

Gale crouteuse (norvégienne) néonatale traitée avec succès avec l'association Benzoate de Benzyle et Ivermectine orale sans effet secondaire

Neonatal crusted (norwegian) scabies successfully treated with a combination of benzyl benzoate and oral ivermectin without side effects

Ndiaye Diop MT ^{1,2}, Thiam A¹, Diop K ^{1,2}, Diassé Fall F ^{1,2}, Ndiaye M ¹, Ly F ¹, Niang SO ¹

(1) Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Service de dermatologie-Vénéréologie

(2) Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer

(3) Université Gaston Berger de Saint Louis, Service de dermatologie

***Auteur correspondant :** Dr Mame Téné Ndiaye Diop, Dermatologue-Vénéréologue, Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer E-mail: mametene@gmail.com, tél : 002211419736

Résumé

Introduction : La gale crouteuse est rarement rapportée chez le nouveau-né et les indications thérapeutiques sont limitées du fait de la hantise des effets secondaires des médicaments disponibles chez le nouveau-né.

Objectif : Rapporter l'efficacité et l'innocuité de l'association ivermectine orale et benzoate de benzyle dans un cas de gale crouteuse néonatale.

Observation : il s'agissait d'un enfant de sexe masculin, né prématuré qui a présenté depuis 27 jours de vie une érythrodermie avec une agitation et des pleurs incessants. La mère avait des lésions de prurigo diffus avec un prurit surtout nocturne. Ce dernier était noté chez le père et la tante maternelle. Le diagnostic de gale était évoqué et le traitement incluant hospitalisation en salle d'isolement, ivermectine orale et benzoate de benzyle a permis une régression spectaculaire des lésions et du prurit dès 24h après traitement. Aucun effet indésirable n'était observé.

Conclusion : Les indications thérapeutiques de la gale sont limitées chez les enfants de moins de 3 mois. Cependant, dans notre cas l'association ivermectine et benzoate de benzyle a été efficace et bien tolérée.

Mots clés : Association ivermectine et benzoate de benzyle ; gale crouteuse ; nouveau-né ; prématuré

Abstract

Introduction : Crusted scabies is rarely reported in newborns, and therapeutic options remain limited due to concerns regarding the side effects of available medications in this age group

Objective: To report the efficacy and safety of the combination of oral ivermectin and benzyl benzoate in a case of neonatal crusted scabies.

Observation: This was a male preterm infant who, from 27 days of life, presented with erythroderma accompanied by agitation and incessant crying. The mother had diffused prurigo lesions with mainly nocturnal itching. This was also reported in the father and maternal aunt. A diagnosis of scabies was suspected, and treatment, including isolation in a hospital room, oral ivermectin, and benzyl benzoate, resulted in a dramatic regression of the lesions and pruritus within 24 hours after treatment. No adverse effects were observed.

Conclusion: Therapeutic options for scabies are limited in children under 3 months old. However, in our case, the combination of ivermectin and benzyl benzoate was effective and well tolerated.

Keywords : crusted scabies; ivermectin and benzyl benzoate combination; newborn; premature infant

INTRODUCTION

La gale est une maladie tropicale négligée liée à un parasite du genre *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, caractérisée par un prurit intense surtout nocturne et des lésions cutanées spécifiques. Cette affection est particulièrement fréquente dans les zones tropicales et les milieux défavorisés, touchant de manière disproportionnée les enfants et les personnes âgées [1]. La gale, dans sa forme croûteuse ou hyperkératosique ou norvégienne est caractérisée par des lésions cutanées diffuses, le plus souvent érythrodermique avec un aspect farineux. Cette forme croûteuse est également caractérisée par un parasitisme élevé, d'où une forte contagiosité. Elle survient habituellement chez l'adulte immunodéprimé, notamment au cours des déficits immunitaires humoraux et à médiation cellulaire comme par exemple au cours de l'infection à VIH. Les cas néonataux sont rarement rapportés dans littérature [2]. De plus, à cet âge précoce, la hantise des effets secondaires des médicaments disponibles et efficace pour cette forme croûteuse limitent les indications thérapeutiques. Ainsi, nous rapportons un cas de gale croûteuse néonatale traité efficacement avec l'association benzoate de benzyle à 2,5% et ivermectine sans effets secondaires.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un enfant de sexe masculin, reçu en consultation à 43 jours de vie pour une dermatose insomnante évoluant depuis 27 jours de vie. L'enfant est né avec une prématurité de 36 semaines d'aménorrhée et 6 jours, par voie césarienne, avec un poids de naissance à 2 350 g. La mère âgée de 33 ans pratiquait la dépigmentation cosmétique volontaire aux dermocorticoïdes et à l'hydroquinone. L'enfant avait reçu les vaccins du BCG, et de l'hépatite B à la naissance conformément au programme élargi de vaccination au Sénégal. Dans les antécédents, on notait une hospitalisation à une semaine de vie pour un ictère néonatal d'étiologie non documenté avec une évolution favorable. L'interrogatoire retrouvait une agitation nocturne ayant débuté à 13 jours de vie dans un contexte de prurit familial nocturne rapporté chez la mère, le père et la tante maternelle. La mère rapportait également ne pas avoir pris de bain depuis la naissance de l'enfant du fait de la cicatrice de césarienne.

L'examen général retrouvait un enfant agité avec des pleurs incessants. Le poids était à 3kg,

il n'y avait pas de fièvre. L'examen dermatologique de l'enfant retrouvait au niveau de la peau glabre, une érythrodermie sèche avec des lésions érythémato-squameuses diffuses atteignant plus de 90 % de la surface corporelle, surmontées d'une hyperkératose d'aspect farineux ou des squames épaisses et adhérentes plus marquées au niveau des membres inférieurs, associées à, des pustules et des croûtes mélicériques par endroits (**figure 1**). L'examen des autres appareils et systèmes était normal.

L'examen clinique de la mère mettait en évidence de multiples lésions papuleuses excoriées et hyperpigmentées, prédominant au niveau des espaces interdigitaux, des plis axillaires, inguinaux, interfessiers, et sous-mammaires (**figure 2**). On notait également des vergetures pourpres localisées aux épaules, cuisses, seins et fesses, ainsi que des macules hyperpigmentées et des lésions lichénoïdes par endroits.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic de gale croûteuse a été évoqué et retenu.

La numération formule sanguine, l'ionogramme sanguin, la fonction rénale, le dosage des transaminases, la protidémie, l'albuminémie, et la glycémie capillaire était normal. La sérologie rétrovirale était normale chez la mère.

Le traitement instauré chez l'enfant après hospitalisation en cabine d'isolement était : l'ivermectine à 0,2mg/kg en préparation pharmaceutique associée à l'application sur tout le corps de benzoate de benzyle en lotion diluée à 2,5% pendant une durée de 24 heures. La mère, le père et la tante ont reçu un traitement local à base de benzoate de benzyle à 10% en application sur tout le corps pendant une durée de 24h associée à de l'ivermectine à la dose de 0,2mg/kg en prise unique. Une désinfection de la literie a été réalisée avec de l'eau chaude.

L'évolution a été spectaculaire dès les premières 24 heures, marquée par une disparition de l'agitation nocturne et une régression nette de l'érythrodermie chez l'enfant. Chez la mère, l'évolution était également favorable, avec une disparition du prurit, des papules laissant place à des cicatrices pigmentées post inflammatoires. Après 7 jours du traitement, il n'y avait pas de prurit, ni de nouvelles lésions cutanées chez l'enfant et les parents et le traitement a été renouvelé. Après un recul d'un mois, aucun effet secondaire n'a été noté chez l'enfant.



Figure 1 : gale crouteuse néonatale sous la forme d'érythrodermie avec aspect pustuleux (A) et hyperkératosique (B)



Figure 2 : gale profuse chez la mère du nouveau-né présentant la gale crouteuse sous la forme de prurigo diffus

DISCUSSION

La gale crouteuse est rarement rapportée chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de 3 mois. En effet, les présentations cliniques les plus décrites avant l'âge de 3 mois dans la littérature sont à type de pustules, de vésicules ou de papules [3]. Toutefois, les cas familiaux et le prurit conjugal, collectif, surtout nocturne conforte le diagnostic qui est avant tout clinique.

La gale crouteuse est habituellement rapportée chez les adultes souffrant de déficit immunitaire humorale et cellulaire comme par exemple au cours de l'infection à VIH ou d'une prise de corticothérapie au long cours et, chez les patients souffrants de syndrome de Down ou de paralysie empêchant la réponse de grattage au prurit et l'élimination mécanique de l'acarien. Chez l'enfant de moins de 3 mois, le facteur de survenue de la gale crouteuse le plus rapportés est l'immunodépression induite par la corticothérapie locale pour une dermatose préexistante tel qu'une dermatite atopique [2]. Chez le nouveau-né, les facteurs de risque sont moins bien connus. Dans cette observation, le facteur de survenue pourrait être la prématurité. En effet, l'immaturité de la couche cornée et l'altération de la fonction barrière cutanée favorisent la pénétration et la prolifération des agents infectieux cutanés [4]. Cependant, le facteur pourrait également être le fait que les nouveau-nés sont incapables de se gratter, limitant ainsi l'élimination mécanique des acariens, d'où l'augmentation de la charge parasitaire et la survenue de cette forme clinique [2].

Dans notre observation, l'association benzoate de benzyle à 2,5% et de l'ivermectine orale à la dose à la dose de 0,2mg/kg a permis une disparition spectaculaire en 24 h des symptômes, sans effet indésirable noté. Cette observation thérapeutique est très importante dans notre contexte où la gale est très prévalente et peut être difficile à traiter du fait des conditions d'hygiène précaire et de la promiscuité comme ce qui a été noté chez la mère de cet enfant qui n'avait pas pris de bain depuis plus de 1 mois du fait de la césarienne. De plus, le traitement de la gale crouteuse chez le nouveau-né et l'enfant de moins de 3 mois soulève beaucoup de préoccupations. En effet, la hantise des effets secondaires des médicaments tels que l'ivermectine et le benzoate de benzyle à ces âges, limite les indications thérapeutiques. Par contre, certaines

études ont montré l'efficacité et l'innocuité de l'ivermectine dans les formes sévères ou résistantes aux traitements topiques à la perméthrine chez l'enfant de moins de 2 mois [5].

Dans les indications thérapeutiques l'hospitalisation en cabine d'isolement est nécessaire pour limiter le risque de contagion chez les autres malades. Le port d'équipement de protection individuel par le personnel de soins est également obligatoire. En effet cette forme est très contagieuse, et dans notre contexte, les patients adultes ne sont pas habituellement hospitalisés par crainte de ce risque de contagion. Cependant, du fait des complications que peut entraîner l'érythrodermie néonatale telles que la dénutrition, les surinfections, les troubles ioniques, l'hypothermie pouvant être fatales, l'hospitalisation est une nécessité. Ainsi, il faudrait dans la prise en charge de cette affection respecter toutes les mesures de protection individuelles et collectives à l'image de toutes les maladies infectieuses transmissibles et graves sur terrain débilisé.

CONCLUSION

La gale crouteuse néonatale est exceptionnelle. Chez l'enfant de moins de 3 mois, la gale crouteuse survient le plus souvent sur terrain d'immunodépression en particulier une immunodépression locale liée à une corticothérapie locale pour le traitement d'une dermatose préexistante telle qu'une dermatite atopique. Chez notre patient, la prématurité pourrait être le terrain. Les indications thérapeutiques de la gale crouteuse sont limitées chez les enfants de moins de 3 mois à cause de la hantise des effets indésirables des médicaments les plus efficaces dans cette forme. Cependant, dans notre cas, l'association ivermectine et benzoate de benzyle à 2,5% a été efficace et bien tolérée.

RÉFÉRENCES

1. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world—its prevalence, complications, and management. *Clin Microbiol Infect.* 2012;18(4):313–323
2. Gualdi G, Bigi L, Galdo G, Pellacani G. Neonatal Norwegian scabies: three cooperating causes. *J Dermatol Case Rep.* 2009 Aug 24;3(2):34-7
3. Subramaniam S, Rutman MS, Wenger JK. A papulopustular, vesicular, crusted rash in a 4-

- week-old neonate. *Pediatr Emerg Care*. 2013 Nov;29(11):1210-2
4. Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatatos GN, Pathirana D, Garcia Bartels N. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence. *Pediatr Dermatol*. 2012;29(1):1–14
5. Aurélie Morand, Amandine Weill, Olivier Chosidow, Bernard Guillot, Thomas Hubiche,

Stéphanie Mallet, Prise en charge des scabioses chez l'enfant de moins de 15kg, la femme enceinte ou allaitante : recommandations du Centre de preuve de dermatologie et de la Société française de dermatologie pédiatrique. *Perfectionnement en Pédiatrie*. 2025 ; 8 (3), 205-212