

Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



M.S.T. MINEURES

Ectoparasitoses externes

Molluscums contagiosums

Ch. Chartier, O. Chosidow, M. Janier, N. Dupin, I. Alcaraz, N. Spenatto
et la Section MST de la SFD

Février 2016

Les MST mineures comportent certaines ectoparasitoses cutanées et les molluscums contagiosums.

Ectoparasitoses cutanées

Les ectoparasitoses cutanées (gale et phtiriase pubienne) sont considérées comme des MST mineures :

- il n'existe pas de complications gynécologiques ou urologiques,
- ce ne sont pas toujours des MST.

Les ectoparasitoses cutanées sont souvent mal vécues sur le plan psychologique car considérées à tort comme dues à un manque d'hygiène.

Une recherche des autres MST est recommandée.

La gale

Il s'agit d'une ectoparasitose interhumaine due à *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. La contamination familiale est fréquente, encore augmentée chez des personnes partageant le même lit. On observe actuellement de petites épidémies. La durée de survie du parasite en dehors de l'homme est brève (1 à 2 jours) ; en dessous de 20°, l'acarien femelle est immobile et meurt rapidement ; au-dessus de 60°, l'acarien meurt en quelques minutes.

L'incubation est de 3 semaines, plus courte en cas de réinfestation (quelques jours). Le diagnostic est essentiellement clinique : prurit à recrudescence nocturne, souvent à caractère familial. L'examen clinique recherche des lésions de grattage dans les espaces interdigitaux, la face antérieure des poignets, l'emmanchure antérieure des aisselles, les mamelons (chez la femme), l'ombilic, le fourreau de la verge (présence de lésions papuleuses, excoriées, prurigineuses : c'est le chancre scabieux), la face interne des cuisses. Les signes spécifiques sont plus rarement retrouvés (sillon scabieux et éminence acarienne).

La dermoscopie permet parfois de visualiser le sarcopte dans la peau ; la microscopie confocale, dont l'usage est encore limité, pourrait donner des résultats très performants

Lorsque l'hygiène est correcte, les signes cliniques peuvent être discrets.

En cas de déficit immunitaire (y compris iatrogène type corticothérapie générale ou locale), les lésions sont étendues, la prolifération parasitaire est importante : c'est la gale profuse voire hyperkératosique (cf infra).

La gale hyperkératosique (ex « norvégienne ») est une gale non prurigineuse localisée ou généralisée ; elle est caractérisée par une prolifération parasitaire majeure. Elle se développe le plus souvent chez des patients âgés et/ou immunodéprimés.

Le prélèvement parasitologique est indispensable pour les formes de diagnostic difficile. Il n'est pas nécessaire d'effectuer un bilan sanguin qui retrouverait parfois une discrète hyperéosinophilie.

Parmi les complications, on retient essentiellement le prurit post scabieux (2 à 4 semaines) et l'impétiginisation des lésions (dans les pays en développement la gale impétiginisée est une cause fréquente de glomérulonéphrite aiguë).

Le traitement doit concerner les sujets atteints de gale et l'entourage familial. Il doit se faire dans le même temps pour éviter les recontaminations.

Le traitement "moderne" repose sur l'ivermectine. C'est un antiparasitaire à spectre large qui a depuis 2001 l'AMM pour le traitement de la gale et est remboursé à 65 % depuis juin 2003. Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 Kg.

En raison de l'absence d'effet ovicide, et malgré l'AMM désormais ancienne, une 2ème prise systématique doit être réalisée 8 à 15 jours après.

Le traitement "classique" repose sur différents topiques. Il faut éviter de prescrire des aérosols chez des patients asthmatiques. L'application des produits locaux se fait sur l'ensemble du corps en insistant sur les zones où il existe des signes cliniques (en particulier les mains) sans oublier le cuir chevelu, à l'exception du visage. On dispose de différentes molécules :

Recommandations thérapeutiques :

gale

- perméthrine crème 5 % la nuit, durée d'application 8 heures (remb 65 %) à renouveler une semaine plus tard
- ou benzoate de benzyle à 10 % (ou 25 %) sur peau humide : durée d'application de 12 à 24 heures ; on peut renouveler l'application au bout de 24 heures ; le produit peut être à l'origine d'irritation ou d'eczématisation (non remb)
- ou esdépalétrine : durée d'application de 12 heures (les aérosols sont formellement contre-indiqués chez les patients asthmatiques) (non remb)
- ou ivermectine : 200 microgrammes par kg de poids en dose unique soit 3 à 6 cps à 3 mg ; une deuxième cure 8 à 15 jours plus tard est systématique (remb 65 %)

Le crotamiton a surtout un effet antiprurigineux.

La gale profuse ou hyperkératosique relève d'une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier.

La propagation de la gale par l'intermédiaire de vêtements contaminés est une éventualité assez rare ; on recommande de laver les vêtements et la literie à 60° après contact éventuel avec un aérosol scabécide ; le parasite étant fragile aux températures habituelles, il est parfois suffisant d'aérer la literie et d'isoler les vêtements pendant quelques jours puis de les laver normalement.

La phtiriase pubienne

Il s'agit d'une ectoparasitose due à *Phtirus inguinalis*. Le parasite se localise dans la pilosité génitale ; l'adulte est accroché à la racine du poil, les lentes sont fixées sur les tiges pilaires. C'est une MST (plus connue sous le nom de "morpions") mais des cas de contaminations indirectes sont possibles (literie, serviettes). Chez l'homme, la parasitose peut s'étendre sur la pilosité abdominale, thoracique, la barbe, les cils . . . L'atteinte ciliaire peut également s'observer chez l'enfant. L'extension au cuir chevelu est exceptionnelle. La prévalence serait actuellement en diminution du fait de la fréquente épilation pubienne.

Le diagnostic clinique se résume à un prurit pubien associé à des excoriations cutanées de la région génitale. Un examen soigneux (parfois à la loupe dans les formes pauciparasitaires) permet de mettre en évidence les parasites adultes, les lentes et un piqueté hémorragique. En cas de localisation ciliaire, il existe parfois une conjonctivite et une blépharite.

Le traitement fait appel à des antiparasitaires locaux qui ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale. Le rasage est un bon traitement associé à un antiparasitaire local ; s'il n'est pas effectué, il est souhaitable de renouveler le traitement local 8 jours après. Il est impératif de traiter l'ensemble des zones pileuses. On dispose des molécules suivantes :

Recommandations thérapeutiques :

Phtiriase pubienne

- malathion : temps d'application de 12 heures ;
- ou pyréthrine naturelles (sans effet rémanent) et pyréthrine de synthèse (avec effet rémanent) ; de nombreuses spécialités sont disponibles, souvent commercialisées pour les pédiculoses de la tête ; ces traitements sont efficaces pour la pédiculose pubienne ; il convient de respecter les temps d'application recommandés par les fabricants ;

Certains auteurs recommandent de décontaminer la literie par simple lavage à 60° ; le partenaire sexuel sera traité de la même façon.

Le traitement de la phtiriase ciliaire peut nécessiter un épouillage des lentes et des adultes à la pince ; le résultat est souvent peu satisfaisant car le parasite reste accroché sur les cils. On préférera une application de malathion lotion au coton tige. Les pommades à l'oxyde jaune de mercure ne sont plus disponibles. En fait n'importe quelle pommade ophtalmologique est efficace (y compris la vaseline). La perméthrine à 1 % est également utilisable.

Un essai thérapeutique récent a montré l'intérêt de l'ivermectine (400 microgrammes/kg en prise unique répétée à J7) ; ce traitement n'a pas l'AMM.

Molluscum contagiosum

Les molluscums contagiosums sont dus à un virus à ADN du groupe des poxvirus. Il existe deux sous types MCV1 et MCV2 ; d'autres sous-types viraux ont été récemment mis en évidence.

La lésion élémentaire est une papule perlée rose ou translucide, de 1 à 5 mm de diamètre, avec une ombilication centrale (la pression laisse échapper un matériel blanchâtre).

On distingue 3 formes cliniques :

- forme éruptive de l'enfant : semis de lésions sur le visage, les aisselles, le tronc ;
- forme profuse de l'immunodéprimé : les lésions prédominent sur le visage, le cou, le territoire de la barbe et font discuter d'autres infections opportunistes (cryptococcose, histoplasmosse) ; il existe parfois des lésions isolées, géantes, hyperkératosiques, simulant un kératoacanthome ou un carcinome basocellulaire ;
- la forme éruptive de l'adulte immunocompétent : les lésions s'étendent sur le pubis, l'hypogastre et les organes génitaux externes ; il s'agit alors d'une MST.

Le diagnostic est clinique. Exceptionnellement une biopsie est nécessaire mettant en évidence un effet cytopathogène caractéristique.

Dans la topographie génitale, les condylomes sont parfois un diagnostic différentiel.

Nous envisagerons uniquement le traitement de la forme sexuellement transmissible de l'adulte.

L'abstention thérapeutique n'est pas souhaitable en raison du risque de multiplication des lésions et de transmission sexuelle.

Les traitements physiques sont parfois douloureux et peuvent nécessiter une anesthésie locale de contact :

Recommandations thérapeutiques :

Molluscum contagiosum

- curetage : enlève toute la lésion ; la méthode est efficace mais sanglante ;
- ou cryothérapie par azote liquide : nécessite souvent plusieurs applications à 2 ou 3 semaines d'intervalle ;

L'électrocoagulation ou le laser CO² sont efficaces mais comportent un risque cicatriciel non négligeable et ne sont pas recommandés. Certains auteurs ont proposé le laser à colorant pulsé, voire la photothérapie dynamique.

Les traitements chimiques locaux sont nombreux mais aucun n'est satisfaisant :

- différentes préparations sont utilisées : acide trichloracétique à 33 %, solution iodée à 10 % et salicylée de 20 à 50 %, podophyllotoxine à 0.5 %, hydroxyde de potassium à 10 %, nitrate d'argent à 40 %, cantharidine : ces traitements sont empiriques, n'ont fait l'objet d'aucune étude scientifique et correspondent à des "recettes" . . . parfois efficaces.

- la trétinoïne à 0,05 ou 0,1 % à raison de deux applications par jour apporte un certain bénéfice.
- l'imiquimod à 5 % appliqué 3 fois par semaine donnerait des résultats intéressants (prescription hors AMM).

RÉFÉRENCES :

1. Chosidow O : Scabies and pediculosis. Lancet 2000, 355 : 819-26
2. Chosidow O : Clinical practices. Scabies. N Engl J Med 2006 ; 354 : 1718-24
3. Hu S., Bigby M.: treating scabies. Results from an updated Cochrane review. Arch Dermatol 2008; 144 : 1638-40
4. Currie BJ, Mc Carthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. N Engl J Med 2010 ; 362 : 717-25
5. Scott GR, Chosidow O: European Guideline for the management of scabies. Int J STD and AIDS; 2011 ; 22 : 301-3
6. van der Wouden JC, van der Sande R, van Suijekom-Smit LW, Berger M, Butter CC, Konig S. Cochrane database Systematic Review 2009 ; CDOO4767