

■ Questions flash – Dermatologie pédiatrique

Toxidermie : quelle démarche diagnostique ?

→ **A. WELFRINGER-MORIN**

Service de Dermatologie,
Hôpital Necker-Enfants Malades, PARIS.

Les éruptions cutanées chez l'enfant sont très fréquentes, le plus souvent d'origine infectieuse, mais parfois d'origine médicamenteuse. Les toxidermies sont des réactions d'hypersensibilité retardée à un médicament.

Devant toute suspicion de toxidermie, il convient de réaliser une frise médicamenteuse avec la chronologie des médicaments (date d'introduction, augmentation de posologie, arrêt) précédant l'éruption. Tout médicament peut être suspect de toxidermie, bien qu'il existe des médicaments dits à haut risque (comme les antiépileptiques et les sulfamides antibactériens). L'arrêt précoce du médicament est un facteur pronostic. L'anamnèse et la sémiologie sont indispensables pour classer la toxidermie en toxidermie non grave ou toxidermie grave.

Devant tout exanthème avec suspicion de toxidermie, il faut rechercher des signes de gravité clinique : une altération de l'état général, une fièvre élevée, une atteinte muqueuse, un œdème du visage, une douleur cutanée, des bulles, pustules, vésicules, un décollement cutané, du purpura, des adénopathies. Ces signes orienteront vers une toxidermie grave.

● **La pustulose exanthématique aiguë généralisée** se manifeste par de grands placards érythémateux et pustuleux. Cette toxidermie prédomine aux plis. Les médicaments les plus pourvoyeurs sont les antibiotiques. On retrouve souvent une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et parfois une petite hyperéosinophilie.

● On suspecte un **DRESS** "*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*" devant l'association de fièvre, œdème du visage ou des extrémités, polyadénopathies et hépatosplénomégalie, exanthème diffus ou érythrodermie. Sur le plan biologique, on retrouve dans 80 % des cas une hyperéosinophilie et des lymphocytes hyperbasophiles. Il faut rechercher une atteinte systémique associée : atteintes hépatique, rénale, cardiaque, pulmonaire et/ou hématologique avec le syndrome d'activation macrophagique. Les antiépileptiques et les antibiotiques sont les plus pourvoyeurs de DRESS.

● Le diagnostic de **nécrolyse épidermique** (syndrome de Steven Johnson, syndrome de chevauchement ou syndrome de Lyell) est retenu devant l'apparition d'un syndrome pseudogrippal avec une fièvre élevée, puis l'apparition d'une atteinte muqueuse érosive (buccale, ophtalmologique, anale, génitale et/ou nasale) puis cutanée à type de pseudo cocardes purpuriques et de bulles. L'atteinte cutanée évolue rapidement vers un décollement cutané en "linge mouillé". La douleur cutanée est au premier plan et la prise en charge est urgente dans un centre spécialisé.

L'exanthème maculo-papuleux est la toxidermie la plus fréquente de l'enfant. Elle est bénigne et survient 4 à 14 jours après l'introduction du médicament (principalement antibiotiques et antiépileptiques). 10 à 20 % des exanthèmes maculo-papuleux de l'enfant sont d'origine médicamenteuse. Le principal diagnostic différentiel est l'exanthème viral.

Dans le cas d'un exanthème maculo-papuleux non grave (sans lésion urticaire, durant moins de 7 jours, sans signe clinique et biologique de gravité, sans nécessité de traitement systémique, touchant moins de 50 % de la surface cutanée) on pourra proposer un test de provocation orale en milieu hospitalier sans faire de tests cutanés préalables.

Au total, devant toute suspicion de toxidermie, l'analyse de la frise médicamenteuse et l'analyse sémiologique sont indispensables. L'arrêt précoce du médicament est un facteur pronostic. Il faudra adresser ensuite l'enfant pour un bilan allergologique.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pathologies de la muqueuse buccale de l'enfant : quels sont les diagnostics les plus fréquents ?

→ **A. WELFRINGER-MORIN**

Service de Dermatologie,
Hôpital Necker-Enfants Malades, PARIS.

L'examen de la muqueuse buccale de l'enfant doit être systématique au cours de l'examen clinique pédiatrique.

Il faut connaître les variations physiologiques de la muqueuse buccale de l'enfant qui sont souvent sources d'inquiétude pour les parents :

- la pigmentation ethnique débute dans l'enfance, sous forme de macules pigmentées des gencives. Les papilles fongiformes de la langue se pigmentent donnant un aspect en pointillé ;
- les grains de Fordyce (glandes sébacées hétérotopiques asymptomatiques) sont fréquemment localisés sur le versant muqueux des lèvres.

La langue géographique ou glossite exfoliée migratrice est une affection bénigne de cause inconnue évoluant par poussées, ne nécessitant pas d'examen complémentaire ni de traitement.

La muqueuse buccale de l'enfant peut être fréquemment le siège de pathologies infectieuses.

■ Questions flash – Dermatologie pédiatrique

● **La candidose buccale** survient le plus fréquemment dans des situations particulières (corticothérapie, antibiothérapie prolongée, immunosuppression) où le *Candida albicans*, habituellement saprophyte de la muqueuse buccale, devient pathogène. La muqueuse buccale devient érythémateuse et se recouvre d'un enduit blanchâtre, qui se détache avec un abaisse langue. Toute candidose chronique ou récidivante doit faire rechercher un déficit immunitaire primitif.

● **Les virus** peuvent atteindre la cavité buccale. La gingivostomatite herpétique, symptomatique dans 15 %, des cas entraîne des lésions érythémateuses, vésiculeuses puis érosives et douloureuses, dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. Le principal diagnostic différentiel est l'érythème polymorphe majeur. Les virus coxsackies peuvent également donner des lésions de la muqueuse buccale et péri-buccale dans le cadre du syndrome pied-main-bouche.

● **L'aphte** est une lésion fréquente et banale de la muqueuse buccale. Il s'agit d'une lésion inflammatoire caractérisée par une ulcération de la muqueuse douloureuse, arrondie, à fond jaunâtre et avec une bordure érythémateuse inflammatoire. En cas d'aphtose récidivante ou chronique, il convient de rechercher une cause secondaire (une neutropénie cyclique, des carences en fer, folates ou vitamines B, maladies digestives comme les maladies inflammatoires du tube digestif et maladie cœliaque ou des maladies inflammatoires comme le PFAPA ou la maladie de Behçet). La biopsie n'est pas nécessaire.

L'atteinte de la muqueuse buccale peut également être l'une des premières manifestations d'une étiologie carencielle comme la carence en zinc, ou en vitamine C (scurbut). Il faudra connaître la sémiologie muqueuse pour rechercher et supplémer rapidement ces carences.

La muqueuse buccale peut être le siège d'hémangiome infantile. La localisation dite en barbe, segmentaire sur la lèvre inférieure, doit faire rechercher un hémangiome laryngé et faire introduire précocement un traitement par propranolol.

Pour conclure, l'analyse de la muqueuse buccale de l'enfant doit être systématique lors de l'examen clinique afin de mettre en évidence une anomalie, qui est parfois le premier signe d'une pathologie générale.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Suspicion de sévices : y-a-t-il des signes cutanés évocateurs ?

→ J. BONIGEN

Service de Dermatologie-vénérologie, Hôpital Necker-Enfants Malades, PARIS.

Aujourd'hui en France, un enfant meurt tous les 5 jours victime de maltraitance. La maltraitance est l'affaire de tous. On distingue différents types de sévices : la maltraitance physique, la maltraitance psychologique, les abus ou sollicitations à connotation sexuelle et la négligence des besoins essentiels de l'enfant. Une augmentation de la fréquence des situations de maltraitance depuis plusieurs années est observée, il est donc important, en tant que professionnel de santé, de reconnaître les signes évocateurs et de contacter, lors d'une suspicion de maltraitance, les autorités compétentes.

Nous parlerons ici uniquement des signes dermatologiques évocateurs de sévices, il ne s'agit donc pas d'une présentation exhaustive et d'autres points d'appel peuvent faire suspecter un enfant en danger.

Plusieurs situations doivent faire évoquer une possible maltraitance physique sur le plan dermatologique : des ecchymoses, des brûlures, des lésions érosives ou abrasives avec lésions cicatricielles possibles, des morsures, des lésions des phanères ou une atteinte de la muqueuse buccale. Un manque d'hygiène, des défauts de soins de certaines pathologies dermatologiques ou des signes de carence vitaminique peuvent faire suspecter une négligence.

■ Les ecchymoses

Les ecchymoses représentent la manifestation cutanée la plus fréquente. Cependant, la présence d'ecchymose est banale chez l'enfant, différencier une ecchymose accidentelle d'une ecchymose intentionnelle est donc un vrai challenge diagnostique. L'âge, la localisation et la forme des lésions sont à prendre en compte. Toute ecchymose chez un enfant de moins de 4 mois ou pré-mobilité est accidentelle jusqu'à preuve du contraire.

■ Les brûlures

Les brûlures intentionnelles représentent 8 à 25 % des brûlures de l'enfant, elles sont à distinguer des brûlures accidentelles. Un retard de plus de 2 h entre la brûlure et la consultation est un premier élément d'inquiétude. L'aspect clinique permet également de distinguer une brûlure accidentelle d'une brûlure intentionnelle. Les brûlures accidentelles sont habituellement plus superficielles laissant une trace incomplète (l'enfant ayant un réflexe d'évitement) tandis que les brûlures infligées sont plus profondes, multiples et bien limitées.

■ Les lésions érosives ou abrasives

Des lésions érosives ou abrasives peuvent également être un point d'appel.

■ Questions flash – Dermatologie pédiatrique

La forme et la localisation des lésions permettent de nous orienter vers des lésions induites ou non. Ces lésions peuvent être vues à un stade tardif et laisser des cicatrices.

■ Les morsures

Une morsure peut être un signe de maltraitance, l'analyse de l'empreinte dentaire et la distance entre les marques permettent de différencier une morsure d'enfant d'une morsure adulte.

■ Les lésions des phanères

Une atteinte des phanères est possible avec, par exemple, une alopecie résultant d'une traction des cheveux, un décollement unguéal, en particulier au niveau proximal.

■ L'atteinte de la muqueuse buccale

Des lésions de la cavité buccale peuvent être observées comme des ecchymoses, une brûlure, une fracture dentaire, des érosions ou une rupture de frein. Cette atteinte muqueuse permet de rappeler qu'un examen dermatologique exhaustif doit comprendre l'examen des muqueuses, en plus du tégument.

■ Conclusion

Les lésions dermatologiques faisant suspecter des sévices sont donc multiples et peuvent être associées entre elles. De nombreux diagnostics différentiels sont possibles, une analyse fine des lésions et du contexte est indispensable. Cependant, il est de notre rôle en tant que professionnel de santé de rester vigilant et de ne pas méconnaître ces situations.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Quand évoquer une pathomimie ?

→ J. BONIGEN

Service de Dermatologie-vénérologie, Hôpital Necker-Enfants Malades, PARIS.

Les lésions auto-induites en dermatologie regroupent l'ensemble des lésions dermatologiques dont la cause est secondaire à un comportement pathologique. On distingue les lésions avouées des lésions cachées ou non avouées dont font partie les pathomimies (ou troubles factices en dermatologie).

Il s'agit de pathologies difficiles dans notre pratique car elles bouleversent nos habitudes dans notre expérience de clinicien somatique.

Les troubles factices en dermatologie sont principalement observés chez les adolescentes. Les lésions dermatologiques peuvent être de nature variable, purpuriques, ecchymotiques, vésiculobulleuses ou érosives. Elles sont généralement unilatérales prédominant du côté non dominant, bien limitées et dans des zones accessibles. Un retard de cicatrisation est possible. À l'interrogatoire, le patient est incapable d'expliquer clairement comment sont apparues les lésions, elles apparaissent du jour au lendemain, généralement sans prodrome ni symptôme. Une sorte de nonchalance ou un sourire aussi appelé "*mona lisa smile*" peuvent être notés contrastant avec l'inquiétude parentale. Les mécanismes sont extrêmement variables. Cependant, il est inutile de s'attarder à déterminer le mécanisme exact des lésions.

Les examens complémentaires ne sont pas systématiques et ne doivent pas être multipliés car ils confortent le patient dans sa maladie et peuvent pousser à la surenchère. En tant que médecin clinicien, les troubles factices sont souvent considérés comme un diagnostic d'élimination, or il s'agit d'un diagnostic à part entière.

Enfin, les troubles factices peuvent être l'expression d'une détresse psychologique ou d'une problématique sociale. En fonction des situations, il est important de solliciter les professionnels compétents parfois en urgence. Par ailleurs, éliminer des lésions induites par un tiers est primordial et parfois difficile en fonction des situations.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Urticaire de l'enfant

→ N. BELLON

Service de Dermatologie, CHU Necker-Enfants Malades, PARIS.

■ Introduction

L'urticaire de l'enfant est fréquente, non grave dans l'immense majorité des cas, mais peut être invalidante du fait du prurit et du caractère affinant. Les urticaires aiguës sont principalement d'origine virale ou infectieuse chez l'enfant, rarement allergiques, et les urticaires chroniques (urticaires durant plus de 6 semaines) sont la plupart du temps spontanées et idiopathiques. Le traitement repose sur les anti-histaminiques H1 de nouvelle génération, non sédatifs, dont on peut augmenter les doses jusqu'à une dose maximale multipliée par 4 par rapport à la dose quotidienne de l'AMM, dans les urticaires chroniques.

■ Clinique

Le diagnostic d'urticaire est aisé, clinique avant tout avec une éruption de maculo-papules érythémateuses de taille variable (parfois micropapuleuses) souvent figurées, annulaires, arrondies ou

polycycliques, œdémateuses, de taille variable, généralement prurigineuses et typiquement mobiles et fugaces, sans laisser de séquelles.

L'urticaire de l'enfant est volontiers annulaire, œdémateuse, ecchymotique, parfois purpurique, et peut être diffuse. Lorsqu'elle est localisée sur les semi-muqueuses (lèvres, paupières, organes génitaux) on observe un œdème parfois impressionnant et pouvant être au premier plan, sans urticaire typique associée. Un érythème associé est très fréquent. Des douleurs voire des arthralgies sont possibles en cas d'œdème.

● Interrogatoire et examen clinique

Face à une urticaire, les **antécédents** personnels et familiaux sont recueillis, on recherche un terrain atopique (association fréquente, terrain d'allergie alimentaire), on évalue les **circonstances de survenue** (virose, fièvre, prise médicamenteuse (administrée antérieurement ?), la prise alimentaire (aliment consommé pour la 1^{re} fois ?) ainsi que le **délai** entre le facteur déclenchant supposé et l'apparition de l'urticaire.

On évalue cliniquement les **symptômes associés** : œdèmes, érythème diffus, purpura, etc.

● Rechercher des signes d'anaphylaxie (correspondant à une urgence thérapeutique : adrénaline) :

- symptômes respiratoires ? (bronchospasme, toux, dyspnée) ;
- symptômes digestifs ?
- hypotension artérielle ? (collapsus, tachycardie ou bradycardie, arythmie...).

■ Orientation étiologique

● **Infectieuse** : virale ++ (75 %), bactérienne (25 %).

● **Médicament** : 5 à 10 % des cas.

● **Aliment** : 5 % des cas.

● **Idiopathique** : 54-80 % des cas (en pratique paraviral dans la plupart des cas).

● **Physique ou de contact** : rare, et non grave dans la grande majorité des cas sauf cas d'anaphylaxie possible dans certaines urticaires au froid (exemples : urticaire au froid +++, urticaire à la chaleur ou à l'effort, urticaire aquagénique, urticaire à la pression ou dermatographe, urticaire solaire...). Des agents urticants peuvent être en cause (orties), des urticaires de contact à des aliments (enfant atopique/allergie alimentaire) ou des cosmétiques (par ex : solaires) sont parfois observées.

● En cas d'angio-œdèmes récidivants, durables (plusieurs jours), blancs, durs, et s'associant à des douleurs abdominales aiguës, penser aux **angio-œdèmes bradykiniques** (héréditaires essentiellement, ou acquis (rare en pédiatrie)). Cette hypothèse reste beaucoup plus rare que l'œdème histaminique, fréquent en pédiatrie.

■ Diagnostics différentiels

● **Erythème polymorphe** au stade papuleux : rechercher une disposition en cocarde, une vésicule ou bulle centrale, et surtout une atteinte muqueuse érosive débutante, inexistante dans l'urticaire classique.

● **Maladies vésiculo-bulleuses** (pemphigoïde bulleuse) : éléments urticariens associés aux lésions vésiculo-bulleuses.

● **Mastocytose cutanée** : apparition de papules après friction cutanée (signe de Darier), lésion permanente, orangée ou brunâtre, notion de flush diffus réguliers ou aux changements de température ou après consommation de certains aliments.

● **Piqûres d'insectes** : point de piqûre central, lésions parfois bulleuses.

● **Vascularite ou maladie auto-immune** : lésions atypiques, purpura, infiltration, nécrose...

■ Examens complémentaires

La plupart du temps, aucune investigation n'est nécessaire.

En cas de pharyngite, un TDR sera réalisé (angine streptococcique avec urticaire satellite ?).

Un bilan allergologique, à distance de l'épisode, n'est justifié qu'en cas de :

- **suspicion d'allergie médicamenteuse** : notamment si le délai entre la prise du médicament et l'urticaire est court (réaction immédiate) et que le tableau est brutal et sévère (angio-œdème, dyspnée...);
- **suspicion d'allergie alimentaire** : syndrome de prurit oral et réaction immédiate, inquiétante ; rechercher des comorbidités atopiques.

Le dosage de tryptase n'est justifié qu'en cas d'anaphylaxie, et devra être refait à distance de l'épisode (tryptase basale).

Le bilan sanguin minimal, en cas de doute ou d'élément d'orientation, comprend **NFS, VS, CRP, anticorps anti-TPO (+/- TSH d'emblée si signes évocateurs)**, du fait de la fréquence de l'association urticaire chronique/hypothyroïdie dans la population générale.

Une allergie ou une parasitose, bien que souvent évoquées, sont des causes beaucoup plus rares d'urticaire. Un tel bilan ne doit donc pas être systématiquement envisagé.

Une biopsie cutanée n'est nécessaire qu'en cas d'urticaire atypique : lésions purpuriques, fixes, infiltrées, nécrotiques, avec livédo, nodules, ou en cas de suspicion de maladie auto-immune (lésions lupiques).

En cas d'urticaire de contact cosmétique ou alimentaire, des investigations

■ Questions flash – Dermatologie pédiatrique

allergologiques spécialisées peuvent être demandées.

■ Traitement

● **ÉVICTION** du facteur déclenchant si existant.

● **Anti-histaminique (AH)** : un seul AH de type H1 2^e génération : desloratadine ou levocetirizine.

● Possibilité de doubler la dose (prise matin et soir) dans l'urticaire aiguë, et de la quadrupler en cas de résistance et dans l'urticaire chronique, en administrant deux doses le matin et deux doses le soir.

● Si prurit insomniant : on peut associer un AH H1 de 1^e génération comme l'hydroxyzine au coucher (rarement nécessaire).

● On ne prescrit pas de corticoïdes ni d'adrénaline en dehors de l'anaphylaxie, même lorsqu'il y a un œdème associé à l'urticaire (sauf si dyspnée, ou œdème laryngé, hypotension, ou autre signe d'anaphylaxie).

● **Traitement étiologique** éventuellement (antibiothérapie si angine bactérienne...).

● **Avant tout on rassure ! L'évolution est en général rapidement favorable et il s'agit d'une situation bénigne, même si elle est parfois impressionnante.**

● **Évolution** : l'urticaire peut persister au-delà de 15 jours chez environ 5 % des enfants.

● Dans l'urticaire chronique (UC), en cas d'échec des AH x4, des traitements systémiques peuvent être envisagés chez l'enfant : l'**omalizumab** (anti-IgE, Xolair®, AMM à partir de 12 ans) ou la **ciclosporine**. Dans l'UC résistante aux AH de l'enfant de moins de 12 ans, un avis spécialisé hospitalier est nécessaire. Avant d'envisager un traitement

systémique, et au cours du suivi d'UC, il est utile d'évaluer le retentissement par des scores simples : test de contrôle de l'urticaire (Urticaria Control test), score d'activité de l'urticaire (UAS 7) et questionnaire de qualité de vie dermatologique de l'enfant.

■ Conclusion

L'urticaire de l'enfant est fréquente, en grande majorité non grave, idiopathique ou paravirale, mais peut être impressionnante par son caractère diffus, affinant, ou oedémateux. Un bilan est rarement nécessaire. Le traitement repose sur les anti-histaminiques dont la posologie peut être augmentée. Un traitement systémique par omalizumab ou ciclosporine est rarement nécessaire dans les urticaires chroniques en pédiatrie.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Prise en charge de l'enfant présentant une urticaire chronique spontanée, Centre de Preuves en Dermatologie : <https://reco.sfdermato.org/fr/recommandations-urticaire-chronique-spontan%C3%A9/>
- EVELYN A WANG *et al.* Chronic Urticaria in Children: an Update on Diagnosis and Treatment. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2020;20:31.
- SARBJIT SAINI *et al.* Urticaria and Angioedema Across the Ages. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2020;8:1866-1874.
- The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update, Zuberbier *et al.* *Allergy* 2014.

Liens d'intérêt :

Nathalia Bellon est consultante pour Sanofi, Abbvie (participation à des réunions scientifiques, présentations lors de congrès scientifiques), Almirall, Galderma (participation à des réunions scientifiques), La Roche Posay et Vichy (présentations internes au personnel, consultante).

Pédiculose : quoi de neuf ?

→ S. MALLET

Service de Dermatologie,
Hôpital Timone, MARSEILLE.

Généralités et aspects cliniques

La pédiculose du cuir chevelu est une parasitose bénigne mais fréquente de l'enfant scolarisé. Elle reste source de rejet social, d'angoisse parentale, de confusion thérapeutique et marketing poussée (produits anti-poux non évalués comme des médicaments, publicités, centres privés anti-poux...) rendant le choix des patients/clients difficile !

Elle est due à *Pediculus humanus capitis*, parasite strictement humain, transmis essentiellement par contact direct tête à tête. L'infestation se manifeste par un prurit du cuir chevelu, surtout rétro-auriculaire et occipital, secondaire à une sensibilisation salivaire. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de poux vivants. La présence de lentes seules ne suffit pas à affirmer une infestation active. Il n'y a pas lieu d'exclure l'enfant de la collectivité en cas de pédiculose. Seuls les sujets infestés doivent être traités, avec coordination des traitements dans l'entourage proche. Le traitement préventif anti-poux est inutile.

Fin des insecticides, place aux traitements non médicamenteux !

Pendant de nombreuses années, les traitements anti-poux ont reposé sur l'utilisation de médicaments contenant des insecticides qui tuaient les poux et les lentes : **pyréthrines** ou **malathion**. Mais ces produits sont devenus de moins en moins efficaces du fait de l'apparition de résistance chez les poux. Le malathion a été retiré du marché français en

2018 pour des raisons de tolérance (rares troubles neurologiques à fortes doses). Tous ces médicaments ne sont plus commercialisés en France.

Le traitement de référence est la diméthicone, huile de silicone qui tue les poux par une action physique (obstruction des orifices respiratoires du pou) et non chimique. Les résistances à ce produit sont donc peu probables. Il s'agit d'un dispositif médical non remboursé, n'ayant aucune contre-indication (possible pendant la grossesse) et dont l'efficacité dépend de la formulation et de la bonne application (attention produit inflammable). D'autres corps gras (huile de paraffine, de coco, de jojoba, etc.) peuvent être également utilisés.

Les traitements à base d'huiles essentielles, naturels et "à la mode", manquent d'évaluation clinique rigoureuse et sont majoritairement contre-indiqués chez l'enfant et la femme enceinte. Aucune étude n'a prouvé l'efficacité de l'huile essentielle de lavande, qui est un perturbateur endocrinien ! Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, il n'a jamais été démontré que l'eau vinaigrée était efficace contre les poux ; en revanche, l'eau vinaigrée (1 c. à s. de vinaigre pour un bol d'eau) permet d'enlever les lentes plus facilement lors du passage du peigne à poux.

La galénique des traitements anti-poux est tout aussi importante que la molécule,

les shampoings sont inefficaces, les sprays à éviter en cas d'asthme/bronchite asthmatiforme, et les lotions sont la forme galénique à privilégier (**encadré 1**).

■ En cas d'échec : analyser les causes

Devant un échec de traitement, plusieurs éléments doivent être réévalués : application incorrecte du produit, non-respect du temps de pose, absence de retrait des lentes, traitement incomplet de l'entourage, réinfestation ou résistance aux principes actifs. L'information claire des familles et la vérification des pratiques sont indispensables avant de conclure à un échec réel.

■ Alternatives thérapeutiques : dans les situations d'échec ou de résistance

L'ivermectine *per os* (double dose par rapport à l'AMM pour la gale, soit 400 µg/kg à J1 et J8) a montré une efficacité supérieure au malathion dans un essai randomisé. Elle ne dispose pas d'AMM pour le traitement anti-poux, et sa prescription doit rester exceptionnelle.

L'ivermectine locale n'a pas d'AMM dans cette indication en France (contrairement aux États-Unis) et son usage intempestif pourrait favoriser la résistance.

Le "Bug Busting", ou traitement mécanique basé sur un peignage méthodique et répété avec démêlant, est recommandé au Royaume-Uni. Il est efficace, s'il est bien mené, mais nécessite rigueur et implication des familles.

■ Focus : la phthiriose ciliaire

La phthiriose ciliaire est une forme particulière d'infestation par le pou du pubis (*Phthirus pubis*), pouvant toucher les cils et les sourcils chez l'enfant. Elle se manifeste par une blépharite prurigineuse avec présence de lentes sur les cils. Chez l'enfant, elle n'est pas obligatoirement liée à un abus sexuel, de la même manière que les condylomes anogénitaux peuvent être d'origine non sexuelle. Toutefois, cette situation justifie toujours une évaluation prudente et multidisciplinaire. Le traitement repose sur l'application locale de pommades occlusives (vaseline, pommade ophtalmique) et l'ablation mécanique des lentes.

POUR EN SAVOIR PLUS

- DURAND R, BOUVRESSE S, BERDJANE Z *et al.* Insecticide resistance in head lice: clinical, parasitological and genetic aspects. *Clin Microbiol Infect*, 2012;18:338-344.
- CHOSIDOW O, GIRAudeau B, COTTRELL J *et al.* Oral ivermectin versus malathion lotion for difficult-to-treat head lice. *N Engl J Med*, 2010;362:896-905.
- BURGESS I. The bug-busting method. *Community Pract*, 2002;75:256-258.
- BOUVRESSE S, CHOSIDOW O. Ivermectin in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2022;36:181-191.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

- Diméthicone lotion : deux applications sur cheveux secs (durée d'application selon le produit) à J1 et J7.
- Rinçage avec shampoing doux.
- Puis peignage anti-poux pendant 30 minutes.
- Prévenir l'école ou la crèche.
- Examen de tous les membres du foyer.
- Décontamination du linge/literie/accessoires : lavage à 60 °C ou éviction 3 jours + lavage long.

Encadré 1 : Modèle d'ordonnance en cas de pédiculose.