UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Archive ouverte UNIGE
https://archive-ouverte.unige.ch

Article scientifique | Article | 2012

Published version | Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Prise en charge des pédiculoses en 2012

Maillard, Alexia; Toutous Trellu, Laurence Marie; Eicher, Nicole; Michaud, Mélanie; Laffitte, Emmanuel Alexis

How to cite

MAILLARD, Alexia et al. Prise en charge des pédiculoses en 2012. In: Revue médicale suisse, 2012, vol. 8, n° 335, p. 726–728,730–3.

This publication URL: https://archive-ouverte.unige.ch/unige:29254

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

Prise en charge des pédiculoses en 2012

Rev Med Suisse 2012; 8: 726-33

A. Maillard
L. Toutous Trellu
N. Eicher
M. Michaud
E. Laffitte

Les pédiculoses sont des ectoparasitoses contagieuses et endémiques dans les collectivités d'enfants (particulièrement de trois à huit ans). On observe de temps à autre des épidémies, notamment au sein des écoles ou dans le milieu carcéral.
Bien qu'étant bénignes, ces infections n'en sont pas moins désagréables et peuvent avoir un impact psychosocial important. Depuis plusieurs années, les soignants se heurtent à des difficultés croissantes pour traiter les poux : apparition de résistances aux insecticides, retrait du marché du lindane, commercialisation de produits dont l'évaluation est parfois insuffisante.
Cet article propose d'abord quelques rappels sur les pédiculoses, puis une synthèse des différents traitements actuellement disponibles, avec une stratégie thérapeutique basée sur l'étude de la littérature la plus récente.

Management of pediculosis, recommandations for 2012
Pediculosis is the most frequent and contagious ectoparasitic infestation in human, particularly in children from 3 to 8 years of age. Epidemics are observed from time to time, in schools or in adults in prisons.
Even though benign, these infections remain unpleasant and can have an important psycosocial impact. Since a few years, caregivers have to face increasing problems while treating lice : appearance of insecticide resistances, lindane's withdrawal from the market and the marketing of new products which are not always well evaluated.
This article offers first recalls about pediculoses and then a sum up of the different available treatments with an evidence based management strategy.

INTRODUCTION

Les pédiculoses, et plus particulièrement les poux de tête, sont des parasitoses largement répandues dans le monde. Elles touchent, en effet, entre 0,8% et 9,9% des enfants d'âge scolaire en Europe.[1]
En Suisse, leur traitement reposait jusqu'à présent sur trois insecticides : le malathion, la perméthrine et le lindane. Alors que ce dernier n'est plus commercialisé en Suisse, on a observé en Europe, durant ces vingt dernières années, l'apparition de poux génétiquement résistants aux deux autres traitements.[2,3] Les souches génétiquement résistantes à la perméthrine se sont largement répandues en Europe (avec une prévalence variable, pouvant aller jusqu'à 75,9%[4] en fonction des zones étudiées), probablement du fait de la forte pression de sélection due aux campagnes d'utilisation massives. Des résistances génétiques au malathion sont aussi documentées en France[5] et en Grande-Bretagne,[6] mais il n'existe pas de données épidémiologiques pour la Suisse. Ces données ont amené la communauté scientifique à remettre en cause l'efficacité des traitements insecticides. Néanmoins, nous allons voir, dans cet article, que la résistance génétique ne se traduit pas nécessairement par une résistance parasitologique ou une résistance clinique. Nous vous proposerons aussi une stratégie thérapeutique adaptée aux données actuelles et aux nouveaux traitements disponibles sur le marché.

NOTIONS DE PARASITOLOGIE

Le parasite

Les poux sont des ectoparasites hématophages spécifiques de l'homme. On en distingue trois sortes : les poux de tête *(Pediculus humanus var capitis)*, les morpions *(Phtirus pubis)* et les poux du corps *(Pediculus humanus var corporis)*.

Ils mesurent 1 à 3 mm et respirent à travers des pores appelés «stigmates», qu'ils ferment de façon réflexe au contact de l'eau. Lors de leur repas sanguin, ils injectent dans l'hôte leur salive aux propriétés anticoagulante et vasodilatatrice.[7]

Leur cycle de génération dure de deux (pour les morpions) à trois semaines (pour les poux de tête). Il est représenté dans la figure 1.

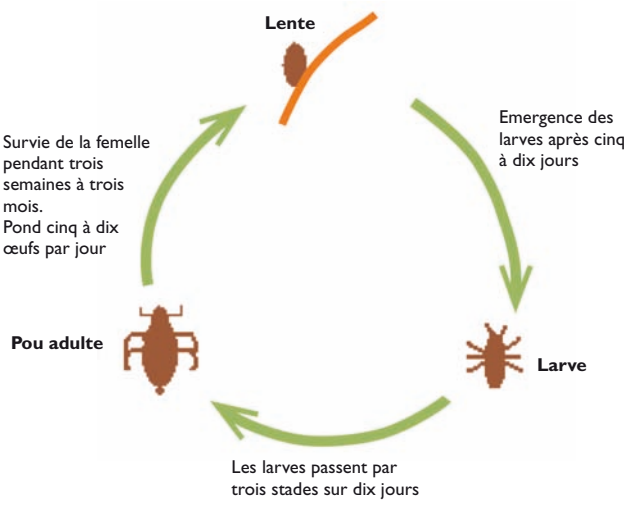

Figure 1. Cycle de génération des poux

La femelle pond entre cinq et dix lentes (figure 2) par jour, à 3-4 mm de la surface du cuir chevelu. Le cheveu poussant à une vitesse de 0,5 mm/jour, les lentes situées à une distance de plus de 2 cm du scalp sont habituellement vides. Elles mesurent 0,8 mm et sont résistantes au décollement manuel, au brossage et au lavage. Les larves à l'intérieur sont moins accessibles aux pédiculicides. Elles quittent les lentes après cinq à dix jours (raison pour laquelle il est nécessaire de répéter la majorité des traitements pédiculicides après environ sept jours) et deviennent adultes trois semaines plus tard.

Alors que les poux survivent sur le scalp environ un mois (mais parfois jusqu'à trois mois),[1] leur viabilité ne dépassent pas 36 heures en dehors du cuir chevelu, et celle des lentes, en dehors de l'hôte, ne dépasse pas 9-10 jours.[8] Les lentes ne peuvent pas éclore à une température ambiante inférieure à celle du scalp.[7]

Transmission

Les poux de tête ne sautent pas d'un individu à l'autre, mais se transmettent par contact rapproché (même bref). On comprend dès lors que la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint (comme c'est le cas dans les écoles) représente un facteur de risque de transmission. Ils se déplacent rapidement dans les cheveux, à la vitesse de 23 cm/min, contrairement aux larves qui sont peu mobiles lors de leurs deux premiers stades de maturation.[8]

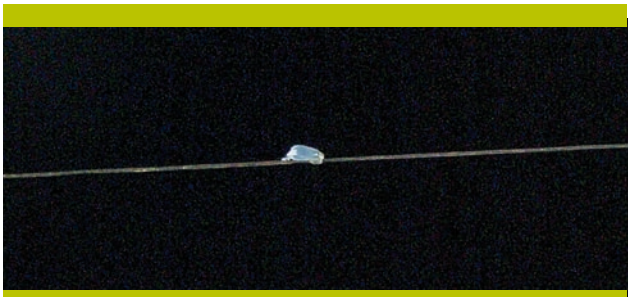

Figure 2. Une lente fixée à un cheveu

Une transmission indirecte est possible lors de l'utilisation successive et rapprochée dans le temps d'oreillers, de brosses, de bonnets, voire même d'écharpes ou de manteaux, etc.[8] Néanmoins, ce mode de transmission est moins fréquent puisque les poux retrouvés sur ces objets sont souvent blessés ou morts. En effet, «un pou sain quitte rarement une tête saine, à moins qu'il n'y ait une infestation massive».[7]

L'infestation n'est pas déterminée par la longueur des cheveux, la fréquence des lavages ou l'origine socio-économique de l'individu.[8]

Les poux du corps touchent surtout les populations en situation précaire avec de mauvaises conditions d'hygiène. Ils se transmettent par contact étroit ou lors de partage de vêtement ou de literie.

Quant aux morpions, ils sont transmis lors des contacts sexuels, raison pour laquelle ils sont souvent considérés comme une infection sexuellement transmissible.

Notions de résistance

En matière de résistance, trois notions sont à distinguer: la résistance génétique qui se traduit par la présence d'un gène muté; la résistance parasitologique qui est définie par la mise en évidence de poux résistant aux insecticides lors de tests ex vivo, et la résistance clinique qui correspond à la persistance de parasites au lendemain d'un traitement bien conduit.

La corrélation entre résistance génétique, parasitologique et clinique n'est pas toujours établie, ce qui incite à interpréter les notions de résistance aux insecticides avec prudence.

Résistance à la perméthrine

La perméthrine est un agent neurotoxique bloquant sur un canal sodique de la transmission nerveuse, paralysant ainsi la respiration des poux.[8] Depuis quelques années, des études ont mis en évidence des mutations du gène codant pour la sous-unité alpha de ce canal sodique *(kdr-like gene)*. Selon les études, la prévalence mondiale de ces souches génétiquement résistantes varie de 10% au Japon[9] à plus de 90% au Danemark.[9] Dans la région parisienne, elle atteint 93%,[9] de même qu'en Allemagne.[10] En théorie, ces mutations pourraient entraîner une résistance parasitologique et l'observation en clinique d'échec de traitement. Cependant, des études européennes récentes[5,11] ont montré que la corrélation entre résistance génétique et résistance clinique est loin d'être certaine et est toujours débattue. Dans une étude récente réalisée en région parisienne, des tests ex vivo retrouvaient une mortalité de 85,7% des poux après une heure d'exposition à la perméthrine, alors que ceux-ci étaient homozygotes pour la mutation *kdr-like* à 98,7%.[5] Des résultats équivalents ont été obtenus en Allemagne avec un taux d'éradication clinique de 93% sur des souches porteuses du gène à 93%.[11]

Résistance au malathion

Le malathion est un organophosphate qui agit comme un inhibiteur de la cholinestérase. Restant moins fréquentes

que les résistances à la perméthrine, des résistances au malathion ont été rapportées dans la littérature (par exemple : en France et en Grande-Bretagne).[7] Cependant, il n'est pas précisé de quel type de résistance il est question dans ces articles et la littérature sur le sujet demeure pauvre. Par ailleurs, nous manquons de données concernant la Suisse. A noter qu'une étude récente en région parisienne n'a détecté aucune résistance parasitologique au malathion.[5]

CLINIQUE

Pédiculose du cuir chevelu

Les poux de tête ne sont pas vecteurs de maladies. La pédiculose du cuir chevelu se manifeste le plus souvent uniquement par un prurit dû aux morsures du parasite, avec parfois des lésions de grattage (figure 3). La topographie des démangeaisons est typique : les tempes, le pourtour des oreilles et la nuque. Plus rarement, on peut observer une impétiginisation des lésions, une furonculose, voire même des adénopathies cervicales et de la fièvre.[1,8]

Occasionnellement, elle peut aussi être asymptomatique. C'est surtout le cas durant le premier mois suivant l'infestation, lorsque l'hôte n'a pas encore développé de réaction d'hypersensibilité à la salive du parasite.[8]

Pédiculose du corps

Les poux du corps entraînent le plus souvent des lésions de grattage, eczématiformes ou urticariennes, prédominant dans le dos et sur la racine des membres.

Les parasites résident dans les vêtements qu'ils ne quittent pour aller sur la peau que lors du repas sanguin.

Les complications sont les mêmes que pour les poux de tête, à la différence que les poux du corps peuvent transmettre des maladies infectieuses (par exemple : fièvre des tranchées, typhus épidémique, fièvre récurrente borélienne).

Pédiculose pubienne

Les poux pubiens se retrouvent au niveau des poils pubiens et de la région péri-anale et des cuisses, où ils provoquent la même symptomatologie que les poux de tête. Les lentes situées à la base des poils peuvent être confondues avec des taches de rousseur. Plus rarement, on peut les retrouver dans les cils où ils sont responsables d'irritations du bord de l'œil, de blépharoconjonctivites ou même d'écoulements oculaires teintés de sang.

Figure 3. Lésions de grattage au niveau de la nuque

Papules érythémateuses avec, pour certaines, une zone excoriée, très évocatrice de pédiculose.

Diagnostic

Comme les poux évitent la lumière et se déplacent rapidement, la détection visuelle simple peut être difficile. C'est pourquoi l'utilisation de peignes fins spéciaux est recommandée.[1,8] On peut encore augmenter la sensibilité de la détection en mouillant les cheveux et en les enduisant d'après-shampoing selon la technique du *wet combing* (tableau 1).

Les lentes peuvent être visualisées plus facilement à proximité du scalp au niveau de la nuque ou derrière les oreilles.[7] La présence de lentes n'est pas en elle-même un signe d'infestation active, puisque les lentes déshabitées peuvent rester collées aux cheveux pendant six mois.[8] Cependant, si des lentes sont retrouvées dans les 0,7 cm près du scalp, une infestation active est vraisemblable.[8] La présence du parasite à l'intérieur pourra être confirmée par le prélèvement et l'observation au microscope d'une de ces lentes.

Tableau 1. Technique du wet combing

1. Laver les cheveux avec votre shampoing habituel
2. Appliquer généreusement un démêlant (après-shampoing)
3. Démêler les cheveux à l'aide de votre peigne habituel
4. Passer un peigne fin antipoux dans les cheveux : en partant de la base des cheveux, mèche par mèche
   Entre chaque passage, essuyer le peigne sur un papier ménage pour y déposer les poux éventuels
5. Rincer les cheveux

PRISE EN CHARGE DES POUX DE TÊTE

Les pédiculoses ne connaissent pas de guérison spontanée. Néanmoins, le traitement des individus dans une zone d'épidémie ne doit pas être systématique. Il ne faut traiter que les personnes réellement infestées, c'est-à-dire celles chez qui on a mis en évidence des poux vivants ou des lentes habitées.

Il y a plusieurs catégories de traitements possibles : les insecticides, les dérivés de la silicone (diméticone), apparus plus récemment, et les huiles essentielles ; enfin, le traitement antiparasitaire systémique par l'ivermectine orale vient d'être validé pour les cas résistants. Il y a peu d'études comparatives des différents produits topiques entre eux, et il y a beaucoup moins de données fiables dans la littérature en ce qui concerne les dérivés de la silicone et les huiles essentielles. Pour cette raison, nous proposons une classification des différents produits disponibles en fonction des données scientifiques actuellement disponibles. Ils sont détaillés dans le tableau 2.

Le coût du traitement peut être important pour les familles, d'autant qu'aucun de ces produits n'est pris en charge par l'assurance-maladie de base. Quelle que soit la méthode choisie, les sprays sont contre-indiqués en cas d'asthme ou de bronchite obstructive.

Tableau 2. Poux de tête: stratégie thérapeutique

Nom commercial	Principe actif	Problèmes	Mode d'utilisation	Prix (CHF)
Premier choix				
Loxazol	Perméthrine 1%	• Résistances possibles (UK, USA, FR, D) • Réactions cutanées dans environ 1% des cas	• Laver les cheveux avec un shampoing ordinaire, sans après-shampoing, rincer et sécher • Appliquer le produit en quantité suffisante (> 50 ml) sur les cheveux et le cuir chevelu • Laisser 10 minutes puis rincer • Deuxième traitement après 7 à 10 jours	59 ml: 15.35 Ne traite qu'une personne
Prioderm	Malathion 1%	• Résistances possibles (FR, UK) • Réactions cutanées possibles • Inflammable → Laisser les cheveux sécher à l'air ambiant • Eviter avant l'âge de deux ans • Conserver au réfrigérateur	• Humidifier les cheveux puis appliquer un gobelet-doseur de Prioderm • Masser • Laisser agir 12 heures, puis rincer • Peigner avec un peigne antilentes • Répéter à 7 et 14 jours après la première application • Entre les jours de traitement, il est recommandé d'utiliser un après-shampoing usuel et de bien peigner les cheveux avec le peigne antilentes	50 g: 19.95 100 g: 37.85
Deuxième choix				
Pedicul Hermal	Diméticone 100%	Démangeaisons, érythème NB: Convient aux nourrissons et aux femmes enceintes	• Appliquer sur cheveux secs • Laisser durant 10 minutes puis utiliser un peigne fin • Enfin, laver les cheveux avec du shampoing normal • Répéter en cas de persistance au 10e jour	100 ml: 19.90 200 ml: 39.10
Altopou	Diméticone 5%		• Répartir la lotion sur les cheveux secs, masser, et laisser pendant 8 heures • Passer un peigne antipoux, puis laver les cheveux avec un shampoing • Répéter 7, puis 14 jours plus tard	100 ml: 19.70
Hedrin	Diméticone 4%		Idem Altopou, mais temps d'application de 10 minutes et répéter à 7 jours uniquement	100 ml: 19.85
Troisième choix				
Paranix	• Huiles essentielles (dont noix de coco, arbre à thé, ylang-ylang) • Action asphyxiante	• L'efficacité des produits à base d'huiles essentielles est mal documentée dans la littérature • Risque de réaction allergique	**Shampoing** • Appliquer sur cheveux secs • Bien masser des racines jusqu'aux pointes • Laisser agir 10 minutes puis faire mousser avec de l'eau • Rincer puis peigner • Répéter 7 jours après **Spray** • Vaporiser sur cheveux secs à environ 10 cm de la tête • Bien masser des racines aux pointes afin d'imprégner la totalité du cuir chevelu • Laisser agir 15 minutes puis laver les cheveux • Peigner avec le peigne fin • Répéter 7 jours après	60 ml: 31.–
Quatrième choix (en cas d'échec du traitement topique)				
Stromectol (FR)	Ivermectine comprimé à 3 mg	• Off-label • Hépatotoxicité • Risque de convulsions, toxidermies • Pas chez l'enfant < 15 kg	Deux doses de 0,4 mg/kg à J0 et J8	Boîte de quatre comprimés: 20.03 €

Traitements de première intention: les insecticides

Perméthrine

Comme nous l'avons discuté dans le paragraphe concernant les résistances, l'augmentation de la prévalence du gène muté *kdr-like* dans les populations de poux en Europe ne se reflète pas forcément par une résistance clinique du parasite. Il faut aussi souligner que la prévalence des souches porteuses de la mutation n'est pas connue en Suisse, de même que celle des souches cliniquement résistantes à la perméthrine. Or, nous avons à présent un bon recul sur l'utilisation de ce produit (qui présente une bonne tolérance et une facilité d'utilisation). C'est pourquoi, à moins que le patient ne provienne d'un groupe où il existe une

résistance avérée à la perméthrine, nous le proposons comme traitement de premier choix.

Malathion

Le malathion semble être d'efficacité équivalente à la perméthrine,[12] et nous disposons d'un certain recul concernant son utilisation. De plus, les tests ex vivo les plus récents en région parisienne n'ont pas montré de résistance au malathion.[5] Le choix d'un traitement par rapport à l'autre dépend principalement de la connaissance des résistances locales et des inconvénients plus nombreux du malathion. Ces derniers comprennent un temps d'application prolongé (de douze heures[13] et non de dix minutes comme cela est recommandé par le fabricant : cela permet d'augmenter l'efficacité), une forte odeur et une inflammabilité (l'utilisation d'un sèche-cheveux ou d'un fer à friser est déconseillée durant le traitement).[8] Le malathion étant un inhibiteur de la cholinestérase, il existe un risque théorique de dépression respiratoire en cas d'ingestion.[7] De plus, il y a eu une polémique établissant un lien de causalité entre l'usage du malathion et un risque accru de leucémie aiguë chez l'enfant. Cette controverse ne semble pas fondée ; elle était issue d'une étude cas-témoins de valeur statistique limitée, comprenant cinq cas et dix sujets contrôles.[10]

Traitement de deuxième intention : les dérivés de la silicone

Le diméticone est un dérivé de la silicone qui élimine les poux en obstruant leurs stigmates. Ce produit présente deux avantages sur les traitements «pharmacologiques». D'une part, il a l'avantage d'être sans odeur, non toxique et est bien toléré (le diméticone est déjà utilisé comme excipient dans de multiples préparations pharmacologiques et cosmétiques, en particulier les après-shampoings).[7] D'autre part, son mode d'action mécanique rend peu probable le développement de résistances.

Il n'existe pas d'étude comparative entre le diméticone et les insecticides conventionnels. Néanmoins, il ressort des différentes études que l'efficacité du diméticone varie entre 69 et 97%[1] et que l'activité ovicide semble meilleure à de hautes concentrations de diméticone.[13] Trois préparations sont disponibles en Suisse : Pedicul Hermal (diméticone 100%), Altopou (diméticone 5%) et Hedrin (diméticone 4%).

Les produits à base de diméticone n'ont pas fait l'objet d'études suffisantes pour les recommander en première intention. Le diméticone représente donc une alternative intéressante en cas de résistance avérée aux insecticides classiques.

Traitement de troisième intention : les huiles essentielles

Les huiles essentielles ont souvent été utilisées par la médecine traditionnelle pour éradiquer les poux. Les données disponibles dans la littérature sont limitées, de qualité médiocre et souvent dominées par des enjeux commerciaux. De plus, il existe une grande variabilité de composition parmi les produits disponibles sur le marché, et les études sur des produits contenant les mêmes huiles essentielles décrivent une efficacité variant de 12[14] à 92,3%,[15] ce qui ne permet pas de rendre les résultats généralisables.

Les avis, au sujet des traitements naturels, restent donc partagés et il n'y a pas de donnée comparative concernant le Paranix, produit disponible en Suisse (huile de noix de coco, arbre à thé, ylang-ylang). Ce traitement pourrait être intéressant comme alternative en cas de refus des insecticides et de souhait d'un traitement dit «naturel». Mais il ne faut pas oublier que les huiles d'arbre à thé *(tea tree)* et d'ylang-ylang font partie des huiles essentielles les plus souvent rapportées comme responsables d'eczéma de contact,[16] même si des cas n'ont pas été rapportés à notre connaissance avec les produits antipoux.

Traitement de quatrième intention : ivermectine orale

Une étude contrôlée[3] vient de valider la supériorité de l'ivermectine à la dose de 0,4 mg/kg, en deux cures à J0 et J10, par rapport au malathion, pour les cas résistants, avec 96,2% de guérison clinique à un mois dans le groupe ivermectine comparé à 87,9% dans le groupe malathion. Les doses d'ivermectine correspondent au double de celles utilisées pour traiter la gale, et il y a un risque, finalement très théorique, d'hépatotoxicité et de convulsions pour les enfants de moins de 15 kg ou de moins de deux ans.[17] Ce traitement est donc à considérer en dernière intention pour les cas particulièrement résistants (et après avoir vérifié et encadré la bonne réalisation des traitements locaux et des mesures complémentaires).

Traitements non recommandés

Plusieurs méthodes de traitement, parfois fantaisistes, sont rapportées, parfois directement disponibles sur internet, n'ayant pas fait l'objet de validations suffisantes pour pouvoir les recommander.

Dessiccation à l'air chaud

Cette méthode n'a été évaluée que par une seule étude de mauvaise qualité. De plus, la machine est onéreuse et son utilisation requiert un opérateur expérimenté.[7] C'est pourquoi nous ne recommandons pas cette méthode.

Méthodes occlusives

L'application d'agents occlusifs tels que la mayonnaise, la margarine, les huiles alimentaires ou encore le pétrole n'a pas fait l'objet d'étude randomisée et n'est donc pas conseillée. Les poux sont difficiles à asphyxier et les petites études menées n'ont pas conclu à leur efficacité.[13]

Mesures complémentaires

Wet combing ou enlèvement des poux au peigne fin

Le *wet combing* correspond au retrait des poux de façon mécanique, en peignant les cheveux mouillés et recouverts d'un lubrifiant tel qu'un après-shampoing. Cette méthode est parfois présentée comme une alternative aux insecticides. L'idée repose sur le fait que les larves ne peuvent ni passer d'un individu à l'autre, ni se reproduire dans les sept jours après qu'elles aient quitté la lente. En théorie, si elles sont retirées dans les jours suivant l'éclosion, l'infestation pourrait être éradiquée.

Cette méthode présente plusieurs limitations, ce qui fait

qu'il est difficile de la recommander comme méthode unique sans traitement topique associé. Elle est chronophage (on doit peigner les cheveux jusqu'à ce qu'on ne trouve plus aucun pou, ce qui peut prendre entre 15 et 30 minutes, voire plus si les cheveux sont longs et épais). Il faut répéter l'opération tous les deux à trois jours pendant plusieurs semaines. De plus, elle a été jugée moins efficace que les méthodes chimiques dans différentes études.[8]

Les méthodes utilisant un peigne antipoux électrique sont insuffisamment efficaces[11] et ne sont pas recommandées.

L'utilisation du peigne fin comme méthode adjuvante au traitement chimique apporte un gain discutable.[7,13] Elle a l'avantage d'enlever les poux morts de la chevelure.

Traitement de l'environnement

Pour diminuer le risque de réinfestation, il est nécessaire de laver à 60°C les vêtements et textiles (oreillers, serviettes, peluches, etc.) qui ont été en contact avec la tête de la personne infestée durant les trois jours précédant le premier jour du traitement du cuir chevelu.[7,8,18] Les effets personnels non lavables doivent être isolés dans un sac plastique pendant trois jours ou lavés à sec, ou encore passés au séchoir à haute température.[8] Les brosses et les peignes doivent aussi être déparasités. En revanche, la désinfection des locaux est inutile, de même que l'utilisation d'un «spray environnement» antipoux.

Prise en charge de la collectivité

Tout membre de la collectivité de laquelle est issu le patient doit être dépisté, mais seules les personnes ayant des poux vivants ou des larves habitées doivent être traitées. Le traitement de la famille ou de l'école ne doit donc pas être systématique.

L'exclusion scolaire des enfants infestés ne devrait pas avoir lieu car elle est stigmatisante et inutile.[7]

Traitement préventif

En cas d'épidémie, l'utilisation des produits pédiculicides en traitement préventif n'est pas justifiée. De même, les traitements commercialisés en tant que «répulsifs» n'ont pas de place dans la stratégie thérapeutique. En revanche, l'utilisation d'après-shampoing ou de «conditionner» pourrait être utile : le pou aurait plus de mal à se fixer sur le cheveu rendu glissant ; il faut savoir que dans la composition de beaucoup de ces produits, on retrouve du diméticone à concentration variable.

RAISONS D'ÉCHEC DU TRAITEMENT

Les causes d'échec du traitement sont détaillées dans le tableau 3.[19]

On peut parler de résistance au traitement lorsqu'on retrouve des poux vivants 24 heures après une application bien conduite d'insecticide. La présence de poux vivants sept jours plus tard ne reflète qu'un mauvais effet lenticide du traitement. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les traitements pédiculicides doivent être répétés une semaine après la première application.

Lorsqu'une résistance est mise en évidence, le praticien doit changer de classe pharmacologique.

Tableau 3. Causes d'échec du traitement des pédiculoses
(Tiré de réf.[19]).

Facteurs humains • Incompréhension du traitement (barrière de langage) • Ignorance, négligence ou mauvaise observance • Coût des produits non remboursés par l'assurance de base
Traitement insuffisant • Galénique inappropriée • Produit insuffisamment lenticide • Applications insuffisantes (quantité, durée, fréquence)
Réinfestation : environnement et/ou sujet(s) contact(s) non traité(s)
Acquisition d'une résistance aux insecticides employés

PRISE EN CHARGE DES POUX DU CORPS, DU PUBIS ET DES CILS

Pédiculose du corps

Le traitement des poux du corps repose principalement sur la désinfection de la literie et des vêtements (selon la méthode indiquée dans la rubrique environnement). Elle est souvent suffisante pour éradiquer l'infestation (les poux du corps vivant dans les vêtements). Elle doit être associée à une douche et à un lavage au savon. Les personnes ayant eu des rapports sexuels avec le patient dans le mois doivent procéder au même traitement.[20] Un traitement pédiculicide n'est pas nécessaire.

Une surinfection bactérienne ou une maladie bactérienne transmise par les poux doivent être recherchées et traitées le cas échéant.

Pédiculose du pubis

Les modalités thérapeutiques sont identiques à celles de la pédiculose du cuir chevelu, mais il est préférable de traiter l'ensemble des zones pileuses du tronc et des cuisses. Le rasage des poils est parfois nécessaire si les lentes sont abondantes. Les vêtements et la literie doivent être lavés selon la méthode indiquée précédemment. Il faut aussi envisager des investigations pour les infections sexuellement transmissibles et traiter le/la partenaire sexuel(le).

Phtiriase ciliaire : poux dans les cils

L'infestation des cils par le *Phtirius pubis* est souvent associée à une infestation pubienne. Elle est plus rare chez l'enfant et n'est pas forcément synonyme de sévices sexuels, la plupart des transmissions se faisant par la literie. Les modalités thérapeutiques sont variées :[18] ablation du parasite à la pince fine (souvent douloureuse), application biquotidienne de vaseline sur les cils pendant dix jours. Un traitement par laser à l'argon est recommandé par certains auteurs.

CONCLUSION ET STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Les pédiculoses représentent un enjeu de santé publique, particulièrement dans les milieux scolaires et les po-

pulations migrantes. A l'heure actuelle, les traitements les mieux validés sont la perméthrine et le malathion. En l'absence de données suisses sur d'éventuelles résistances, ils restent à utiliser en première intention. Le choix de l'un de ces deux insecticides dépend de la connaissance des résistances locales, des effets secondaires et de la tolérance individuelle.

Le diméticone représente une alternative intéressante en cas de résistance ou de contre-indication aux traitements classiques. Il ne faut envisager les traitements naturels qu'en cas de refus du patient de tout autre traitement pharmacologique, ceux-ci ayant une efficacité très discutée.

Enfin, l'ivermectine représente la thérapie de dernier recours, lorsque les traitements topiques ont échoué. Il est indispensable d'associer à ces traitements une décontamination de l'environnement et un dépistage de l'ensemble de la collectivité à laquelle appartient le patient, afin de minimiser le risque d'échec du traitement. ■

Implications pratiques

- La présence de lentes ne signe pas nécessairement une infestation active, puisque les lentes déshabitées peuvent rester collées aux cheveux pendant six mois
- Les membres de la collectivité dont est issu le patient doivent être dépistés, mais seules les personnes ayant des poux vivants ou des larves habitées doivent être traitées
- Les larves quittent les lentes après cinq à dix jours, raison pour laquelle il faut répéter les traitements après environ sept jours
- Les traitements de première intention restent les insecticides classiques (perméthrine et malathion), dont le choix dépend des résistances cliniques locales et des effets indésirables
- Les traitements préventifs, de même que les «répulsifs» n'ont pas de place dans la stratégie thérapeutique

Adresses

Alexia Maillard, étudiante en médecine
UniGE, 1211 Genève 4

Mélanie Michaud et Nicole Eicher
Infirmières de santé publique et de liaison
Service social de dermatologie et vénérologie
Drs Laurence Toutous Trellu et Emmanuel Laffitte
Clinique de dermatologie
HUG, 1211 Genève 14
emmanuel.laffitte@hcuge.ch

Bibliographie

1 * Tebruegge M, Pantazidou A, Curtis N. What's bugging you? An update on the treatment of head lice infestation. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2011;96:2-8.
2 Chosidow O. Pediculosis of the scalp and scabies. New guidelines and current stakes. Ann Dermatol Venereol 2004;131:1041-4.
3 ** Chosidow O, Giraudeau B, Cottrell J, et al. Oral ivermectin versus malathion lotion for difficult-to-treat head lice. N Engl J Med 2010;362:896-905.
4 Hodgdon HE, Yoon KS, Previte DJ, et al. Determination of knockdown resistance allele frequencies in global human head louse populations using the serial invasive signal amplification reaction. Pest Manag Sci 2010;66:1031-40.
5 Bouvresse S, Berdjane Z, Fontanet A, et al. Résistance au malathion et aux pyréthrinoïdes des poux du cuir chevelu à Paris. Ann Dermatol Venereol 2011;138 Hors-série A58.
6 Idriss S, Levitt J. Malathion for head lice and scabies: Treatment and safety considerations. J Drugs Dermatol 2009;8:715-20.
7 Frankowski BL, Bocchini JA. Head lice. Pediatrics 2010;126:392-403.
8 Nutanson I, Steen CJ, Schwartz RA, Janniger CK. Pediculus humanus capitis: An update. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2008;17:147-59.
9 Durand R, Bouvresse S, Andriantsoanirina V, et al. High frequency of mutations associated with head lice pyrethroid resistance in schoolchildren from Bobigny, France. J Med Entomol 2011;48:73-5.
10 Rutman H. Ivermectin versus malathion for head lice. N Engl J Med 2010;362:2426-7.
11 Directive from the French High Commission of Public Health, transmissible disease section, regarding the measures to be taken with cases of pediculosis of the scalp (session dated June 27, 2003). Ann Dermatol Venereol 2004;131:1122-4.
12 * Bialek R, Zelck UE, Folster-Holst R. Permethrin treatment of head lice with knockdown resistance-like gene. N Engl J Med 2011;364:386-7.
13 Goldstein A, Goldstein B. Pediculosis capitis. In: Basow D, ed. UpToDate: UpToDate in Waltham, MA, 2012.
14 Burgess IF. Head lice. Clin Evid (Online) 2009.
15 Heukelbach J, Sonnberg S, Becher H, et al. Ovicidal efficacy of high concentration dimeticone: A new era of head lice treatment. J Am Acad Dermatol 2011; 64:e61-2.
16 Uter W, Schmidt E, Geier J, et al. Contact allergy to essential oils: Current patch test results (2000-2008) from the Information Network of Departments of Dermatology (IVDK). Contact Dermatitis 2010;63: 277-83.
17 Vlckova J, Rupes V, Chmela J, Kensa M, Mazanek L. In vitro efficacy of three novel delousing formulations against the head louse (Pediculus capitis L.). Epidemiol Mikrobiol Imunol 2011;60:41-4.
18 Mumcuoglu KY, Miller J, Zamir C, et al. The in vivo pediculicidal efficacy of a natural remedy. Isr Med Assoc J 2002;4:790-3.
19 Bouvresse S, Chosidow O. Cutaneous ectoparasitosis. Rev Prat 2011;61:867-73.
20 Scott GR, Chosidow O. European guideline for the management of pediculosis pubis, 2010. Int J STD AIDS 2011;22:304-5.

* à lire
** à lire absolument