDB.

### **Les données épidémiologiques**

La gale est une affection cosmopolite avec des prévalences variables selon les pays. Cette prévalence est plus élevée dans les pays tropicaux et les pays en développement. On estime plus de trois cent millions de personnes infectées par an selon l'OMS [24]. Dans notre étude nous avons trouvé une fréquence hospitalière de 1,8 %. Au Bénin, Masudi a rapporté une fréquence hospitalière de 4,4% et Gnebehi en Côte d'Ivoire, a rapporté une fréquence de 3,1% sur une période de 3 ans [25,26]. Au Mali, Sylla et coll ont rapporté une fréquence de 42,85% lors d'une épidémie de gale dans un camp militaire en 2022 [27]. En 2018 au Mali, Mahé et al ont rapporté une prévalence de 16,6% dans une enquête populationnelle [28]. La disparité de ces chiffres pourrait s'expliquer par l'approche méthodologique. La gale est actuellement classée parmi les maladies tropicales négligées de la peau selon l'OMS depuis 2017 [29]. La gale est souvent considérée comme une maladie liée à une mauvaise hygiène corporelle justifiant ainsi la stigmatisation des personnes infectées d'où le retard diagnostique et la propagation rapide de la maladie du fait de la contamination de plusieurs personnes dans la communauté.

## **Les données sociodémographiques**

### **Le sexe**

La répartition de la gale selon le sexe varie selon les études. Dans notre cohorte nous avons retrouvé une légère prédominance féminine. Une étude multicentrique a montré une prédominance masculine en Europe de l'est avec une sex-ratio de 1,23 comparativement à 0,77 retrouvé en Europe du centre [29]. Plusieurs auteurs Africains ont rapporté cette prédominance féminine [25, 30]. Cette situation pourrait s'expliquer par une forte demande de soins des femmes en milieu dermatologique. Les habitudes vestimentaires et cosmétiques jouent un rôle dans l'augmentation supplémentaire de cette demande de soins.

### **L'âge**

Toutes les tranches d'âges peuvent être infectées par la gale. La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude était celle de 2 à 15 ans avec un âge moyen de 19 ans. Ces résultats étaient en accord à ceux rapportés antérieurement par Mahé [28]. Beaucoup d'auteurs ont rapporté cette tendance dans les séries sous régionales [25, 26, 30]. La gale est une maladie contagieuse transmise par un contact étroit et répété. Il est courant que les enfants jouent ensemble et sont en contact étroit. La contamination fréquente chez cette tranche d'âge pourrait être le résultat de la promiscuité prévalente dans notre contexte. Contrairement aux européens, les enfants partagent généralement à plusieurs la même chambre voire la même couchette d'où la propagation.

## **Les données cliniques**

### **Le prurit**

Le prurit est le maître symptôme de la gale. Son caractère nocturne et familial sont essentiels au diagnostic même en absence de signes cutanés spécifiques. Ce prurit du fait de la nuisance physique fait toute la gravité de la maladie. Il expose le sujet au risque infectieux à streptocoque pouvant conduire aux glomérulonéphrites post streptocociques, source d'insuffisance rénale chez les enfants.

La rupture de la barrière cutanée causée par l'excoriation expose également à la survenue d'eczéma [31]. L'inconfort lié au prurit est un motif fréquent de consultation. Le prurit était présent chez tous nos patients. Il était intense avec une recrudescence nocturne plus de 2/3 de notre échantillon. La notion de prurit familial était retrouvée chez plus de 77% de nos cas. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par Ngolo et al au Bénin qui a rapporté une fréquence de prurit familial de 68% [25]. Cette même tendance a été observé dans plusieurs études africaines [25, 26, 30, 31, 32].

### **Les lésions cliniques**

Les manifestations cliniques spécifiques de la gale sont les sillons scabieux, nodules scabieux, des vésicules perlés avec des topographies électives (coude, organes génitaux externes, poignet, avant-bras) [25]. Les manifestations non spécifiques sont essentiellement les lésions de grattage, les papules excoriés ou lésions de surinfection. Les lésions élémentaires les plus retrouvées chez nos cas étaient des lésions vésiculo-papuleuses avec excoriation. La topographie des lésions était classique [25]. Nos résultats sont comparables aux travaux de Ngolo au Bénin, qui a rapporté 78 % de lésions vésiculo-papuleuses [25]. Les lésions non spécifiques de la gale est la manifestation la plus commune. La plupart des auteurs pensent que ces manifestations non spécifiques sont dues au retard de consultation et la conséquence du prurit.

### **Le lien épidémiologique**

La gale est une maladie exclusivement interhumaine. Les principaux facteurs de contamination décrites sont la promiscuité, l'hygiène corporelle défectueuse, la literie etc. Dans notre étude, une notion de prurit familial affectant au moins trois membres de la famille a été retrouvé chez le tiers de nos patients. La notion de promiscuité a été systématiquement recherché. Elle était forte chez plus de 7%. Cette notion de promiscuité est importante dans la transmission de la maladie et elle a aussi un rôle crucial dans la prise en charge de cette affection.

Dans notre étude cette notion de promiscuité était caractérisée par le fait que plus de cinq personnes partageaient parfois la même chambre. Robert et al en Éthiopie ont rapporté 3,5 % plus de cinq personnes dans la même chambre [32]. La notion de contagé était rapportée chez trois- quarts de cas dans la série béninoise [31]. En milieu carcéral, au Niger il a été rapporté un lien statistique entre la gale et l'hygiène corporelle notamment la fréquence de toilette ( $p < 0,05$ ) et l'utilisation du savon ( $p < 0,05$ ) [31]. Aucune corrélation statistique n'a été établie entre les moyens de transport et la gale dans notre étude. Néanmoins, il est évident qu'un grand nombre de patients utilisent un moyen de transport public dans notre série. Les travaux ultérieurs sont nécessaires pour décrire les facteurs de risque de la maladie.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **CONCLUSION**

Loin de disparaître, la scabiose demeure notre compagnon de tous les jours avec une tendance à la propension et touche toutes les couches sociales. Son caractère très contagieux et sa chronicité impliquent une éducation et une sensibilisation aussi bien de nos populations que des praticiens au diagnostic précoce.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Personnels de santé :

- Avoir le réflexe de la référence des patients vers les spécialistes.
- Eviter les traitements intempestifs et inadaptés.

Aux autorités sanitaires :

- Organiser des campagnes d'information, de sensibilisation, radiodiffusées et télévisées afin d'inciter la population à consulter dans les centres de santé et précocement.

A la population :

- Fréquenter les centres de santé et consulter le plus tôt possible
- Eviter l'automédication et les consultations des tradithérapeutes

# REFERENCES

## REFERENCES

- [1] Barete S, Chosidow O, Bécherel P, Caumes E. Ectoparasitoses (poux et gale) et piqûres d'insectes. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 8-530-A-10.
- [2] Revuz J. La gale dans les maisons de retraite. Concours Méd 1994 ; 116 : 2325-9.
- [3] Ceulemans B. ; Tennstedt D. ; Lachapelle J. M. La gale humaine : Réalités d'aujourd'hui. Louvain médical A. 2005 ; 124(6) : S127-S133.
- [4] Gaspard L, Laffitte E, Michaud M, Eicher N, Lacour O, Toutous-Trellu L. Scabies in 2012. Rev Med Suisse 2012 ;8(335) :718-22, 724-5.
- [5] Gallais V, Bourgault-Villada I, Chosidow O. Poux et gale : nouveautés cliniques et thérapeutiques. La Presse médicale (1983) A. 1997 ;26(35) :1682-6.
- [6] Hicks MI, Elston DM. Scabies. Dermatol Ther 2009 ;22(4) :279-92.
- [7] Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world--its prevalence, complications, and management. Clin Microbiol Infect 2012 ;18(4) :313-23.
- [8] Worth C, Heukelbach J, Fengler G, Walter B, Liesenfeld O, Feldmeier H. Impaired quality of life in adults and children with scabies from an impoverished community in Brazil. Int J Dermatol 2012 ;51(3) :275-82.
- [9] Tounkara C. Etudes épidémiologiques cliniques et thérapeutiques de la gale à sarcopte scabiei hominis du District de Bamako. *Thèse de Médecine. Bamako 1993. 31.*
- [10] Sawadogo S, Ouedrago L, Konate I ; Kylemn I.F, Sanou I, Ouedrago S.M; Traore A. Aspects épidémiologiques de la gale humaine en milieu scolaire dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). *Les Nouvelles Dermatologiques .2000. 19 (4) : 334-337.*
- [11] Makoutode M, Dogmo S, Ouendo.E.M, Agossou T.H, Bessaoud K. Fréquence des pathologies et risqué sanitaire dans la prison civile de Cotonou au Bénin. *Médecine Tropicale 2004. 51 (2) : 105-11.*
- [12] Sheling F, Walton A, Bart J, Curie E. Problems in diagnosing scabies, a global disease in Human and animal population. *Clinical Microbiology Reviews. Australia in Charles Darwin university.2006. P : 256279.*
- [13] Traore B. Dermatoses infectieuses courantes à l'institut Marchoux, aspects épidémiologiques et approches diagnostiques et thérapeutiques. *Thèse de Médecine. Bamako 1994 , 98.*
- [14] Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie. GaleouScabiose.[Enligne].<http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/gale/site/html/1.html>. Consulté le 10/ 05/ 2024 à 22H50'

- [15] Sheling F, Walton A, Bart J, Curie E. Problems In Diagnosing Scabies, A Global Disease In Human And Animal Population. *Clinical Microbiology Reviews*. In Charles Darwin University.2006. Australia P : 256279.
- [16] Saurat. J.H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J.M *Maladies Infectieuses. Dermatologie Et Vénérologie*, Masson, 2004 P : 150- 153
- [17] Debrock C Et Collaborateurs *Recommandation Concernant La Gale Dans Les Établissements De Soins Et Médicosociaux*. France 2004 CCLIN Ouest Centre De Coordination De La Lutte Contre Les Infections Nosocomiales De L'ouest. France 2004.
- [18] Heid E, Taieb A, Crickx B. *Ectoparasites Cutanés : Gale Et Pédiculose*. *Ann Dermatol Venereol*. 2002 ; 129 ; S23-6
- [19] Debrock C et collaborateurs. *Conduite à tenir devant un cas de gale*. Conseil supérieur d'hygiène publique de France section des maladies transmissibles. Séance du 17janvier 2004.
- [20] Vorou R, Remoudaki H, Maltezou H. *Scabies Nosocomial*. *Journal De L'infection D'hôpital*. Vol : 65, L'issue 1. Janvier 2007. P : 9-14
- [21] Crickx B. *Epidémie de gale communautaire*. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Saint Maurice (France). 2008.
- [22] Association Mieux Prescrire (Editeur Scientifique) *Gale*. *Revue Prescrire*. Paris ; 2007 27 281 : 217-220.
- [23] S. Viaud, E. Bensignor. *Dermatozoonoses in dog and cat*. *Pratique médicale et chirurgicale de l'animal de compagnie* (2008) 43, 131—139
- [24] Organisation Mondiale de la Santé. *Eau, assainissement et santé 2018*. [En ligne] [www.who.int](http://www.who.int). Consulté le 10/08/2024).
- [25] Ngolo Masudi, Degboe Bérénice, Akpadjan Fabrice, Ndayazi Byemero, Muhubao Bahati Promesse, Shukuru Bisimwa Justin Et Atadokpede Félix. *Gale Humaine : Aspects Epidemiologiques, Cliniques Et Therapeutiques Au Bénin*. *Am J Innov Res Appl Sci* 2021 ; 13(3) : 380-384.
- [26] Yaw Ampem Amoako<sup>1,2,3\*</sup>, Lotte Suzanne van Rietschoten<sup>3</sup>, Michael Ntiamoah et al. *Croyances, attitudes et pratiques face à la gale dans le centre du Ghana*. *PLos Negl Trop Dis*. 2023 ; 17(12) : e0011826.<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011826>
- [27] Sylla O. *Investigation et prise en charge d'une épidémie de gale dans un camp militaire au nord Mali*. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie-FMC*. 2022 ; (Vol 2) :pages A357-A358
- [28] Antoine Mahé, Maryland, Idrissa Ah. Cissé, Maryland, Ousmane Faye Et Al. *Skin Disease In Mali*. *Journal International of Dermatology*. 1998 ;(37) :673-676

- [28] Daniel Engelman, Andrew C. Steer. Control Strategies for Scabies. *Trop. Med. Infect. Dis.* 2018, (3):98
- [30] Bayaki Saka, Panawe Kassang, Piham Gnossiké, Michael G. Head et al. Prévalence des maladies tropicales négligées de la peau et des infections fongiques superficielles dans deux écoles périurbaines et une communauté rurale au Togo. *PLoS Negl Trop Dis* 16(12) : e0010697. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010697>
- [31] Moussa Harouna, Abdoul Kadir Ibrahim Mamadou, Mazou Hamadou, Saraye Ousmane, Kadidia Issa Abdou, Inouss Ali, Oumalkhair Zakari Sidi. Prevalence And Associated Factors of Human Scabies in Prisons in Dosso, Niger. *Revue De La Société Francophone De Médecine Tropicale Et Santé Internationale.* 2023
- [32] Ambaw Bogino<sup>1</sup>, Beshada Zerfu Woldegeorgis et al. Prévalence de la gale et facteurs associés chez les prisonniers du sud de l'Éthiopie. *PLoS Negl Trop Dis.* 2023 ; 17(12) : e0011826. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011826>

# ANNEXES

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

#### I/ DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q1. N° de la fiche d'enquête

Q2. Date de réception du malade

Q3. Nom

Q4. Prénom

Q5. Age

s

Q6. Sexe

1. Féminin

2. Masculin

Q7. Ethnie

1. Bamanan

2. Soninké

3. Malinké

4. Dogon

5. Sonrhäi

6. Autres

Q8. Provenance

1. Région de Kayes

2. Région de Sikasso

3. Région de Koulikoro

4. Région de Ségou

5. Région de Mopti

6. Région de Gao

7. Région de Tombouctou

8. Région de Kidal

9. Autres

Q9. Résidence (District de Bamako)

Commune I

Commune II

Commune III

Commune IV

Commune V

Commune VII

Q10. Niveau d'instruction

1. Primaire

2. Secondaire

3. Supérieur

4. Non scolarisé

Q11. Profession

1. Elève

2. Femme au foyer

3. Commerçant

4. Fonctionnaire

5. Cultivateur

6. Etudiant

7. Autres

Q12. Statut matrimonial

1. Célibataire

2. Marié(e)

3. Divorcé (e)

4. Veuf (Ve)

#### II/ DONNEES CLINIQUES

Q13. Motif de Consultation

1. Prurit

1.1. Prurit léger

1.2. Prurit modéré

1.3. Prurit intense



## FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM :** CAMARA

**PRENOM :** Madeleine Claude

**ADRESSE EMAIL :** madeleineclaudecamara@gmail.com

**TITRE DE LA THESE :** Profil Epidémiologique de la Gale à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2023-2024

**PAYS D'ORIGINE :** Malienne

**LIEU DE SOUTENANCE :** Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.OS.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B)

**SECTEURS D'INTERET :** Dermatologie

### RESUME

**Introduction :** La gale est une dermatose parasitaire, très prurigineuse, contagieuse, due au sarcopte scabiei var hominis. Cette affection survient par épidémies cycliques. Parfois le lien épidémiologique est souvent difficile à connaître d'où la complexité de la prise en charge de cette maladie. Le but de notre travail est de décrire le profil épidémiologique de la gale à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako en 2024. **Méthodes et patients :** Nous avons mené une étude transversale descriptive sur le profil épidémio-clinique de la gale à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako pendant une période de 12 mois. Le critère d'inclusion était basé sur la clinique. **Résultats :** Au total sur 40959 consultations, nous avons eu 765 cas de gale soit une fréquence hospitalière de 1,8%. Parmi ces 765 cas de gale nous avons inclus 161 patients selon le critère d'inclusion soit une fréquence de 0,39%. Le sexe féminin représentait 51% de l'échantillon soit un sexe ratio = 0,96. L'âge moyen était de 19 ans avec des extrêmes de 4 mois et de 73 ans. Les fesses étaient le siège des lésions dans 69% des cas.

Les lésions papuleuses étaient plus notées dans 86% des cas. La notion de voyage récent a été retrouvée chez 28%. Le nombre de personne dormant avec le patient atteint était (03 personnes) et représentait 25%. **Discussion :** La gale est une affection cosmopolite avec des prévalences variables selon les pays. Cette prévalence est plus élevée dans les pays tropicaux et les pays en développement. On estime plus de trois cent millions de personnes infectées par an selon l'OMS. Dans notre étude les signes cliniques et le lien épidémiologique étaient ceux décrites par la littérature. **Conclusion :** Loin de disparaître,

la scabiose demeure notre compagnon de tous les jours avec une tendance à la propension et touche toutes les couches sociales.

**MOTS CLES :** Gale, épidémiologie, au CHU Dermatologie de Bamako

**ABSTRACT :**

Scabies is a highly pruritic, contagious parasitic dermatosis caused by the *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. The disease occurs in cyclical epidemics. The epidemiological link is often difficult to establish, hence the complexity of the management of this disease. The aim of our work is to describe the epidemiological profile of scabies at the Bamako Dermatology Hospital in 2024. Methods and patients: We conducted a descriptive cross-sectional study of the epidemiological profile of scabies at the Bamako Dermatology Hospital over a 12-month period. The criteria for inclusion was clinical. Results: In total, out of 40959 consultations, we had 765 cases of scabies, frequency in hospital of 1.8%. Of these 765 cases of scabies, we included 161 patients according to the inclusion criterion, a frequency of 0.39%. Women accounted for 51% of the sample, giving a sex ratio of 0.96. The mean age was 19 years, with extremes of 4 months and 73 years. The buttocks were the site of lesions in 69% of cases. Papular lesions were noted in 86% of cases. Recent travel was noted in 28% of cases. The number of people sleeping with the affected patient was (03 people) and represented 25%. Discussion: Scabies is a cosmopolitan disease with variable prevalence in different countries. Prevalence is higher in tropical and developing countries. According to the WHO, it is estimated that more than three hundred million people are infected each year. In our study, the clinical signs and epidemiological link were those described in the literature. Conclusion: Far from disappearing, scabiosis remains our everyday companion with a tendency to increase and affects all social strata.

**KEYWORDS:** Scabies, epidemiology, at Bamako Dermatology University Hospital

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**