

Gale sarcoptique : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à Bangui

Scabies: epidemiological, clinical and therapeutic features in Bangui

L. Kobangué · P. Guéréndo · J. Abéyé · P. Namdito · M.D. Mballa · G. Gresenguet

Reçu le 5 décembre 2012 ; accepté le 15 novembre 2013
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2014

Résumé En République centrafricaine (RCA), nous ne disposons pas de données sur la gale sarcoptique, souvent cause de morbidité et de dépenses, la maladie étant souvent confondue et mal traitée. Il s'agit d'une étude transversale par dépouillement des dossiers des cas de scabiose observés au service de dermatologie-vénérologie de Bangui du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010. Le diagnostic reposait essentiellement sur l'association d'une notion de prurit à prédominance nocturne avec la notion de contagion et les localisations préférentielles des lésions. Trois cent soixante-seize cas de scabiose ont été recensés sur un total de 6 391 patients (soit une prévalence hospitalière de 5,88 %) avec une fréquence élevée parmi la population de 0 à 9 ans (33 %), une importante atteinte des classes défavorisées (enfants d'âge préscolaires et élèves/étudiants respectivement 25,5 % et 26,3 %), une prédominance de nodules scabieux comme type de lésion clinique, une localisation à prédominance fessière et la complication la plus fréquente de type eczéma (19,9 %). Le benzoate de benzyle en solution à 25 % appliquée pendant deux jours de suite a donné des résultats très satisfaisants (96,7 % à J28) dans toutes les formes. La scabiose est présente en RCA avec des aspects épidémiologiques et cliniques classiques. Nous recommandons en première intention le benzoate de benzyle en deux jours d'application.

Mots clés Gale sarcoptique · Scabiose · Épidémiologie · Clinique · Traitement · Hôpital · Bangui · République centrafricaine · Afrique intertropicale

Abstract The scabies infects about 300 million people worldwide. Its spread is linked to living conditions especially in

economically poor countries. In Central African Republic (CAR) we do not have data on this disease often causes morbidity and expenses, and the disease is often confused and poorly treated. The authors' goal was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics of scabies in Bangui. This was a cross-sectional study by counting records of cases of scabies observed in the dermatology and venereology department of Bangui from 1 January 2006 to 31 December 2010. The diagnosis was based mainly on the combination of a concept of pruritus predominantly night with the notion of contagion and preferential localization of lesions. Three hundred and seventy six cases of scabies were identified from a total of 6391 patients (a hospital prevalence of 5.88%) with high frequency among the population aged 0 to 9 years (33%), an important achievement of the disadvantaged classes (preschool age and pupils / students respectively 25.5% and 26.3%), a prevalence of scabies nodules as type of clinical lesion, localization predominantly on buttocks and the most common complication of eczema-type (19.9 %). Benzyl benzoate solution at 25% applied for 2 consecutive days yielded very satisfactory results (96.7% on day 28) in all forms. The scabies is present in CAR with classical clinical and epidemiological aspects. We recommend first-line benzyl benzoate in two days of application.

Keywords Scabies · Epidemiology · Clinical · Treatment · Hospital · Bangui · Central African Republic · Sub-Saharan Africa

Introduction

La gale sarcoptique humaine est une dermatose parasitaire cosmopolite [3,12,23]. Elle connaît une recrudescence [19,23]. En 1991, elle touchait environ 300 millions d'individus [3,11] avec une incidence annuelle estimée à 3 millions de cas dans le monde [2]. Bien que l'affection soit plus fréquente dans les milieux aux conditions d'hygiène médiocres, elle

L. Kobangué (✉) · P. Guéréndo · P. Namdito · M.D. Mballa
Service de dermatologie-vénérologie du CNHU de Bangui,
République centrafricaine
e-mail : kobangleon@yahoo.fr

J. Abéyé · G. Gresenguet
Faculté des sciences de la santé de Bangui,
République centrafricaine

peut cependant s'observer dans toutes les catégories socio-économiques [12]. La scabiose pose un problème de santé publique à cause d'un environnement économique et social très précaire des ménages (faible revenu, promiscuité) [2]. De 2004 à 2010, la prévalence de cette pathologie dans les pays en voie de développement variait de 0,4 % en Turquie en 2005 à 31 % en Malaisie en 2010 [16]. Notre étude a pour but d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques et la prise en charge thérapeutique de cette maladie dans l'unique service de dermatologie de la RCA.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par dépouillement des dossiers des malades ayant consulté au service de dermatologie-vénérologie de Bangui du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010. La population de l'étude était constituée par des patients présentant une dermatose. L'échantillon dépendait du nombre de patients présentant une scabiose. Était inclus tout dossier de scabiose exploitable. Était exclu tout patient ne présentant pas une scabiose ou ayant un dossier inexploitable. La variable dépendante était la gale ; les variables indépendantes étaient épidémiologiques (l'âge, le sexe, la profession, la provenance), cliniques (la date du début, la notion de contagé, les signes cliniques, les localisations, les complications) et thérapeutiques (nature du traitement, l'évolution à J14 et J28). Était cliniquement considéré comme un cas de scabiose la présence d'une association d'un prurit à prédominance nocturne avec des lésions vésiculaires ou papulovésiculaires aux sites de prédilection (les espaces interdigitaux, la région sacro-fessière, le gland ou le prépuce). Une notion de prurit dans la famille confortait le diagnostic. Seuls six cas sur les 376 n'ont été retenus qu'après une réponse favorable au traitement d'épreuve. Sur le plan thérapeutique, tous les patients (100 %) ont reçu du benzoate de benzyle (BB) solution à 25 % sur tout le corps, sauf la tête, pendant deux jours avec une douche le soir du deuxième jour : le tout accompagné des mesures hygiéniques recommandées. Les sujets contacts ont concomitamment bénéficié des mêmes mesures et traitement. Les cas surinfectés ont été traités par de l'amoxicilline ou de la cloxacilline avant l'application de l'acaricide. L'évolution était favorable lorsque le prurit avait diminué et le critère de guérison était la disparition du prurit et des lésions. Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête, saisies et analysées sur le logiciel Epi-info 3.3.1.

Résultats

Trois cent soixante-seize patients ont été répertoriés en cinq ans sur un total de 6 391 consultants soit une prévalence

hospitalière de 5,88 %, une moyenne annuelle de 75,2 malades et mensuelle de 6,26 cas. Un seul patient a été perdu de vue à J28. Toute la période de l'année était concernée avec, cependant, la fréquence la plus élevée au mois de mars (39 cas, soit 10,4 %) et la plus basse au mois de décembre (6,1 %). Le sexe masculin représentait 59 %. La figure 1 montre la répartition des cas de scabiose par tranche d'âge et par sexe. Des pics d'infestation ont été observés dans les tranches d'âge de 0 à 9 ans (34,6 %), 20 à 29 ans (22,6 %) et de 30 à 39 ans (20 %). En fonction de la profession, les enfants en âge préscolaire et les élèves venaient en tête avec respectivement 25,5 % et 25,3 % des patients. La plupart des patients résidait à Bangui et ses banlieues (94 %). La notion de contagé était familiale dans 48,9 % des cas et collective dans 10 %. Cette notion de contagé n'a pas été précisée dans 41 % des cas. Selon la répartition des cas de scabiose en fonction du type des lésions, les nodules scabieux étaient les lésions les plus observées (64,1 %) ; les sillons scabieux étaient présents dans 14,7 % des cas. Le tableau 1 présente la répartition des cas de scabiose en fonction des localisations. Les localisations aux fesses venaient en premier lieu avec 23,9 %, suivies des faces internes des poignets (15,9 %). La forme généralisée était notée dans 10,6 % des cas et les complications dans 46,8 % des cas. Elles étaient dominées par l'eczématisation suivie de près par l'impétiginisation. Sur le plan thérapeutique, la guérison était observée chez 69,3 % de patients au 14^e jour et 96,7 % à J28. Le prurit avait persisté dans 3,3 % des cas au-delà de J28.

Discussion

L'intérêt de ce travail est celui d'une grande série de gale dans un pays tropical avec un traitement par double badigeon de benzoate de benzyle. Par ailleurs, ce travail qui constitue le premier du genre en Centrafrique et dans un service de dermatologie-vénérologie sur une période de

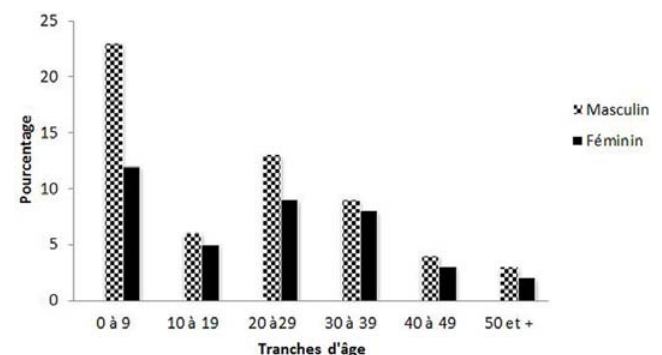


Fig. 1 Répartition des cas de scabiose à Bangui par sexe et par âge / *Distribution of scabies cases in Bangui, by sex and age*

Tableau 1 Répartition des patients en fonction du site de prédominance des lésions de scabiose / *Distribution of patients according to predominant location of scabies lesions.*

Sites d'élection	Effectifs	Pourcentage (%)
Fesses	90	23,9
Face antérieure des poignets	60	15,9
Organes génitaux	41	10,9
Espaces interdigitaux	45	12
Paumes des mains	25	6,6
Coudes	22	5,9
Face interne des cuisses	10	2,7
Creux axillaires	10	2,7
Région ombilicale	15	4
Seins	18	4,8
Général	40	10,6
Total	376	100

cinq ans a permis d'apprécier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la scabiose ainsi que l'évolution sous le traitement par le benzoate de benzyle appliqué deux jours de suite. L'autre intérêt était la constitution d'une base de données initiale. La prévalence hospitalière de 5,88 % était proche des résultats de Mahé et al [14] au Mali qui ont noté 4,3+1,5 % parmi les dermatoses des enfants et à ceux de Satimia et al [18] qui ont observé 4 % de scabiose parmi les dermatoses des enfants en milieu rural en Tanzanie. Cette prévalence paraît plutôt élevée par rapport au 1 % de cas de scabiose observés par Yassin Mgonda et Pauline NF Chale [15] parmi les malades hospitalisés à l'Hôpital national de Muhimbili de Dar es-salaam, toujours en Tanzanie. La différence serait qu'ici il s'agissait de tous les services de l'hôpital. La scabiose dans notre série était rencontrée durant toute la période de l'année avec le pic le plus bas en décembre (6,13 %) et le plus élevé au mois de mars (10,37 %). Ces mois se situent au début (mois de décembre) et au milieu (mois de mars) de la saison sèche, contrairement à Sehgal et al [19] qui ont observé une prédominance en saison pluvieuse et au printemps. La rareté et la qualité de l'eau en saison sèche favoriserait-elle l'épidémie dans notre contexte ? La tranche d'âge de 0 à 9 ans était la plus touchée, même si les adultes de 20 à 39 ans étaient également très concernés. Edith Orion et al [16] ont également écrit que la scabiose atteint tous les âges sans distinction de sexe, cependant plus fréquente chez les enfants dans les pays en développement. Cette fréquence élevée chez les enfants pourrait s'expliquer par la mauvaise condition d'hygiène et le contact lors des jeux [17]. Par rapport à la profession, la prédominance revenait aux enfants des écoles maternelles et aux élèves. Cette situation serait toujours liée aux

contacts au moment des jeux, à la promiscuité et aux conditions d'hygiène encore médiocres à cet âge [17]. Church et al [5], de leur côté, ont noté que 38 % des contaminations des foyers provenaient des enfants scolarisés, l'école apparaissant comme un facteur prédisposant. Dans notre étude, la majorité des patients provenait de Bangui. Ceci s'expliquerait aisément par le fait que c'est la population de la capitale qui a le plus accès à l'unique service de dermatovénérologie du pays, les cas de provinces étant rarement évacués à Bangui. Ces résultats sont superposables à ceux que Traoré et al [22] ont obtenus en 1996 (96,1 % de patients résidant à Ouagadougou contre 3,88 % venant des provinces). On notait 48,9 % de cas de contagement familial contre 10,10 % de cas de contagement collectif, les ménages africains sont généralement de grande taille. Par ailleurs, le faible niveau socio-économique de la population et l'exode rural sont des facteurs de surpeuplement des maisons, donc de promiscuité [5,17,22].

Les lésions cliniques étaient dominées par les nodules scabieux dans près de deux tiers des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils font partie des lésions fréquentes de la gale surtout dans les cas chroniques [6,8,21]. Par ailleurs, les récurrences fréquentes semblent favoriser ce type de lésion. Les localisations étaient plus fréquentes aux fesses, suivies de la face interne des poignets et les espaces interdigitaux. Cette observation a été également faite par Sehgal et al [19] ainsi que Svartman et al [21]. Dans notre série, 46,8 % des cas de complications étaient retrouvées. Les principales étaient l'eczématisation, suivie par l'impétiginisation et la généralisation. La prédominance de l'eczématisation viendrait du fait de l'automédication à base de décoctions de plantes médicinales, pratiques très fréquentes avant les consultations à l'hôpital. Pour la gale généralisée, il s'agissait de sujets très démunis. Ces résultats étaient relativement inférieurs à ceux de Traoré et al au Burkina-Faso qui, dans leur étude, ont trouvé 96,2 % de cas de gale compliquée dont 20 % de cas de gale eczématisée et 70 % de cas de gale généralisée suite à une surinfection. Notre résultat était par contre nettement supérieur à celui d'Airaoui et al [1] qui ont noté 11 % de cas de gale généralisée dans leur travail sur les dermatoses parasitaires à l'Hôpital universitaire de Bénin (Nigéria). Les différences seraient liées aux méthodes utilisées et probablement aux différences climatiques. Par ailleurs, la prédominance de la forme eczématisée dans notre étude pourrait-elle s'expliquer par l'usage abusif de décoctions de la pharmacopée traditionnelle ?

Les formes impétiginisées peuvent parfois entraîner des complications rénales à type de glomérulonéphrite aiguë [21]. Nous n'avons pas observé de cas de cette complication pendant l'étude.

Sur le plan thérapeutique, seul le benzoate de benzyle (BB) était disponible, utilisé en une application chaque soir après la douche pendant deux jours, sans douche matinale

après applications. Un peu plus de 2/3 de cas étaient guéris à J14 et près de 97 % à J28. Ces résultats étaient superposables à ceux de Ly et al [13] au Sénégal qui ont observé dans leur étude que le BB Solution 12,5 % en deux applications donnait un taux de guérison de 68,8 % à J14 et 95,8 % à J28. Par contre, ils différaient de ceux de Strong et al [20] qui, dans une étude également comparative au Nigéria, ont trouvé des taux de guérison plus faibles avec le BB solution à J14 (59 %) et à J28 (86 %), mais il ne s'agissait pas de deux applications. Dans leur étude, Glaziou et al [7] ont noté un taux de guérison égal à 48 % à J14 avec le BB et ce taux s'améliorait avec la durée de suivi dans les deux bras. Pour leur part, Gulati et Singh [9] ont observé dans une étude comparative BB versus sulfure en pommade que le BB avait de meilleurs résultats et que les récurrences à six mois étaient rares. Dans leur étude également comparative, Biele et al [4] n'ont pas observé une différence significative entre la perméthrine et le BB, mais une tolérance meilleure du premier. Toutefois, l'étude de Bachewar et al [2] dont le but était de comparer le BB, la perméthrine et l'ivermectine a montré que le BB reste recommandable en première intention à cause de son efficacité et de son coût à J28 et ce, malgré une diminution rapide du prurit avec la perméthrine. Il est à signaler toutefois qu'à cause de sa faible toxicité, certains praticiens [6,20] et le Haut conseil de la santé publique français [10] recommandent la perméthrine 5 % en crème en première intention.

Notre étude était rétrospective transversale ; le recueil des données n'a pas été exhaustif du fait des informations manquantes dans certains dossiers cliniques. Par ailleurs, aucun examen parasitologique et sérologique n'a été demandé ; ce qui peut être source de recrutement de quelques faux cas et de l'inexistence de perdus de vue. Malgré ces limites, les informations recueillies étaient suffisantes pour justifier ce travail.

Conclusion

Cette étude non exhaustive a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques des cas de gale sarcopitique traités dans le seul service de dermatologie-vénérologie de RCA, sur une période de 5 ans. Elle révèle une prévalence hospitalière élevée, la prédominance des enfants, une prédominance des nodules scabieux et de la localisation aux fesses. Près de la moitié des cas était compliquée d'eczématisation ou de surinfection. Le benzoate de benzyle, même utilisé dans les formes compliquées, semble toujours efficace. Les données corroborent celles de la plupart des auteurs, avec toutefois une prédominance des cas d'eczématisation, probablement liés à la pharmacopée traditionnelle. Des études randomisées sont souhaitées pour mieux apprécier l'utilisation

du BB en double application à des doses variables dans nos milieux.

Remerciements Professeur Abdoulaye Sépou, gynécologue-obstétricien, Université de Bangui, pour la finalisation de ce travail.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

Références

1. Airaui L, Onunu AN, Otabor Cu (2003) Parasitic dermatoses as seen at the University of Benin Teaching Hospital (UBTH), Benin city in Nigeria. *African Journal and Experimental Microbiology* 4(1):24–30
2. Bachewar NP, Thawani VR, Mali SN, et al (2009) Comparison of safety, efficacy, and cost effectiveness of benzyl benzoate, permethrin, and ivermectin in patients of scabies. *Indian J Pharmacol* 41(1):9–14
3. Bécherel PA, Chosidow O (2002) Ectoparasitose cutanée. *Rev Prat* 52(1):79–84
4. Biele M, Campori G, Colombo R et al (2006) Efficacy and tolerability of a new synergized pyrethrins thermofobic foam in comparison with benzyl benzoate in the treatment of scabies in convicts: the ISAC study (Studio Della scabbia in ambiente carcerario). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20(6):717–20
5. Church RE, Knowleden J (1978) Scabies in Sheffield: a family infestation. *Br Med J* 1(6115):761–3
6. Czelusta A, Yen-Moore A, Van der Straten M, et al (2000) An overview of sexually transmitted diseases. Part III. STD in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol* 43(3):409–32
7. Glaziou P, Cartel JL, Alzieu P, et al (1993) Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. *Trop Med Parasitol* 44(4):331–2
8. Graves JC, Graves V (1959) Two hundred cases of scabies in General practice. *J Coll Gen Pract Res Newsl* 2(4):380–4
9. Gulati PV, Singh KP (1978) A family based study on the treatment of scabies with benzyl benzoate and sulphur ointment. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 44(5):269–73
10. Haut conseil de la santé publique (HCSP) (2012) Survenue de un ou plusieurs cas de gale. Conduite à tenir. www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=312
11. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, et al (2006) Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet* 6(12): 769–79
12. Iannarilli G, Tissot-Guerraz F (1997) Enquête épidémiologique à propos de trente cas de gale dans un CHS. *Presse Médicale* 621:39–45
13. Ly F, Caumes E, Ndaw CA, et al (2009) Ivermectin versus benzyl benzoate applied once or twice to treat human scabies in Dakar, Senegal: a randomized controlled trial. *Bull World Health Organ* 89:424–30
14. Mahé A, Prual A, Konaté M, Bobin P (1995) Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 89(5):467–70
15. Mgonda Y, Chale PN (2011) The burden of co-existing dermatological disorders and their tendency of being overlooked among patients admitted to Muhimbili National Hospital in Dar es Salam, Tanzania. *BMC Dermatol* 11:8
16. Orion E, Matz H, Wolf R (2004) Ectoparasitic sexually transmitted diseases: scabies and pediculosis. *Clin Dermatol* 22(6):513–9

17. Plorde JJ. Gale et autres ectoparasitoses. In: Principe de Médecine Interne, Edition Masson Paris
18. Satimia FT, McBride SR, Leppard B (1998) Prevalence of skin disease in rural Tanzania and factors influencing the choice of health care, modern or traditional. *Arch Dermatol* 134(11):1363–6
19. Sehgal VN, Rao TL, Rege VL, Vadiraj SN (1972) Scabies: a study of incidence and a treatment method. *Int J Dermatol* 11(2):106–11
20. Strong M, Johnstone P (2007) Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD000320
21. Svartman M, Finklea JF, Earle DP, et al (1972) Epidemic scabies and acute glomerulonephritis in Trinidad. *Lancet* 1(7744):249–51
22. Traoré A, Kouékta F, Sanou I, et al (1999) Les dermatoses courantes de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical. *Publication pédiatrique au Burkina-Faso* [<http://www.chu-rouen.fr/chnp/Annales/Pubped9.htm>]
23. Willcox RR (1975) Importance of the so-called “other sexually-transmitted diseases”. *Br J Vener Dis* 51(4):221–6