

Les infestations par les poux de tête : Une mise à jour clinique

Les infestations par les poux de tête (*Pediculus humanus capitis*) demeurent un problème transmissible désagréable, notamment chez les enfants d'âge scolaire du Canada et d'ailleurs (1,2). Une petite étude de population menée en 2003 (3) auprès d'enfants d'écoles primaires du Royaume-Uni a révélé une prévalence de 2 % et une incidence annuelle de 37 % des poux de tête.

Contrairement aux poux corporels, les poux de tête ne constituent pas un risque sanitaire, un signe de mauvaise hygiène ou un vecteur de maladie, mais plutôt un enjeu sociétal (2).

Le présent document de principes est une mise à jour de celui de 2004 (4) et fait ressortir les changements aux traitements contre les poux de tête au Canada, rend compte des échecs de traitement et analyse les études récentes qui fournissent des données probantes et des justifications pour les recommandations de prise en charge.

L'AGENT

Les poux de tête sont des insectes suceurs de sang sans ailes, à six pattes et d'une longueur de 2 mm à 4 mm (pou adulte), qui vivent sur le cuir chevelu des humains (5). En général, les enfants infestés sont porteurs de moins de 20 poux de tête matures (et plus souvent, de moins de dix) qui, sans traitement, vivent chacun de trois à quatre semaines (6-8). Les poux de tête demeurent près du cuir chevelu pour se nourrir et profiter de chaleur, d'un abri et d'humidité (7,8). Les poux de tête se nourrissent tous les trois à six heures en suçant le sang auquel ils injectent de la salive. Après la copulation, le pou femelle adulte peut produire cinq à six œufs par jour pendant 30 jours (9), chacun dans une coquille (la lente) qui colle à la racine du cheveu près du cuir chevelu (6,7). L'œuf éclot de neuf à dix jours plus tard sous forme de nymphe qui mue plusieurs fois au cours des neuf à 15 jours suivants, jusqu'à devenir un pou de tête adulte (6). Les lentes vides demeurent sur le cheveu mais ne sont plus une source de réinfestation. Les nymphes et les poux de tête adultes peuvent survivre trois jours hors de l'hôte humain (9). Même si les œufs peuvent survivre trois jours hors de l'hôte humain, il leur faut la température plus élevée qui se trouve près du cuir chevelu pour éclore (8).

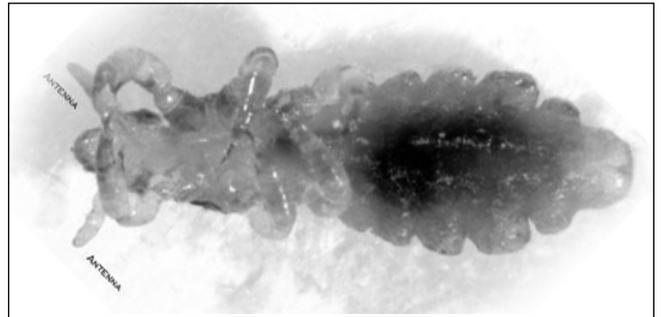


Figure 1) Un pou adulte mesure de 2 mm à 4 mm. Reproduction autorisée de la référence 31

L'INFESTATION

La pédiculose est le terme qui désigne une infestation par les poux de tête. Elle se compose généralement de moins de dix poux vivants (8). Les démangeaisons se produisent si la personne est sensible aux éléments antigéniques de la salive du pou injectée lorsque le pou se nourrit (2,8). À la première infestation, il faut souvent de quatre à six semaines pour que la sensibilisation se manifeste (8,10). Cependant, certaines personnes demeurent asymptomatiques et n'ont jamais de démangeaisons (8). En cas de fortes infestations, on observe parfois une infection bactérienne secondaire des excoriations du cuir chevelu. Contrairement aux poux corporels, les poux de tête ne sont pas des vecteurs d'autres maladies (8,10).

LA TRANSMISSION DES POUX DE TÊTE

Les poux de tête se propagent surtout par contact direct entre les têtes (cheveux à cheveux) (10,11). Les poux ne savent ni sauter, ni voler, mais ils rampent très rapidement (23 cm/m dans des situations normales) (9). Une controverse continue de sévir sur le rôle des fomites dans la transmission (9). Selon deux études australiennes, à la maison, les taies d'oreiller ne constituent qu'un faible risque (1), et en classe, les tapis n'en posent aucun (12). Les animaux ne sont pas des vecteurs des poux de tête humains (3).

LE DIAGNOSTIC

Pour poser un diagnostic définitif d'infestation par les poux de tête, il faut déceler un pou vivant (2,7,10) (figure 1). La

présence de lentes est indicatrice d'une infestation passée qui n'est peut-être plus active.

Puisque les poux de tête se déplacent rapidement, il faut des compétences et de l'expérience pour les détecter. Une étude israélienne (13) menée par des parasitologues chevronnés démontrait que l'utilisation d'un peigne fin était quatre fois plus efficace et deux fois plus rapide que l'examen visuel pour déceler un pou de tête vivant, et donc pour diagnostiquer les infestations par les poux de tête.

Pollack et coll. (14) ont également établi que les compétences sont essentielles au diagnostic. Ils ont documenté que les dispensateurs de soins et le personnel non médical diagnostiquent trop la pédiculose, et souvent à tort (14). Bon nombre n'ont pu distinguer une infestation active d'une infestation passée, notamment s'ils se fondaient seulement sur la détection de lentes. Les infirmières scolaires étaient particulièrement expertes à déceler les lentes, mais elles semblaient ne pas posséder les compétences, le matériel, le temps et l'inclinaison pour distinguer les infestations actives des infestations inactives. Une lente viable est plus susceptible de se situer près du cuir chevelu (à moins de 0,6 cm) (15). Au microscope, on peut constater qu'une lente viable est intacte et contient une masse bien hydratée ou un embryon en développement (14). Cependant, sans la capacité de distinguer des lentes au potentiel viable de celles qui ne sont pas viables, les conclusions sur le potentiel d'infestation active par simple détection de lentes ne sont pas fiables (14).

La présence de lentes près du cuir chevelu est, dans le meilleur des cas, un prédicteur modeste de possibilité d'infestation active. Selon une étude menée en Géorgie, aux États-Unis (15), la présence d'au moins cinq lentes à moins de 0,6 cm du cuir chevelu était un facteur de risque d'infestation par des poux actifs, mais on la constatait chez moins de 32 % de ces enfants (15). Chez les enfants qui ont moins de cinq lentes près du cuir chevelu, seulement 7 % étaient victimes d'une infestation active. Ainsi, la présence de lentes près du cuir chevelu n'est pas nécessairement indicatrice d'une infestation passée ou future par des poux vivants.

LE TRAITEMENT

Il existe des possibilités de traitement bien établies des infestations démontrées par les poux de tête, soit les insecticides topiques, les agents oraux et le passage du peigne dans les cheveux mouillés. Par ailleurs, Santé Canada a récemment approuvé un nouveau produit non insecticide.

Les insecticides topiques

Le tableau 1 contient une liste des insecticides topiques (pyréthrines, perméthrine 1 % et lindane) actuellement en marché pour traiter les infestations par les poux de tête au Canada, leurs ingrédients actifs, les modes d'utilisation et les sujets d'inquiétude. La lotion de malathion (0,5 %) et la lotion de crotamiton (10 %) ne sont pas distribuées au Canada.

D'après la plus récente analyse Cochrane (16), seulement trois études sur le traitement des poux de tête à l'aide d'insecticides topiques respectaient les critères d'inclusion

pertinents (deux études contrôlées contre placebo et une étude clinique comparative). Selon les résultats de ces trois essais, l'analyse concluait que la perméthrine, le malathion et les pyréthrines synergisées (c'est-à-dire de la pyréthrine contenant du butoxyde de pipéronyle) étaient efficaces (16).

Aucun de ces trois insecticides topiques (pyréthrine, perméthrine et lindane) n'est ovicide à 100 %. C'est pourquoi on recommande en général de l'appliquer de nouveau au bout de sept à dix jours (10).

La toxicité des insecticides topique : Les pyréthrines et la perméthrine ont toutes deux un profil d'innocuité favorable et une absorption percutanée minimale (6). Pour réduire au minimum l'exposition corporelle à un insecticide topique après son application sur le cuir chevelu, il faut bien rincer à l'eau fraîche et s'assurer d'éviter l'exposition inutile de la peau avec le produit. Ainsi, il ne faut pas asseoir l'enfant dans le bain pendant le rinçage.

Le lindane est considéré comme une thérapie de deuxième choix en raison de son potentiel de neurotoxicité et de suppression de la moelle osseuse après son absorption percutanée (6,17). La *Food and Drug Administration* (17) des États-Unis a publié un avis au sujet des produits renfermant du lindane pour le traitement des poux et de la gale. Des effets neurologiques ont été déclarés chez des patients qui l'utilisaient bien, mais les issues les plus graves, y compris des décès et des hospitalisations, se sont produites après de multiples applications ou une ingestion orale. On n'a pas établi d'intervalle sécuritaire avant une nouvelle application de lindane (17). Le lindane topique pour le traitement des poux de tête n'est pas recommandé chez les nourrissons, les jeunes enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent (17). Il faut bien s'assurer de respecter les directives inscrites sur l'emballage. Par ailleurs, l'usage pharmaceutique du lindane est interdit en Californie depuis 2002 en raison du risque possible de contamination des eaux usées par ce produit. Une étude de suivi des eaux usées de la Californie, publiée en 2008, a révélé une réduction marquée du taux de lindane par rapport à celui répertorié avant l'interdiction (18).

La résistance aux insecticides topiques : On a déclaré des cas de résistance aux pyréthrines, à la perméthrine et au lindane dans plusieurs pays (tableau 1) (6,19). Une certaine résistance à la perméthrine a été documentée aux États-Unis, sans toutefois établir de résistance à d'autres agents topiques (20). Au Royaume-Uni, la résistance peut poser problème (2,21).

On ne connaît pas les taux de résistance au Canada parce qu'aucune étude officielle n'a été menée sur le sujet. Il faut écarter plusieurs autres diagnostics avant d'envisager une résistance (10,14) :

- un mauvais diagnostic et un surdiagnostic (pour poser un diagnostic, il faut dépister des poux vivants avant le traitement);
- une mauvaise observance des directives sur la bonne application de l'insecticide topique, l'absence

TABEAU 1
Traitements topiques des infestations par les poux de tête

Insecticides	Marque de commerce	Ingrédients actifs	Mode d'utilisation sommaire	Sujets d'inquiétude
Pyréthrine				
Résistance documentée en République tchèque, en Argentine, en France, en Israël et au Royaume-Uni (5)	Shampooing + revitalisant R&C*	Pyréthrine associée à du butoxyde de pipéronyle Fabriqué à partir d'extraits naturels de chrysanthème Neurotoxique chez les poux, mais très faible toxicité chez les humains	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer sur des cheveux secs dépourvus de revitalisant, de gel, de crème, etc • Imbiber à l'aide d'au moins 25 mL • Laisser reposer dix minutes • Ajouter une petite quantité d'eau pour faire mousser dans les cheveux • Bien rincer à l'eau fraîche et réduire au minimum l'exposition corporelle • Répéter le traitement de sept à dix jours plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> • Provoque très peu de véritables réactions allergiques • Réaction allergique possible en cas d'allergie à l'herbe à poux • Peut provoquer des démangeaisons ou une légère sensation de brûlure sur le cuir chevelu†
Perméthrine				
Résistance documentée en République tchèque, en Argentine, en France, en Israël, au Royaume-Uni et aux États-Unis (5,18)	Après-shampooing Kwellada-P* Après-shampooing Nix†	Perméthrine 1 % (pyréthroïde synthétique) Neurotoxique chez les poux, mais très faible toxicité chez les humains	<ul style="list-style-type: none"> • Après avoir lavé les cheveux avec un shampooing sans revitalisant, rincer les cheveux et les sécher à la serviette • Appliquer assez d'après-shampooing à la perméthrine pour en saturer les cheveux et le cuir chevelu • Laisser reposer dix minutes • Bien rincer à l'eau fraîche et réduire au minimum l'exposition corporelle • Assécher à l'aide d'une serviette • Répéter le traitement sept jours plus tard† 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne provoque pas de réactions allergiques • Peut provoquer des démangeaisons ou une légère sensation de brûlure sur le cuir chevelu†
Lindane				
Résistance documentée en Angleterre, aux Pays-Bas et à Panama (5,19)	Hexit Shampooing§ Shampooing PMS-Lindane¶	Lindane 1 % (hexachlorure de gammabenzène) Organochlorure aux propriétés semblables à celles du DDT Très neurotoxique pour les poux, et également pour les humains	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer sur des cheveux secs dépourvus de revitalisant, de gel, de crème, etc • Se placer au-dessus d'un lavabo pour l'appliquer, afin de réduire l'exposition corporelle au minimum • Appliquer la quantité minimale nécessaire pour bien imbiber les cheveux et le cuir chevelu • Masser le shampooing dans les cheveux et sur le cuir chevelu, le laisser reposer quatre minutes; utiliser juste assez d'eau pour bien faire mousser • Bien rincer à l'eau fraîche, réduire au minimum le contact corporel et assécher à l'aide d'une serviette • Répéter au bout de sept à dix jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de neurotoxicité, y compris les convulsions • Possibilité d'anémie • Contre-indiqué en cas d'antécédents de convulsions • Irritation occasionnelle du cuir chevelu† • Non recommandé aux nourrissons, aux jeunes enfants, aux femmes enceintes ou qui allaitent
Non-insecticide				
Solution de myristate-cyclométhicone	Resultz Traitement des poux de tête**	Myristate d'isopropyle 50 % et ST-cyclométhicone Dissout l'exosquelette cireux du pou, ce qui le déshydrate et finit par le tuer	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une serviette pour éviter le contact avec les yeux et maintenir les vêtements secs. Fermer les yeux tout au long du processus, y compris le temps d'attente de dix minutes • Appliquer partout sur les cheveux secs et le cuir chevelu • 30 mL à 60 mL pour les cheveux courts, 60 mL à 90 mL pour les cheveux aux épaules, 90 mL à 120 mL pour les cheveux longs • Laisser reposer le produit dix minutes dans les cheveux et sur le cuir chevelu • Rincer à l'eau tiède • Répéter sept jours plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut provoquer une irritation locale • Non recommandé aux nourrissons et aux enfants de moins de quatre ans • En cas de contact avec les yeux, rincer immédiatement à l'eau abondante

*GlaxoSmithKline Consumer Healthcare, Canada; †Une sensation de démangeaisons et de brûlure du cuir chevelu qui se manifeste après le traitement ne dénote pas nécessairement une nouvelle infestation et la nécessité d'un nouveau traitement. Si les sensations sont trop désagréables, les stéroïdes topiques et les anti-histaminiques peuvent être utiles (9); ‡Insight Pharmaceuticals, Canada; §Odan Laboratories Ltd, Canada; ¶Pharmascience Inc, Canada (selon le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 2000. Ottawa: Association des pharmaciens du Canada, 2000); **Nycomed Canada Inc. DDT dichlorodiphényltrichloroéthane

d'application secondaire ou une deuxième application trop rapidement après la première;

- une nouvelle infestation survenue après le traitement.

Il convient de souligner que les démangeaisons qui se déclarent après le traitement aux insecticides topiques ne sont PAS indicatrices d'une nouvelle infestation. L'application d'un insecticide topique approuvé sur le cuir chevelu peut provoquer une éruption, des démangeaisons et une légère sensation de brûlure (6). Pour diagnostiquer une nouvelle infestation, il faut dépister des poux vivants. Si les démangeaisons qui suivent le traitement sont incommodes, des stéroïdes topiques ou des antihistaminiques peuvent soulager (10).

Les agents oraux

Les données en appui à l'utilisation d'agents oraux pour le traitement des poux de tête sont limitées.

Même si la triméthoprime-sulfaméthoxazole a fait l'objet d'études dans des essais aléatoires (22) en vue de traiter les poux de tête, seule ou en association avec de la perméthrine topique, on s'inquiète des critères diagnostiques utilisés pendant l'essai et du potentiel de promouvoir la résistance bactérienne et de réduire davantage la valeur de ce médicament dans d'autres indications si cette pratique se généralise (20). Aucun essai à grande échelle n'a eu lieu. Ce n'est pas un usage approuvé de la triméthoprime-sulfaméthoxazole au Canada.

Certains rapports (2) portent sur l'utilisation orale (et topique) de l'ivermectine, un antihelminthique pour traiter les poux de tête. Le traitement consiste à administrer deux doses orales uniques de 200 µg/kg dans un intervalle de sept à dix jours. L'ivermectine a un potentiel neurotoxique et ne devrait pas être utilisée chez les enfants de moins de 15 kg (10). Ce médicament est offert au Canada, mais seulement par l'entremise de programmes d'accès spéciaux (23).

Le passage du peigne dans les cheveux mouillés

Peu de données probantes appuient le passage du peigne dans les cheveux mouillés comme traitement de choix contre les poux de tête (24,25). Dans le cadre d'un essai aléatoire auprès de 4 037 enfants d'âge scolaire du Pays de Galles, au Royaume-Uni (24), on a comparé le retrait mécanique des poux en passant un peigne fin dans les cheveux mouillés tous les trois à quatre jours pendant deux semaines à deux applications de lotion de malathion topique 0,5 % à sept jours d'intervalle (24). Le passage du peigne dans les cheveux mouillés a assuré la guérison (aucun pou vivant décelé au bout de deux semaines) d'environ 38 % des enfants, tandis que le traitement au malathion a guéri 78 % des patients (24). Dans une autre étude (24), l'ajout du passage du peigne dans les cheveux mouillés au protocole de traitement de perméthrine topique 1 % n'a pas accru l'efficacité du traitement à la perméthrine seule évaluée les jours 2, 8, 9 et 15 (passer le peigne 72,7 %, ne pas le passer 78,3 %). On a déjà proposé le vinaigre comme remède maison en association avec le passage du

peigne dans les cheveux mouillés, mais aucune étude n'en démontre les bienfaits.

D'autres traitements

Santé Canada a récemment approuvé l'utilisation d'un nouveau produit non insecticide renfermant du myristate d'isopropyle 50 % et un ST-cyclométhicone 50 % (Resultz, Nycomed Canada Inc.) pour traiter les poux de tête chez les enfants de quatre ans et plus. Pour fonctionner, l'agent dissout l'exosquelette cireux de la lente, ce qui en provoque la déshydratation et la mort. Il faut appliquer le produit sur le cuir chevelu sec et le rincer au bout de dix minutes. Puisque le produit n'est pas ovicide, il est recommandé de procéder à une nouvelle application au bout d'une semaine. Plusieurs petits essais de phase II (de 200 à 300 participants seulement) en ont démontré l'efficacité et le peu d'effets secondaires, les plus courants étant un érythème léger et un prurit du cuir chevelu (26-29). Des essais de phase III sont en cours.

Plusieurs produits d'usage courant, tels que la mayonnaise, la gelée de pétrole, l'huile d'olive, la margarine et le gel épais pour les cheveux, ont été proposés pour traiter les poux de tête. En théorie, l'application d'une épaisse couche de ces produits sur les cheveux et le cuir chevelu, qu'on laisse reposer pendant la nuit, bloque les stigmates des poux et réduit leur respiration (6). Cependant, ces produits tuent peu les poux et sont moins efficaces que les insecticides topiques (8). Il n'existe pas de données publiées sur l'innocuité ou l'efficacité de ces remèdes maison.

D'autres produits, tels que l'essence ou le kérosène, sont inflammables, toxiques et dangereux.

Plusieurs produits naturels, comme l'huile d'arbre à thé et l'aromathérapie, ont déjà été utilisés pour traiter les poux de tête, mais on ne possède pas de données au sujet de leur efficacité et de leur toxicité (7,8). Une seule petite étude menée en Israël (30) a précisé qu'un produit naturel, qui contient de l'huile de noix de coco, de l'huile d'anis et de l'huile d'ylang-ylang, appliqué dans les cheveux à cinq jours d'intervalle, était un pédiculicide. Les produits conçus pour traiter les poux chez les animaux ne sont pas recommandés chez les humains.

LES POLITIQUES AU SUJET DES LENTES ET DES POUX DE TÊTE DANS LES ÉCOLES ET LES MILIEUX DE GARDE

L'exclusion de l'école et du milieu de garde en raison de la détection de lentes n'est pas fondée d'un point de vue médical. Même la détection de poux de tête actifs ne devrait pas entraîner l'exclusion de l'enfant touché. Il faut recommander un traitement et décourager les contacts entre les têtes en attendant le début du traitement. L'*American Academy of Pediatrics* et le *Public Health Medicine Environmental Group* du Royaume-Uni découragent également les politiques scolaires « sans lentes » (2,9).

Les familles d'enfants qui fréquentent une classe où l'on dépiste un cas de poux actifs doivent être informées de l'infestation ainsi que du diagnostic, du faux diagnostic, de la

prise en charge des poux de tête et du fait que cette infestation ne provoque aucun risque de maladie grave.

LE RÔLE DE LA DÉCONTAMINATION DE L'ENVIRONNEMENT

On ne possède pas de données démontrant si la désinfection des objets personnels, scolaires ou de la maison réduisent la possibilité de réinfestation (11,12). Comme on l'a souligné, les poux de tête ne vivent pas très loin du cuir chevelu, et les lentes sont peu susceptibles d'éclore à température ambiante (8,9). Il n'est donc pas nécessaire d'entreprendre un nettoyage trop méticuleux. Tout au plus, il peut être justifié de nettoyer les objets en contact prolongé ou intime avec la tête (p. ex., les chapeaux, les taies d'oreiller, les brosses et les peignes). Le lavage de l'objet à l'eau chaude (66 °C), son séchage à air chaud pendant 15 minutes ou son entreposage dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant deux semaines tuera les poux et les lentes (8,11).

LE RÔLE DES DISPENSATEURS DE SOINS

Étant donné la prévalence des infestations, la notoriété et le fort taux d'anxiété qu'un diagnostic de poux de tête chez des enfants d'âge scolaire peut susciter chez les parents ou les enseignants, les dispensateurs de soins doivent s'assurer de dissiper les mythes au sujet des poux de tête et de les remplacer par de l'information exacte (2). Il faut informer les parents et les enseignants du fait que les infestations par les poux de tête sont courantes, qu'elles peuvent être asymptomatiques, qu'elles ne dénotent pas un manque de propreté et qu'elles ne sont pas le vecteur de graves maladies. Il faut leur remettre l'information afin qu'ils puissent optimiser le diagnostic, réduire au minimum les faux diagnostics et entreprendre des stratégies de prise en charge pertinentes si un cas est diagnostiqué.

SOMMAIRE

- Les infestations par les poux de tête sont courantes chez les enfants d'âge scolaire, mais elles ne s'associent

RÉFÉRENCES

1. Gratz NG. Human lice: Their prevalence, control and resistance to insecticides: A review 1985-1997. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1997. <whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CTD_WHOPES_97.8.pdf> (version à jour le 20 août 2008).
2. Public Health Medicine Environmental Group. Head lice: Evidence-based guidelines based on the Stafford Report 2008 update. <www.phmeg.org.uk/> (version à jour le 4 juillet 2008).
3. Harris J, Crawshaw JG, Millership S. Incidence and prevalence of head lice in a district health authority area. *Commun Dis Public Health* 2003;6:246-9.
4. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation [auteure principale : N. MacDonald]. Les infestations par les poux de tête : Une démangeaison persistante. *Paediatr Child Health* 1996;1:244-48.
5. Roberts RJ. Clinical practice. Head lice. *N Engl J Med* 2002;346:1645-50.
6. Jones KN, English JC III. Review of common therapeutic options in the United States for the treatment of pediculosis capitis. *Clin Infect Dis* 2003;36:1355-61.
7. Nash B. Treating head lice. *BMJ* 2003;326:1256-8.
8. Meinking TA. Infestations. *Curr Probl Dermatol* 1999;11:73-120.
9. Burkhardt CN. Fomite transmission with head lice: A continuing controversy. *Lancet* 2003;361:99-100.
10. Frankowski BL, Weiner LB; American Academy of Pediatrics, Committee on School Health, Committee on Infectious Diseases. Head lice. *Pediatrics* 2002;110:638-43.
11. Speare R, Cahill C, Thomas G. Head lice on pillows, and strategies to make a small risk even less. *Int J Dermatol* 2003;42:626-9.
12. Speare R, Thomas G, Cahill C. Head lice are not found on floors in primary school classrooms. *Aust N Z J Public Health* 2002;26:208-11.
13. Mumcuoglu KY, Friger M, Ioffe-Uspensky I, Ben-Ishai F, Miller J. Louse comb versus direct visual examination for the diagnosis of head louse infestations. *Pediatr Dermatol* 2001;18:9-12.
14. Pollack RJ, Kiszewski AE, Spielman A. Overdiagnosis and consequent mismanagement of head louse infestations in North America. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:689-93.
15. Williams LK, Reichert MA, MacKenzie WR, Hightower AW, Blake PA. Lice, nits and school policy. *Pediatrics* 2001;107:1011-5.

pas à de graves maladies et ne dénotent pas une mauvaise hygiène.

- Les infestations par les poux de tête peuvent demeurer asymptomatiques pendant des semaines.
- Il est courant de diagnostiquer à tort une infestation par des poux de tête. Pour poser un diagnostic, il faut trouver des poux de tête vivants. La détection de lentes ne dénote pas une infestation active.
- Il est recommandé de procéder au traitement au moyen d'un insecticide topique approuvé et bien appliqué contre les poux de tête (deux applications à sept à dix jours d'intervalle) en cas d'infestation active. Les contacts possibles de la tête à la tête doivent faire l'objet d'un examen pour déceler une infestation active et être traités si cette infestation est confirmée.
- Les démangeaisons du cuir chevelu sont possibles après l'application d'un insecticide topique. Elles ne sont pas indicatrices d'une résistance au traitement ou d'une réinfestation. Pour diagnostiquer une réinfestation active, il faut déceler des poux vivants.
- Les insecticides topiques, notamment le lindane, peuvent être toxiques, surtout s'ils sont mal utilisés. Il faut s'assurer d'éviter une exposition inutile et, si les directives l'exigent, réduire au minimum le contact avec d'autres régions de la peau que le cuir chevelu.
- Les politiques d'exclusion « sans lentes » dans les écoles ne sont pas fondées sur des données médicales rationnelles et ne sont pas recommandées.
- Il n'est pas nécessaire d'entreprendre un nettoyage trop méticuleux de la maison ou de l'école après la détection d'un cas de poux de tête, car ni les poux, ni les lentes ne survivent pendant une période prolongée loin du cuir chevelu.
- On a remarqué une résistance à des agents topiques dans d'autres pays, mais le problème ne semble pas aussi important qu'en Amérique du Nord.

16. Dodd CS. Interventions for treating headlice (Cochrane review). Cochrane Database Syst Rev 2001;3:CD001165.
17. Centre for Drug Evaluation and Research. FDA public health advisory: Safety of topical lindane products for the treatment of scabies and lice. <www.fda.gov/cder/drug/infopage/lindane/lindanePHA.htm> (version à jour le 21 mai 2008).
18. Humphreys EH, Janssen S, Heil A, Hiatt P, Solomon G, Miller MD. Outcomes of the California ban on pharmaceutical lindane: Clinical and ecologic impacts. Environ Health Perspect 2008;116:297-302.
19. Pollack RJ, Kiszewski A, Armstrong P et coll. Differential permethrin susceptibility of head lice sampled in the United States and Borneo. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:969-73.
20. Pollack RJ. Head lice infestations: Single drug versus combination therapy. Pediatrics 2001;108:1393.
21. Downs AM. Managing head lice in an era of increasing resistance to insecticides. Am J Clin Dermatol 2004;5:169-177.
22. Hipolito RB, Mallorca FG, Zuniga-Macaraig ZO, Apolinario PC, Wheeler-Sherman J. Head lice infestations: Single drug versus combination therapy with one percent permethrin and trimethoprim/sulfamethoxazole. Pediatrics 2001;107:E30.
23. Santé Canada. Médicaments et produits de santé. <www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/index-fra.php> (version à jour le 21 août 2008).
24. Roberts RJ, Casey D, Morgan DA, Petrovic M. Comparison of wet combing with malathion for treatment of head lice in the UK: A pragmatic randomized controlled trial. Lancet 2000;356:540-4.
25. Meinking TL, Clineschmidt CM, Chen C et coll. An observer-blinded study of 1% permethrin creme rinse with and without adjunctive combing in patients with head lice. J Pediatr 2002;141:665-70.
26. Burgess IF, Brown CM, Lee PN. Treatment of head louse infestation with 4% dimeticone lotion: Randomized controlled equivalence. BMJ 2005;330:1423.
27. Kaul N, Palma KG, Silagy SS, Goodman JJ, Toole J. North American efficacy and safety of a novel pediculicide rinse, isopropyl myristate 50% (Resultz). J Cutan Med Surg 2007;11:161-7.
28. Burgess IF, Lee PN, Brown CM. Randomised, controlled, parallel group clinical trials to evaluate the efficacy of isopropyl myristate/ cyclomethicone solution against head lice. Pharm J 2008;280:371-5.
29. Burgess IF, Lee PN, Matlock G. Randomised, controlled, assessor blind trial comparing 4% dimeticone lotion with 0.5% malathion liquid for head louse infestation. PLoS ONE 2007;2:e1127.
30. Mumcuoglu KY, Miller J, Zamir C, Zentner G, Helbin V, Ingber A. The in vivo pediculocidal efficacy of a natural remedy. Isr Med Assoc J 2002;4:790-3.
31. The National Pediculosis Association. <www.headlice.org/> (version à jour le 21 août 2008).

COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION

Membres : Docteurs Robert Bortolussi (président), IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse); Jane Finlay, Richmond (Colombie-Britannique); Dorothy L Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Joan L Robinson, Edmonton (Alberta); Élisabeth Rousseau-Harsany (représentante du conseil), CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec); Lindy M Samson, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

Conseillère : Docteure Noni E MacDonald, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Représentants : Docteurs Upton D Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Pediatric AIDS Research Group); Charles PS Hui, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (représentant de la SCP auprès de Santé Canada, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages); Nicole Le Saux, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation); Larry Pickering, Elk Grove (Illinois) États-Unis (American Academy of Pediatrics); Marina I Salvadori, Children's Hospital of Western Ontario, Ottawa (Ontario) (représentante de la SCP auprès de Santé Canada, Comité consultatif national de l'immunisation)

Auteurs principales : Docteures Jane Finlay, Richmond (Colombie-Britannique); Noni E MacDonald, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention.

Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation.

Tous les documents de principes et les articles de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement évalués, révisés ou supprimés, au besoin.

Consultez la zone « Documents de principes » du site Web de la SCP (www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm) pour en obtenir la version à jour.