

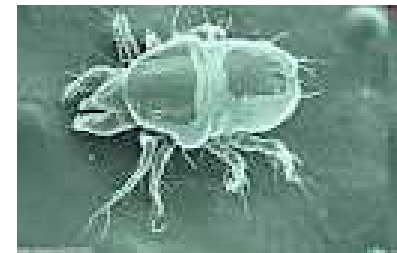


Epidémie de gale en 2015 dans un EHPAD de la région retour d'expérience

18 novembre 2016

AM GALLERAND

ARLIN Martinique

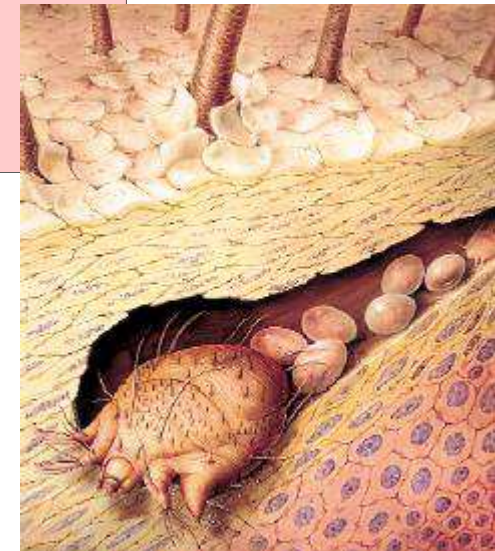
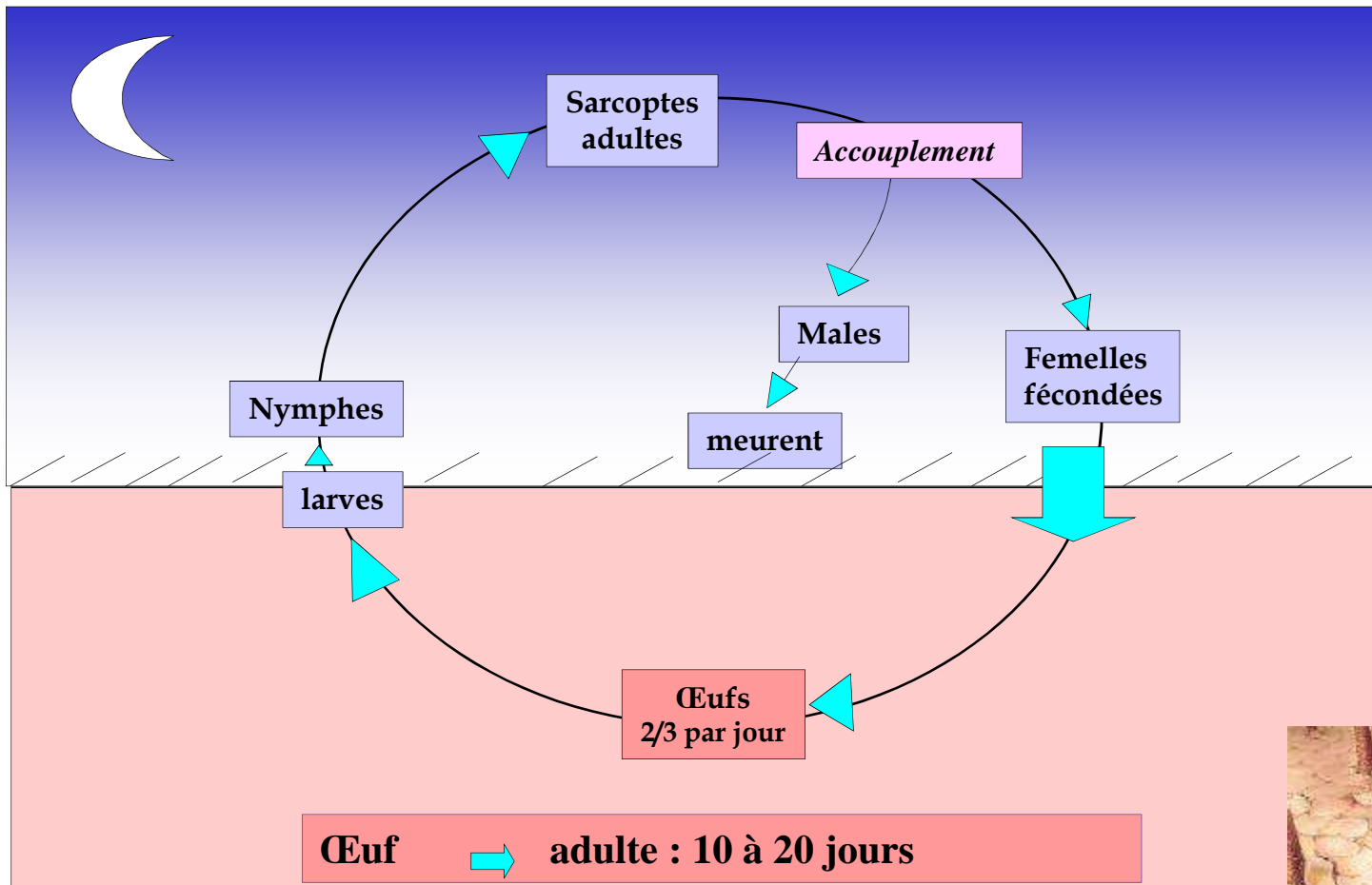


Qu'est-ce que la gale? (1)

- Parasitose cutanée due à un parasite
le SARCOPTES de la gale



- **Définition**
 - Parasite de l'ordre des acariens qui vit dans l'épiderme humain : *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*
- **Morphologie**
 - Sarcopte est ovale, d'aspect globuleux :
 - Femelle = 0,4/0,3mm de long et 0,2/0,4mm de large
 - Mâle = 0,22/0,18mm de long et 0,16mm de large
 - Femelle fécondée creuse sillon dans épiderme entraînant démangeaisons



Qu'est-ce que la gale? (2)

Modes de transmission

- **Contact direct : 95% des contaminations**
par contact cutané « peau contre peau »
 - transmission facilitée par promiscuité
 - essentiellement lors des soins de nursing
 - **Contact indirect : par l' environnement, très faible (sauf en cas de gale profuse ou hyperkératosique)**
 - linge
 - literie
 - surfaces...
- Concerne surtout le partage de vêtements**

Qu'est-ce que la gale? (3)

Clinique

- Sarcopte entraîne une maladie contagieuse, dermatose très prurigineuse = **LA GALE**
- Signe caractéristique est « **le sillon** »:
tunnel creusé par le Sarcopte dans la partie la plus superficielle de l'épiderme pour y déposer ses oeufs
- Autre signe: **les vésicules perlées**
où se situe le parasite
- Incubation silencieuse et de durée variable
 - quelques jours si infestation massive à environ 1 mois dans la plupart des cas
 - de l'ordre de 3 à 4 jours en cas de réinfestation
 - Risque de transmission bien que faible existe dès la phase d'incubation



Les formes cliniques

Formes cliniques	Tableau clinique	Localisation des lésions	Diagnostic	Contexte
Gale typique	Prurit nocturne intense Lésions cutanées non spécifiques dues au grattage Lésions spécifiques plus rares: - sillons - Vésicules - Plaques desquamantes	Espaces inter-digitaux, face antérieure des poignets, coudes, région inguinale, ceinture, cuisses, nombril, organes génitaux, plis des seins et des fesses	Peu de sarcoptes Examen parasitologique peu sensible Prurit nocturne Lésions spécifiques Localisation	La plus fréquente Faiblement contagieuse
Gale profuse	Lésions souvent atypiques Eruption sans sillon Très prurigineuse	Dissémination tronc, membres Atteinte fréquente du dos	Difficile	Souvent chez personnes âgées en institution Conséquence d'un diagnostic tardif ou trt inadaptés
Gale hyper-kératosique (ou norvégienne)	Erythrodermie Lésions croûteuses hyperkératosiques, peu ou pas prurigineuses Dermatose généralisée, très contagieuse	Tout le corps, y compris, visage, cuir chevelu, dos, ongles... Parfois seulement un segment de peau	Sarcoptes très nombreux Examen parasitologique +++	Immunodéprimés Personnes âgées Epidémies en collectivités
Gale des « gens propres »	Très peu de lésions Prurit		Très difficile Y penser en cas de prurit diffus persistant	Fréquente

Contexte



- 23/10/15 (un vendredi): réception à l'ARLIN d'un appel du responsable d'un établissement (EHPAD)
- Situation: cas groupés de gale; signalement à l'ARS; épidémie localisée dans un seul secteur; résidents et professionnels touchés
 - Conseils et documents transmis
 - Nouveau contact 4 jours plus tard
- 30/10/15: visite de l'ARLIN
 - Visite du secteur touché; constat de la mise en œuvre des PC contact
 - Réunion d'informations (IDE, AS, logistique...), et présentation d'un diaporama « Prise en charge de la gale » + discussion

Les faits



- Recueillis lors de la rencontre du 30 octobre
- Synthétiquement:
 - Observation de cas de lésions cutanées « atypiques » chez une résidente en début d'année
 - d'autres observations en suivant, chez d'autres résidents
 - Puis lésions de grattage chez plusieurs professionnels
 - Diagnostic de gale très tardif (octobre) pour une résidente partie en consultation dermato
 - Au total: 5/7 résidents et 4/5 professionnels atteints
 - Mise en œuvre des recommandations données/ dermato, mais échec
 - Exaspération/ inquiétude des professionnels; lourdeur +++ de la prise en charge
 - Puis, appel ARLIN
 - Rappels gale et prise en charge
 - Envoi à venir d'un planning actions



Evolution



- Le 3 novembre, envoi/ ARLIN d'un document pratique pour la conduite du traitement [PLAN DE TRAITEMENT GALE](#)
- Suite aux conseils dispensés par l'ARLIN, de nouvelles difficultés apparaissent, notamment en termes de traitement des personnes (surtout les professionnels)
- Plusieurs échanges téléphoniques sont nécessaires avec l'IDEC
- Choix d'un traitement / Spregal® ou Stromectol® (Ascabiol® « new » et Topiscab® pas encore disponibles en Martinique à ce moment-là)
- 2 administrations effectuées (intervalle non optimal)
- Puis surveillance clinique
- Régression des lésions et retour à la normale en quelques jours
- Fin de l'épisode: mi-décembre

Les principaux écarts et difficultés



- Retard au diagnostic (dermato)
- Retard à la mise en place de mesures face à des lésions cutanées apparemment transmissibles (PC contact)
- Manque de coordination des actions (cellule de crise)
- Absence de protocole ou fiche technique
- Interprétation quelquefois erronée des consignes
- Manque d'informations
- Inquiétude des personnels /manque d'informations
- Disponibilité des médecins (/prescriptions)
- Disponibilité des traitements (notamment Ascabiol® ou Topiscab®)
- Difficultés à organiser le traitement (tout le monde en même temps)

Les points-clés de la prise en charge (1)

- **Etablir le diagnostic:**
 - Y penser
 - Mettre en place PC contact devant toute lésion cutanée « suspecte »
 - Diagnostic difficile (quelquefois par défaut)
- **1^{ère} mesure immédiate:** PC contact (rappels particularités)
- **Ensuite: réunir une « cellule de crise »**
 - Responsable de l'établissement
 - Médecin coordonnateur
 - IDEC
 - Pharmacien
 - Agents de la logistique
 - Toute autre personne utile
 - +/- ARLIN si besoin
- **La cellule de crise décide et coordonne les actions** (plan d'actions)

Les points-clés de la prise en charge (2)

- **La cellule de crise doit organiser:**
 - l'information des résidents (+ familles) et des professionnels
 - le recensement des cas: **cas certains, cas probables, cas contact** (tous !), résidents et professionnels
 - la stratégie de traitement:
 - Quel(s) produits? faire les prescriptions
 - Quel jour?(J0 pour le 1^{er} traitement et J8 à 10 pour le 2^{ème}): le même jour pour tout le monde (y compris les cas contact)
 - Qui fait quoi?
 - le traitement de l'environnement (locaux)
 - le traitement du linge (vêtements, linge de lit)
 - L'approvisionnement **préalable** en tous les produits et matériel nécessaires avant le déclenchement des opérations

Traitement du linge



Type de linge	Traitement
Linge supportant lavage >60°	Placer dans un sac plastique ou hydrosoluble Evacuer par le circuit habituel
Linge ne supportant pas lavage >60°	Pulvériser dans le sac un produit acaricide type A-PAR® (ou Baygon® vert), fermer le sac et attendre le temps de contact préconisé (3h) avant traitement par le circuit habituel
Linge ne supportant pas lavage >60° et en l'absence de produit	Laisser le linge dans un sac fermé hermétiquement pendant 8 jours, puis circuit habituel

– Quel linge traiter? (avis HCSP 212)

Gale commune : linge de moins de 72h du cas et des personnes vivant sous le même toit

Gale profuse : linge de moins de 10 jours du cas et des personnes vivant sous le même toit

Respecter un délai de 12h avant de réutiliser une literie désinfectée par acaricide

Traitement de l'environnement



- **Matériel**
 - Privilégier le matériel UU ou individualisé au patient
 - Si matériel réutilisable en tissu le traiter avec une poudre acaricide dans un sac plastique (contact 3h)
- **Environnement**
 - **Bionettoyage simple**
 - Le traitement par un **acaricide (A-PAR®)** n' est **indiqué que dans les cas de gale profuse**
 - À discuter pour les gales communautaires au regard de l' importance de l' épidémie
 - Tout mobilier en tissu ayant été en contact avec un cas confirmé devra être traité par la poudre acaricide, puis aspiration après 3h de contact
 - Le personnel en charge de l' entretien devra être protégé (masque)
 - La pulvérisation d'acaricide doit se faire dans une pièce bien aérée

Les points-clés de la prise en charge (3)

- **Quand tout (et tout le monde) est prêt, déclenchement des opérations:**
 - **Le jour J (J0)**
 - Traitement de tous les cas (certains, probables, contact), résidents et professionnels, selon le protocole choisi (en respectant bien les consignes d'administration)
 - Traitement en parallèle de l'environnement et du linge, conformément aux recommandations
 - **A J8 ou 10: recommencer**
- Voir [PLAN DE TRAITEMENT GALE](#)

Conseils et astuces



- Doubler le traitement est inutile (per os + local); par contre faire les 2 administrations
- Les démangeaisons peuvent persister (voire être exacerbées) quelques jours (jusqu'à une à deux semaines)
- Picotements ou irritations cutanées peuvent être observées dans les jours suivants un traitement local
 - Dans ces 2 cas, ne pas confondre avec une récurrence; bien respecter les 2 administrations à grand maximum 14 jours d'intervalle
- En cas de gale commune, un cas n'est plus contagieux 48h après un traitement bien conduit
- S'agissant d'un professionnel de santé, le statut de « contact » ne justifie pas d'un traitement des proches, ni d'un arrêt de travail, ni de mesures de prévention à domicile
- Clés de la réussite pour enrayer une épidémie:
 - Le recensement de tous les cas et contacts
 - Le traitement collectif un jour donné



Les divers outils disponibles

- La [fiche technique](#) CCLIN-ARLIN
- Le planning d'actions /ARLIN
- Serious game: « Sarcophte invasion »
- [VLOG gale](#) (CCLIN sud-ouest)
- Les 3 plaquettes du CCLIN SO
- Les recos (HCSP...)



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'actualisation des recommandations sur la conduite à tenir
devant un ou plusieurs cas de gale

9 novembre 2012

