

À PROPOS DE L'AUTEUR



Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC

Le Dr Patrick Fleming est un dermatologue certifié exerçant à Toronto. Il est professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto et clinicien adjoint au Réseau universitaire de santé, où il assure des consultations pour les patients hospitalisés. Il travaille activement dans les centres de dépistage et de vaccination contre la COVID-19 basés à Toronto. Titulaire d'une maîtrise en santé communautaire, il a également suivi le programme GCST (*Global Clinical Scholars training program*) en épidémiologie avancée à la *Harvard Medical School*. Il est membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de l'Association canadienne de dermatologie, ainsi que du comité de rédaction du *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* et du conseil d'administration de la Fondation canadienne de dermatologie.

Affiliations de l'auteur : Professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto
Dermatologue et investigateur d'essais cliniques, York Dermatology & Research Centre

La gale : Perles cliniques à l'intention des dermatologues en milieu communautaire

Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC

Introduction

La gale est une infestation cutanée parasitaire fréquente, causée par *Sarcoptes scabiei var. hominis*, avec une charge mondiale estimée à plus de 200 millions de cas par an.¹ La gale demeure sous-diagnostiquée et sa prise en charge peut s'avérer complexe. Les éclosions en milieu institutionnel, les retards diagnostiques et les échecs thérapeutiques contribuent à une morbidité persistante. Cette revue pratique de la littérature résume les perles cliniques clés à l'intention des dermatologues en milieu communautaire, en intégrant les cadres diagnostiques récents, les données probantes en matière de traitement, ainsi

que l'évolution des considérations liées à la résistance médicamenteuse et aux mesures de santé publique.

1. Identification – Les critères de l'Alliance internationale pour le contrôle de la gale facilitent un diagnostic structuré

L'Alliance internationale pour le contrôle de la gale (*International Alliance for the Control of Scabies*) a publié en 2020 un cadre diagnostique consensuel qui stratifie le diagnostic de la gale en trois niveaux : gale confirmée, gale clinique et gale suspectée.²

La gale confirmée nécessite la visualisation directe des acariens, des œufs ou des fèces, généralement par dermoscopie ou examen microscopique. La dermoscopie, qui révèle le « signe du deltaplane » (*delta-wing jet*) caractéristique, constitue un outil diagnostique pratique dans un cadre ambulatoire, largement utilisé dans les essais cliniques.

La gale clinique est diagnostiquée sur la base de lésions typiques, situées à des endroits caractéristiques, accompagnées d'un contexte évocateur (p. ex. sillons ou nodules scrotaux).

La gale suspectée peut ne pas présenter les signes typiques tels que les sillons, ce qui n'exclut toutefois pas le diagnostic, ceux-ci pouvant être difficiles à identifier. En cas de gale suspectée, les dermatologues doivent avoir un seuil d'intervention bas pour débiter le traitement.

2. La résistance à la perméthrine pourrait être en augmentation

En Amérique du Nord, la perméthrine topique demeure le traitement de première intention pour la gale. Cependant, un essai à répartition aléatoire et à double insu mené récemment en Autriche (n = 110) a montré des taux de guérison significativement plus faibles après trois applications consécutives de perméthrine (n = 14/52 participants, soit 27 %) comparativement au benzoate de benzyle à 25 % (n = 47/54 participants, soit 87 %, p < 0,0001).³ Cette différence peut s'expliquer par le fait que le benzoate de benzyle est plus ovicide que la perméthrine, ainsi que par l'absence de réapplication de l'un ou l'autre traitement au jour 7 de l'essai, une pratique pourtant courante avec la perméthrine en contexte clinique (voir **tableaux 1 et 2** pour un résumé des traitements).

3. Envisager l'ivermectine orale plus tôt dans certains cas

L'ivermectine orale (200 µg/kg/dose, deux doses espacées de 7 à 14 jours) constitue une option thérapeutique efficace chez les patients adultes et pédiatriques présentant une atteinte étendue, une gale croûteuse, une observance insuffisante aux traitements topiques

et/ou dans les milieux institutionnels. Une méta-analyse de 2024 a révélé des taux d'échec thérapeutique inférieurs avec deux doses (7,1 %) comparativement à une seule dose (15,2 %).⁴ Par ailleurs, une étude française menée en 2019 n'a identifié aucun nouveau signal lié à l'innocuité chez les enfants de moins de 15 kg, avec des effets indésirables légers dans 4 % des cas et un taux de guérison de 85 %.⁵

4. Tous les contacts étroits doivent être traités simultanément

Les échecs thérapeutiques sont souvent dus à une réinfestation par des contacts étroits non traités. Tous les membres du foyer, les partenaires sexuels et autres contacts étroits doivent être traités en même temps pour prévenir toute récurrence.⁶ Les contacts étroits asymptomatiques constituent une source fréquente de réinfestation et doivent également être traités.² La divulgation pouvant être socialement stigmatisante, il est important d'expliquer clairement pourquoi les contacts étroits asymptomatiques doivent recevoir un traitement empirique, en insistant sur le rôle de ce dernier dans la prévention de la réinfestation et la protection des membres du foyer.

5. La décontamination de l'environnement est souvent insuffisante

Même avec un traitement pharmacologique optimal, l'absence de mesures de décontamination de l'environnement peut entraîner une réinfestation. *Sarcoptes scabiei* peut survivre hors de son hôte pendant 2 à 3 jours au maximum.⁷ La literie, les vêtements, les serviettes et les surfaces rembourrées peuvent servir de réservoirs, en particulier dans les cas de gale croûteuse. Il convient de dire aux patients de laver à l'eau chaude les objets exposés, puis de les sécher à haute température. Les objets non lavables doivent être placés dans des sacs en plastique pendant au moins 72 heures.⁸ Malheureusement, de nombreux praticiens accordent une importance insuffisante à ces mesures dans le cadre de la prise en charge courante, ce qui contribue au maintien de l'infestation au sein du foyer.

Traitement	Posologie/schéma thérapeutique	Indications	Précautions	Noms de marque (Canada)
Perméthrine 5 % (crème/lotion)	Appliquer du cou vers le bas (inclure le cuir chevelu chez les enfants et les adultes âgés). Renouveler l'application après 7 à 14 jours.	Traitement de première intention pour la majorité des patients, y compris les enfants à partir de l'âge de 2 mois et les femmes enceintes.	Irritation; éviter le contact avec les yeux et les muqueuses.	<i>Nix Crème pour la peau, Lotion Kwellada-P</i>
Ivermectine orale	Administrer 200 mcg/kg aux jours 1 et 8; ajuster la posologie en cas de gale croûteuse ou en contexte institutionnel.	Alternative de première intention chez l'adulte, particulièrement lorsque le traitement topique est impossible ou en cas de résistance suspectée.	Éviter le traitement pendant la grossesse. Non ovicide.	<i>Stromectol</i>
Benzoate de benzyle 25 %	Appliquer chaque soir pendant 2 à 3 jours; renouveler l'application après 7 jours si nécessaire.	Milieus à ressources limitées; non disponible aux États-Unis/au Canada.	Peut provoquer une irritation cutanée/sensation de picotements.	S/O (non commercialisé au Canada).
Soufre 5 – 10 % (pommade)	Appliquer chaque soir pendant 3 nuits consécutives. Rincer chaque matin.	Indiqué chez les nourrissons de moins de 2 mois et chez les femmes enceintes ou allaitantes.	Odeur forte, tache les vêtements, tolérance limitée.	Produit magistral uniquement.
Crotamiton 10 %	Appliquer chaque jour pendant 5 jours.	Option de deuxième intention si les autres traitements sont contre-indiqués ou indisponibles.	Faible efficacité; à éviter dans les formes graves.	<i>Eurax</i>
Spinosad 0,9 % (suspension)	Appliquer une fois et laisser sécher 10 minutes. Rincer après 6 heures. Renouveler l'application au bout de 7 jours si nécessaire.	Approuvé chez les enfants âgés de 4 ans et plus et les adultes.	Bien toléré.	<i>Natroba</i> (pas encore disponible au Canada).

Tableau 1. Traitements conventionnels de la gale;¹⁰ avec l'aimable autorisation du Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC.

6. La gale croûteuse nécessite un traitement agressif

La gale croûteuse, variante hautement contagieuse et souvent peu reconnue, est associée à une forte charge parasitaire. Elle touche surtout les personnes immunodéprimées, âgées ou atteintes de démence à un stade avancé.^{9,10} Le traitement standard repose sur de l'ivermectine orale (200 µg/kg) administrée sur plusieurs jours (par exemple, jours 1, 2, 8, avec doses facultatives aux jours 9 et 15), combinée à de la perméthrine topique à 5 %, souvent appliquée de façon

concomitante et les jours sans traitement oral.^{7,8}

Le recours à des agents kératolytiques, tels que des lotions à base d'urée à 10 %, est essentiel pour faciliter la pénétration cutanée du médicament à travers les croûtes hyperkératosiques.⁶

Dans un cadre institutionnel, les patients atteints de gale doivent être soumis à des mesures strictes de précautions de contact. En raison du taux d'attaque élevé de la gale croûteuse, un traitement prophylactique est recommandé pour les travailleurs de la santé asymptomatiques (ainsi que pour leurs contacts domiciliaires) si

Composante	Schéma posologique	Remarques
Ivermectine orale	Administrer 200 mcg/kg aux jours 1, 2 et 8 (formes modérées); ajouter une administration aux jours 9 et 15 (formes graves); jusqu'à un maximum de 7 doses au total.	Habituellement utilisé en association avec un traitement topique.
Perméthrine topique 5 % (crème ou lotion)	Pas de consensus concernant la fréquence. Généralement appliquée les mêmes jours que l'ivermectine orale.	Appliquer sur tout le corps, y compris le cuir chevelu, les tempes et sous les ongles (éviter le visage).
Kératolytiques (par exemple, lotion à base d'urée à 10 % ou crème à base d'acide salicylique à 3 %)	Appliquer le traitement les jours sans perméthrine, puis régulièrement une fois les croûtes éliminées.	Favorisent la pénétration du traitement topique en éliminant les croûtes épaisses. <i>Jeter le produit une fois le traitement terminé pour réduire le risque de contamination croisée.</i>
Contrôle de l'environnement	Laver la literie/les vêtements à l'eau très chaude; désinfecter les surfaces régulièrement. Le patient doit être isolé, soumis à des mesures strictes de précautions de contact et de visites essentielles uniquement, jusqu'à la guérison.	Pour les patients en soins de longue durée, l'infirmier/-ère responsable et/ou l'équipe de prévention des infections doivent être avisés rapidement, idéalement par communication écrite urgente et verbale, afin de coordonner la prévention des éclosions et la recherche des contacts.
Traitement empirique des contacts étroits	Perméthrine et/ou ivermectine, selon la faisabilité.	Les contacts étroits, y compris les personnes asymptomatiques, doivent être traités simultanément. Les travailleurs de la santé (et les membres de leur foyer) ayant eu une exposition rapprochée et non protégée à des patients atteints de gale croûteuse doivent recevoir un traitement empirique, qu'ils présentent ou non des symptômes.

Tableau 2. Traitement de la gale croûteuse (Protocole des Centers for Disease Control);^{8,10} avec l'aimable autorisation du Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC.

ceux-ci n'étaient pas entièrement protégés. La gale croûteuse constitue une urgence de santé publique locale. La prévention des éclosions et la réduction de la morbidité nécessitent un diagnostic rapide et une prise en charge agressive.

7. Le prurit persistant et les nodules ne constituent pas toujours des échecs thérapeutiques

Le prurit post-scabieux peut persister pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, après l'éradication des acariens, sans nécessairement indiquer une infestation active.

Le traitement peut inclure des émollients sans parfum, du chlorhydrate de pramoxine topique à 1 %, des corticoïdes topiques et/ou des antihistaminiques oraux. La gale nodulaire, qui touche souvent les aisselles ou le scrotum, peut persister et nécessiter des corticoïdes intralésionnels ou, dans certains cas, des agents systémiques comme une courte cure de prednison.⁹ En cas de doute, il convient d'adopter un très faible seuil d'intervention et de retraiter les cas suspects de gale ainsi que leurs contacts étroits.

8. Attention aux erreurs diagnostiques, surtout en cas de lésions eczémateuses

La gale est fréquemment diagnostiquée à tort comme un eczéma, en particulier chez les adultes et les enfants atteints de dermatite atopique. Un haut degré de suspicion est indiqué en présence des caractéristiques suivantes :

- Prurit nocturne intense.
- Eczéma résistant aux traitements habituels.
- Atteinte de plusieurs membres du foyer.
- Nodules prurigineux au niveau des organes génitaux, des seins et/ou des aisselles.
- Facteurs de risque (par exemple, résidents en établissement de soins de longue durée ou vivant en milieux surpeuplés).

9. Spinosad : un nouvel agent topique prometteur

Le spinosad topique à 0,9 % est une neurotoxine qui s'est avérée prometteuse dans le traitement de la gale. Dans deux études à répartition aléatoire, à double insu et contrôlées par excipient, menées auprès de plus de 500 participants, une seule application de 10 minutes de spinosad a permis d'obtenir un taux de guérison complète de 78,1 % au jour 28, comparativement à 36,1 % dans le groupe ayant reçu l'excipient.¹¹ La guérison complète était définie par la disparition de l'ensemble des symptômes et des lésions cutanées, l'absence de nouvelles lésions, des résultats négatifs à la dermoscopie et l'absence de nécessité de réapplication. Le traitement a été bien toléré, avec de faibles taux d'irritation. Aucun cas de résistance n'a été rapporté.

Le spinosad ne requiert pas d'application nocturne. Il s'applique sur peau sèche, doit sécher pendant 10 minutes, puis être rincé après 6 heures, une modalité susceptible d'améliorer l'observance thérapeutique. Bien qu'il ne soit pas encore disponible au Canada, le spinosad pourrait constituer un traitement de la gale à la fois efficace, bien toléré et davantage centré sur le patient.

Conclusion

La gale demeure un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Les dermatologues communautaires doivent maîtriser les critères diagnostiques standardisés, être en mesure de reconnaître les présentations atypiques et à forte charge parasitaire, et se tenir informés de l'évolution des profils de résistance. Le traitement doit cibler non seulement le patient index, mais également l'ensemble des contacts étroits ainsi que l'environnement. Alors que les échecs thérapeutiques et les résistances se multiplient, des agents tels que l'ivermectine orale et le spinosad topique pourraient occuper une place de plus en plus importante dans la pratique courante.

Auteur correspondant

Patrick Fleming, B. Sc. (Nutrition), M. Sc. (Santé communautaire), M.D., FRCPC
 Courriel : flemingp@mun.ca

Divulgations des liens financiers

P.F. : Honoraires et/ou honoraires de consultation et/ou de participation à des comités consultatifs et/ou de conférences : AbbVie, Altius, Amgen, Aralez, Arcutis Biotherapeutics, Bausch Health, Beiersdorf, Bristol Myers Squibb, Catalytic Health, Celltrion, CeraVe, Cipher, Galderma, Eli Lilly, Fresenius Kabi, Incyte, Kenvue, La Roche-Posay, Janssen, Medexus Pharmaceuticals, Novartis, Pfizer, UCB, Sanofi-Genzyme, Sermo et Sun Pharma

Références

- Schneider S, Wu J, Tizek L, Ziehfreund S, Zink A. Prevalence of scabies worldwide—an updated systematic literature review in 2022. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(9):1749–1757. doi:10.1111/jdv.19167
- Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 international alliance for the control of scabies consensus criteria for the diagnosis of scabies. *Br J Dermatol*. 2020;183(5):808–820. doi:10.1111/bjd.18943
- Meyersburg D, Hoellwerth M, Brandlmaier M, Handisurya A, Kaiser A, Prodingner C, et al. Comparison of topical permethrin 5% vs. benzyl benzoate 25% treatment in scabies: a double-blinded randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2024;190(4):486–491. doi:10.1093/bjd/ljad501
- Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, Mertz D, Motaghi S, Ghadimi M, et al. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2024;190(2):163–173. doi:10.1093/bjd/ljad308
- Levy M, Martin L, Bursztejn AC, Chiaverini C, Miquel J, Mahé E, et al. Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study. *Br J Dermatol*. 2020;182(4):1003–1006. doi:10.1111/bjd.18369
- Richards RN. Scabies: diagnostic and therapeutic update. *J Cutan Med Surg*. 2021;25(1):95–101. doi:10.1177/1203475420960446
- Goldstein BG, Goldstein RP. Scabies: management: Wolters Kluwer; 2022 [updated October 31 2022, cited June 5 2025]. Disponible sur : <https://www.uptodate.com/contents/scabies-management>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical care of scabies: U.S. Department of Health & Human Services; 2023 [updated December 18 2023, cited June 5 2025]. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-care/index.html>.
- Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(3):533–548. doi:10.1016/j.jaad.2019.05.109
- Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies: epidemiology, clinical features, and diagnosis: Wolters Kluwer; 2024 [updated July 17 2024, cited June 5 2025]. Disponible sur : <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis>.
- Seiler JC, Keech RC, Aker JL, Miller W, Belcher C, Mettert KW. Spinosad at 0.9% in the treatment of scabies: efficacy results from 2 multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled studies. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86(1):97–103. doi:10.1016/j.jaad.2021.07.074