

POUX - PÉDICULOSE

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE
SECTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES
Séance du 17 janvier 2003

Conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu

Le groupe d'experts était composé de :

Dr. I.Bidault (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
Dr. C.Bodemer (hôpital Necker, Paris)
S.Casanova (direction générale de la santé- SD3 B)
Pr. O.Chosidow (hôpital Pitié Salpêtrière, Paris) : président
Dr. A.Colignon (Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris)
Pr. M.Danis (hôpital Pitié Salpêtrière, Paris)
Dr.P. Deutsch (direction générale de la santé- SD5C) : coordination
Dr. A.Izri (Hôpital Avicenne, Bobigny)
Dr. A.Mathieu-Boué (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
M.Penicaud (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
Pr. J.Revuz (Hôpital Henri Mondor, Créteil)
Pr. D.Richard-Lenoble (Hôpital Bretonneau, Tours)
Dr. M.C.Romano (Ministère de l'éducation nationale)

1. Introduction

La pédiculose du cuir chevelu est une parasitose contagieuse mais bénigne, due à un insecte, le pou de tête : *Pediculus humanus var capitis* de Geer, 1778. C'est une maladie endémique dans les collectivités d'enfants, pouvant parfois évoluer sur un mode épidémique. La classe d'âge la plus touchée est celle des enfants de 6 à 8 ans.

Ce pou est un parasite exclusif de l'homme. Contrairement au pou de corps, le pou de tête ne transmet pas d'agents pathogènes. Le sujet parasité et sa famille peuvent développer un sentiment de honte et parfois d'angoisse.

2. Importance de la maladie

La pédiculose à *P. capitis* est considérée par certains auteurs comme la maladie contagieuse la plus fréquente dans les écoles, après les infections respiratoires. Dans une enquête de prévalence américaine, elle viendrait en quatrième position parmi tous les problèmes de santé des écoliers. En France, entre 1996 et 1998 des enquêtes de prévalence ont montré des taux de 6% à Bobigny et de 8% à Tours, prévalences moyennes dont les chiffres sont très variables à la fois d'école à école et de classe à classe. Toute l'importance de cette maladie est liée à la fois à la transmission facile par contact, aux échecs thérapeutiques répétés, aux re-contaminations après traitement, à la fréquence des surinfections (impétigo), au budget parfois considérable mis en œuvre par les familles pour lutter contre le parasite, au non-remboursement des pédiculicides et finalement à la persistance de l'endémie. La prise en charge d'un traitement validé pourrait être envisagée pour permettre à toutes les familles de lutter contre cette nuisance.

3. Biologie du pou

Les poux de tête mesurent 2 à 3 mm de long. Ils se déplacent rapidement entre les cheveux auxquels ils s'accrochent grâce à une puissante pince qui termine chacune de leurs six pattes. Dépourvus d'ailes, ils ne volent pas et ne sautent pas. Ils respirent par des orifices qui peuvent se fermer et devenir imperméable à l'eau, évitant ainsi la noyade. Ils sont asphyxiés par les huiles et les produits gras.

Les poux se nourrissent exclusivement de sang et peuvent vivre sur le cuir chevelu jusqu'à deux mois. La femelle pond 4 à 10 œufs par jour pendant 3 à 4 semaines, soit un total de 100 à 200 œufs appelés lentes.

A la ponte, les lentes sont solidement collées aux cheveux près du cuir chevelu où l'incubation est facilitée par la chaleur et l'humidité. Vivantes, les lentes sont brunes, brillantes, ovales et mesurent environ 1 mm. La lente donne une larve qui devient adulte 3 semaines plus tard.

Après l'éclosion, la coque vide de l'œuf reste fixée plusieurs mois sur le cheveu ; elle prend une couleur blanchâtre et s'éloigne progressivement de la racine au fur et à mesure que pousse le cheveu. Les lentes vides ressemblent à des pellicules mais avec la particularité de résister au lavage et au brossage des cheveux.

4. Mode de transmission et facteurs favorisants

La transmission se fait directement par contact d'un sujet parasité à un autre sujet. Un contact, même bref, suffit aux poux pour passer d'une personne à une autre. Un seul sujet fortement parasité peut jouer le rôle de réservoir de parasites. Le facteur de risque de transmission est la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint. Il n'y a pas de lien direct avec l'origine socio-économique des familles. La transmission indirecte est théoriquement possible en cas d'utilisation successive, à bref intervalle de temps, de peignes et brosses, voire de bonnets, écharpes, manteaux, etc. En effet, *P. capitis* ne peut pas survivre plus de 4 à 36 heures en dehors du cuir chevelu. La transmission par l'eau n'a pas été démontrée (piscines...).

5. Diagnostic clinique

La pédiculose se manifeste par un prurit, des excoriations, une surinfection (impétigo). La topographie de ces symptômes, tempes, autour des oreilles et nuque, est évocatrice du diagnostic, particulièrement en cas de poux dans l'entourage. Cependant, le prurit est absent dans 40 à 50 % des cas. Le diagnostic est affirmé par la mise en évidence de poux et ou de lentes vivantes. L'utilisation d'un peigne fin (" peigne à poux ") aide au dépistage des poux alors que le simple examen visuel suffit à la mise en évidence des lentes. Un contexte épidémique impose un examen attentif du cuir chevelu répété de façon régulière.

6. Conduite à tenir

Il n'y a pas de guérison spontanée de la maladie. Seule une pédiculose active (présence de poux et/ou de lentes vivantes) justifie un traitement.

6.1 Qui traiter ?

6.1.1 Le sujet parasité

Il est recommandé :

- de traiter le sujet parasité
- de consulter un médecin et de ne pas entreprendre un traitement présomptif, dans les cas douteux (des traitements présomptifs n'ont pas de valeur pour affirmer ou infirmer le diagnostic). La multiplication de ces traitements concourt à l'apparition de résistance, a un coût non négligeable et est irritante pour le cuir chevelu.

6.1.2 Dans le foyer du sujet parasité

Il est recommandé :

- de chercher la présence de poux et de lentes chez toutes les personnes vivant dans le foyer du sujet parasité et de traiter ceux qui sont parasités.
- que la famille prévienne le responsable du groupe (école, crèche, centre aéré, etc...) auquel appartient l'enfant parasité.

6.1.3 Dans la collectivité

Il est recommandé :

- qu'au sein de chaque collectivité d'enfants, au moins une personne ait une formation spécifique sur le dépistage.
- que tous les enfants du groupe auquel appartient l'enfant parasité (section, classe...), soient examinés par la personne formée, en collaboration avec la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, le service municipal d'hygiène.
- que les parents soient prévenus par écrit par le chef d'établissement ou par la personne ayant en charge le groupe d'enfants, afin que les autres membres de la famille, y compris les parents, soient examinés et que seuls ceux qui sont parasités soient traités.

6.2 Comment traiter ?

6.2.1 Choix du produit (cf. [annexe](#))

Un produit efficace est à la fois pédiculicide et lenticide. Les produits dont l'efficacité a été évaluée (autorisation L. 5136-1 du code de la santé publique) ne sont vendus qu'en pharmacie. Les répulsifs n'ont pas de place dans la stratégie thérapeutique. Les différents types de produits figurent dans le tableau présenté en annexe.

Trois classes pharmacologiques sont reconnues efficaces :

- celle du malathion
- celle des dérivés des pyrèthres ou pyréthrinoïdes de synthèse
- celle du lindane (la commission d'Autorisation de mise sur le marché a proposé d'inscrire le lindane dans la liste 1 des " substances vénéneuses " : nécessité d'ordonnance le plus souvent sans possibilité de renouvellement).

Des associations sont possibles : le butoxyde de pipéronyle est synergique et augmente l'activité des dérivés des pyrèthres ou pyréthrinoïdes de synthèse. Le lindane est actuellement utilisé en cas de résistance aux deux autres produits.

Il est recommandé d'utiliser les produits présentés sous forme de solution, lotion ou crème. Les sprays sont contre-indiqués en cas d'asthme et de bronchite asthmatiforme. Les shampoings et les poudres sont moins efficaces.

6.2.2 Modalités pratiques du traitement

- Les produits devront être appliqués en quantité suffisante pour imprégner complètement les cheveux jusqu'au cuir chevelu. Il est fondamental de respecter les temps (ni plus court, ni plus long) recommandés dans les mentions légales. Ensuite, le produit doit être éliminé en effectuant un shampoing non insecticide. Un examen de contrôle du cuir chevelu est nécessaire à 2 jours et 12 jours et si besoin ultérieurement. Les méthodes mécaniques utilisées pour éliminer les lentes (peignes antipoux mécaniques et électriques) sont insuffisamment efficaces.
- Dans les deux lieux habituels de transmission que sont la collectivité d'enfants et la famille, la contamination est avant tout inter-humaine et directe. Il n'est pas utile de faire un traitement des vêtements et de la literie sauf dans le cas particulier d'une infestation massive de poux chez un membre de la famille ou de la collectivité. Dans ce cas, les oreillers, bonnets, doudou, peluches..., lavables, doivent être lavés dans une machine avec le programme cycle long. Les objets non lavables en machine (peigne, brosse...) ne doivent pas être utilisés pendant trois jours. La désinfection des locaux est inutile et parfois dangereuse.

6.3 Qui re-traiter ?

Tous les sujets qui présentent des poux aux examens de contrôle à 2 jours et 12 jours. La persistance de lentes ne traduit pas forcément un échec du traitement.

Causes d'échec du traitement des pédiculoses :

- facteurs humains : incompréhension du traitement
- ignorance ou négligence
- coût des produits non remboursés par la sécurité sociale
- ré-infestation : mesures associées non réalisées
- durée et /ou fréquence insuffisante des applications
- application d'une quantité insuffisante de produit
- utilisation d'une forme galénique inappropriée
- utilisation d'un produit imparfaitement lenticide
- acquisition de résistance des poux aux insecticides utilisés

6.4 Comment re-traiter ?

En cas de présence de poux vivants à 2 jours, il s'agit probablement d'une résistance, il est recommandé de changer de classe pharmacologique.

En cas de présence de poux à 12 jours, le deuxième traitement peut être effectué avec le produit utilisé initialement.

En cas d'échec répété il est recommandé de consulter un médecin. Cependant, même si la pédiculose est une maladie qui atteint souvent une collectivité, un traitement collectif ne peut pas être imposé en France. Une incitation forte pour faire adhérer les parents, les associations de parents d'élèves, les personnels de collectivités doit être développée. L'absence de traitement d'une infestation qui touche non pas un individu, mais toute une communauté, entraîne des re-contaminations fréquentes et la pérennisation des poux dans la collectivité.

7. Information

Des campagnes de sensibilisation à la pédiculose du cuir chevelu aideraient à une meilleure prise en charge du problème. Une structure de surveillance épidémiologique de la pédiculose du cuir chevelu et de la résistance des poux aux traitements est souhaitable.

8. Bibliographie

1. Bouvet E et coll. Lutte contre la pédiculose dans les écoles de Paris. BEH 1995 ; 14 ; 61-3
2. Burgess IF, Brown CM, Peock S, Kaufman J. Head lice resistant to pyrethroid insecticides. Br Med J 1995 ; 311 :752
3. Cclin. Paris nord lutte contre les ectoparasites et agents nuisibles en milieu hospitalier, guide de bonnes pratiques mars 2001
4. CDC. Treating head lice with malathion <http://www.cdc.gov/ncid/parasites/lice>
5. Chosidow O, Chastang C, Brue C et al. Controlled study of malathion and d-phenotrin lotions for *Pediculus humanus var capiti*-infested schoolchildren. Lancet 1994 ; 344 : 1724-7
6. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société canadienne de pédiatrie Les infestations par les poux de tête : une démangeaison persistante, Paediatrics and child health 1996 ; 1(3) : 244-8 ré-approuvé 02/2000 site Internet : <http://www.cps.ca>
7. Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet 2000 ; 355 : 819-26
8. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Recommandations pour le traitement de la pédiculose du cuir chevelu. BEH 1993 ; 44 : 202-3
9. Hipolito RB, Mallorca FG, Zuniga-Macarag ZO and al. Head lice infestation : single drug versus combination therapy one percent permethrin and trimethoprim/sulfamethoxazole. Pediatrics 2001 ; 107 : E30
10. Izri A. Les poux : diagnostic, nuisance et rôle vectoriel Revue française des laboratoires, décembre 2001, 338 :37-40
11. Meinking TL. Infestations. Curr Probl Dermatol 1995 ; 11 : 80-118
12. Roberts RJ.. Head lice. N Engl J Med 2002 ; 346: 1645-50
13. 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
14. Anonyme. Poux de tête et pédiculose du cuir chevelu. Rev Prescrire 2001 ; 222 :761-70

ANNEXE : Liste des principales spécialités anti-poux recommandées, commercialisées, ayant une autorisation

N° Autorisation	Nom	Principes actifs	Date autorisation	État de commercialisation
	Pyréthrines			
L0214	ALTOPOU, lotion	METHOPRENE+PERMETHRINE+PIPERONYLE (BUTOXYDE DE)	07-juil-92	Commercialisation
L0190	ITEM, lotion	D-PHENOTHRINE	02-févr-89	Commercialisation
L0215	NIX, crème pour application locale	PERMETHRINE	14-mai-91	Commercialisation
L0141	PARA SPECIAL	DEPALLETHRINE +PIPERONYLE (BUTOXYDE DE)	25-mars-80	Commercialisation

	POUX, solution pour application locale en flacon pressurisé			
L0103	PYREFLOR, lotion	ENOXOLONE+PERMETHRINE+PIPERONYLE (BUTOXYDE DE)	18-avr-86	Commercialisation
L0024	SPRAY PAX, solution pour pulvérisation cutanée	CHRYSANTHEME DE DALMATIE INSECTICIDE (EXTRAIT DE) (A 25 POUR CENT) +PIPERONYLE (BUTOXYDE DE)	22-déc-80	Commercialisation
	pyréthrines + malathion			
L0155	PARA PLUS, solution pour pulvérisation cutanée en flacon pressurisé	MALATHION+PERMETHRINE +PIPERONYLE (BUTOXYDE DE)	30-juin-87	Commercialisation
	Malathion			
L0255	PRIODERM 0,5 POUR CENT, solution pour application cutanée	MALATHION	09-mai-96	Commercialisation
L0097	PRIODERM, lotion	MALATHION	17-nov-82	Commercialisation
	Lindane			
L0136	ELENOL, crème pour application locale	LINDANE+AMYLEINE (CHLORHYDRATE D')	30-nov-84	Commercialisation

Source

Direction générale de la santé

Mise en ligne octobre 2004

[Retour haut de page](#)