

Skin Therapy Letter[®]

Volume 6 • Numéro 2 • Octobre 2010

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, MD, FRCPC**RÉDACTEUR EN CHEF**

Le Dr Stuart Maddin, président de Skin Care Guide, est un des dermatologues le plus connu et le plus respecté d'Amérique du Nord. Il est aussi l'auteur de nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-Britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 26 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

**Dr Colleen Lawlor, MD, CCFP****CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE**

Dr Colleen Lawlor a choisi de monter sa pratique de médecine familiale au Continuum Medical Care situé dans Vancouver Ouest en Colombie-Britannique. Dr Lawlor a un baccalauréat en psychologie, une maîtrise de sciences en sciences infirmières, elle est docteur en médecine et possède un certificat du Collège de médecine familiale du Canada (CCFP). Elle a fait ses études de médecine à l'Université du Texas à San Antonio.



Les numéros antérieurs sont archivés et disponibles sur notre site Web :
www.SkinTherapyLetter.ca

Réparer la barrière cutanée dans la gestion de la dermatite atopique

Reza Alizadehfar, MD, FRCPC*Division d'immunologie clinique et d'allergologie, Université McGill,**Montréal, Québec, Canada**Hôpital de Montréal pour Enfants, Québec, Canada***Mise en contexte**

Le terme «atopique» a été inventé par Cooke et Coca en 1923. Il vient du mot grec *atopos* qui signifie déplacé et dénote une réaction immunitaire qui est «insolite ou bizarre». La dermatite atopique (DA) est une éruption inflammatoire chronique, récurrente, et souvent symétrique, caractérisée par du prurit et de la xérose (peau sèche). La DA apparaît souvent dans les premiers mois de la vie, mais sa prévalence diminue avec l'âge. On estime qu'elle touche 15 % des enfants dans le monde entier¹, et elle peut persister jusque dans l'âge adulte. Cette pathologie a probablement pour cause l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux.

Les facteurs génétiques dans la dermatite atopique

- Une forte participation génétique dans la DA a été clairement établie.
- Des études d'analyse des liaisons et l'examen des polymorphismes dans les gènes d'un certain nombre de candidats ont identifié plusieurs locus chromosomiques et gènes potentiels comme facteurs de sensibilité possibles.
- On postule que les variants génétiques dans ces locus et gènes sont impliqués dans :
 - la production d'anticorps immunoglobulines E (IgE)
 - la régulation de la réponse immunitaire dans la peau et les muqueuses
 - le dérèglement de la barrière épidermique, en passant par la modulation de la maturation épidermique.

Les facteurs environnementaux dans la dermatite atopique

- Cependant, les facteurs génétiques seuls n'arrivent pas à expliquer les résultats d'études épidémiologiques indiquant la récente augmentation considérable de la prévalence de la dermatite atopique, particulièrement dans les pays industrialisés.
- Ainsi, on a suggéré que les facteurs environnementaux jouaient un rôle clé de médiation dans l'expression de la maladie.
- Chez certains patients, la sensibilisation aux acariens de la poussière et à certains aliments peut jouer un important rôle étiologique.
- Par contre, des facteurs non allergènes peuvent aussi contribuer à la pathologie de la DA en influençant la dysrégulation, ce qui débouchera sur la perturbation de la barrière cutanée. Ces facteurs sont :
 - un faible taux d'humidité environnementale
 - une colonisation par *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*)
 - une exposition ou un manque d'exposition dans la petite enfance à certains facteurs microbiens
 - une exposition à des polluants, des détergents et autres irritants
 - une chaleur excessive.

La perturbation de la barrière cutanée

- L'épiderme de la peau fonctionne non seulement comme une barrière physique et anatomique mais elle est également un vaste organe immunologique.
- Cette barrière protège constamment contre la pénétration de divers microbes, allergènes et irritants.
- On a trouvé que dans la DA, une barrière cutanée dysfonctionnelle provoque une augmentation de la perte hydrique transépidermique, entraînant une déshydratation cutanée importante.
- Une barrière ainsi endommagée peut laisser pénétrer dans la peau les allergènes, les microbes et les irritants et déclencher la réaction pro-inflammatoire qui typiquement caractérise la DA.
- L'étendue du dysfonctionnement de la barrière et le degré d'inflammation dans les lésions de la DA sont en rapport étroit².
- On a comparé la couche cornée de la peau à un mur de briques, composé de kératinocytes différenciés terminaux (les briques) entourés d'une matrice de lipides spécialisés.
 - Les principaux lipides de la couche cornée sont :
 - les céramides (50 % de la masse)
 - le cholestérol (25 % de la masse)
 - les acides gras (10 à 20 % de la masse).
 - Ces éléments créent une barrière qui aide à :
 - garder l'eau à l'intérieur du corps
 - empêcher la pénétration des pathogènes et des allergènes.
- On a démontré que les patients qui souffrent de DA ont des taux réduits de lipides dans la couche cornée (par exemple, de céramides^{3,4}).
- Ce défaut de la barrière affecte non seulement la peau touchée mais aussi celle qui ne l'est pas, et cela est en rapport avec une diminution de la fraction des céramides dans la couche cornée.
- De plus, la dysfonction épidermique dans la DA peut aussi être mise au compte de plusieurs facteurs dont :
 - une activité enzymatique défectueuse
 - un pH cutané défectueux
 - une différenciation épidermique altérée et une expression anormale des protéines structurales impliquées dans le processus de kératinisation.
- Des anomalies génétiques dans l'expression de l'inhibiteur de la protéase et des taux réduits de protéines dans l'enveloppe kératinisée, comme la filaggrine⁵, avivent le délabrement cutané rencontré dans les affections eczémateuses.
- Le stress peut aussi aggraver cette dysfonction de la barrière en produisant des glucocorticoïdes endogènes qui freinent la synthèse des lipides épidermiques.
- La barrière cutanée est de plus endommagée par l'exposition aux protéases des acariens de la poussière et le *S. aureus*.
- Finalement, les démangeaisons intenses et les grattements considérables qui accompagnent la DA peuvent aussi constituer un facteur important qui mène à la perturbation de la barrière cutanée.

Options pour la gestion

Il existe, selon la gravité de la maladie, un éventail de traitements pour la dermatite atopique.

Facteurs non pharmacologiques

- Les poussées rebonds de DA peuvent être diminuées par :
 - le port de vêtements en coton doux
 - le lavage du linge avec des détergents doux
 - l'élimination d'un assouplissant dans la lessive
 - le contrôle de la température et de l'humidité ambiantes à la maison
 - la mise en place de mesures pour diminuer l'exposition aux acariens de la poussière chez les individus sensibilisés
 - l'élimination d'aliments spécifiques pour les individus sensibilisés, mais c'est une mesure plus rare. Si l'on soupçonne un aliment déclenchant, il peut être utile de consulter un allergologue.
- Il est important d'insister sur l'inutilité d'instaurer des régimes très restrictifs, ceux-ci pouvant avoir un sérieux impact psychologique et mener à la malnutrition.
- Les programmes éducatifs produisent chez ceux qui les suivent d'importantes améliorations de la gravité de la DA et de la satisfaction du traitement, comparés aux groupes de contrôle⁶.

Les émoullients

- Les émoullients adoucissent et calment la peau.
- Ce sont des gels à base de vaseline.

- On n'a pas de fortes preuves que les émoullients améliorent directement la DA.
- Cependant, on recommande largement les émoullients parce qu'ils améliorent l'apparence et les symptômes de la peau sèche qui est couramment présente dans la DA⁷.
- Des études ont démontré que les émoullients peuvent diminuer le besoin de stéroïdes topiques et augmenter la réponse thérapeutique lors de leur usage^{8,9}.
- Étant donné l'absence d'études concluantes démontrant la supériorité d'un émoullient sur un autre, leur emploi sera dicté par les préférences du patient.

Les corticostéroïdes topiques

- Depuis plusieurs décennies, les corticostéroïdes topiques sont la pierre angulaire du traitement des poussées rebonds de DA.
- Un certain nombre de produits sont disponibles dans divers véhicules, forces et concentrations.
- Les produits à dose faible devraient être utilisés chez les bébés et sur les zones de la peau sensibles (comme le visage, le cou, l'aîne et les aisselles) afin de diminuer le plus possible les effets indésirables tels que l'atrophie cutanée, l'acné et des effets secondaires systémiques.
- Les corticostéroïdes topiques devraient être utilisés pour la plus courte durée de temps et dans la dose la plus faible possible, tout en permettant la maîtrise des poussées rebonds, afin de réduire au minimum les effets indésirables.

Options pour la gestion (suite)

- Inversement, les patients mal informés et/ou les parents qui ont la phobie des stéroïdes devraient savoir que le refus d'un traitement approprié affectera le bien-être de leur enfant et prolongera inutilement la durée de cette maladie parfois débilitante.

Les inhibiteurs de la calcineurine topiques (ICT)

- Les ICT conviennent à la gestion de la :
 - DA légère à modérée (pimécrolimus)
 - DA modérée à sévère (tacrolimus).
- Les ICT inhibent l'activation cellulaire et la libération des cytokines impliquées dans la cascade pro-inflammatoire de la DA.
- Leurs effets secondaires comprennent une irritation cutanée et une sensation de brûlure en début de thérapie, mais qui généralement se calment avec le temps.
- L'innocuité de leur usage prolongé n'est pas connue, et étant donné de rares observations de tumeurs malignes, ils ne devraient être utilisés que pour des patients qui ne répondent pas ou qui souffrent d'effets secondaires inacceptables avec la thérapie classique^{10,11}.

Les antihistaminiques oraux

- Il existe une absence de preuve pour soutenir l'usage d'antihistaminiques sédatifs et non sédatifs pour le traitement de la dermatite atopique.
- La première génération d'antihistaminiques (diphenhydramine et hydroxyzine) est parfois recommandée le soir, pour ses effets sédatifs.

Les agents antimicrobiens

- Une surinfection secondaire avec *S. aureus* est courante et on la traite avec une courte cure d'antibiotiques qui ont un spectre d'action anti-staphylocoques.
- Pour ceux qui sont colonisés de façon chronique, certains experts ont recommandé des bains antiséptiques.

Les crèmes réparatrices de la barrière cutanée

- Étant donné l'importance du dérèglement de la fonction barrière dans la DA, l'usage d'agents topiques visant à accélérer son amélioration représente une nouvelle approche thérapeutique.
- Bien que très importants pour le soulagement des symptômes de la DA, les émoullients peuvent rester insuffisants pour la correction de la perte hydrique transépidermique et la carence en céramides qui résultent de la barrière cutanée déficiente des patients souffrant de DA.
- L'efficacité et la tolérance des nouvelles crèmes réparatrices de la barrière cutanée à base de céramides ayant un rapport plus physiologique 3 : 1 : 1 : de céramides, acides gras libres et cholestérol, ont été étudiées dans deux essais cliniques organisés par des compagnies^{12,13}.
- Dans une étude pédiatrique multicentrique, randomisée à l'insu des investigateurs, utilisant la crème réparatrice de la barrière cutanée EpiCeram[®], une efficacité similaire a été démontrée lorsque comparée avec le propionate de fluticasone à 0,05 %, un stéroïde à puissance modérée¹². Aucun événement indésirable n'a été observé dans aucun des groupes de sujets. Cependant, 4 patients sur les 59 dans le groupe barrière ont expérimenté une poussée rebond qui a exigé l'usage court d'une crème de fluticasone.
- EpiCeram[®], une crème réparatrice de la barrière cutanée sans corticostéroïdes, à base de lipides, a été approuvée par Santé Canada en septembre 2009 et n'est disponible que sur prescription. Son usage est indiqué pour les patients de 6 mois et plus souffrant de DA.
- Des études sur l'usage coexistant à la fois de stéroïdes topiques et de crèmes réparatrices de la barrière cutanée ne sont pas encore disponibles.

Conclusion

Étant donné la meilleure appréciation du rôle de la barrière cutanée dans la pathogenèse de la DA, l'usage d'agents qui peuvent stabiliser les défenses épidermiques pourrait diminuer la dépendance exclusive actuelle sur les stéroïdes topiques et les immunorégulateurs. Ces crèmes réparatrices de la barrière cutanée ne visent pas l'inflammation directement, mais elles agissent plutôt à un stade plus précoce du processus pathologique afin de normaliser la fonction barrière et réduire les signaux pro-inflammatoires. Cette approche pourrait éventuellement produire de meilleurs résultats du traitement avec moins d'effets indésirables.

Références

1. Williams H. et coll., *J Allergy Clin Immunol* 103 (1 Pt 1) : 125-138 (janvier 1999).
2. Lebowitz M. et coll., *Cutis* 76 (6 Suppl) : 7-12 (décembre 2005).
3. Imokawa G., *J Am Acad Dermatol* 45 (1 Suppl) : S29-32 (juillet 2001).
4. Pilgram G. S. et coll., *J Invest Dermatol* 117 (3) : 710-717 (septembre 2001).
5. Palmer C. N. et coll., *Nat Genet* 38 (4) : 441-446 (avril 2006).
6. Staab D. et coll., *Pediatr Allergy Immunol* 13 (2) : 84-90 (avril 2002).
7. Hanifin J. M. et coll., *J Am Acad Dermatol* 50 (3) : 391-404 (mars 2004).
8. Lucky A. W. et coll., *Pediatr Dermatol* 14 (4) : 321-324 (juillet-août 1997).
9. Kantor I. et coll., *Today Ther Trends* 11 : 157-166 (1993).
10. US FDA Alert for Healthcare Professionals : Pimécrolimus. Disponible à : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm126497.htm>. Accédé la dernière fois : le 2 août 2010.
11. US FDA Information for Healthcare Professionals : Tacrolimus. Disponible à : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm126497.htm>. Accédé la dernière fois : le 2 août 2010.
12. Chamlin S. L. et coll., *J Am Acad Dermatol* 47 (2) : 198-208 (août 2002).
13. Sugarman J. L. et coll., *J Drugs Dermatol* 8 (12) : 1106-1111 (décembre 2009).

Les poux de tête : un bilan des thérapies topiques et de la montée de la résistance aux pédiculicides

Jason Sneath, MD¹ et John W. Tool, MD, FRCPC²

¹ Département de dermatologie et de science cutanée, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

² Section de dermatologie, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

Introduction

Les infestations par les poux de tête (*Pediculus humanis capitis*) surviennent partout dans le monde et on estime que leur prévalence varie entre 1 à 3 % des enfants fréquentant l'école primaire^{1,2}. Bien que ce parasite obligatoire soit une nuisance, une infestation ne pose pas de risques pour la santé. Les infestations ont tendance à se produire plus fréquemment chez les filles³ et moins fréquemment chez les enfants noirs⁴, les poux semblant avoir plus de difficultés à saisir la tige de leurs cheveux en forme ovale. Elles ne sont pas en rapport avec une piètre hygiène personnelle. Elles surviennent dans tous les statuts socioéconomiques mais elles éclatent plus fréquemment dans des situations avec des effectifs surchargés. Une récente évidence suggère que la fréquence croissante de l'échec des traitements topiques pourrait être reliée à une résistance grandissante aux pédiculicides neurotoxiques qui ont été le traitement de première intention au cours des quarante dernières années⁵. Nous ferons ici le bilan des options courantes des traitements topiques et nous inclurons les plus récentes options non pédiculicides.

Survol des faits sur les poux

- *Pediculus humanis capitis* (le pou de tête) est un insecte non ailé qui suce le sang de son hôte.
- Un pou ne peut pas sauter mais il a 6 pattes adaptées pour ramper le long des cheveux à 23 cm à la minute⁶.
- Un pou se nourrit toutes les 3 à 6 heures.
- Avant de se nourrir, le pou injecte de la salive dans la peau.
- La durée de sa vie est d'environ 4 semaines et la femelle pond 6 à 8 œufs par jour.
- Les œufs éclosent en 8 jours, laissant leur coquille (la lente) cimentée à la base du cheveu.
- Les poux de tête se propagent par contact de tête à tête, les tissus partagés, les peignes partagés et autres objets susceptibles d'héberger les poux qui sont couramment au contact du cuir chevelu et des cheveux⁷.
- Un pou peut survivre deux à trois jours en dehors d'un hôte humain.
- Les animaux familiers ne sont pas des vecteurs.

Diagnostic et symptômes

De nombreux individus affectés ne rapportent aucun symptôme mais le symptôme le plus fréquemment rapporté est le prurit du cuir chevelu⁸. On croit que le prurit est causé par une hypersensibilité à la salive du pou qui est injectée dans la peau au moment du repas, mais souvent les démangeaisons ne surviennent que une à quatre semaines après l'infestation. N'importe quelle partie du cuir chevelu peut être colonisée, mais il semble qu'il y ait une préférence marquée pour la nuque et les régions en arrière des oreilles.

Signes cutanés

- Souvent on ne trouve rien de significatif sur la peau.
- On peut trouver à la nuque des lésions prurigineuses et papuleuses.
- Il peut y avoir des excoriations sur le cuir chevelu.
- Une infection staphylocoque secondaire est possible.
- Une inflammation des ganglions du cou et de la nuque est possible.

Signes capillaires

- Une infestation active est confirmée par la présence de poux adultes vivants ou de nymphes (poux pondus immatures) en place sur le cuir chevelu avec des lentes.
- La présence de lentes seules ne confirme pas une infestation active, une coquille vide pouvant rester cimentée à un cheveu même après l'élimination de l'infestation.
- La distance qui sépare la lente du cuir chevelu peut fournir

un indice sur la durée de l'infestation, celle-ci s'éloignant loin du cuir chevelu au fur et à mesure que le cheveu pousse.

- Une lente à 0,6 mm du cuir chevelu est généralement un œuf viable.

La meilleure méthode de poser un diagnostic est le démêlage des cheveux mouillés ou secs avec un peigne à lente à dents serrées espacées de 0,2 mm. Une étude comparant le démêlage des cheveux mouillés avec l'inspection visuelle a révélé que le démêlage des cheveux mouillés pouvait diagnostiquer avec justesse une infestation 90,5 % des fois, contre 28,6 % des fois avec l'inspection visuelle.

Instructions pour la détection par le démêlage des cheveux mouillés⁹

- Appliquer une quantité généreuse de revitalisant.
- Démêler avec un peigne normal.
- Poser le peigne à lentes sur le cuir chevelu et tirer jusqu'aux pointes.
- Vérifier si le peigne a des poux après chaque traction. Essuyer chaque fois le peigne avec un mouchoir en papier et chercher les poux.
- Jeter le mouchoir en papier dans un sac en plastique.
- Passer le peigne dans la totalité du cuir chevelu au moins 5 fois.
- S'il y a détection de poux vivants, rincer toutes les traces du revitalisant avant d'appliquer le traitement.

Options de traitement

Méthode	Traitement	Application	Commentaires
<i>Pédiculicides topiques non insecticides</i>	Rince d'isopropylmyristate à 50 %	<ul style="list-style-type: none"> • 30 à 120 ml de la lotion appliquée sur les cheveux secs et le cuir chevelu (tout particulièrement au niveau de la nuque); laisser agir pendant 10 minutes • Coiffer les cheveux avec un peigne à lentes et laver avec un shampoing 	<ul style="list-style-type: none"> • Agit par la dissolution de la couche externe de l'exosquelette du pou • Moindre risque de résistance car mécanisme mécanique • Deux applications espacées de 7 à 10 jours habituellement nécessaires • Approuvé pour un emploi chez les patients de deux ans et plus • Peut causer un érythème, une sensation de brûlure et la sécheresse du cuir chevelu¹⁰
	Remède à base de plantes (HairClean 1-2-3)	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le produit sur le cuir chevelu et les cheveux; laisser en place pendant 15 minutes avant de rincer • Appliquer 3 fois avec 5 jours d'intervalle entre les applications 	<ul style="list-style-type: none"> • Un produit à base de plantes contenant de l'anis, de la noix de coco, de l'huile de ylang-ylang et de l'alcool isopropylique • Mécanisme d'action suggéré : provoquer une «réaction de fuite» en créant pour le pou un environnement indésirable • Une étude israélienne parrainée par un fabricant a trouvé une efficacité comparable (92 %) à un pédiculicide contenant de la perméthrine, du malathion et du butoxyde de piperonyl¹¹
<i>Pédiculicides topiques</i>	Crème de perméthrine (à 1 % ou 5 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Laver les cheveux avec un shampoing sans revitalisant et assécher avec une serviette • Appliquer le produit sur le cuir chevelu et les cheveux pendant 10 minutes avant de rincer (25 ml) • Coiffer les cheveux avec un peigne à lentes • Répéter 7 jours plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> • Pyréthroïde synthétique, neurotoxique pour les poux, faible neurotoxicité chez les humains • La préparation à 1 % disponible en vente libre • Ne tue pas les œufs, il faut donc recommencer le traitement 7 à 10 jours plus tard • Approuvé pour les patients de deux ans et plus • Peut causer des démangeaisons ou une sensation de brûlure sur le cuir chevelu
	Pyréthrine 0,33 % + butoxyde de piperonyl 4 %	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le produit sur les cheveux secs puis ajouter de l'eau et faire mousser • Rincer; ne pas utiliser de revitalisant • Répéter 7 jours plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> • Fabriqué à partir d'un extrait de chrysanthème, neurotoxique pour les poux mais faible neurotoxicité pour les humains • Éviter en cas d'allergie confirmée aux chrysanthèmes ou à l'herbe à poux (ambrosia) • Approuvé pour utilisation chez les patients de 2 ans et plus • Peut causer des démangeaisons ou une sensation de brûlure sur le cuir chevelu
	Lindane (benzène hexachlorure 1 %)	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer le produit sur les cheveux secs libres de revitalisant, gel ou fixatif • Bien faire pénétrer dans les cheveux et le cuir chevelu jusqu'à ce qu'ils soient mouillés et laisser en place pendant 4 minutes • Rincer en veillant soigneusement à ne pas étendre le produit à d'autres zones du corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Organophosphate neurotoxique pour les poux et les humains • Traitement de deuxième intention à cause du risque de toxicité qui peut entraîner des convulsions¹² • Déconseillé pour les patients de moins de deux ans, pendant la grossesse, l'allaitement et chez les patients avec une histoire de convulsions

Tableau 1 : Options de traitements topiques pour les poux de tête⁹⁻¹³

Traditionnellement, les pédiculicides topiques ont été la pierre angulaire du traitement initial de la pédiculose. Ils sont largement disponibles sans prescription et cela a contribué à rendre difficile l'accumulation des données sur la véritable prévalence de cette infestation. On peut probablement mettre au compte de cet accès facile et d'un usage inadapté, l'importante résistance aux pédiculicides topiques qui s'est déclarée. La résistance à l'effet choc (kdr) est une insensibilité à transmission héréditaire au dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT), aux pyréthrine et aux pyréthroïdes. Une récente étude qui a examiné des poux recueillis au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, a trouvé l'allèle de la résistance chez 97,1 % des 274 poux de l'échantillonnage⁵. Ces résultats suggèrent qu'une importante résistance aux options de traitements de première intention existe maintenant au Canada.

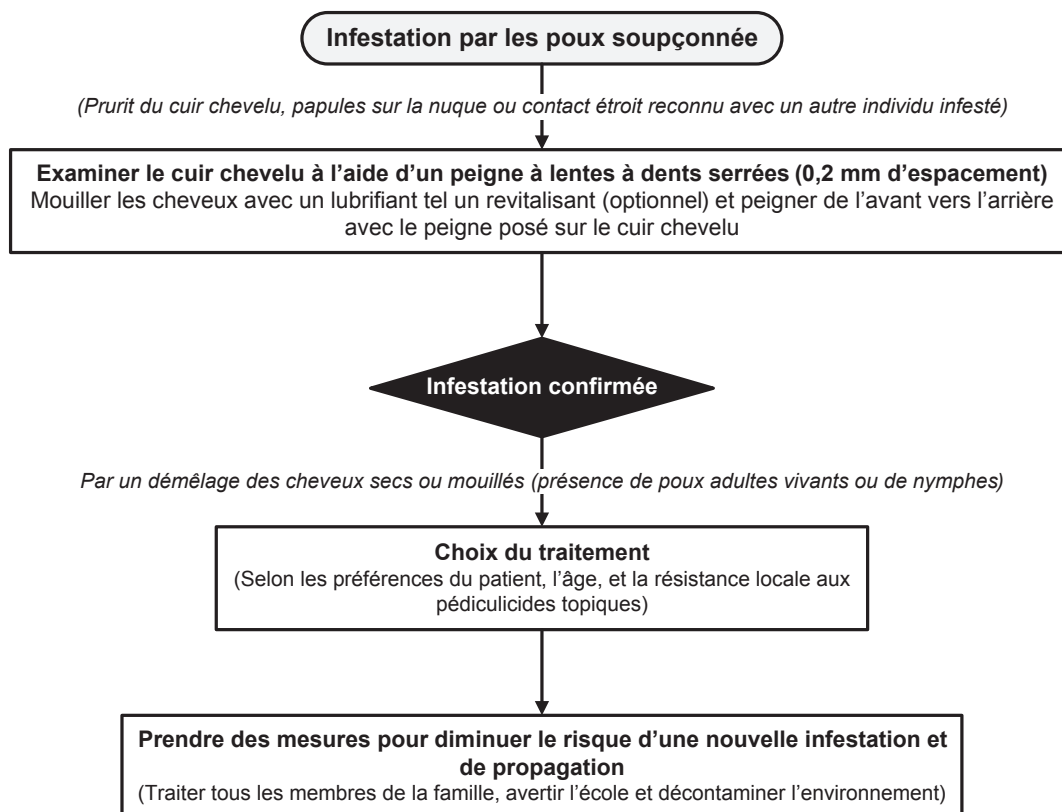
Cette résistance grandissante étant reconnue, on cherche avec un intérêt croissant au Canada, à examiner des options efficaces non pédiculicides. Une récente étude a démontré que l'efficacité de l'isopropylmyristate 50 % était considérablement plus élevée (57 %) que celle du traitement habituel avec pyréthrine à 0,33 % + butoxyde de piperonyle à 4 %¹⁰.

Un traitement non pédiculicide peut être efficace contre les infestations résistantes au traitement, mais le problème d'une nouvelle infestation transmise par des proches ou des objets susceptibles d'héberger des poux demeure un problème courant. Il est donc important, tout en suivant le traitement, de décontaminer l'environnement.

*Décontamination environnementale*¹⁴

- Les membres de la famille et les amis proches devraient être examinés et traités s'il y a infestation.
- Tous les vêtements, la literie, les peignes, les jouets et les objets en tissu utilisés par les individus dans les trois jours précédant le traitement devraient être décontaminés.
- Les tissus peuvent être lavés à l'eau très chaude et mis à la sècheuse pendant 20 minutes.
- Les objets qui ne peuvent pas être lavés peuvent être entreposés dans un sac de plastique bien fermé pendant deux semaines ou dans un congélateur pour 24 heures.
- Les brosses à cheveux peuvent être trempées dans de l'alcool à friction pendant une heure.
- Les planchers et les meubles peuvent être nettoyés en y passant l'aspirateur.
- Il n'est pas recommandé de vaporiser dans la maison un pédiculicide.
- Les règlements scolaires exigeant zéro lente ne sont pas nécessaires.

Arbre de gestion



Élimination manuelle

Certains patients préféreront essayer des traitements mécaniques avant de faire une thérapie topique. Le passage du peigne dans les cheveux mouillés peut servir, comme décrit plus haut, à la fois de diagnostic et de thérapie. Pour essayer cette méthode, le patient devrait passer le peigne dans la totalité du cuir chevelu mouillé jusqu'à ce que plus aucun pou ne soit trouvé, soit tous les 3 à 4 jours pendant trois semaines, ou au moins pendant deux semaines après que le dernier pou adulte vivant ait été trouvé¹⁴.

Échec du traitement

L'échec du traitement est couramment le résultat d'un traitement inadéquat ou inadapté, de la résistance, ou d'une réinfestation. S'il y a eu décontamination environnementale et que le traitement a été correctement administré, il faut alors immédiatement traiter à nouveau avec un autre agent.

Conclusion

L'infestation par les poux de tête est un problème courant chez les enfants au Canada. Le traitement de première intention avec des pédiculicides topiques n'est malheureusement plus aussi efficace qu'il l'a déjà été à la suite d'une résistance à transmission héréditaire dont la prévalence semble augmenter. Les pédiculicides non insecticides topiques peuvent être une option efficace en cas d'échec du traitement suite à la résistance des poux aux traitements habituels.

Références

1. Harris J. et coll., *Commun Dis Public Health* 6 (3) : 246-249 (septembre 2003).
2. Jahnke C. et coll., *Arch Dermatol* 145 (3) : 309-313 (mars 2009).
3. Counahan M. et coll., *J Paediatr Child Health* 40 (11) : 616-619 (novembre 2004).
4. Centers for Disease Control and Prevention. Fiche d'informations: head lice. Disponible à : <http://www.cdc.gov/lice/head/factsheet.html>. Accédé le 28 juin 2010.
5. Marcoux D. et coll., *J Cutan Med Surg* 14 (3) : 115-118 (mai-juin 2010).
6. Ko C. J. et coll., *J Am Acad Dermatol* 50 (1) : 1-12 (janvier 2004).
7. Burkhart C. N. et coll., *J Am Acad Dermatol* 56 (6) : 1044-1047 (juin 2007).
8. Mumcuoglu K. Y. et coll., *J Med Entomol* 41 (4) : 803-806 (juillet 2004).
9. District Health Authority Public Health Services of Nova Scotia. Guidelines for treatment of pediculosis capitis (head lice), August 2008. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/Head Lice Guidelines for Treatment.pdf>. Accédé le 3 juillet 2010.
10. Kaul N. et coll., *J Cutan Med Surg* 11 (5) : 161-167 (septembre-octobre 2007).
11. Mumcuoglu K. Y. et coll., *Isr Med Assoc J* 4 (10) : 790-793 (octobre 2002).
12. US Food and Drug Administration public advisory on lindane. Disponible à : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketdrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm110845.htm>. Accédé le 4 juillet 2010.
13. Recommandations du Comité consultatif national des maladies infectieuses et de l'immunisation. Société canadienne de pédiatrie, *Paediatr Child Health* 13 (8) : 692-704 (octobre 2008).
14. Goldstein A. O. et coll., (janvier 2010). Disponible à : <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accédé le 3 juillet 2010.



Skin Therapy Letter®

Les numéros antérieurs sont archivés et disponibles sur notre site Web : www.SkinTherapyLetter.ca

Nous désirons vos commentaires !
Veuillez nous les faire parvenir ainsi que des suggestions de thèmes à développer à l'adresse suivante :
info@skintherapyletter.com

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

Skin Therapy Letter[®]

Édition médecine familiale

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Visitez le www.SkinTherapyLetter.ca et abonnez-vous dès aujourd'hui !

Pour plus d'information, les professionnels en médecine et les consommateurs canadiens peuvent avoir accès à tous nos sites à www.skincareguide.ca ou visiter directement :

Sites pour les patients :

AcneGuide.ca	BotoxFacts.ca	ColdSores.ca	DermatologyCare.ca
EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca	HerpesGuide.ca	Lice.ca
MildCleanser.ca	MohsSurgery.ca	PsoriasisGuide.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca
RosaceaGuide.ca	SkinCancerGuide.ca	Sweating.ca	UnwantedFacialHair.ca

Sites pour les professionnels en médecine :

SkinPharmacies.ca	SkinTherapyLetter.ca	Dermatologists.ca
-------------------	----------------------	-------------------

Sites de réseaux d'entraide sociale pour les patients et les professionnels de soins de santé :

PsoriasisPatients.com

Nous désirons vos commentaires ! Veuillez nous les faire parvenir ainsi que des suggestions de thèmes à développer à l'adresse suivante : info@skintherapyletter.com

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2010 :

Graceway Pharmaceuticals LLC

Aldara[®], Atopiclair[®], Benzig[®], et MetroGel-Vaginal[®]

Johnson & Johnson Inc.

Aveeno[®], Neutrogena[®], Retin-A[®],

Retin-A Micro[®] tretinoin gel (microsphere), 0.04%,

Retin-A Micro[®] tretinoin gel (microsphere), 0.1%, et Roc[®]

LEO Pharma Inc.

Dovobet[®], Dovonex[®], Fucidin[®], et Xamiol[®]

Nycomed Canada Inc.

Resultz[®]

Pediapharm Inc.

*EpiCeram[®], Kool Effect[®] Patch, NYDA[®], Suprax[®],
et Vapolyptus[®] Patch*

Procter & Gamble

Gillette[®], Head & Shoulders[®], Olay[®], Secret[®], et Tide[®]

Tribute Pharma Canada Inc.

Soriatane[®]

Valeant Canada Limited

Dermatix[™] Ultra, Efudex[®], Glyquin[®] XM, et Ultravate[®]

Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale (ISSN 1915-4550) © 2010 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale est publiée tous les trimestres par SkinCareGuide.com Ltd., 1004-750 West Pender, Vancouver, Colombie britannique, Canada, V6C 2T8. Tous droits réservés. Toute reproduction en tout ou en partie, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite sans l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur. Bien que tous les efforts nécessaires soient faits pour qu'il n'apparaisse dans la Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale, aucune donnée, opinion ou déclaration inexacte ou trompeuse, les éditeurs et le comité de rédaction insistent pour déclarer que les données et les opinions exprimées dans les articles ci-inclus sont l'entière responsabilité du collaborateur. Par conséquent, les éditeurs, le comité de rédaction, leurs employés, fonctionnaires et agents respectifs n'accepteront aucune responsabilité pour les conséquences d'une de ces quelconques données, opinions ou déclarations inexactes ou trompeuses. Bien que tous les efforts nécessaires soient aussi faits pour s'assurer que les posologies et autres dosages indiqués sont exactes, nous recommandons à nos lecteurs de ne suivre ces nouvelles méthodes et techniques d'utilisation des médicaments décrites dans les articles ci-inclus que conjointement avec les données internes publiées par le fabricant.