

GALE NORVÉGIENNE COMPLIQUANT UN LUPUS ÉRYTHÉMATEUX SYSTÉMIQUE

NORWEGIAN SCABIES COMPLICATING SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

K. Ben Abdelghani¹, M. Mahfoudhi¹, S. Trabelsi², S. Turki¹, A. Kheder¹

1- Service de Médecine Interne A, Hôpital Charles Nicolle, Tunis. Tunisie
2- Laboratoire de Parasitologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis. Tunisie

Correspondance :

K. Ben Abdelghani
Service de Médecine Interne A.
Hôpital Charles Nicolle. Boulevard 9
Avril. 1006. Bab Saadoun. Tunis. Tunisie
E-mail : bakhaoula@yahoo.fr

Résumé :

La gale croûteuse généralisée ou gale norvégienne est une forme sévère de gale due à une infestation par des sarcoptes scabiei. Elle survient souvent chez des patients immunodéprimés soit par un traitement immunosuppresseur au long cours, soit infectés par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou ayant un néoplasie. Elle est rarement décrite en association avec un lupus érythémateux systémique (LES). Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 29 ans ayant un LES et traitée par une corticothérapie à forte dose. Elle a présenté, au bout de 3 mois de traitement, une éruption érythémato-squameuse prurigineuse étendue à tout le corps. L'examen parasitologique de la peau a révélé une infestation massive par des sarcoptes scabiei et des œufs dans la couche cornée. Elle a été traitée par des applications locales de benzyle de Benzoate pendant 21 jours et de la vaseline salicylée pendant une semaine. L'évolution était bonne avec résolution complète de l'infestation. A partir de cette observation de gale norvégienne survenue chez une femme lupique et une revue de la littérature, nous allons mettre l'accent sur cette forme particulière de gale souvent diagnostiquée tardivement pouvant être responsable d'épidémie hospitalière de gale. Nous allons insister sur l'importance de la pratique d'examen parasitologiques de la peau et des ongles et sur les particularités thérapeutiques et évolutive de cette forme de gale au cours du LES.

Mots clés : gale norvégienne - lupus érythémateux systémique.

Abstract:

Norwegian or crusted scabies is a generalized severe scabies (sarcoptes scabies) infestation. It's often diagnosed in immunocompromised patients, with prolonged immunosuppressive therapy, HIV infection or neoplasia. It's rarely reported in systemic lupus erythematosus (SLE). We report an observation of Norwegian scabies occurring in a 29 years old woman having a SLE and treated with a high dose of corticoids. She presented within three months of corticosteroid therapy, an erythematosquamous lesion (scaling plaques) generalized to all her body. Skin parasitological exam showed a massive infestation by sarcoptes scabies and eggs in the cornea's substratum. She was treated by application of benzyl benzoate for 21 days and Vaseline salicylic acid for one week. There was complete resolution of the infestation. Basing on this observation of Norwegian scabies occurring in a woman having a SLE, we put the accent on this particular form of scabies often diagnosed with a delay, which became then a source of epidemics scabies in the hospital, and incite to practice skin and nail parasitological exams in case of pruriginous, scaly erythroderma in SLE. We focus also on the treatment and evolution of this scabies in case of SLE.

Key words: Norwegian scabies - systemic lupus erythematosus.

INTRODUCTION

La gale croûteuse généralisée, hyperkératosique, appelée «norvégienne» est une forme très sévère de gale décrite surtout chez les immunodéprimés. Sa survenue au cours d'un lupus érythémateux systémique (LES) n'a été rapportée que chez une dizaine de personnes à notre connaissance.

OBSERVATION

Patiente âgée de 29 ans, a été hospitalisée au service de médecine interne pour l'exploration d'une altération de l'état général et une fièvre évoluant depuis un mois.

L'examen a objectivé une fièvre à 38°C, un rash malaire, des ulcérations buccales, une pâleur cutanéomuqueuse, un œdème des membres inférieurs gardant le godet, une polypnée avec diminution du murmure vésiculaire à l'hémi-champ pulmonaire droit et un frottement péricardique.

La numération-formule sanguine a révélé une anémie normochrome normocytaire avec une hémoglobine à 7 g/dl et une thrombopénie à 70000/mm³. Les fonctions rénale et hépatique étaient normales. La protéinurie des 24 heures était à 4 g.

Le bilan immunologique a trouvé un test de Coombs direct positif, des anticorps anti-nucléaires positifs (AAN) et des anticorps anti-DNA natifs (anti-DNAn) positifs. Les anti-phospholipides étaient négatifs.

La recherche de bacilles acido-alcool-résistant dans les crachats, l'examen cyto bactériologique des urines, les sérologies de Wright et de Widal, les sérologies HSV, CMV, EBV, VIH étaient négatives. La radiographie du thorax a montré un épanchement pleural droit important et une rectitude du bord gauche du cœur. L'échographie cardiaque a objectivé un discret épanchement péricardique. L'échographie abdominale était normale.

Le diagnostic de LES a été retenu devant l'association de sept critères de l'ACR : les ulcérations buccales, l'érythème en vespertilio, les sérîtes, l'anémie hémolytique avec leucopénie, lymphopénie et thrombopénie, l'atteinte rénale, les AAN et les anti-DNAn positifs.

Elle a été traitée par 3 boli de méthylprednisolone (Solumédrol®) de 700 mg trois jours de suite relayé par de la prednisone : 1,5 mg/kg/j sans diminution des doses devant l'absence d'amélioration clinique et biologique.

Après 3 mois de corticothérapie, elle a présenté un prurit généralisé avec une éruption croûteuse hyperkératosique étendue à tout le corps y compris le cuir chevelu avec des lésions de grattage sans lésions suppurées ni éléments purpuriques (Figure 1, 2).



Figure 1 : éruption croûteuse hyperkératosique au niveau des dos des mains, avec des lésions de grattage sans lésions suppurées.
Figure 1 : crusted hyperkeratotic eruption at the back of the hands, with excoriations without suppurating lesions.



Figure 2 : éruption croûteuse hyperkératosique au niveau des avant bras et des poignets, avec des lésions de grattage.

Figure 2 : crusted hyperkeratotic eruption at the forearms and hands of apples, with scratch marks.

L'examen parasitologique fait sur un prélèvement au niveau des dos des mains et des ongles a montré une infestation par des *Sarcoptes scabiei* et la présence d'œufs dans la couche cornée à l'examen direct (Figure 3).

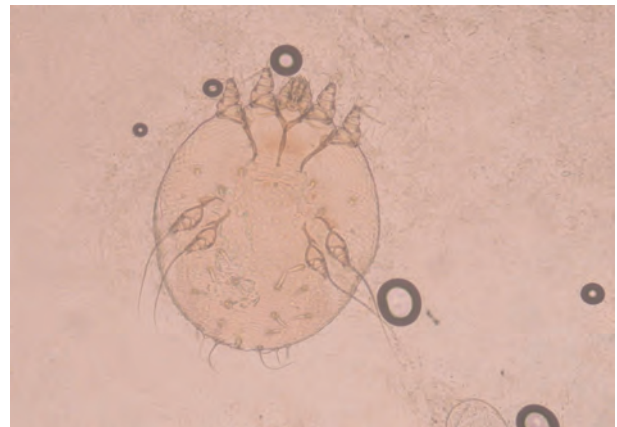


Figure 3 : Mise en évidence à l'examen direct de *Sarcoptes scabiei* et la présence d'œufs dans la couche cornée de la peau.

Figure 3 : Implementation evidence on direct examination of mites *Sarcoptes scabiei* and the presence of eggs in the stratum corneum of the skin.

Devant cet aspect, le diagnostic d'une gale norvégienne compliquant un LES a été retenu. Elle a été isolée après avoir constaté la contamination d'autres patients et du personnel médical. Elle a été traitée par du Benzoate de Benzyle pendant 3 semaines associé à la vaseline salicylée pendant une semaine. L'évolution a été marquée par une persistance du prurit pendant cinq jours et une disparition des lésions croûteuses au bout d'une dizaine de journées (Figures 4, 5).

Des mesures curatives et préventives ont été prises de façon énergique à l'échelle aussi bien des patients hospitalisés que du personnel médical et paramédical ayant pour but de traiter les sujets infectés et éviter de nouvelles contaminations.

L'évolution de son LES était bonne après guérison de sa gale. Nous avons actuellement un recul évolutif de trois ans sans rechute du LES ni de la gale.



Figure 4 : nette amélioration des lésions croûteuses et hyperkératosiques après traitement antiparasitaire.

Figure 4 : improved of crusted and hyperkeratotic lesions after pesticide treatment.

DISCUSSION

La gale norvégienne se manifeste par des lésions hyperkératosiques érythémato-squameuses étendues à tout le corps avec un prurit généralisé. C'est une forme sévère de gale survenant chez des sujets ayant un état précaire.

Elle est due à un acarien, *Sarcoptes scabiei*, parasite humain obligatoire. Elle est essentiellement transmise par un contact humain direct. Quelques cas, en raison de la survie limitée mais possible du parasite en dehors de son hôte, peuvent être rapportés suite à des contaminations indirectes [1]. Il s'agit d'une parasitose très contagieuse.

Le diagnostic de gale est essentiellement clinique, cependant l'aspect atypique de la gale norvégienne pouvant retarder le diagnostic, impose la pratique d'un examen parasitologique, si besoin répété. Cet examen est très utile pour confirmer le diagnostic et éviter des traitements anti-scabieux d'épreuve. Il permet de mettre en évidence le parasite sous plusieurs formes : adulte, larve, nymphe ou œuf. Les croûtes au niveau de la peau peuvent cacher les œufs et pérenniser l'infection.

Des cas de gale norvégienne ont été rapportés en association avec une infection à VIH, une néoplasie, un déficit immunitaire congénital, un traitement immunosuppresseur ou une corticothérapie prolongée. Dans les pays où le virus HTLV1 a une forte prévalence, la gale norvégienne est un marqueur de l'infection rétrovirale [1].

Sa survenue au cours du LES paraît exceptionnelle, 9 cas ont été décrits dans la littérature. Timpatanapong et al. étaient les premiers à rapporter cette association en 1974 [2]. Ting et al ont publié 5 cas de LES compliqué d'une gale dont 2 étaient norvégienne et ont signalé la gravité particulière de la gale sur ce terrain précaire [3]. Tous les auteurs insistent sur la sévérité de cette forme de gale, les difficultés diagnostiques, la nécessité d'un traitement prolongé pour éradiquer l'infection [4, 5, 6, 7, 8]. Au cours du LES, le traitement corticoïde prolongé peut favoriser la survenue de gale norvégienne [2, 9], de même que la dénutrition par fuite rénale de protéines lors d'un syndrome néphrotique [6], comme cela a été le cas de notre patiente. En plus, les lésions cutanées au cours de cette forme de gale peuvent simuler celles d'un lupus cutané subaigu d'où le retard diagnostique souvent important.

Le traitement est triple et concerne le malade, la literie, les vêtements et l'entourage [1]. Le traitement de première intention est le Benzoate de Benzyle (Ascabiol)[®] en lotion. Il

est neurotoxique pour le système nerveux des parasites et a également une activité contre les œufs [7]. Il est prescrit en application unique après un bain tiède sur la peau encore humide. Les applications doivent être répétées sur tous les téguments, y compris le cuir chevelu et le visage en évitant les muqueuses. L'hyperkératose est traitée par la vaseline salicylée ayant un effet kératolytique, au minimum à 10%. Les ongles sont raccourcis et brossés avec l'anti-scabieux. La guérison est obtenue après une durée moyenne de 3 semaines de traitement. Dans les formes réfractaires à ce traitement, l'ivermectine est la molécule de choix [1, 10]. La persistance d'un prurit après traitement anti-scabieux doit faire évoquer, une irritation, une réaction allergique, un prurit psychogène, une recontamination, un traitement insuffisant ou inefficace. Cependant, le prurit peut persister une semaine environ après un traitement anti-scabieux bien conduit. L'hospitalisation en milieu spécialisé avec isolement est indispensable.

Quant à notre patiente, elle a été isolée après avoir contaminé des malades avoisinant et le personnel hospitalier. Le diagnostic a été retardé parce que son éruption a été mise au départ sur le compte de son LES. L'évolution était bonne sous Benzoate de Benzyle, avec des bains quotidiens et application locale de vaseline salicylée. Elle a gardé un prurit qui était probablement en rapport avec une irritation en début du traitement et qui a disparu au bout de cinq jours. La gale norvégienne était en fait un facteur de cortico-résistance chez notre patiente, puisque l'amélioration de son LES n'a pu être obtenue qu'après avoir jugulé son infection.

CONCLUSION

La gale norvégienne est une forme sévère de gale, elle est rarement décrite au cours du LES, elle est favorisée par les traitements corticoïdes et immunosuppresseurs. Son diagnostic est souvent retardé. Un diagnostic précoce et un traitement efficace sont seuls garant d'une éradication de l'infestation, et permettent d'éviter une cortico-résistance lors d'une poussée lupique.

Références

1. P. A. Becherel, S. Barete, L. Francès, O. Chosidow, Ectoparasitose (pédiculose et gale) : stratégie thérapeutique actuelle. *Ann Dermatol Venerol* 1999 ; 126 : 755-61.
2. P. Timpatanapong, P. Tansanapradit, K. S. Indula, P. Sundaravej, Norwegian scabies in acute LES patient treated with high dose corticosteroid. *J Med Assoc Thai* 1974 ; 57 : 514-6.
3. H. C. Ting, F. Wang., Scabies and LES. *Int J Dermatol* 1983 ; 22 : 473-6.
4. G. N. Mikheev, Development of Norwegian scabies in two patients with LES. *Vestn Dermatol Venerol* 1984 ; 4 : 57-61.
5. N. C. Wanke, C. Melo, V. Balassiano, Crusted scabies in a child with LES. *Rev Soc Bras Med Trop* 1992 ; 25 : 73-5.
6. D. Y. Chen, J. L. Lan, Crusted scabies in LES : a case report. *Zhonghua Min Wei Sheng Wu JiMian Yi Xue Za Zhi* 1993 ; 26 : 44-50.
7. N. Chutimunt, Crusted scabies associated with LES : response to benzyl benzoate therapy. *J Med Assoc Thai* 1996 ; 79 : 65-8.
8. De Carvalho Valle LM, Nogueira Castanon MC, Goncalves Da Costa P S. Scabies Norwegian Associated with high Ig E and low Ig G1 levels presenting as LES. *Braz J Infect Dis* 1998 ; 2 : 97-104.
9. A. Mebazaa, B. Bedday, S. Trabelsi et al. Norwegian scabies, a rare diagnosis in Tunisia. *Tunis Med* 2006 ; 84 : 654-7.
10. F. Aberici, L. Paganil, G. Ratti, P. Viale. Ivermectine alone or in combination with Benzyl Benzoate in treatment of HIV associated with scabies. *J Dermatol* 2000 ; 142 : 969-72.