

Une dermatose jusqu'au bout des ongles

M. Gamel¹; J. Boulanger¹; M. Sergeant¹; AC. Bursztejn¹

¹ Dermatologie, CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy, France

Résumé

Introduction

La gale est une ectoparasitose contagieuse bien connue des dermatologues. Elle est liée à l'infestation du stratum corneum par l'acarien *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Elle se manifeste classiquement par des sillons scabieux, des vésicules perlées ou des papules et nodules scabieux dont la topographie est évocatrice. Sa clinique caractéristique permet dans la majorité des cas un diagnostic clinique confirmé par dermoscopie.

Il s'agit d'un problème de santé publique dont l'incidence est en augmentation avec plus de 350 cas en France en 2016, ainsi qu'une prévalence mondiale en augmentation (200 millions de cas rapportés en 2020).

Nous rapportons le cas d'une gale unguéale chez un enfant de 11 ans, qui avait été traité comme un psoriasis sans efficacité.

Observation

Un patient de 11 ans consulte pour une onychopathie évoluant depuis 1 an en contexte de psoriasis diagnostiqué il y a 2 ans. Il présente également un prurit diffus résistant aux dermocorticoïdes.

Cliniquement, on note une hyperkératose sous-unguéale associée à une onycholyse des 4e et 5e rayons droits ainsi que des 2e et 5e rayons gauches (fig. 1A et 1B). On observe de nombreux sillons au niveau palmo-plantaire caractéristiques d'une infection à *Sarcoptes Scabiei* ainsi que des nodules des creux poplités. La dermoscopie confirme le diagnostic (fig. 2). A l'interrogatoire, on apprend qu'il a déjà été traité pour une gale commune 4 ans auparavant. Celle-ci récidive depuis environ 2 ans, prise à tort pour un psoriasis et traitée par dermocorticoïdes. L'examen de l'ongle en microscopie optique ne retrouve pas d'élément fongique mais de nombreux sarcoptes (fig.3). Il s'agissait donc d'une gale unguéale hyperkératosique localisée. L'évolution est favorable après traitement par IVERMECTINE et PERMETHRINE 5% à J0 et J8, associé à un kératolytique à l'urée 50% sous occlusion des soins de pédicurie et un traitement de l'environnement et de la famille.

Discussion

Devant une onychopathie avec hyperkératose sous-unguéale, il ne faut pas méconnaître une gale unguéale hyperkératosique localisée. Le contexte de prurit diffus, la présence de lésions spécifiques de gale à l'examen du tégument et la dermoscopie permettent de poser le diagnostic.

Les formes les plus localisées de gales hyperkératosiques sont rares, avec une incidence de la scabiose unguéale qui reste inconnue. Seulement quelques cas cliniques ont été décrits dans la littérature, dont 7 comprenant des enfants. Chinazzo et al. ont constaté une prévalence de 6% d'atteinte unguéale sur prélèvement systématique de l'ongle du 1^{er} rayon des mains et pieds chez des enfants de moins de 16 ans qui avaient un diagnostic de gale commune confirmée, et seulement 30% de ces patients présentaient une atteinte clinique.

Celle-ci peut se manifester sous forme d'hyperkératose, de pachyonychie, d'onycholyse ou d'onychoschie.

A ce jour il n'y a pas de traitement codifié et aucune donnée dans la littérature sur la biodisponibilité de l'IVERMECTINE dans le compartiment unguéal et sur la pénétration des traitements topiques. Cependant, un traitement par de l'urée à 40% ou de l'acide salicylique à 5% sous occlusion quotidienne puis l'application répétée d'un antiscabieux (type perméthrine 5%) a montré de bons résultats. Pour éviter les récurrences, le brossage des ongles des doigts, que la gale soit hyperkératosique ou commune, permet d'éviter la colonisation de l'hyponychium des doigts par les sarcoptes suite au grattage.

Conclusion

La gale est un problème de santé publique toujours d'actualité avec une incidence et une prévalence en augmentation. Devant une onychopathie avec hyperkératose sous-unguéale, il ne faut pas méconnaître une gale unguéale hyperkératosique localisée. Le contexte de prurit diffus, la présence de lésions spécifiques de gale à l'examen du tégument et la dermoscopie permettent de poser le diagnostic.

Lien d'intérêts : aucun

Liste des mots-clés : Ectoparasitose, Gale unguéale, *Sarcoptes scabiei hominis*

Figures



B

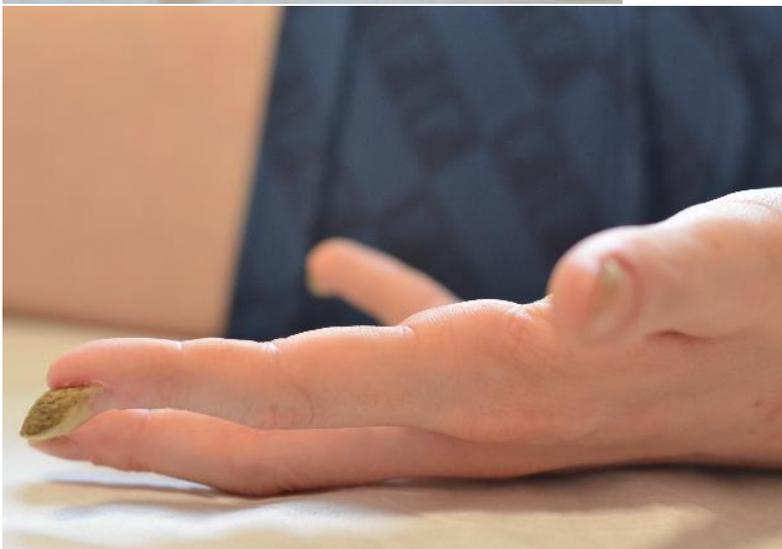


Figure 1 (A et B) : onychopathie des 2^e et 5^e rayons gauches avec hyperkératose sous-unguéale.



Figure 2 : examen dermoscopique d'un sillon plantaire avec visualisation de l'extrémité céphalique d'un sarcopte (« signe du deltaplane »)



Figure 3 : examen de l'hyperkératose sous-unguéale en microscopie optique à fort grossissement mettant en évidence un sarcopte (*Sarcoptes Scabiei*).