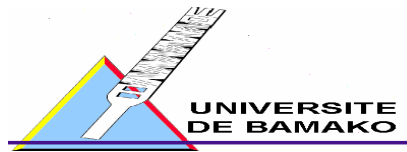


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



**Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

N°.....

TITRE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET
CLINIQUE DE LA SCABIOSE DANS
LE SERVICE DE DERMATOLOGIE
DU CHU GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le //2010

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Mafing Keita

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Abdoulaye Ag RHALY

Membres : Docteur Idrissa Ahmadou CISSE

: Professeur Sounkalo DAO

Directrice: Docteur KONARE Habibatou DIAWARA

DEDICACE

Au nom d'Allah le tout puissant et miséricordieux, Gloire, louange à Dieu, Maître de tous les temps, de tout le monde, et de tous les cieux de m'avoir donné le temps et les moyens nécessaires de mener à bien, ce travail.

Je dédie ce travail :

➤ *A la mémoire de mon père : Mamourou keita*

Tu n'as ménagé aucun effort pour mon éducation. J'ai fait preuve de courage comme tu me l'as conseillé, l'éducation que tu m'as donnée a toujours été enviée par les autres. Que Dieu t'accorde sa grâce et sa miséricorde! Amen!

➤ *A ma mère : Boundy Coulibaly*

Aucun mot n'exprimera mes sentiments pour toi. Ta bravoure, ton courage ta dignité, ton savoir faire et ta responsabilité ont fait de toi une femme exemplaire, que Dieu te prête longue vie et plein de santé.

➤ *A la mémoire de ma tante : Alima Coulibaly*

Vous avez été arrachée très tôt à notre affection, vous avez été pour moi comme une mère, durant les premières années de mon cycle à Médecine. Vous étiez et resterez un modèle de courage d'endurance

Tout ce qui m'attriste c'est que vous ne soyez pas présente aujourd'hui. Dormez en paix

LES REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, mes remerciements, et ma reconnaissance vont à ceux qui m'ont soutenu, moralement, physiquement, matériellement

A mon cousin Zoumana Coulibaly et sa femme Tènè Kanté

Merci de m'avoir accueilli chez vous pour le reste de mon cycle soyez en rassuré que je me souviendrai toujours de tout ce que vous aviez fait pour moi.

A mon cher mari : Douga Coulibaly

Tu as toute ma reconnaissance, mes remerciements pour la bonne réalisation de cette thèse qui est et qui restera le tien. Jamais je ne t'oublierai, tout mon amour est à toi.

A mon tonton Moussa Balla Coulibaly :

Toute ma reconnaissance pour l'affection et l'aide dont j'ai toujours bénéficiées de vous.

A mon tonton : Mamourou Keita dit Baba :

Je vous remercie pour l'affection et l'aide dont j'ai toujours bénéficiées et cela depuis mon enfance. Je trouve en vous une éducation de talent, calme et envié d'amour pour les enfants d'autrui.

A mon frère : Modibo Keita

Je vous remercie pour l'affection et l'aide dont j'ai toujours bénéficiées et cela depuis mon enfance.

A mon oncle Dr Soumounou

Je ne saurais vous dissocier de ce travail qui est le fruit de vos soutiens et encouragements.

A mon frère Adama Sangaré Actuel Maire du District de Bamako

Tu as été pour moi un soutien moral et financier durant ma vie étudiante. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma famille: Djanguiné Kéita, Assetou Keita, Moussa Keita, Kaki, la vieille ; Batoma , Maimouna ,N'balou ; Gaoussou Traoré, Mr Mangara du Ministère de l'Education Ballo, Maiga, Bocar Soumounou.

Aux personnels du Ministère de l'Industrie

A mes amis : Dr Traoré Rokiatou, Dr Ousmane ; Dr Bill, Idrissa Traoré, Aminata Boré, Dr Edith

A mes aînés du Service : Dr Malla, Dr Safi, Dr nanakassé, Dr Fouseyni, Dr Diang ,
Dr Sangata , Dr Yaya

A mes collègues du Service : Cissé, Zana, Sala, Yacou, Saïdou, Maissata, Ramata,
Serge,

A mes cadets du Service : Rotoumou ; Louis ; Sanogo

**HOMMAGE
AUX MEMES
DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr. Abdoulaye Ag RHALY

Professeur Titulaire en Médecine Interne

Ancien Directeur Général de l'INRSP

Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE

Secrétaire Permanent du comité d'éthique national pour la santé et les sciences de la vie

Chevalier de l'Ordre International des Palmes Académiques du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur

Cher maître

Vous nous avez fait honneur en acceptant d'être le président du jury de ce travail. Votre modestie et votre rigueur scientifique pour l'encadrement des étudiants nous ont beaucoup émerveillés. Votre éloquence qui nous fait rêver, fait de vous un enseignant hors du commun. Acceptez ici nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Soukalo DAO

Praticien hospitalier au SMIT

Diplômé des maladies infectieuses et tropicales

Maître assistant à la FMPOS

Chercheur au programme de recherche du SEREFO :

NIAD/NIH/FMPOS sur la tuberculose.

Cher maître

En acceptant d'apprécier ce modeste travail, vous contribuez sans doute à son amélioration.

Votre simplicité et votre disponibilité nous ont beaucoup touchés.

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Idrissa Ahmadou CISSE

Spécialiste en Médecine Tropicale et Parasitaire

Spécialiste en Endoscopie Digestive

Maitre Assistant en Rhumatologie

Ancien Maître Assistant en Dermatologie Vénérologie

Chef du service de Rhumatologie du CHU du point G

Secrétaire General du ROMY (Réseau- Ouest-Africain de la prise en charge des Myopathologie.

Secrétaire principal à la FMPOS

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury et ce malgré vos multiples et importantes occupations.

Vos qualités humaines, votre simplicité et votre modestie forcent notre admiration

Veillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Dr KONARE Habibatou DIAWARA

Maître Assistant à la F.M.P.O.S.

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie

Chef de service de la Dermatologie du CHU Gabriel Touré.

Cher maître

Vous nous avez confié ce travail. Je ne trouverai certainement pas la formule pour vous exprimer ma reconnaissance et ma profonde gratitude pour votre soutien total tout au long de ce travail.

Votre simplicité ; votre rigueur et votre respect dans le travail nous ont beaucoup marqué. Veuillez accepter ici, modestement, l'expression de notre admiration à votre égard.

Que ce travail soit pour nous le début d'une longue collaboration

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
Objectifs	
<u>1-GENERALITES</u>	6
1-1Historique	
1-2-Epidémiologie	
1-2-1- L’agent pathogène	
1-2-2-Anatomie morphologique	
1-2-3-Le réservoir de germe	
1-2-4-Cycle parasitaire	
1-2-5-Mode de contamination	
1-2-5-1-Transmission directe	
1-2-5-2-Transmission indirecte	
1-2-6-Les facteurs favorisants	
1-2-7-Répartition géographique	
1-3-Clinique	
1-3-1-Type de description	
1-3-1-1-Période d’incubation	
1-3-1-2-Signe subjectif	
1-3-1-3-Signes objectifs	
1-3-2-Formes cliniques	
1-3-2-1-La gale des ‘gens propres’	
1-3-2-2-Gale du nourrisson	
1-3-2-3-Gale profuse	
1-3-2-4-Gale croûteuse, gale norvégienne	
1-3-2-5- Gale bulleuses	
1-4-Diagnostic	
1-4-1-Diagnostic positif	
1-4-2-Diagnostic différentiel	
1-5-Evolution, complications	
1-6-Traitement	
1-6-1-Critères thérapeutiques	
1-6-2-L’indication et méthode	
1-6-3-Activité et délai d’action	

1-6-4-Contre-indications et précautions d'emploi	
1-6-5-Effets secondaires	
1-6-6-Moyens de contrôle	
2- <u>METHODOLOGIE</u>	16
2-1-Cadre et lieu d'étude	
-Historique	
-Situation	
2-2-Type et période d'étude	
2-3-Population d'étude	
2-4-L'échantillonnage	
2-4-1-Critères d'inclusion	
2-4-2-Critères de non inclusion	
2-5-Recueil des données	
2-5-1-Interrogatoire	
2-5-2-Examen physique	
2-5-3-Données para cliniques	
2-6-Supports	
2-7-Ethique	
3-<u>RESULTATS</u>.....	20
3-1-Profil épidémiologique	
3--2-Clinique	
3-3-Thérapeutique	
4-<u>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</u>.....	29
4-1-Discussion des résultats	
4-1-1-Epidémiologie	
4-1-2-Clinique	
5-<u>CONCLUSION ET RECOMMANDATION</u>.....	33
5-1-Conclusion	
5-2-Recommandations	
6-<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>.....	36
<u>ANNEXES</u>	
<u>RESUME</u>	

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM	: Autorisation de mise sur le marché
CCLIN	: centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CHU	: centre hospitalier universitaire
EA	: Effectif absolu
G	: gramme
H	: Heure
≤	: Inférieur ou égale
Kg	: kilogramme
Kg /j	: kilogramme par jour
Mg	: Milligramme
N°	: numéro
OMS	: organisation mondiale de la santé
%	: pourcentage
>	: Supérieure
VIH	: virus d'immunodéficience humaine
VIH1	: virus d'immunodéficience humaine de type 1
Vol	: volume

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La gale est une maladie ectoparasitaire due à un acarien *Sarcoptes scabiei* var *hominis*, elle est transmise dans l'immense majorité des cas par contact interhumain direct.

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 [1].

La gale constitue un problème pour les humains depuis avant le premier millénaire. Déjà, les premiers écrivains qui ont décrit les troubles de santé de l'humanité en rendaient compte. Elle est causée par un acarien, les *Sarcoptes scabiei*, variante *hominis*, et se transmet d'une personne à l'autre par contact cutané. Le risque de propagation est directement proportionnel à la qualité de parasites présents. Par ailleurs, la propagation peut se produire à partir des draps de lit, même si les acariens ne survivent pas longtemps après avoir quitté la peau [2].

Quasiment disparue après la seconde guerre mondiale, elle a repris depuis 1964. Son actualité ne se dément pas.

De nos jours la gale est encore extrêmement fréquente et sa méconnaissance favorise de nombreuses contaminations qui pourraient être évitées par un diagnostic précoce. Encore faut-il y penser car la gale touche les collectivités de personnes âgées comme les maisons de retraite et les longs séjours essentiellement parce que l'état immunitaire global des personnes âgées est faible. Mais elle peut aussi être à l'origine d'épidémies dans des unités de court séjour. Les épidémies peuvent être longues à maîtriser et le retard du diagnostic en une cause essentielle. [3].

Actuellement, le diagnostic de gale humaine est régulièrement posé en consultation de dermatologie, vu la recrudescence de cette affection au sein des collectivités, le plus souvent. Mais également chez les personnes isolées [4].

On estime que trois millions de cas de gale pourraient se manifester de par le monde chaque année. Dans certaines régions, la prévalence de la gale est beaucoup plus élevée que celle de la diarrhée ou des maladies des voies respiratoires supérieures.

C'est particulièrement un problème en cas de promiscuité ou dans les pays et collectivités en voie de développement.

Le non respect du traitement ou l'absence de traitement convenable peut transformer la gale en problème de santé publique. Elle peut être une affection révélatrice chez les patients immunocompromis. Enfin, la forme crouteuse de la gale est non seulement difficile à traiter, mais également très contagieuse. Il peut même constituer un risque pour les dispensateurs de soins [2].

Si la gale demeure une affection bénigne, elle se caractérise aussi par une forte contagiosité pouvant être à l'origine d'épidémie longue, difficiles à maîtriser. Notamment dans les collectivités et institutions, et occasionnant de ce fait des couts et des surcharges de travail non négligeables. La prise en charge de ces épisodes nécessite des mesures à la fois énergiques et rigoureuses qui doivent être rapidement mise en place pour enrayer efficacement l'épidémie [5].

L'évaluation de l'épidémiologie de la scabiose n'a jamais été facile. C'est un problème particulier dans les pays en voie de développement ou la plupart des individus affectés sont des enfants habituellement plus jeunes que 15 ans [6,7].

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 [8].

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% [9].

En 2001 au Bénin une étude menée dans la prison civile de Cotonou montre que sur 246 détenus ; 45,5% présentaient la scabiose [10].

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 [11].

De février 1994 à mars 1995 à Bamako, une étude a rapporté 108 cas de gale sur 10686 consultants [12].

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. Les caractères méthodologiques de ces études et leur aspect parcellaire nous ont incités à initier ce travail.

Le but de notre travail est d'étudier la scabiose dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif général

Etudier la gale dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré

2-Objectifs spécifiques :

1-Décrire le profil épidémiologique des patients atteints

2-Rapporter les différents aspects cliniques

3-Formuler des recommandations visant à améliorer la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la scabiose.

GENERALITES

1-GENERALITES

1-1- 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 scabies, les décrivant comme « poux dans les habits, et utilisant le "de limite ; akari". Plus tard, des scabieis ont été mentionnés par différents auteurs, y compris L'EL arabe d'EL HASAN AHMED D'Abu de médecin Tabari, environ 970, SAINT HILDEGARD (1098 1198), et le médecin maure Avenzoar (1091 1162).

En 1687, BONOMO et CESTONI ont exactement décrit la cause des scabioses dans une lettre, on pense que leur description racontant la nature du parasite, la transmission, les traitements possibles, et les schémas microscopiques des acarides et des œufs du sarcopte scabiei : est la première mention de la théorie parasite de maladies infectieuses. 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 [11].

La gale norvégienne dite croûteuse est décrite pour la première fois chez les lépreux de norvège en 1848 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 et 1965 à tel point que l'on pouvait envisager la disparition de la maladie. Une poussée épidémique c'est à nouveau manifestée 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 [1].

1-2-EPIDEMIOLOGIE

1-2-1 L'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 [3].

C'est la réaction de l'organisme contre le sarcopte et ses déjections qui expliquent la plupart des signes cliniques [13].

1-2-2- 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 millimètre de long alors que le male plus petit ne mesure que 0,25 millimètre et les œufs 0,15 millimètre. Il est impossible de voir le parasite à l'œil nu [3].

1-2-3-Le 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 réadapter à l'homme [1].

1-2-4-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 mm par jour. L'orientation des ornements tégumentaire de la femelle sarcopte lui interdit tout mouvement de recul : elle est condamnée à avancer dans une galerie qui reste béante derrière elle et ne contient que des excréments noroïdes ou des œufs.

La femelle commence à pondre dès le quatrième jour après l'accouplement de 2 à 3 œufs par jour ; mais 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 [3].

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 croûteuse ou norvégienne), leur nombre est au moins de plusieurs centaines [14].

1-2-5-Mode de contamination [3]

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 responsables 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.

La transmission se fait par deux modes principaux :

1-2-5-1-La transmission directe :

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 transmission sexuelle : la gale est une MST (Maladie sexuellement transmissible) pour les soignants, les contacts peau à peau sont essentiellement induits par les soins de nursing.

1-2-5-2-La transmission indirecte : 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 hyperkeratosique (riche en parasite).

1-2-6-les 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 [1].

Les modalités de la transmission sont étroitement liées à la biologie de l'acarien. C'est un acarien femelle qui est responsable ; celui-ci a une bonne mobilité pour les températures de 25° 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°, perd sa mobilité en dessous de 20° C et meurt probablement en 12 à 24H [13].

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 sur chargement [11].

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 [15].

1-2-7-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 [11].

1-3-CLINIQUE :

1-3-1-Type de description : la gale de l'adulte

1-3-1-1-La période d'incubation :

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.

1-3-1-2-Signe subjectif : la gale se caractérise par un signe subjectif important : le prurit ; celui-ci au début peut être localisée 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

1-3-1-3-Les signes objectifs :

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

Aspects Typiques :

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 surtout aux régions interdigitales des mains et sur les faces antérieures des poignets ; il est à voir chez les sujets à hygiène très déficiente. Car il peut être souligné par la crasse. 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 immatures d'acariens.

Les signes aspécifiques de la gale peuvent être importants et égarer le diagnostic ; il s'agit de lésion de grattage en stries linéaires, de lésion excoriées, de lésions surinfectées et crouteuses 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, l'ombilic, fesses ; la face interne des cuisses. Le visage, le cou, sont en règle 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 bilatérale 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 [1].

1-3-2-FORMES CLINIQUES :

1-3-2-1-La gale des “ gens propres ”

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

1-3-2-2-Gale du nourrisson :

Elle se caractérise en plus de signes déjà mentionnés par l’existence d’une éruption vésiculo-pustuleuse 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 [1].

L’enfant est souvent irritable, agité et s’alimente moins. Le caractère familial de la maladie représente un argument diagnostique important [5].

1-3-2-3-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 est un nombre important de parasite. Le prurit est présent, le cuir –chevelu peut être atteint. Une corticothérapie locale ou générale est souvent en cause.

1-3-2-4-gale crouteuse, 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 .Elles sont naturellement très contagieuses et responsable d’épidémie dans les collectivités de personnes âgées.

1-3-2-5-Gale bulleuse : elle est exceptionnelle et simulant la pimphigoïde 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 traitement d’une gale et être l’origine de récurrences [1]

1-4-DIAGNOSTIC :

1-4-1-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 [16]. Le résultat négatif de la biologie ne permet pas d'éliminer la gale [5].

1-4-2-Diagnostic différentiel :

-La pédiculose corporelle : a une éruption clinique et topographique différente et le parasite est facilement retrouvé dans les vêtements.

La gale acarienne animale due à des variétés de sarcopte scabiei d'origine animale, 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 leurs identifications nécessitent un entomologiste avant.

-La gale onchocercarienne : 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 : survenant surtout chez les petits noirs ou asiatiques, correspond dans certains cas à une gale

La recherche d'acariens doit être systématique. Les autres causes de prurit métaboliques (cholestase, insuffisance rénale) sont plus ou moins facilement identifiées [1].

1-5-EVOLUTION, 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 cuivrés, 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'affaissent progressivement et finissent par disparaître sans qu'il soit nécessaire de répéter le traitement antiparasitaire

1-6-TRAITEMENT :

1-6-1-Critères thérapeutiques :

L'éradication du parasite, ainsi que la prévention de la contagion.

Un traitement symptomatique du prurit et des lésions associées est nécessaire.

-face à un prurit persistant, et s'il existe un cas de gale avéré dans l'entourage, et la notion de prurit nocturne, le traitement d'épreuve par un topique anti scabieux paraît être justifié quand l'examen parasitologique est inaccessible ou négatif, en l'absence de signe clinique spécifique.

Au sein d'une famille, il paraît cohérent de traiter les personnes les plus proches de celle atteinte d'une gale avérée, au moins celles qui partagent le même lit, et ce, même en l'absence de signes cliniques [17].

Un traitement symptomatique du prurit et des lésions est parfois nécessaire. En cas de surinfection bactérienne avérée, une antibiothérapie par voie orale à visée anti staphylococcique et antistreptococcique doit être instaurée un à deux jours avant le traitement de la gale. Un antihistaminique sédatif ou non, est parfois proposé contre le prurit [5].

1-6-2-L'indication et méthode :Le traitement concerne les sujets atteints de gale et l'entourage familial. Il est à appliquer sur la totalité de la surface corporelle. Y compris le cuir chevelu, en respectant le visage.

En France ; le benzoate de benzyle à 10%(Ascabiol) est d'usage courant avec une durée d'application de 12à24 heures enfant et chez l'adulte. Le linge de corps, les draps et les traies d'oreilles doivent être lavés à 60°C.

Le lindane (Elenol, scabecid) est moins utilisé en France, la durée de contact est de 12 heures et une application serait suffisante. Il est à éviter chez l'enfant de moins de 2 ans et la femme enceinte.

Le clofenotane (DDT) à 6% doit être évité en raison de sa rémanence dans l'environnement.

Le crotamiton à 10% est parfois conseillé pour les nodules scabieux et post-scabieux. Les pyrethrinoides (Esdepallethine) ont l'avantage de pouvoir être utilisée chez la femme enceinte et le nourrisson.

Ainsi l'ivermectine (stromectol) qui avait été utilisée avec succès chez les sujets infectés par le VIH et chez lesquels, les traitements classiques avaient échoués, a récemment obtenu l'AMM en France pour le traitement de la gale. La posologie est de 200 g /Kg en une prise unique à jeun, pendant 24 heures au moins, soit 1 comprimé de 3mg /15Kg de poids. Ce produit peut être administré chez l'enfant qui pèse plus de

15Kg, mais il doit être évité par l'absence de données suffisantes, chez la femme enceinte, en tout cas au premier trimestre de grossesse. En cas de gale croûteuse, deux ou trois cures à 15jours d'intervalle sont parfois nécessaires. [1]

La propagation de la gale par l'intermédiaire de vêtements contaminés, de bracelets, montre etc., reste une éventualité assez rare sauf en milieu hospitalier en cas de gale profuse ou méconnue. Les situations épidémiologiques sont assez difficiles à maîtriser et on recommande le lavage à une température supérieure à 60°C pour la désinfection des couvertures matelas oreillers. La présence d'une surinfection cutanée ne doit pas faire retarder la mise en œuvre du traitement anti-scabieux.

L'indication d'une antibiothérapie doit être large comme dans les impétigos disséminés. Le prurit post-scabieux, la dermatite irritative après application d'ascabiol cèdent généralement aux bains émollients (amidon huiles de bains grasses) et aux antihistaminiques par voie orale. Le linge de corps imprégné par les préparations acarides ne nécessite pas de mesure de désinfection particulière et les draps de lit seront lavés à une température de 60° [1]

Tableau 1 : synthèse des différents traitements médicaux de la gale [5]

DCI (spécialité)	forme galénique	Remboursement, Agrément aux collectivités	Contre –indications	Liste Prix
Ivermectine (stromectol) [®]	comprimé de 3mg	Remboursé à 65% Agrée aux collectivités	Enfant de moins de 15kg	liste II 4comp, environ 21€
Benzoate de benzyle/	Lotion à 10% , flacon 125ml	non remboursé Agrée aux collectivités	Aucune	non listé prix libre, environ 12€
Sulfiram(Ascabiol)	nécessite un pinceau			
Esdeppalétine/ Butoxyde de Piperonyle (spregal)	Aérosol, flacon de 152g	non remboursé non agrée aux collectivités	sujet asthmatique nourrisson ou enfants ayant des antécédents de bronchite asthmatiforme	non listé prix libre, environ 15€

1-6-3-Activité et délai d'action: [5]

Les traitements locaux, que ce soit l'ascabiol[®] ou le sprégal[®], sont actifs sur tous les stades du cycle de développement du parasite, les œufs, les larves, et les sarcoptes adultes. Leur délai d'action est immédiat.

L'ivermectine est active sur les sarcoptes adultes, son activité sur les larves est mal établie et ce produit n'est pas ovicide. La concentration maximum de l'ivermectine

au niveau de la peau, serait atteinte environ huit heures après son administration orale et déclinerait 24 heures après la prise.

1-6-4-Contre-indications et précautions d'emploi :

-Le Sprégal[®] est contre-indiqué chez les asthmatiques, les nourrissons ou les enfants ayant les antécédents de bronchite dyspnéisante avec sibilants. -L'Ascabiol[®] n'a aucune contre indication. Le mode d'emploi doit être respecté chez la femme enceinte

1-6-5-Effets secondaires : les traitements locaux peuvent être irritants et ce, d'autant plus que leur utilisation est répétée [5].

Le traitement minute de la gale, permettant un traitement ambulatoire, explique peut-être que peu d'effets secondaires soient dépistés, déclarés et donc rapportés. La discordance entre les effets secondaires largement rapportés avec le Mectizan et la quasi-absence de littérature concernant les réactions secondaires avec le Stromectol demeure surprenante.

Parmi les effets secondaires rapportés avec l'ivermectine, on note des réactions cutanées, (prurit, urticaire et exanthème maculopapuleux), des manifestations digestives (diarrhée, nausée, vomissement, et épi gastralgie), des troubles neurologiques (encéphalopathie, coma), des arthralgies, des myalgies, des hépatites, des réactions anaphylactiques (asthme, œdème, réaction de Mazzotti), des réactions hématologiques et rénales. Les effets secondaires résistés d'une toxicité directe par surdosage, d'une allergie ou de la libération d'allergène du parasite détruit [18].

1-6-6- Les mesures de contrôle (prophylaxie) : [2]

La prophylaxie est essentielle pour tous les membres de la famille, surtout parce que les signes de gale peuvent se manifester seulement deux à trois semaines après les contacts. Les mesures de contrôle suivantes sont recommandées :

- Pour prévenir la réinfection, traiter tous les membres de la famille en même temps que le patient.
- Toute la literie (draps, taies d'oreiller, couvertures) et les vêtements portés sur la peau (sous-vêtements, t-shirts, chaussettes, pantalons) doivent être lavés à la machine à cycle chaud et séchés à haute température.
- S'il n'y a pas d'eau chaude, placer tous les draps et les vêtements dans des sacs en plastique et les entreposer pendant cinq à sept jours. L'acarien ne survit pas plus de quatre jours sans contact avec la peau.
- Les enfants peuvent retourner à l'école ou au service le jour suivant la fin du traitement.

METHODOLOGIE

2-METHODOLOGIE:

2-1 Cadre d'étude :

❖ Situation géographique :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako plus précisément au centre hospitalier universitaire (CHU) de Gabriel Touré. Hôpital situé en plein centre ville limité à l'Est par le quartier Médina –courra, à l'Ouest par l'ENI et le quartier Darsalam, au sud par la cité du chemin de fer et enfin au nord par la base militaire. Le CHU est organisé en sept (07) départements comprenant vingt-six (26) services.

Les départements sont les suivants :

- Le département de Médecine ;
- Le département de Chirurgie ;
- Le département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence ;
- Le département de Gynécologie ;
- Le département des services Médico-Techniques ;
- Le département de Pédiatrie ;
- Le département d'Imagerie Médicale ;

Le service de Maintenance et le service Social.

❖ Local :

Le service de dermatologie est situé au premier étage entre les services de l'ORL et de la chirurgie. Le CHU comprend les anciens bâtiments, un nouveau bâtiment dont l'ouverture officielle a eu lieu le 10 février 2007. Ce bâtiment se compose de :

- un sous sol réservé pour le parking
- Rez de chaussée où nous avons le bureau des entrées, les box de consultation traumatologique et de médecine (gastroentérologie, cardiologie, diabétologie).

Le premier étage est réservé aux consultations : pédiatrique, ORL, dermatologique, gynécologique, chirurgicale.

- Au deuxième étage se trouvent les bureaux des médecins dont celui du dermatologiste.

- Le troisième étage et le reste sont réservés à l'administration. Récemment un service d'urgence chirurgical a été construit dont l'ouverture officielle a eu lieu le 26 mars 2008

2-2-Type et période :

C'est une étude descriptive longitudinale et prospective.

L'étude s'est déroulée du 20 Mai 2008 31 Décembre 2009.

2. 3-population d'étude :

L'étude a porté sur les patients vus en consultation dermatologique pendant la période de notre étude

2-4-L'échantillonnage : exhaustif

2.4-1. Critères d'inclusion

Tout patient présentant un prurit le jour et ou la nuit, avec ou sans notion de prurit familial et dont l'examen clinique révèle ou non des lésions des mains et ou des coudes et ou des genoux, et ou des fesses, et ou des appareils génitaux externes.

Vu en consultation pendant la période d'étude.

Consentement libre et éclairé du patient ou de son tuteur obtenu

2.4.2-Critères de non-inclusion :

Tout patient qui ne répond pas à nos critères d'inclusion

2-5-Recueil des données:

2-5.1. Examen clinique : tous les patients ont été soigneusement examinés

2-5-2-Interrogatoire : il a permis

- Identification du patient : Elle comporte le recueil des paramètres sociodémographiques : âge ; ethnie ; sexe ; profession ; adresse ; statut matrimonial ; niveau d'instruction.

- Notion de prurit chez le patient

-Notion de prurit familial

-Date d'apparition des signes fonctionnels cutanés et génitaux.

2-5-3-Examen physique : on recherche

- la lésion élémentaire
- la topographie cutanée et génitale
- les signes de complication

2-5-4-Données para cliniques :

L'examen parasitologique de la mise en évidence du *Sarcoptes scabiei* n'a jamais été demandé pour les raisons suivantes :

- Le manque d'équipement
- L'urgence de la prise en charge,
- Le diagnostic clinique évident dans la majorité des cas après un interrogatoire minutieux et un examen physique bien menés

La sérologie VIH et la glycémie ont été demandées dans certains cas

2-6. Supports :

Les données ont été colligées sur une fiche d'enquête (voir annexe), saisies sur MICROSOFT WORD et analysées au logiciel spss.

2-7.Ethique :

- consentement libre et éclairé du patient obtenu
- confidentialité des données recueillies observées
- Secret médical conservé.
- accord du CHU obtenu
- les résultats feront l'objet d'une publication avec l'accord des patients.

RESULTATS

RESULTATS

Sur les 3146 patients vus en consultation du 20 Mai 2008 au 31 Décembre 2009, 75 patients étaient atteints de scabiose soit 2,4 %.

I Résultats sociodémographiques

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	E A	pourcentage %
Masculin	40	53,3
Féminin	35	46,7
Total	75	100

Le sexe masculin a été retrouvé dans 53,3%, avec un sexe ration de 1,1.

Tableau III: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Age	E A	Pourcentage%
≤ 5 ans	15	20
6 à 10 ans	2	2,7
11 à 15 ans	7	9,3
16 à 20 ans	7	9,3
21 à 25 ans	9	12
26 à 30ans	7	9,3
31 à 35ans	8	10,7
36 à 40 ans	8	10,7
Plus de 40 ans	12	16
Total	75	100

Les patients d'âge inférieur ou égal à 5 étaient au nombre de 15 soit 20.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie

L'ethnie	E A	Pourcentage%
Bamanan	25	33,4
Peulh	13	17,4
Soninké	11	14,7
Malinké	9	12
Sonrhaï	4	5,4
Dogon	3	4
Maure	3	4
Somono	1	1,3
Wolof	1	1,3
Minianka	1	1,3
Bozo	1	1,3
Diawando	1	1,3
Touareg	1	1,3
Kassonké	1	1,3
Total	75	100

L'ethnie Bamanan représentait 33,3%.

Tableau V : Répartition des patients selon leur provenance

provenance	E A	Pourcentage%
Bamako	58	77,3
Koulikoro	7	9,4
Kayes	2	2,7
Sikasso	2	2,7
Ségou	2	2,7
Gao	1	1,3
Mauritanie	1	1,3
Cameroun	1	1,3
Dakar	1	1,3
Total	75	100

Les patients qui résidaient à Bamako étaient au nombre de 58 avec 77,3%.

Tableau VI: Répartition des patients dans les différentes communes du District de Bamako

Résidence	E A	Pourcentage%
Commune I	14	24,1
Commune II	12	20,7
Commune VI	10	17,2
Commune V	10	17,2
Commune IV	7	12,1
Commune III	5	8,7
Total	58	100

Les patients qui résidaient dans la commune I étaient au nombre de 14 soit 24,1%.

Tableau VII : Répartition des patients selon la fonction

Profession	E A	Pourcentage%
Elève/Étudiant	18	24
Femme au foyer	17	22,7
Sansfonction (enfants)	15	5,3
Fonctionnaire d'état	8	10,7
Cultivateur	4	5,3
Comercant	3	4
Chauffeur	2	2,6
Couturière	2	2,6
Mécanicien	2	2,6
Tailleur	2	2,6
Gardienne	1	1,3
Total	75	100

La profession élève /étudiant constituait 24%.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le statut matrimonial :

Statut matrimonial	E A	Pourcentage%
Célibataire	38	50,4
Marié(e)	34	44,3
Veuf (Ve)	3	4
Divorcé(e)	1	1,3
Total	75	100

Les célibataires étaient au nombre de 38 soit 50,4%.

Tableau IX : Répartition des patients selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	E A	Pourcentage%
Non scolarisé	25	33,3
Primaire	22	29,3
Secondaire	20	26,7
Supérieur	8	10,7
total	75	100

Les ' non scolarisés' étaient au nombre de 25, soit 33,3%.

Tableau X : Répartition des patients selon les mois

Mois	E A	Pourcentage%
Mai	13	17,4
Juin	10	13,3
Juillet	9	12
Septembre	7	9,3
Octobre	6	8
Novembre	5	6,6
Aout	5	6,6
Avril	5	6,6
Janvier	4	5,4
Mars	4	5,4
Décembre	4	5,4
Février	3	4
Total	75	100

Les patients étaient au nombre de 13 soit 17,4% pendant le mois de Mai.

II-DONNEES CLINIQUES :**Tableau XI : Répartition des patients selon la localisation des lésions**

Localisation des lésions	E A	Fréquence
fesses	39	35
Organes génitaux-externes	15	13,63
Tronc	9	8,18
Pieds	9	8,18
genoux	9	8,18
Mains	8	7,27
coudes	5	4,54
Cuisses	5	4,54
visage	4	3,63
Seins	3	2,72
Aisselles	2	1,81
Cou	1	0,99
Dos	1	0,99

La localisation sur les fesses a été retrouvée dans 35% des cas. Puis les organes génitaux externes : 13,63%.

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de lésions

Type de lésions	E A	Fréquence
Vésicule	19	25,2
Excoriation	16	21,2
Sans lésion	15	20
ulcération	14	18,6
Stries de grattage	10	13,3
Nodule	2	2,6
Total	75	100%

La vésicule a été retrouvée chez 19 patients soit 25,2%.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la période du prurit

Horaire du prurit	E A	Pourcentage%
Nuit	46	61,3
Nuit et jour	29	38,7
total	75	100

Le prurit était présent la nuit dans 61,3%.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la notion de prurit familial

Notion de prurit familial	E A	Pourcentage%
Absence	44	58,7
présence	31	41,3
Total	75	100

Les patients qui n'avaient pas de notion de prurit familial étaient au nombre de 44 avec 58,7%.

Tableau XV : Répartition des patients selon le statut VIH

Statut VIH	E A	Pourcentage%
Négatif	67	89,3
Positif	8	10,7
Total	75	100

Les patients VIH positifs étaient 8 ; avec 10,7% tous de type 1.

Tableau XVI : Répartition des patients selon les dermatoses associées

Dermatoses associées	E A	Pourcentage %
Impétigo	10	29,4
prurigo	8	23,5
Dermatophytose	4	11,7
Keratodermie	3	8,8
Eczéma	3	8,8
Urticaire	3	8,8
Candidose buccale	2	5,9
Zona	1	2,9
Total	34	100

L'impétigo constituait 29,4% des associations.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4-1-METHODOLOGIE

4-1-1.Type d'étude

Nous avons mené une étude descriptive et prospective. L'étude s'est déroulée du 20 Mai 2008 au 31 Décembre 2009 au CHU Gabriel Touré .Elle a concerné les patients ayant présenté la gale.

4-1-2.Les contraintes

Le manque d'équipement (pas de microscope dans le service pour mettre en évidence les sarcoptes).

4-2- RESULTATS

Sur les 3146 patients vus en consultation du 20 Mai 2008 31 Décembre 2009 ,75patients étaient atteints de scabiose soit (2,4%).

Le taux de prévalence trouvé par notre étude est un peu en dessous de celui d'une étude menée au Burkina en 1997(6,1% [9].

Il est largement en dessous de ceux observés par d'autres études menées à Bamako, en 1993 [8], au Bénin en 2001 [10], qui étaient respectivement de 20,6% et 45%.

Cela pourrait s'expliquer par un changement de comportement des populations, l'amélioration des soins de santé dans les pays aboutissant à une meilleure qualité de vie des populations.

4-2-1-Données sociodémographiques

Nous n'avons pas trouvé de différence significative de la répartition de la gale selon le sexe. Le sexe masculin a une légère prédominance (53,3 %) ; avec un sexe ration de 1,1.

D'autres études menées respectivement au Mali, et au Burkina ont elles aussi rapporté une prédominance masculine [8, 9,12].

L'âge de nos patients variait de 6 mois à 60ans. La tranche D'âge ≤ 5 ans a été la plus représentée avec 20%.

Nous avons observé que 31,5 de nos patients avaient (moins de 16ans) Ce résultat est proche de celui d'une étude menée en Australie en 2007 qui a rapporté 30 à 60% chez les enfants.

Les données bibliographiques nous montrent que les enfants constituent une couche vulnérable.

Les Bamanan ont été, les plus fréquents, avec 33,3%. Cela s'explique par le fait qu'ils constituent l'ethnie majoritaire.

La commune I a été la plus touchée, cela peut s'expliquer par le fait, qu'elle comprend des quartiers fortement peuplés, avec une hygiène défectueuse et une promiscuité très prononcée.

Les élèves /étudiants ont été plus représentés, suivies des femmes au foyer et les « sans fonction » qui correspondaient aux enfants dans notre série.

Cette constatation s'expliquerait, par le caractère très contagieux de la scabiose et le contact permanent entre les femmes et leurs enfants.

Les facteurs favorisant les plus cités et connus de l'apparition de la gale, sont la promiscuité ; le manque d'hygiène, la misère ; pourtant, dans notre série, toutes les couches socioéconomiques ont été représentées, ce qui démontre que cette dermatose n'est pas uniquement due à la pauvreté, Dans notre étude un grand nombre de cas a été observé pendant la période chaude (Mai- Juin).

La période qui s'est déroulée entre le début de l'apparition de la dermatose et le jour de la consultation dermatologique, variait entre 2 jours et 6 mois. Le retard à la consultation spécialisée peut dépendre aussi bien du patient, que de l'agent de santé qui l'a vu pour la première fois : automédication, consultation des tradithérapeutes, manque de réflexe de la référence de la part du personnel de la santé.

Les célibataires ont été majoritaires avec 50,4%, parmi les quels on note 33,3% des enfants ; suivis des mariés 44,3%, préférentiellement polygamique.

4-2-2-Données cliniques

Le prurit a été présent chez tous nos patients, avec une prédominance nocturne

Les lésions cliniques ont été retrouvées chez 80% .

Nous n'avons pas trouvé de différence significative selon le sexe.

Les localisations palmoplantaires ont été fréquentes chez les enfants ; chez les hommes, les organes génitaux externes ont été les plus fréquemment atteints ; des constatations similaires ont été faites par d'autres études menées à Paris en 2004, au Mali en 1993, en Australie en 2004 et 2006 [1, 12, 8, 11, 6,7].

Les vésicules ont été les lésions les plus couramment observées avec un pourcentage de 25,2%, suivies des excoriations avec 21,2%.

Les chancres ont été rarement rencontrés : seulement chez deux patients (2,6%).

Aucun sillon n'a été constaté.

Aucune complication grave n'a été recensée. Contrairement à d'autres travaux qui ont signalé entre autres : cardiopathie, septicémie, glomérulonéphrite en 2004 et 2006 en Australie [6, 7,11]. .

Comme dermatoses associées à la gale nous avons recensé : l'impétigo, le prurigo, les dermatophytoses, les keratodermies, l'eczéma de contact, l'urticaire, la candidose buccale, le zona.

Nous avons recensé 4 cas sur 34 soit 11,7% de dermatophytoses associées. Une étude menée à Tunis en 2007 a rapporté un cas sur un de dermatophytose associée à la gale [20].

Comme antécédents personnels, chez nos patients :

- Trois soit 4%, avant déjà eu la scabiose : cela peut s'explique soit par un traitement inadapté ou mal conduit, soit par une réinfection.
- Un était hypertendu (2,9%).
- Un présentait une tuberculose pulmonaire (2,9%).).
- Huit étaient séropositifs au VIH1 soit 10,7%.
- Deux souffraient de diabète de type II avec 5,9%.

Dans notre série 8 patients étaient VIH positifs. Ce résultat est comparable à ceux d'autres études menées, au Mali d'Août 2005 - Septembre 2006, et à Yaoundé en 2004 qui ont rapporté, respectivement, 6,60% et 2,1% des patients VIH positifs présentant des dermatoses [20,21].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5-1-CONCLUSION :

Nous avons effectué une étude prospective portant sur l'étude épidémiologique et clinique de la scabiose dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré durant la période du 20 Mai 2008 au 31 Décembre 2009.

L'objectif de notre travail était : d'étudier la gale dans le service de dermatologie, de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques de la dite dermatose. Nous avons reçu 3146 consultants, dont 75 cas de gale, soit 2,4%.

Elle touche les des deux sexes avec un sexe ratio en faveur des hommes : 1,1 .La tranche d'âge de 0 à 5ans a été la plus représentée avec 20%. Les Bamanan ont été les plus nombreux avec 33,3%.Koulikoro a été la région la plus représentée avec 9,4% ; le district de Bamako a prédominé par rapport à Koulikoro.

Dans le district de Bamako les commune I et II ont été les plus représentées avec respectivement 24,1%, 20,7%. Cela s'expliquerait en fait par; la commune II étant le site du CHU. Le prurit a été présent chez tous les patients avec une prédominance nocturne. La notion de prurit familial était absente chez 58,7% des patients. Dans notre série 20%des patients ne présentaient pas de lésions cliniques ; les autres qui en ont présentées avaient plutôt des vésicules avec un pourcentage de 25,2% ; 21,2% ont présenté des excoriations. L'impétigo a été la dermatose la plus fréquemment associée à la gale. Chez les enfants la localisation palmo-plantaire a été la plus observée. Chez les adultes les fesses et les organes génitaux externes ont été les plus recensés. Huit de nos patients étaient séropositifs et deux étaient diabétiques du type II. L'étude a permis de constater que : même les gens propres peuvent attraper la gale ; l'absence de notion de prurit familial n'exclu pas la gale. La chaleur un facteur favorisant.

5-2-RECOMMANDATIONS

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

1-Personnels de santé

Avoir le réflexe de la référence des patients vers les spécialistes.

Eviter les traitements intempestifs et inadaptés.

2- 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.
- ❖ Créer au sein du CHU de Gabriel Touré, un vrai service de Dermatologie, bien équipé et fonctionnel, avec lits d'hospitalisation, laboratoire d'histopathologie cutanée.

3-A la population :

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

6- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-SAURAT .J.H, GROSSHANS E, LAUGIER P, LACHAPELLE J.M

Maladies infectieuses.
Dermatologie et vénéréologie, Masson, 2004 P : 150- 153

2-GARTH B et collaborateurs

Prise en charge de la gale
Comité de santé des premières nations et des Inuits, société Canadienne de pédiatrie (SCP). 2007. 6(O) 784-6

3-DEBROCK C et collaborateurs

Recommandation concernant la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux. France 2004
CCLIN ouest centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'ouest.France 2004.

4-CEULEMANS B, TENNSTEDT D, LACHAPELLE J.M.

La gale humaine réalités d'aujourd'hui.
Louvain Médical.
Université catholique de Louvain (Belgique) 2005.

5- CRICKX B.

Epidémie de gale communautaire.
Guide d'investigation et d'aide à la gestion.
Saint Maurice (France). 2008.

6-EDITH O, BATSHEVA M, BATYA D, RONNI W.

With and scratch scabies and pediculosis.
The Dermatology unit, Kaplan Medical center, Rechovot 76100.
American.vol: 24. Issue3. MAY-june 2006, p: 168-175.

7-EDITH O, HACT MATZ M. RONNI W.

Ectoparasitie sexually transmitted diseases: scabies and pediculosis.
The Dermatology unit, Kaplan Medical center, Rechovet.
American; vol: 22, issue 6. November-December 2004. P: 513-519.

8- TOUNKARA C.

Etudes épidémiologiques cliniques et thérapeutiques de la gale à sarcopte scabiei hominis du District de Bamako .Thèse de Médecine. Bamako 1993.

9-SAWADOGO A.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. Vol : 19, N°(4); P : 334-337.

10-MAKOUTODE M, DOGMO S, OUENDO.E.M, AGOSSOU T.H, BESSAOU K.

Fréquence des pathologies et risqué sanitaire dans la prison civile de Cotonou au Benin.

Médecine Tropicale .2004.Vol : 51, n°(2). P : 105-111.

11-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: 256-279.

12- TRAORE B.

Dermatoses infectieuses courantes à l'institut Marchoux, aspects épidémiologiques et approches diagnostiques et thérapeutiques.

Thèse de Médecine. Bamako 1994.

13-HEID E, TAIEB A, CRICKX B.

Ectoparasites cutanées: gale et pédiculose.

Ann Dermatol Venereal. 2002; 129; S23-6

14-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.

15. VOROU R, REMOUDAKI H, MALTEZOU H.

Scabies Nosocomial.

Journal de l'infection d'hôpital. Vol : 65, l'issue 1, Janvier 2007. p : 9-14

16-Association Mieux prescrire (Editeur scientifique)

Gale.

Revue Prescrire. Paris ; 2007. Vol : 27. N° 281, P : 217-220.

17- PIERRE A.

La gale humaine : Actualités 2005.

Diplôme de Médecine tropicale des pays de l'océan Indien.

Mise à jour le 23/08/2006.

18- SPARSA A, BONNETBLANC J.M, PEYROT I, LOUSTAUD-RATTI V, VIDAL E, BEDANE C.

Effets secondaires de l'ivermectine utilisée dans le traitement de la gale. Limoges
Ann Dermatol vénéréol. 2006. p: 133-784-7.

19-SFIA M, DHAOUI M.A, JABER, YOUSSEF S, DOSS N.

Association gale et dermatophytose.

Service de Dermatologie, hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Annales de Dermatologie et de vénéréologie. 2007. 134 - 794-5.

20-LANDO M.J, MBOUA J.N, TARDY M, NOURS N, ZENSEN V.N, KOUANFACK C.

Affection cutano-muqueuses au cours de l'infection à VIH/Sida.

Hôpital Gynéco obstétrique et pédiatrique de Yaoundé

Hôpital central de Yaoundé service hôpital du jour.

Fondation Genevoise pour la formation et la recherche Médicales .2004. P : 19

21-MALLE O.

Dermatoses chez les adultes séropositifs au VIH à l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 106 cas en 2006.

Thèse de Médecine. Bamako 2008. M 33.

ANNEXES

ICONOGRAPHIE

Photo: 1



Scabiose : vésicules palmaires chez l'enfant : (photo Dr Konaré H .D)

Photo :2



Scabiose : vésicules plantaires chez l'enfant: (photo Dr Konaré H.D)

Photo :3



Scabiose : vésicules interdigito- palmaires chez l'adulte :(photo Dr Konaré H. D)

Photo :4



Scabiose : vésicules faces internes des pieds chez l'enfant :(photo Dr Konaré H.D)

Photo :5



Scabiose : vésicules excoriées des fesses chez l'enfant :(photo Dr Konaré H.D)

FICHE D'ENQUETE

I-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Nom : ----

Prénom-----

Age :

≤ à 5ans-----

De 6 à10 ans-----

De 11 ans à 15ans-----

De 16 ans à 20 ans-----

De 21ans à 25ans-----

De 26ans à 30ans-----

De 31 à 35 ans-----

De 36 à 40 ans-----

➤ 40ans-----

Sexe :

Féminin : -----

Masculin : -----

Ethnie :

Bamanan-----

Soninké-----

Malinké-----

Dogon-----

Peulh-----

Sonrhäi-----

Autres -----

Provenance

Région de Kayes ----

Région de Sikasso-----

Région de Koulikoro-----

Région de Ségou-----

Région de Mopti--

Région de Gao-----

Région de Tombouctou--

Région de Kidal-----

Autres -----

District de Bamako :

Commune 1-----

Commune 2-----

Commune 3-----

Commune 4-----

Commune 5-----

Commune 6-----

Niveau d'instruction :

Primaire-----

Secondaire-----

Supérieur-----

Non scolarisé-----

Profession :

Elève-----

Femme au foyer-----

Commerçant-----

Fonctionnaire-----

Cultivateur-----

Etudiant-----

Autres -----

Statut matrimonial :

Célibataire-----

Marié(e) -----

Divorcé (e) -----

Veuf (Ve) -----

II -DONNEES CLIQUES:

1-Evolution du prurit avant le traitement

2-Horaire du prurit

3-Topographie des lésions :

-Main :-----

I

-Poignet-----

-Coude-----

-Seins-----

-Organes génitaux externes-----

-Fesse-----

-Genoux-----

-Pieds : -----	<input type="checkbox"/>	-Interdigitales -----	<input type="checkbox"/>
-palmaire -----	<input type="checkbox"/>	-plantaire -----	<input type="checkbox"/>
-Cheville -----	<input type="checkbox"/>	-Tronc -----	<input type="checkbox"/>
Visage -----	<input type="checkbox"/>	-cuisses -----	<input type="checkbox"/>

4-aspects cliniques

a-Gale simple :

- sillon-----	<input type="checkbox"/>	(vésicule) -----	<input type="checkbox"/>
-Excoriation-----	<input type="checkbox"/>	-Squames-----	<input type="checkbox"/>
-Stries de grattage -----	<input type="checkbox"/>	- Ulcération-----	<input type="checkbox"/>

b-Dermatoses associées

-Impétigo-----	<input type="checkbox"/>	prurigo-----	<input type="checkbox"/>
-dermatophytose	<input type="checkbox"/>	Eczema de contact-----	<input type="checkbox"/>

Autres-----

5-COLLATERAUX

	Oui	non
Notion de prurit dans la famille-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV-DONNEES PARACLINIQUES

-Sérologie VIH : Négative -----	<input type="checkbox"/>	positive-----	<input type="checkbox"/>
—Type de sérologie -----	<input type="checkbox"/>		
-Glycémie : Elevée <input type="checkbox"/>	diminuée <input type="checkbox"/>	normale-----	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser) -----	<input type="checkbox"/>		

RESUME

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Keita

Prénom : Mafing

Titre de la thèse: Etude épidémiologique et clinique de la scabiose dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de pharmacie, et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Dermatologie

6 - RESUME.

La gale est une dermatose très contagieuse, l'attraper ne signifie pas un manque d'hygiène, et il n'y a aucune raison d'en avoir honte.

Nous avons effectué une étude prospective portant sur les aspects épidémiologiques et cliniques de la gale dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré durant la période de Mai 2008 à Décembre 2009.

L'objectif de notre travail était : d'étudier la gale dans le service de Dermatologie, de décrire les aspects épidémiologique et clinique de la dite dermatose. Nous avons reçu 3146 consultants, dont 75 cas de gale, soit 2,4%.

Elle touche les deux sexes avec un sexe ratio en faveur des hommes : 1,1. La tranche d'âge de 0 à 5ans a été la plus représentée avec 20%. Les Bamanan ont été les plus nombreux avec 33,3%. Koulikoro a été la région la plus représentée avec 9,4%. Le District de Bamako a prédominé par rapport à Koulikoro.

Dans le district de Bamako les commune I et II ont été les plus représentées avec respectivement 24,1%, 20,7%. Cela s'explique aisément ; la commune II étant le site du CHU. Le prurit a été présent chez tous les patients avec une prédominance nocturne ; la notion de prurit familial était absente chez 58,7% des patients. Dans notre série 20% des patients ne présentaient pas de lésions cliniques ; ceux qui en ont présentées avaient plutôt des vésicules dans 25,2% ; 21,2% ont présenté des excoriations. L'impétigo a été la dermatose la plus fréquemment associée à la gale. Chez les enfants la localisation palmo-plantaire a été la plus observée, chez les adultes les fesses et les organes génitaux externes ont été les plus recensés. Huit de nos patients étaient séropositifs et deux étaient diabétiques de type II. Notre étude a montré que : même les gens propres peuvent attraper la gale ; l'absence de notion de prurit familial n'exclut pas la gale, et la chaleur un facteur favorisant.

LES MOTS CLES : scabiose, épidémiologie, clinique, CHU Gabriel Touré