

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



Société
canadienne
de pédiatrie

English on page 647

Les infestations par les poux de tête (*Pediculus capitis*) continuent de se propager et d'empoisonner la vie, surtout chez les enfants d'âge scolaire du Canada et d'ailleurs (1). Une petite étude démographique (2) publiée en 2003 et menée auprès d'enfants du primaire du Royaume-Uni faisait état d'une prévalence de poux de tête de 2 % et d'une incidence annuelle de 37 %.

Contrairement aux poux de corps, les poux de tête ne représentent pas un danger pour la santé et ne dénotent pas de la malpropreté ou un vecteur de maladie.

La présente mise à jour de l'énoncé de 1996 (3) met en lumière l'évolution des produits pour traiter les poux de tête offerts au Canada, rend compte des échecs de traitements et analyse les études récentes qui fournissent des données probantes et le motif des recommandations de prise en charge.

L'AGENT

Les poux de tête sont des insectes hématophages sans ailes, à six pattes et d'une longueur de 2 mm à 4 mm (à l'âge adulte), qui vivent sur le cuir chevelu des humains, mais non sur celui d'animaux comme les chiens ou les chats (4). D'ordinaire, les enfants infestés sont porteurs de moins de 20 poux matures (et plus souvent de moins de dix), et si les enfants ne sont pas traités, chaque pou vivra de trois à quatre semaines (5-7). Les poux de tête restent près du cuir chevelu pour bénéficier de nourriture, de chaleur, d'un abri et d'humidité (6,7). Ils se nourrissent aux trois à six heures en suçant du sang tout en injectant de la salive. Après l'accouplement, la femelle adulte peut produire cinq ou six œufs par jour pendant 30 jours (8), chacun dans une coquille (une « lente ») « collée » à la tige capillaire, près du cuir chevelu (5,6). L'œuf éclot de neuf à dix jours plus tard et libère une nymphe qui mue plusieurs fois au cours des neuf à 15 jours suivants, jusqu'à devenir un pou de tête adulte (5). Les lentes écloses et vides demeurent sur le cheveu mais ne sont plus une source de réinfestation. Les œufs, les nymphes et les poux de tête adultes peuvent survivre jusqu'à trois jours loin d'un hôte humain (8). Toutefois, les œufs n'éclosent pas à des températures inférieures à celle qui prévaut près du cuir chevelu (7).

L'INFESTATION

La pédiculose désigne une infestation par des poux. Chez un enfant normal et en santé, l'infestation se manifeste par la présence de moins de dix poux vivants (7). Les infestations peuvent être asymptomatiques. Une démangeaison peut se

produire si l'individu devient sensible aux éléments antigéniques de la salive que les poux injectent en se nourrissant (7). À la première infestation, il peut falloir de quatre à six semaines pour que la sensibilisation se manifeste (7,9). Certains individus peuvent demeurer asymptomatiques et ne jamais ressentir de démangeaisons (7). Dans les cas négligés accompagnés d'infestations importantes, une infection secondaire du cuir chevelu excorié peut se produire. Contrairement aux poux de corps, les poux de tête ne sont pas des vecteurs d'autres agents de maladie (7,9).

La transmission des poux de tête

On pense que les poux de tête se propagent surtout par un contact direct de tête à tête (de cheveux à cheveux) (9,10). Les poux ne sautent pas et ne volent pas, mais ils trottent vite (23 cm/min dans des conditions naturelles) (8). Il existe toujours une controverse quant au rôle des fomites dans la transmission (8). Deux études australiennes laissent supposer qu'au domicile, les taies d'oreiller présentent seulement un faible risque (10), et qu'en classe, les tapis n'en présentent aucun (11). Les animaux ne sont pas des vecteurs des poux de tête humains (4).

LE DIAGNOSTIC

Il faut déceler un pou vivant pour poser un diagnostic définitif d'infestation par des poux de tête (6,9) (figure 1).

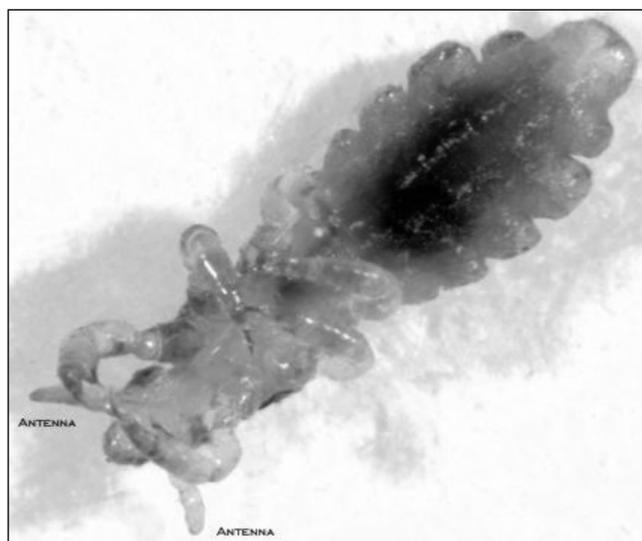


Figure 1) Un pou adulte mesure de 2 mm à 4 mm. Réimprimé avec la permission de <www.headlice.org>

Une telle présence indique une infestation active. La présence de lentes n'est indicative que d'une infestation passée, qui peut ou non être encore active.

Puisque les poux de tête se déplacent rapidement, leur détection exige une expertise et de l'expérience. Une étude menée en Israël (12) avec des parasitologues expérimentés a démontré qu'un peigne fin contre les poux est quatre fois plus efficace et deux fois plus rapide que l'examen visuel direct pour déceler des poux de tête vivants et, par conséquent, pour diagnostiquer une infestation. Dans cette étude, l'examen visuel direct seul, sans recours au peigne, entraînait une sous-évaluation des infestations actives.

Pollack et coll. (13) ont découvert que l'expertise est essentielle au diagnostic. Ils ont documenté que, dans bien des cas, les dispensateurs de soins et le personnel profane surdiagnostiquent et diagnostiquent à tort la pédiculose (13). Ils étaient nombreux à ne pouvoir distinguer une infestation active d'une infestation passée, surtout s'ils se fiaient seulement à la détection des lentes. Les infirmières scolaires étaient particulièrement aptes à déceler les lentes, mais elles ne semblaient pas posséder l'expertise, le matériel, le temps et le désir de différencier les infestations actives des infestations inactives. La microscopie d'un pou et d'une lente sur un cheveu peut être utile, mais une expertise demeure nécessaire. Une lente viable est plus susceptible de se trouver sur le cheveu, à proximité du cuir chevelu (à moins de 0,6 cm) (14). Au microscope, il est possible de constater qu'une lente viable est intacte et renferme une masse bien hydratée ou un embryon en développement (13). Si on est incapable de distinguer les lentes potentiellement viables des lentes non viables, les conclusions quant au potentiel d'infestation active par détection de seules lentes ne sont pas fiables (13).

Dans le meilleur des cas, la découverte de lentes près du cuir chevelu n'est qu'un modeste prédicteur d'infestation active potentielle. Une étude menée en Géorgie (14) a permis d'établir que la présence d'au moins cinq lentes à 0,6 cm du cuir chevelu constitue un facteur de risque d'infestation active par des lentes, mais que ce risque devient réalité chez moins de 32 % des enfants (14). Chez les enfants qui avaient moins de cinq lentes près du cuir chevelu, ils étaient seulement 7 % à devenir activement infestés. Ainsi, la présence de lentes près du cuir chevelu n'indique pas nécessairement la présence actuelle ou future d'une infestation active.

LE TRAITEMENT

Il existe des données scientifiques à l'égard de trois possibilités de traitement de base contre une infestation démontrée par des poux de tête : les insecticides topiques, les agents oraux et le passage du peigne dans les cheveux mouillés.

Les insecticides topiques

Au tableau 1 figure une liste des insecticides topiques (les pyréthrinés, la perméthrine 1 % et le lindane) offerts et approuvés pour le traitement des infestations par des poux de tête au Canada, de leurs ingrédients actifs, des modes d'utilisation et des secteurs de préoccupation. Aucun de ces

produits approuvés n'est à 100 % ovicide; c'est pourquoi un deuxième traitement est indiqué. La lotion de malathion (0,5 %), la lotion de crotamiton (10 %) et la perméthrine 5 % ne sont pas offertes au Canada.

Deux analyses systématiques du traitement des poux de tête à l'aide d'insecticides topiques ont été publiées (15,16). Vander Stichele et coll. (15) ont conclu qu'on possède des données probantes seulement sur l'efficacité de la perméthrine et que des données supplémentaires s'imposent pour évaluer l'efficacité du malathion et du carbaryl. On estimait que le lindane et les pyréthrinés n'étaient pas assez efficaces (15). L'analyse de Cochrane (16), plus récente, indiquait que seulement trois études respectaient les critères d'inclusion (deux études contrôlées contre placebo et une étude clinique comparative sur le terrain). D'après ces trois essais, l'analyse concluait que l'efficacité de la perméthrine, du malathion et des pyréthrinés synergétiques (c'est-à-dire de la pyréthrine associée à du butoxide de pipéronyle) était démontrée (16).

Avec les trois insecticides topiques, la pyréthrine, la perméthrine et le lindane, une deuxième application de sept à dix jours après la première est recommandée pour réduire la résistance au minimum (9). Aucun de ces agents n'est entièrement ovicide.

La toxicité des insecticides topiques : Tant les pyréthrinés que la perméthrine affichent des profils d'innocuité favorables, et leur absorption percutanée est minime (5). Par contre, le lindane, un organochloré similaire au dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT), peut provoquer une neurotoxicité et une anémie chez les humains après son absorption percutanée (5,17). Le lindane topique n'est pas recommandé contre les poux de tête chez les nourrissons et les jeunes enfants (17), et il faut faire preuve d'une attention particulière pour s'assurer qu'il ne fait pas l'objet d'une mauvaise utilisation.

Pour réduire au minimum l'exposition corporelle à un insecticide topique après son application sur le cuir chevelu, il faut s'assurer de bien le rincer à l'eau fraîche au-dessus d'un lavabo plutôt que dans une douche ou dans un bain.

La résistance aux insecticides topiques : Plusieurs pays ont déclaré une résistance aux pyréthrinés, à la perméthrine et au lindane (tableau 1) (5,18). Une certaine résistance à la perméthrine a été documentée aux États-Unis, mais la résistance aux autres agents topiques n'est pas démontrée (19). Les taux de résistance au Canada demeurent inconnus, car aucune étude officielle n'a été menée à ce sujet. Plusieurs facteurs doivent d'ailleurs être évalués avant qu'on envisage une résistance (9,13) :

- le diagnostic erroné et le surdiagnostic (il faut déceler des poux vivants après le traitement pour poser un diagnostic);
- une mauvaise observance des directives d'application de l'insecticide topique, le non-respect d'une deuxième application ou une nouvelle application trop rapidement après la première,
- une nouvelle infestation contractée après le traitement.

Il convient de souligner que les démangeaisons qui se manifestent après un traitement à un insecticide topique ne

TABEAU 1
Les insecticides topiques pour le traitement des infestations de poux de tête

	Marque de commerce	Ingrédients actifs	Sommaire du mode d'utilisation	Secteurs de préoccupation
Pyréthrine				
- résistance documentée en République tchèque, en Argentine, en France, en Israël et au Royaume-Uni (5)	- Shampoing et conditionneur R&C [†]	- pyréthrine associée au butoxide de pipéronyle - fabriqué à partir d'extraits naturels de chrysanthèmes - neurotoxique pour les poux, mais très faible toxicité pour les humains	- appliquer sur des cheveux secs qui ne contiennent pas de trace de conditionneur, de gel, de crème, etc. - imprégner d'au moins 25 mL - laisser reposer 10 minutes - ajouter une petite quantité d'eau pour faire mousser et faire pénétrer dans les cheveux - bien rincer à l'eau fraîche au-dessus du lavabo plutôt que dans le bain ou la douche afin de réduire l'exposition corporelle au minimum - répéter le traitement de 7 à 10 jours plus tard	- les véritables réactions allergiques sont rares - réactions allergiques possibles 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)	- Conditionneur Kwellada-P [†] - Conditionneur Nix [‡]	- perméthrine 1 % (pyréthroïde synthétique) - neurotoxique pour les poux, mais très faible toxicité pour les humains	- après avoir lavé les cheveux avec un shampoing sans conditionneur, rincer et assécher à la serviette - appliquer assez de conditionneur de perméthrine pour saturer les cheveux et le cuir chevelu - laisser reposer 10 minutes - bien rincer à l'eau fraîche au-dessus du lavabo plutôt que dans le bain ou la douche afin de réduire l'exposition corporelle au minimum - assécher à la serviette - répéter au bout de 7 jours*	- 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 au Panama (5,19)	- Shampoing Hexit [§] - Shampoing PMS-Lindane [¶]	- lindane 1 % (hexachlorobenzène gamma) - organochloré aux propriétés similaires à la DDT - très neurotoxique pour les poux, mais également pour les humains	- appliquer sur des cheveux secs qui ne contiennent pas de trace de conditionneur, de gel, de crème, etc. - appliquer ce shampoing au-dessus d'un lavabo plutôt que dans le bain ou la douche pour réduire l'exposition corporelle au minimum - en appliquer le moins possible pour bien imprégner les cheveux et le cuir chevelu - faire pénétrer le shampoing dans les cheveux et le cuir chevelu, laisser agir 4 minutes, utiliser juste assez d'eau pour bien faire mousser - bien rincer à l'eau fraîche et assécher à l'aide d'une serviette propre	- 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 pour les nourrissons

*Une sensation de démangeaison et de brûlure du cuir chevelu, qui se manifeste après le traitement, n'indique pas nécessairement une réinfestation et la nécessité d'un nouveau traitement. Si ces symptômes sont incommodes, des stéroïdes topiques et des antihistaminiques peuvent être utiles (9); [†]GlaxoSmithKline Consumer Healthcare, Canada; [‡]Insight Pharmaceuticals, Canada; [§]Laboratoires Odan Ltée, Canada; [¶]Pharmascience Inc, Canada (d'après le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 2000. (Ottawa: Association des pharmaciens du Canada, 2000). DDT Dichlorodiphényltrichloroéthane

signifient PAS une réinfestation. L'application d'un insecticide topique approuvé sur le cuir chevelu peut provoquer une éruption, des démangeaisons et de légères sensations de brûlure (5). Pour diagnostiquer une réinfestation, il faut déceler des poux vivants. Si la démangeaison qui suit le traitement est incommode, des stéroïdes topiques ou des antihistaminiques peuvent contribuer à procurer un soulagement (9).

Les agents oraux

Les données qui étayaient l'usage d'agents oraux dans le traitement des poux de tête sont limitées.

Bien que le triméthoprime-sulfaméthoxazole ait été utilisé dans un essai aléatoire (20) pour traiter les poux de tête, tant seul qu'en association avec de la perméthrine topique, on s'interroge sur les critères diagnostiques

employés pendant l'essai et sur le potentiel de promouvoir une résistance bactérienne et d'ainsi réduire la valeur de ce médicament dans d'autres situations si cette pratique devient généralisée (19). Aucune étude à grande échelle ne porte sur ce sujet. D'ailleurs, il ne s'agit pas là d'une utilisation approuvée du triméthoprim-sulfaméthoxazole au Canada.

Quelques comptes rendus portent sur l'usage oral (et topique) de l'ivermectine pour le traitement des poux de tête (5), mais aucun grand essai n'a été effectué. Ce médicament n'est pas disponible au Canada.

Le passage du peigne sur les cheveux mouillés

Il existe peu de données probantes pour soutenir le passage du peigne sur les cheveux mouillés comme traitement primaire des poux de tête (21,22). Dans le cadre d'un essai aléatoire auprès de 4 037 enfants d'âge scolaire du pays de Galles (21), l'enlèvement mécanique des poux en peignant les cheveux mouillés à l'aide d'un peigne fin tous les trois à quatre jours pendant deux semaines a été comparé à deux applications d'une lotion de malathion 0,5 % topique à sept jours d'intervalle (21). Le peigne assurait la guérison (aucun pou vivant décelé au bout de deux semaines) dans 38 % des cas, tandis que le traitement au malathion réglait le problème dans 78 % des cas (21). Dans une autre étude, l'ajout du passage du peigne sur la chevelure mouillée au protocole de traitement à la perméthrine 1 % topique n'a pas amélioré l'efficacité du traitement à la perméthrine seule au moment des vérifications aux jours 2, 8, 9 et 15 (peigne 72,7 %, sans peigne 78,3 %) (22). Le vinaigre blanc a été suggéré comme remède maison pour contribuer au passage du peigne, mais aucune étude n'en démontre les bénéfices.

Les traitements parallèles

Plusieurs produits d'usage courant, tels que la mayonnaise, la gelée de pétrole, l'huile d'olive, la margarine en tinette et le gel épais pour cheveux, ont été suggérés comme traitement des poux de tête. En théorie, l'application d'une couche épaisse de l'un de ces produits sur les cheveux et le cuir chevelu, laissée pendant la nuit, oblitère les spiracles des poux et complique leur respiration (5). Cependant, ces produits tuent peu les poux et sont moins efficaces que les insecticides topiques (7). Il n'existe aucun essai publié sur l'innocuité ou l'efficacité de ces remèdes maison.

D'autres produits, comme l'essence ou le kérosène, sont inflammables et toxiques, et ils ne sont pas recommandés.

Tandis qu'un certain nombre d'agents « naturels », tels que l'huile d'arbre à thé et l'aromathérapie, aient été utilisés dans le traitement des poux de tête, on ne possède pas de données sur leur efficacité et leur toxicité (6,7). Une petite étude menée en Israël (23) indique qu'un produit naturel, qui renferme de l'huile de noix de coco, de l'huile d'anis et de l'huile d'ylang-ylang, appliqué sur les cheveux trois fois à intervalles de cinq jours, était tout aussi efficace que les pédiculicides.

Les produits contre les poux pour les animaux ne sont pas recommandés pour les humains.

LES POLITIQUES SUR LES POUX DE TÊTE ET LES LENTES DANS LES ÉCOLES ET LES SERVICES DE GARDE

Comme on l'a déjà souligné, les infestations par les poux de tête sont courantes chez les jeunes enfants d'âge scolaire (1), mais même si elles sont inconfortables, elles ne sont pas un vecteur de propagation de maladie grave (9). Les diagnostics erronés de lentes sont fréquents (13), la détection de lentes près du cuir chevelu ne s'associe pas à une forte probabilité de lentes vivantes (plus de 75 % ne le sont pas) (14), et les infestations peuvent être asymptomatiques pendant plusieurs semaines (9). Par conséquent, l'exclusion de l'école par suite de la détection de lentes ne se fonde sur aucun principe médical solide.

Pour des raisons similaires, même la détection de poux de tête actifs ne devrait pas entraîner l'exclusion de l'enfant de l'école. Un traitement devrait être recommandé, et un contact étroit de tête à tête devrait être découragé en attendant le traitement.

L'*American Academy of Pediatrics* déconseille elle aussi les politiques « sans lentes » dans les écoles (9).

Les familles d'enfants qui sont dans une classe où un cas actif de poux de tête a été décelé devraient être informées de la présence d'une infestation active, du diagnostic, du diagnostic erroné et de la prise en charge des poux de tête et de l'absence de risque de maladie grave.

Bien qu'on ne possède pas de données sur la prévalence des poux de tête dans les services de garde, les politiques d'exclusion à cause des poux de tête ne sont motivées ni dans les écoles ni dans les services de garde parce qu'il n'existe aucune justification médicale solide à cet égard.

LE RÔLE DE LA DÉCONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE

Il n'existe pas de données indiquant si la désinfection des objets personnels, scolaires ou domestiques réduit la probabilité de réinfestation (10,11). Comme on l'a indiqué, les poux de tête ne vivent pas longtemps loin du cuir chevelu, et les lentes sont peu susceptibles d'éclore à température ambiante (7,8). Par conséquent, il n'est pas nécessaire de procéder à un nettoyage excessif. Tout au plus, le nettoyage des articles en contact étroit ou prolongé avec la tête (p. ex., chapeaux, taies d'oreiller, brosses et peignes) peut être justifié. Le lavage de l'article à l'eau chaude (66 °C), son séchage dans une sècheuse à air chaud pendant 15 minutes ou son entreposage dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant deux semaines peuvent tuer les poux et les lentes (7,10).

LE RÔLE DES DISPENSATEURS DE SOINS

Les dispensateurs de soins doivent être au courant du diagnostic et de la prise en charge des poux de tête pour contribuer à réfuter les mythes sur les poux de tête et les stigmates des infestations. Étant donné la prévalence des infestations, la notoriété de ce problème et les taux d'anxiété élevés chez les parents ou les enseignants susceptibles de découler d'un diagnostic de poux de tête à l'école, les dispensateurs de soins doivent s'assurer de réfuter les mythes sur les poux de tête et de transmettre de l'information exacte. Les parents et les

enseignants doivent savoir que les infestations par les poux de tête sont courantes, qu'elles peuvent être asymptomatiques, qu'elles ne sont pas un signe de malpropreté et qu'elles ne sont pas le vecteur de maladies graves. De plus, il faut transmettre de l'information pour rendre le diagnostic optimal, réduire les diagnostics erronés et favoriser l'adoption de stratégies de prise en charge pertinentes.

SOMMAIRE

- Les infestations par des poux de tête sont courantes chez les enfants d'âge scolaire, mais elles ne s'associent pas à une maladie grave ou à de la malpropreté.
- Les infestations par des poux de tête peuvent demeurer asymptomatiques pendant plusieurs semaines.
- Le diagnostic erroné d'une infestation par des poux de tête est courant. Pour poser un diagnostic, il faut déceler des poux de tête vivants. La détection de lentes seulement n'est pas indicatrice d'une infestation active.
- Un traitement au moyen d'un insecticide topique contre les poux de tête, approuvé et bien appliqué (deux applications à sept jours d'intervalle), est recommandé en cas d'infestation active. Les contacts dont la tête risque d'avoir touché celle de la personne infestée méritent d'être examinés afin de déceler une infestation active et, le cas échéant, ils nécessitent un traitement.
- Des démangeaisons du cuir chevelu peuvent se produire après l'application d'un insecticide topique, ce qui n'est pas indicateur d'une résistance au traitement ou d'une réinfestation. Pour diagnostiquer une réinfestation active, il faut déceler des poux de tête vivants.
- Les insecticides topiques, et surtout le lindane, peuvent être toxiques, surtout s'ils sont mal utilisés. Il faut faire preuve de prudence afin d'éviter toute exposition inutile et, lorsque c'est indiqué, réduire au minimum le contact d'autres surfaces cutanées que le cuir chevelu.
- Les politiques « sans lentes » d'exclusion des écoles ne se fondent sur aucune assise médicale et ne sont pas recommandées.
- Le nettoyage excessif de la maison ou de l'école n'est pas justifié après la détection d'un cas de poux de tête, parce que ni les poux ni les lentes ne survivent longtemps loin du cuir chevelu.

- On a remarqué une résistance aux agents topiques dans d'autres pays, mais ce ne semble pas être un problème répandu en Amérique du Nord.

Un document à l'intention des parents sur les poux de tête figure dans notre site Web. Consultez le site <www.soinsdenosenfants.cps.ca> pour en obtenir une version imprimable.

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 30 septembre 2004).
2. 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.
3. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Les infestations par les poux de tête : Une démangeaison persistante. *Paediatr Child Health* 1996;1:244-48.
4. Roberts RJ. Clinical practice. Head lice. *N Engl J Med* 2002;346:1645-50.
5. Jones KN, English JC 3rd. Review of common therapeutic options in the United States for the treatment of pediculosis capitis. *Clin Infect Dis* 2003;36:1355-61.
6. Nash B. Treating head lice. *BMJ* 2003;326:1256-8.
7. Meinking TA. Infestations. *Curr Probl Dermatol* 1999;11:73-120.
8. Burkhart CN. Fomite transmission with head lice: A continuing controversy. *Lancet* 2003;361:99-100.
9. Frankowski BL, Weiner LB; American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics, Committee on School Health and the Committee on Infectious Diseases. Head lice. *Pediatrics* 2002;110:638-43.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Williams LK, Reichert MA, MacKenzie WR, Hightower AW, Blake PA. Lice, nits and school policy. *Pediatrics* 2001;107:1011-5.
15. Vander Stichele RH, Dezeure EM, Bogaert MG. Systematic review of clinical efficacy of topical treatments for head lice. *BMJ* 1995;311:604-8.
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 30 septembre 2004)
18. 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.
19. Pollack RJ. Head lice infestations: Single drug versus combination therapy. *Pediatrics* 2001;108:1393.
20. Hipolito RB, Mallorca FG, Zuniga-Macaraigo 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.
21. Roberts RJ, Casey D, Morgan DA, Petrovic M. Comparison of wet combing with malathion for treatment of head lice in the UK: A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356:540-4.
22. 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.
23. 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.

COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION (2003-2004)

Membres : Docteurs Upton Allen, *The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)*; H Dele Davies, *université de l'État du Michigan, East Lansing (Michigan) États-Unis*; Simon Richard Dobson, *BC's Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique)*; Joanne Embree (présidente), *université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)*; Joanne Langley, *IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)*; Dorothy Moore, *L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec)*; Gary Pékéles (représentant du conseil), *L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec)*

Conseillers : Docteurs Gilles Delage, *Héma-Québec, Saint-Laurent (Québec)*; Noni MacDonald, *université d'Oxford, Oxford (Royaume-Uni)*

Représentants : Docteurs Scott Halperin, *IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse) (IMPACT)*; Susan King, *The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Paediatrics AIDS Research Group)*; Monica Naus, *BC Centre for Disease Control, Vancouver (Colombie-Britannique) (Santé Canada, Comité consultatif national de l'immunisation)*; Larry Pickering, *Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (Géorgie) États-Unis (American Academy of Pediatrics, comité des maladies infectieuses)*

Auteure principale : Docteur Noni MacDonald, *université d'Oxford, Oxford (Royaume-Uni)*

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.