

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°: 146

**LA PEDICULOSE DU CUIR CHEVELU
CHEZ L'ENFANT**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : 29 mai 2013

PAR

Mlle. Hind ANOUAR

Née le 05 Septembre 1986 à Mechra Bel Ksiri

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Pediculose – Enfant – Epidémiologie – Cliniques – Traitement.

JURY

Mr. A. BENTAHILA

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mme. F. JABOURIK

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. F. MANSOURI

Professeur d'Anatomie Pathologique

Mme. S. EL HAMZAOU

Professeur de Microbiologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

صَلَّى
الْعَظِيمِ

سورة البقرة: الآية: 32

اللهم إنا نسألك علما نافعا وقلبا خاشعا وشفاء
من كل واء وسقم



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

- 1962 – 1969 : *Professeur Abdelmalek FARAJ*
1969 – 1974 : *Professeur Abdellatif BERBICH*
1974 – 1981 : *Professeur Bachir LAZRAK*
1981 – 1989 : *Professeur Taieb CHKILI*
1989 – 1997 : *Professeur Mohamed Tahar ALAOUI*
1997 – 2003 : *Professeur Abdelmajid BELMAHI*
2003 – 2013 : *Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI*



ADMINISTRATION :

- Doyen par intérim : *Professeur Ali BENOMAR*
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : *Mr. El Hassane AHALLAT*

PROFESSEURS :

Mars, Avril et Septembre 1980

1.

Mai et Octobre 1981

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 2. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| 3. Pr. TAOBANE Hamid* | Chirurgie Thoracique |

Mai et Novembre 1982

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| 4. Pr. ABROUQ Ali* | Oto-Rhino-Laryngologie |
| 5. Pr. BENSOUHA Mohamed | Anatomie |
| 6. Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 7. Pr. LAHBABI Naïma ép. AMRANI | Physiologie |

Novembre 1983

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| 8. Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 9. Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI | Rhumatologie |

Décembre 1984

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 10. Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 11. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 12. Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 13. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 14. Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

15. Pr. BENJELLOUN Halima
16. Pr. BENSALD Younes
17. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
18. Pr. IRAQI Ghali
- 19.

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie



Janvier, Février et Décembre 1987

20. Pr. AJANA Ali
21. Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép. TAOBANE
22. Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq
23. Pr. EL HAITEM Naïma
24. Pr. EL YAACOUBI Moradh
25. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
26. Pr. LACHKAR Hassan
27. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

28. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
29. Pr. DAFIRI Rachida
30. Pr. HERMAS Mohamed
31. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

32. Pr. ADNAOUI Mohamed
33. Pr. AOUNI Mohamed
34. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
35. Pr. CHAD Bouziane
36. Pr. CHKOFF Rachid
37. Pr. HACHIM Mohammed*
38. Pr. KHARBACH Aïcha
39. Pr. MANSOURI Fatima
40. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
41. Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

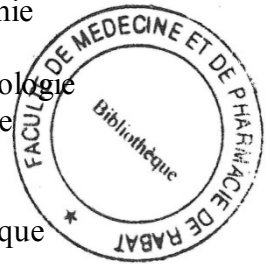
Février Avril Juillet et Décembre 1991

42. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
43. Pr. AZZOUI Abderrahim
44. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
45. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
46. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
47. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
48. Pr. BENSOUDA Yahia
49. Pr. BERRAHO Amina
50. Pr. BEZZAD Rachid

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

51. Pr. CHABRAOUI Layachi
52. Pr. CHERRAH Yahia
53. Pr. CHOKAIRI Omar
54. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
55. Pr. KHATTAB Mohamed
56. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
57. Pr. TAOUFIK Jamal

Biochimie et Chimie
 Pharmacologie
 Histologie Embryologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Pharmacologie
 Chimie thérapeutique



Décembre 1992

58. Pr. AHALLAT Mohamed
59. Pr. BENSOUA Adil
60. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
61. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
62. Pr. CHRAIBI Chafiq
63. Pr. DAOUDI Rajae
64. Pr. DEHAYNI Mohamed*
65. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
66. Pr. FELLAT Rokaya
67. Pr. GHAFIR Driss*
68. Pr. JIDDANE Mohamed
69. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
70. Pr. TAGHY Ahmed
71. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

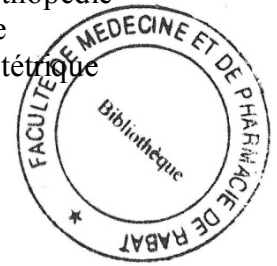
Mars 1994

72. Pr. AGNAOU Lahcen
73. Pr. BENCHERIFA Fatiha
74. Pr. BENJAAFAR Nouredine
75. Pr. BENJELLOUN Samir
76. Pr. BEN RAIS Nozha
77. Pr. CAOUI Malika
78. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
79. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
80. Pr. EL AOUAD Rajae
81. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
82. Pr. EL HASSANI My Rachid
83. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
84. Pr. ERROUGANI Abdelkader
85. Pr. ESSAKALI Malika
86. Pr. ETTAYEBI Fouad
87. Pr. HADRI Larbi*
88. Pr. HASSAM Badredine
89. Pr. IFRINE Lahssan
90. Pr. JELTHI Ahmed
91. Pr. MAHFOUD Mustapha

Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie

92. Pr. MOUDENE Ahmed*
93. Pr. OULBACHA Said
94. Pr. RHRAB Brahim
95. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
- 96.

Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie



Mars 1994

97. Pr. ABBAR Mohamed*
98. Pr. ABDELHAK M'barek
99. Pr. BELAIDI Halima
100. Pr. BRAHMI Rida Slimane
101. Pr. BENTAHILA Abdelali
102. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
103. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
104. Pr. CHAMI Ilham
105. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
106. Pr. EL ABBADI Najia
107. Pr. HANINE Ahmed*
108. Pr. JALIL Abdelouahed
109. Pr. LAKHDAR Amina
110. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

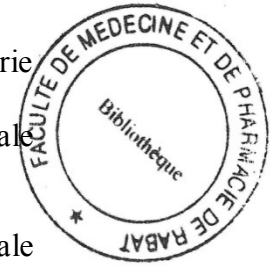
111. Pr. ABOUQUAL Redouane
112. Pr. AMRAOUI Mohamed
113. Pr. BAIDADA Abdelaziz
114. Pr. BARGACH Samir
115. Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*
116. Pr. CHAARI Jilali*
117. Pr. DIMOU M'barek*
118. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
119. Pr. EL MESNAOUI Abbas
120. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
121. Pr. FERHATI Driss
122. Pr. HASSOUNI Fadil
123. Pr. HDA Abdelhamid*
124. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
125. Pr. IBRAHIMY Wafaa
126. Pr. MANSOURI Aziz
127. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
128. Pr. SEFIANI Abdelaziz
129. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

- 130. Pr. AMIL Touriya*
- 131. Pr. BELKACEM Rachid
- 132. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
- 133. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
- 134. Pr. GAOUZI Ahmed
- 135. Pr. MAHFOUDI M'barek*
- 136. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
- 137. Pr. MOHAMMADI Mohamed
- 138. Pr. MOULINE Soumaya
- 139. Pr. OUADGHIRI Mohamed
- 140. Pr. OUZEDDOUN Naima
- 141. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Novembre 1997

- 142. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
- 143. Pr. BEN AMAR Abdesselem
- 144. Pr. BEN SLIMANE Lounis
- 145. Pr. BIROUK Nazha
- 146. Pr. CHAOUIR Souad*
- 147. Pr. DERRAZ Said
- 148. Pr. ERREIMI Naima
- 149. Pr. FELLAT Nadia
- 150. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
- 151. Pr. HAIMEUR Charki*
- 152. Pr. KADDOURI Noureddine
- 153. Pr. KOUTANI Abdellatif
- 154. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
- 155. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
- 156. Pr. NAZI M'barek*
- 157. Pr. OUAHABI Hamid*
- 158. Pr. TAOUFIQ Jallal
- 159. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

- 160. Pr. AFIFI RAJAA
- 161. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
- 162. Pr. ALOUANE Mohammed*
- 163. Pr. BENOMAR ALI
- 164. Pr. BOUGTAB Abdesslam
- 165. Pr. ER RIHANI Hassan
- 166. Pr. EZZAITOUNI Fatima
- 167. Pr. LAZRAK Khalid *

Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

168. Pr. BENKIRANE Majid*
169. Pr. KHATOURI ALI*
170. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Janvier 2000

171. Pr. ABID Ahmed*
172. Pr. AIT OUMAR Hassan
173. Pr. BENCHERIF My Zahid
174. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
175. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
176. Pr. CHAOUI Zineb
177. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
178. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
179. Pr. EL FTOUH Mustapha
180. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
181. Pr. EL OTMANY Azzedine
182. Pr. HAMMANI Lahcen
183. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
184. Pr. ISMAILI Hassane*
185. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
186. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
187. Pr. TACHINANTE Rajae
188. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

189. Pr. AIDI Saadia
190. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
191. Pr. AJANA Fatima Zohra
192. Pr. BENAMR Said
193. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
194. Pr. CHERTI Mohammed
195. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
196. Pr. EL HASSANI Amine
197. Pr. EL IDGHIRI Hassan
198. Pr. EL KHADER Khalid
199. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
200. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
201. Pr. HSSAIDA Rachid*
202. Pr. LAHLOU Abdou
203. Pr. MAFTAH Mohamed*
204. Pr. MAHASSINI Najat
205. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
206. Pr. NASSIH Mohamed*
207. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique



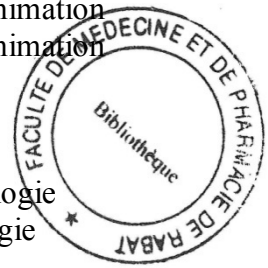
Pneumophtisiologie*
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

208. Pr. ABABOU Adil
209. Pr. BALKHI Hicham*
210. Pr. BELMEKKI Mohammed
211. Pr. BENABDELJLIL Maria
212. Pr. BENAMAR Loubna
213. Pr. BENAMOR Jouada
214. Pr. BENELBARHDADI Imane
215. Pr. BENNANI Rajae
216. Pr. BENOUACHANE Thami
217. Pr. BENYOUSSEF Khalil
218. Pr. BERRADA Rachid
219. Pr. BEZZA Ahmed*
220. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
221. Pr. BOUHOUCHE Rachida
222. Pr. BOUMDIN El Hassane*
223. Pr. CHAT Latifa
224. Pr. CHELLAOUI Mounia
225. Pr. DAALI Mustapha*
226. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
227. Pr. EL HAJOUJI Ghziel Samira
228. Pr. EL HIJRI Ahmed
229. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
230. Pr. EL MADHI Tarik
231. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
232. Pr. EL OUNANI Mohamed
233. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
234. Pr. ETTAIR Said
235. Pr. GAZZAZ Miloudi*
236. Pr. GOURINDA Hassan
237. Pr. HRORA Abdelmalek
238. Pr. KABBAJ Saad
239. Pr. KABIRI EL Hassane*
240. Pr. LAMRANI Moulay Omar
241. Pr. LEKEHAL Brahim
242. Pr. MAHASSIN Fattouma*
243. Pr. MEDARHRI Jalil
244. Pr. MIKDAME Mohammed*
245. Pr. MOHSINE Raouf
246. Pr. NOUINI Yassine
247. Pr. SABBAH Farid
248. Pr. SEFIANI Yasser
249. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

- Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

250. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
251. Pr. AMEUR Ahmed *
252. Pr. AMRI Rachida
253. Pr. AOURARH Aziz*
254. Pr. BAMOU Youssef *
255. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
256. Pr. BENBOUAZZA Karima
257. Pr. BENZEKRI Laila
258. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
259. Pr. BERNOUSSI Zakiya
260. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
261. Pr. CHOHO Abdelkrim *
262. Pr. CHKIRATE Bouchra
263. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
264. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
265. Pr. EL BARNOUSSI Leila
266. Pr. EL HAOURI Mohamed *
267. Pr. EL MANSARI Omar*
268. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
269. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
270. Pr. HADDOUR Leila
271. Pr. HAJJI Zakia
272. Pr. IKEN Ali
273. Pr. ISMAEL Farid
274. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
275. Pr. KRIOUILE Yamina
276. Pr. LAGHMARI Mina
277. Pr. MABROUK Hfid*
278. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
279. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
280. Pr. MOUSTAINE My Rachid
281. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
282. Pr. OUIJILAL Abdelilah
283. Pr. RACHID Khalid *
284. Pr. RAISS Mohamed
285. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
286. Pr. RHOU Hakima
287. Pr. SIAH Samir *
288. Pr. THIMOU Amal
289. Pr. ZENTAR Aziz*

- Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale



PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

290. Pr. ABDELLAH El Hassan
291. Pr. AMRANI Mariam
292. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
293. Pr. BENKIRANE Ahmed*
294. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
295. Pr. BOULAADAS Malik
296. Pr. BOURAZZA Ahmed*
297. Pr. CHAGAR Belkacem*
298. Pr. CHERRADI Nadia
299. Pr. EL FENNI Jamal*
300. Pr. EL HANCHI ZAKI
301. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
302. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
303. Pr. HACHI Hafid
304. Pr. JABOUIRIK Fatima
305. Pr. KARMANE Abdelouahed
306. Pr. KHABOUZE Samira
307. Pr. KHARMAZ Mohamed
308. Pr. LEZREK Mohammed*
309. Pr. MOUGHIL Said
310. Pr. SASSENOU ISMAIL*
311. Pr. TARIB Abdelilah*
312. Pr. TIJAMI Fouad
313. Pr. ZARZUR Jamila

- Ophtalmologie
- Anatomie Pathologique
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Gastro-Entérologie
- Anesthésie Réanimation
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Neurologie
- Traumatologie Orthopédie
- Anatomie Pathologique
- Radiologie
- Gynécologie Obstétrique
- Pédiatrie
- Cardiologie
- Chirurgie Générale
- Pédiatrie
- Ophtalmologie
- Gynécologie Obstétrique
- Traumatologie Orthopédie
- Urologie
- Chirurgie Cardio-Vasculaire
- Gastro-Entérologie
- Pharmacie Clinique
- Chirurgie Générale
- Cardiologie



Janvier 2005

314. Pr. ABBASSI Abdellah
315. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
316. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
317. Pr. ALLALI Fadoua
318. Pr. AMAZOUZI Abdellah
319. Pr. AZIZ Noureddine*
320. Pr. BAHIRI Rachid
321. Pr. BARKAT Amina
322. Pr. BENHALIMA Hanane
323. Pr. BENHARBIT Mohamed
324. Pr. BENYASS Aatif
325. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
326. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
327. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
328. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
329. Pr. HAJJI Leila
330. Pr. HESSISSEN Leila

- Chirurgie Réparatrice et Plastique
- Chirurgie Générale
- Microbiologie
- Rhumatologie
- Ophtalmologie
- Radiologie
- Rhumatologie
- Pédiatrie
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
- Ophtalmologie
- Cardiologie
- Ophtalmologie
- Ophtalmologie
- Biophysique
- Microbiologie
- Cardiologie
- Pédiatrie

331. Pr. JIDAL Mohamed*
 332. Pr. KARIM Abdelouahed
 333. Pr. KENDOUCI Mohamed*
 334. Pr. LAAROUSSI Mohamed
 335. Pr. LYAGOUBI Mohammed
 336. Pr. NIAMANE Radouane*
 337. Pr. RAGALA Abdelhak
 338. Pr. SBIHI Souad
 339. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
 340. Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 425. Pr. AKJOUJ Said*
 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 428. Pr. BENCHEIKH Razika
 429. Pr. BIYI Abdelhamid*
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 432. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtissam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*

Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique



Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie

458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

458.

459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
462. Pr. BAITE Abdelouahed *
463. Pr. TOUATI Zakia
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
466. Pr. SELKANE Chakir *
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
469. Pr. EL ABSI Mohamed
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq *
473. Pr. GHARIB Nouredine
474. Pr. TABERKANET Mustafa *
475. Pr. ISMAILI Nadia
476. Pr. MASRAR Azlarab
477. Pr. RABHI Monsef *
478. Pr. MRABET Mustapha *
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
480. Pr. SEFFAR Myriame
481. Pr. LOUZI Lhoussain *
482. Pr. MRANI Saad *
483. Pr. GANA Rachid
484. Pr. ICHOU Mohamed *
485. Pr. TACHFOUTI Samira
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
487. Pr. MELLAL Zakaria
488. Pr. AMMAR Haddou *
489. Pr. AOUI Sarra
490. Pr. TLIGUI Houssain
491. Pr. MOUTAJ Redouane *
492. Pr. ACHACHI Leila
493. Pr. MARC Karima
494. Pr. BENZIANE Hamid *
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *
496. Pr. EL OMARI Fatima
497. Pr. MAHI Mohamed *
498. Pr. RADOUANE Bouchaib *
499. Pr. KEBDANI Tayeb

Pneumo – Phtisiologie

- Anesthésie réanimation
Anesthésier réanimation
Anesthésie réanimation *
Anesthésie réanimation
Cardiologie
Biochimie
Biochimie
Chirurgie cardio vasculaire
Chirurgie cardio vasculaire
Chirurgie cardio vasculaire
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie générale *
Chirurgie générale
Chirurgie plastique
Chirurgie vasculaire périphérique
Dermatologie
Hématologie biologique
Médecine interne
Médecine préventive santé publique et hygiène
Microbiologie
Microbiologie
Microbiologie
Virologie
Neuro chirurgie
Oncologie médicale
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
ORL
Parasitologie
Parasitologie
Parasitologie
Pneumo phtisiologie
Pneumo phtisiologie
Pharmacie clinique
Pharmacie galénique
Psychiatrie
Radiologie
Radiologie
Radiothérapie



500. Pr. SIFAT Hassan *
 501. Pr. HADADI Khalid *
 502. Pr. ABIDI Khalid
 503. Pr. MADANI Naoufel
 504. Pr. TANANE Mansour *
 505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Décembre 2008

- Pr TAHIRI My El Hassan*
 Pr ZOUBIR Mohamed*

Mars 2009

- Pr. BJIJOU Younes
 Pr. AZENDOUR Hicham *
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. AMAHZOUNE Brahim *
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. EL OUENNASS Mostapha
 Pr. ZOUHAIR Said*
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. BASSOU Driss *
 Pr. ALLALI Nazik

- Radiothérapie
 Radiothérapie
 Réanimation médicale
 Réanimation médicale
 Traumatologie orthopédie
 Traumatologie orthopédie



- Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation

- Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie
 Cardiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Dermatologie
 Gastro-entérologie
 Gynécologie obstétrique
 Hématologie biologique
 Hématologie biologique
 Hématologie clinique
 Médecine interne
 Médecine interne
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Neuro-chirurgie
 Neurologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Radiologie
 Radiologie

Pr. NASSAR Ittimade
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. AMINE Bouchra
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. KADI Said *

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. ALILOU Mustapha
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. BOUSSIF Mohamed*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. LEZREK Mounir
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. LAMALMI Najat
Pr. ZOUAIDIA Fouad
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. CHADLI Mariama*

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Ahmed JAHID
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. RAISSOUNI Maha*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. BENCHEBBA Drissi*

Radiologie
Rhumatologie
Rhumatologie
Traumatologie orthopédique
Traumatologie orthopédique




Médecine interne
Gastro entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie réanimation
Radiologie
Radiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Médecine aérologique
Chirurgie plastique et réparatrice
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie générale
Traumatologie Orthopédie
ORL
Ophtalmologie
Hématologie
Anatomie pathologique
Anatomie pathologique
Physiologie
Biochimie chimie
Microbiologie

Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Cardiologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Psychiatrie
Pneumophtisiologie
Traumatologie Orthopédique

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
5. Pr. ANSAR M'hammed
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
10. Pr. DAKKA Taoufiq
11. Pr. DRAOUI Mustapha
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen
13. Pr. ETTAIB Abdelkader
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine
17. Pr. KABBAJ Ouafae
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine
19. Pr. REDHA Ahlam
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE M^{ed}
21. Pr. TOUATI Driss
22. Pr. ZAHIDI Ahmed
23. Pr. ZELLOU Amina



Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Génétique Humaine
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biotechnologie
Biochimie
Biologie
Biochimie
Chimie Organique
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*



Dédicaces

A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A Ma très chère Mère

Ait Taleb Aicha

Pour l'affection, la tendresse et l'amour que tu m'as toujours donné,

Pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve, Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance.

Que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers toi.

Puisse le grand puissant te donner bonne santé et longue vie...

A Mon Cher Père

Anouar Kassar Essalam

Qui a toujours été un exemple pour ses enfants, qui m'a toujours poussé à me surpasser dans tout ce que j'entreprends, qui m'a transmis cette rage de vaincre et la faim de savoir.

Celui qui a été ma source de motivation, le moteur de mes ambitions, qui m'a appris que le savoir est une richesse que nul ne peut voler.

Je te serai cher père reconnaissante toute ma vie, pour tout le mal que tu t'es donné pour moi à chaque étape de ma vie, pour ta patience et ton amour.

J'espère être la fille que tu as voulu que je sois. Ce titre de Docteur en Médecine je le porterai fièrement et je te le dédie tout particulièrement.

A Mes Chères Soeurs hajar Anouar, Fadoua Ayach

Pour le soutien et le dévouement dont vous m'avez fait preuve le long de mes études et au cours de la réalisation de ce travail.

Qu'il soit le témoignage de mon affection et la récompense de vos sacrifices.

Vous avez toujours été pour moi des amies, des sœurs et des confidentes sur qui je peux compter.

Je vous souhaite tout le bonheur et le succès

A MES CHÈRES FRÈRES LARABI ET SOUFIANE

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi mes frères et mes amis sur qui je peux compter.

Je vous souhaite tout le bonheur et le succès

À toutes mes amies :

MERIAM ,SIHAM ,Karima ,HIND ,khaoula,RAJAE,Asmae

En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.



Remerciements

A Notre Maître et Président de Thèse

Monsieur A.BENTAHIL A

Professeur de Pédiatrie

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse et nous vous remercions de la confiance que vous avez bien voulu témoigner.

Nous avons eu de la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Nous ne saurons jamais vous exprimer notre profonde gratitude.

Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité notre profonde admiration.

Nous vous prions de trouver dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de nos sentiments respectueux.

A Notre Maître et Rapporteur de Thèse

MADAME F.JABOURIK

Professeur de Pédiatrie

Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail et avoir vérifié à son élaboration avec patience et disponibilité.

Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse imposent le respect et représentent le modèle que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.

Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

A Notre Maître et Juge de Thèse

Madame F.MANSOURI

Professeur d'Anatomie Pathologique

Nous avons eu la chance de vous avoir parmi les membres de notre jury, et nous vous remercions d'avoir bien voulu en toute simplicité, nous faire l'honneur de juger ce travail.

Nous avons toujours été marqués par vos qualités humaines et l'étendue de vos connaissances.

Qu'il nous soit permis, cher maître, de vous exprimer notre grande estime et notre profonde reconnaissance.

A Notre Maître et Juge de Thèse

Madame S.EL HAMZOUI

Professeur de Microbiologie

Vous nous faites un immense plaisir en acceptant de juger notre thèse.

Qu'il nous soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes notre admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur ainsi que votre gentillesse, votre sympathie et votre dynamisme qui demeureront pour nous le meilleur exemple.

Que ce travail soit une occasion de vous exprimer notre gratitude, de respect et d'admiration les plus sincères.



I. Introduction	5
II. Epidémiologie	8
III. Historique	11
IV. Anatomie du cuir chevelu	16
A. Structure du cuir chevelu	17
B. Structure du follicule pileux	20
C. Vascularisation du cuir chevelu.....	26
D. Structure des cheveux	28
V. Généralités sur les poux	29
1) <i>Pediculus humanus capitis</i> ou pou de tête	30
2) <i>Pediculus humanus corporis</i> , ou pou de corps	30
3) <i>Phtirus inguinalis</i> ou morpion appartient a la famille des phtiridaes	31
A. Rappels parasitologiques sur le <i>pediculus humanus capitis</i>	33
1. Morphologie	33
2. Biologie	36
a) Habitat.....	36
b) Nutrition	36
c) Longévité	36
d) Accouplement	36
VI. Clinique de la pédiculose	38
A. Mode de transmission des poux	39
B. Signes cliniques	39
C. Diagnostic	40
VII. Maladies transmises par les poux	41
A. Le thyphus exanthématique	42

B.Fièvre Récurrente Cosmopolite	48
C.La peste	50
D.TRACHOME	50
VIII. Diagnostic différentiel	56
IX. Complications	60
Les complications cutanées:	61
1) L'impétigo	61
a) Définition.....	61
b) Clinique	61
c) Complications.....	62
2) Pyodermite	65
X. Approche thérapeutique	66
1) Différents types d'insecticides.....	68
a) Insecticides à base de DDT	68
b) Insecticides à base de HCH	68
c) Les insecticides organophosphorés	68
d) Pyréthrine et Pyréthrinoides	69
2) Alternatives aux insecticides.....	71
a) La dimeticone	71
b) Les huiles végétales.....	71
c) Le myristate d'isopropyl	72
d) L'ivermectine.....	72
e) Le peigne à poux.....	72
f) L'eau vinaigrée.....	73
g) Le pétrole	73
h) La phytothérapie et l'aromathérapie.....	73

3) Présentation des médicaments	75
4) Modalités pratique d'utilisation des lenticides et pediculicides	76
5) Apparition de résistance	77
XI. Traitement des complications	79
1) Thyphus exanthématique.....	80
a) Traitement antibiotique	80
b) Traitement symptomatique	81
c) Le traitement chirurgical	81
2) Fièvre récurrente cosmopolite.....	82
3) Le trachome	82
a) Chirurgie du trichiasis	82
b) Antibiothérapie	82
c) Nettoyage du visage.....	83
d) Changement de l'environnement.....	83
4) L'impétigo	83
a) Traitement local	83
b) Traitement antibiotique	83
c) Mesures complémentaires	84
5. Pyodermite	84
a) Nettoyage des lésions	84
b) Administration d'antibiotiques.....	85
Conclusion	86
Résumé	90
Bibliographie	94



I. Introduction

La pédiculose de la tête est une infestation du cuir chevelu par le pou de tête, (*Pediculus humanis variété capitis*).

Elle reste encore synonyme de misère et de manque d'hygiène, touchant généralement les enfants d'âge scolaire.

C'est une affection endémique dans les collectivités d'enfants âgés de six à huit ans. Sa transmission est facile interhumaine et se fait habituellement par contact direct avec le sujet infecté, ou indirect par le biais des brosses, peignes et des écharpes. **(1), (2)**

La pédiculose du cuir chevelu est une infection bénigne, mais dont la morbidité n'est pas nulle du fait du prurit qui l'accompagne, du risque de surinfection des lésions, de sa contagiosité et de son impact psychosocial. **(3),(4)**

Par ailleurs, si la pédiculose est banale elle ne l'est pas pour l'enfant pouilleux, qui a souvent un sentiment de honte, de culpabilité et de repliement qui peut avoir un retentissement et une influence sur son comportement présent et futur.

L'incidence exacte de la pédiculose du cuir chevelu est mal connue

En France les taux de prévalence varie de 2 à 50%**(.5)**

Une étude iranienne réalisé sur quatre mois a dépisté systématiquement la pédiculose du cuir chevelu chez 40586 enfants et a retrouvé une prédominance de 1,8%.**(6)**

Cette prévalence été estimée à 28,8% dans une étude vénézuélienne incluant 327 enfants. **(7)**

Vu l'intérêt que nous portons pour les enfants et pour cette pathologie si fréquente, nous abordons cette étude en faisant appel à son profil épidémiologique , étiopathogénie, clinique et thérapeutique .



II. Epidémiologie

La pédiculose serait en recrudescence depuis les années 70 dans de nombreux pays .Elle touche préférentiellement les enfants en collectivité de 6 à 8ans. Elle est favorisé par la promiscuité, le manque d'hygiène et peut toucher des populations entières lors de migrations massives dans conditions précaires.

Son endémie est expliquée par :

- Son mode de transmission facile, direct par contact ou indirect consécutif aux échanges de bonnets, écharpes mais aussi siège et literies**(8)**.
- La résistance aux traitements.
- Le cout des traitements non remboursés par la sécurité sociale, qui irrite certains parents dont les dépenses sont d'autant plus élevés que la famille est nombreuse.

Des études, limitées dans le temps et dans l'espace, ont montré des prévalences très variables et peu comparable du fait de la disparité des méthodes d'enquêtes.

En France :

De 1970 à 1974 une enquête systématique des écoles de Tours, portant sur 17457 enfants, a montré une prévalence de la pédiculose de 8 % à 14,6 %, **(9)** dans la même période les dermatologues semblent noter une plus grande participation de la pédiculose dans les motifs de consultation**(10)**

De nouvelles enquêtes ont été menés dans les écoles tourangelle en octobre 1987, mars 1988 et juin 1989 .Elle concernaient 18 écoles et portaient sur 1200 enfants en moyenne chaque année .Le pourcentage d'enfant infestes était en octobre de 18,8%, en mai de 28,5% et en juin de 16,7%.**(11)**

A Villefontaine (Isère), au cours des années scolaires 1992 / 1993 et 1993 / 1994, une opération de traitement collectif sur 1128 élèves a été menée. Des prévalences variant de 5,5% à 13,25 % ont été retrouvés**(12)**

La pédiculose existe partout dans le monde :

Au Royaume Uni en 2004, on estime à 58% l'infestation des 7 -8 ans **(13)**

A Buenos Aires (Bresil) en 2008 une étude a montré une prévalence de 29,7% sur 1856 enfants d'écoles primaires âgés de 3 à 13 ans**(14)**

A Coro Venezuela, en 2007, l'examen de 327 enfants d'écoles primaires retrouve 28,8% d'infestations**(15)**.



III. Historique

La pédiculose a été un fléau pour l'humanité depuis les temps bibliques .Ce fut la troisième des dix plaies que les magiciens égyptiens ne purent guérir, atteignant tout les individus et tous les animaux d'Égypte. **(16)**

L'Histoire nous a transmis des relations de la pédiculose qui a fait périr des hommes illustres et des rois :

Hérode du corps duquel on voyait sortir les poux comme d'une source qui sort de la terre.

Foucault évêque de Noyon en possédait un si grand nombre qu'on fut obligé de le couvrir dans un sac de cuir avant de l'enterrer.

Le Pape Clément VII périt rongé de poux.

Dans l'antiquité beaucoup lui ont d'ailleurs conféré un caractère presque religieux, depuis ARISTOTELE- Galien jusqu'à Amboise Paré le pou était considéré comme une émanation sécrétoire du corps humain. **(17)**

Ainsi le pou était le compagnon de l'homme depuis la nuit des temps.

Ce n'est que grâce à « François Redi » savant naturaliste du XVI^{ème} siècle qui à l'aide du microscope a permis de mieux les étudier.

De Greer savant suédois a fait des progrès énormes à cette partie de l'entomologie, il a distingué les poux des Ricins.

Latreille a constitué avec les poux l'ordre des insectes, Fabricus les a placés parmi les phycotas et Leach les nomma anoploures.

La classification la plus détaillée a été réalisée par Linne.

C'est vers la fin du XIXème et au début XX siècle que se sont succédés les découvertes montrant que ces insectes ne sont pas uniquement nuisibles à l'homme mais ils peuvent transmettre certaines maladies :

Le pou peut être agent vecteur de l'impétigo (Dewer 1892) le bacille Pesteux peut être transmis par les poux (Herjog 1903, De Raad 1915).

La transmission du thyphus par les poux à été démontrée par Charle Nicolle et Conseil à Tunis 1909.

La même année Ricketts découvre l'agent responsable de thyphus dans le sang des malades et dans l'intestin du pou.

Darwis et Wilson 1917 ont démontré la transmission de la fièvre des tranchées due à Rickettsia quantana par les poux.

Le pou transmet d'autres maladies :

- ❖ Prurigo
- ❖ Favus
- ❖ Pytiriasis
- ❖ Trachome
- ❖ Elephantiasis du lobe de l'oreille.(18)

En ce qui concerne le traitement, l'homme n'a cessé d'imaginer des moyens de lutte contre le pou depuis l'antiquité.

Dans certaines contrées d'Australie le parasite était tout simplement croqué; en Afrique certaines peuplades se lavaient les cheveux avec l'urine du chameau.

Au Maroc le traitement était souvent manuel consistant à couper les cheveux courts et à éliminer les lentes et les poux par des peignes fins.

C'est au moyen âge qu'il y a eu apparition des premières pédiculicides et c'est ainsi que furent utilisées des préparations à base de plantes telles l'origan ou la staphisaigre recommandée par Avicenne.

L'augmentation des infestations par les poux au cours de la première guerre mondiale a conduit à associer l'usage des bains et le traitement des vêtements pour lutter contre le pou, mais il a fallu attendre 1942 pour voir l'apparition des premières insecticides à application directe sur les personnes ,dont les principes actifs sont des molécules organiques ,naturelles ou de synthèse que l'on classe en cinq familles suivant leur activité insecticide.

Actuellement les recherches dans le domaine de la pédiculose sont orientées vers une connaissance approfondie de l'épidémiologie de la maladie, ceci doit permettre une meilleure approche des mœurs de l'insecte et une lutte efficace contre le parasite.



Jan siberetch Scène d'épouillage. Détail d'un tableau de Jan Siberechts, *Cour de ferme* 1662



*IV. Anatomie
du cuir chevelu*

Le cuir chevelu est l'ensemble des tissus qui recouvrent la boîte crânienne. Il est composée de trois couches qui se superposent sur une épaisseur moyenne de 6mm. Il a une surface de 800 à 600 centimètres carré et porte en moyenne 120 000 cheveux.

A. Structure du cuir chevelu schéma n°1

Situation	Couche	Composition	Nature
le plus superficiel ↓ le plus profond	peau	épiderme	tissu épithélial
		derme	tissu conjonctif
		hypoderme	tissu conjonctif adipeux
	galéa ou épïcraîne	facia superficalis	aponévrose composée de 5 couches
		lame sus-épïcraïenne	
		lame épïcraïenne	
		lame sous-épïcraïenne	
	lame supra-péïostée		
	espace sous-aponévrotique de Merkel (ou tissu sous-épïcraïen)		tissu conjonctif lâche
	péïcrâne		péïoste

La peau :

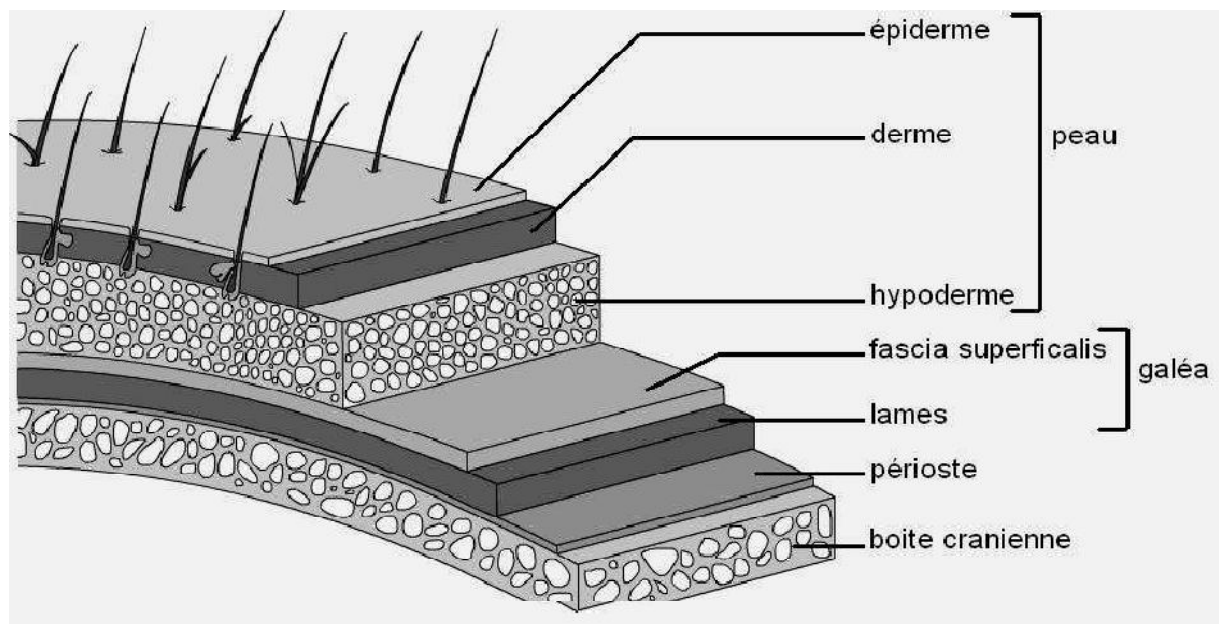
- Epiderme : très mince,
- derme : 2,5 mm, très vascularisé, où sont implantés de nombreux follicules pilo-sébacés,
- hypoderme : traversé par de très nombreux vaisseaux sanguins

Galea ou epicrane : Lame, de nature fibreuse mais souple, recouvrant la surface de la voûte crânienne osseuse (partie supérieure du crâne) en casque et recouverte elle-même par le cuir chevelu. Anatomiquement la galéa aponévrotique est située entre les muscles frontaux en avant et les muscles occipitaux en arrière, peu vascularisée. se laisse facilement cliver, Scalpe.

Espace sous aponévrotique de Merkel : est constitué de tissu conjonctif très lâche est relativement avasculaire.

Cet espace virtuel constitue un plan de clivage chirurgical sous la galea, il s'arrête en arrière au niveau la crête occipitale supérieure, sous laquelle le tissu sous cutané adhère directement à l'aponévrose du muscle trapèze.

Périoste ou (péricrâne): mince et adhère peu a la table externe de la voute crânienne, sauf le long des sutures, lorsqu'il est intact.



SCHEMA n°1 : STRUCTURE DU CUIR CHEVELU

La peau du cuir chevelu présente quelques particularités : SCHEMA n°2

Au niveau de l'épiderme :

➤ Les liaisons des cornéocytes sont plus fragiles. Ainsi, ces cellules desquament plus facilement.

➤ Les kératinocytes de la couche basale se divisent plus fréquemment ce qui contribue également à une desquamation plus importante.

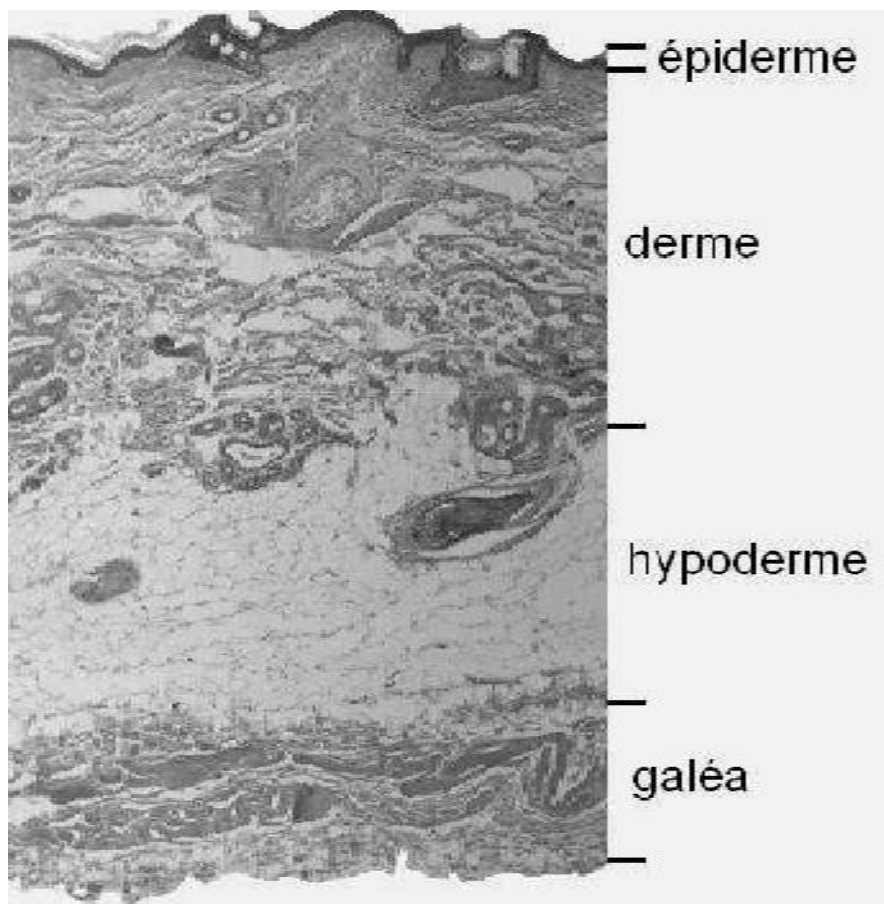
Au niveau du derme :

➤ Les follicules pileux et les glandes sébacées sont évidemment plus nombreux.

➤ Les glandes sudoripares sont plus volumineuses

-Au niveau de l'hypoderme :

Les adipocytes sont moins nombreux .l 'hypoderme crânien est donc plus fin.



SCHEMA n°2 Coupe d'un cuir chevelu (grossie 40 fois)

B. Structure du follicule pileux (schéma 3 et 4)

Le follicule est un sac contenant le poil. Il est enfoncé obliquement dans le derme. Le cheveu est composé d'une tige et d'une racine. Il débouche au niveau de l'épiderme par un ostium (ou orifice pilo-sébacé).

De haut en bas, le follicule comprend trois parties :

- L'infundibulum (partie située au dessus du canal excréteur de la glande sébacée). Le poil est libre, dégagé de ses enveloppes,
- La partie intermédiaire comprend l'isthme (ou isthmus) puis le bulge (qui est un renflement du follicule au niveau du point d'attache du muscle horripilateur),
- le bulbe (lieu où le poil est fabriqué par les kératinocytes). La partie centrale est creusée, c'est la papille dermique (structure riche en vaisseaux sanguins, lymphatiques et en nerfs).

Le bulbe contient :

- Des cellules matricielles (qui sont des kératinocytes), qui en se divisant fabriquent la tige pileuse ainsi que la gaine épithéliale interne, des mélanocytes.

Différentes structures sont ou peuvent être associées au follicule :

- Toujours un muscle horripilateur (ou pilo-moteur ou érecteur),
- Souvent une ou plusieurs glandes sébacées (le follicule est alors qualifié de pilo-sébacé),
- Parfois une glande sudoripare apocrine (au niveau des aisselles, du pubis et des régions génitales).

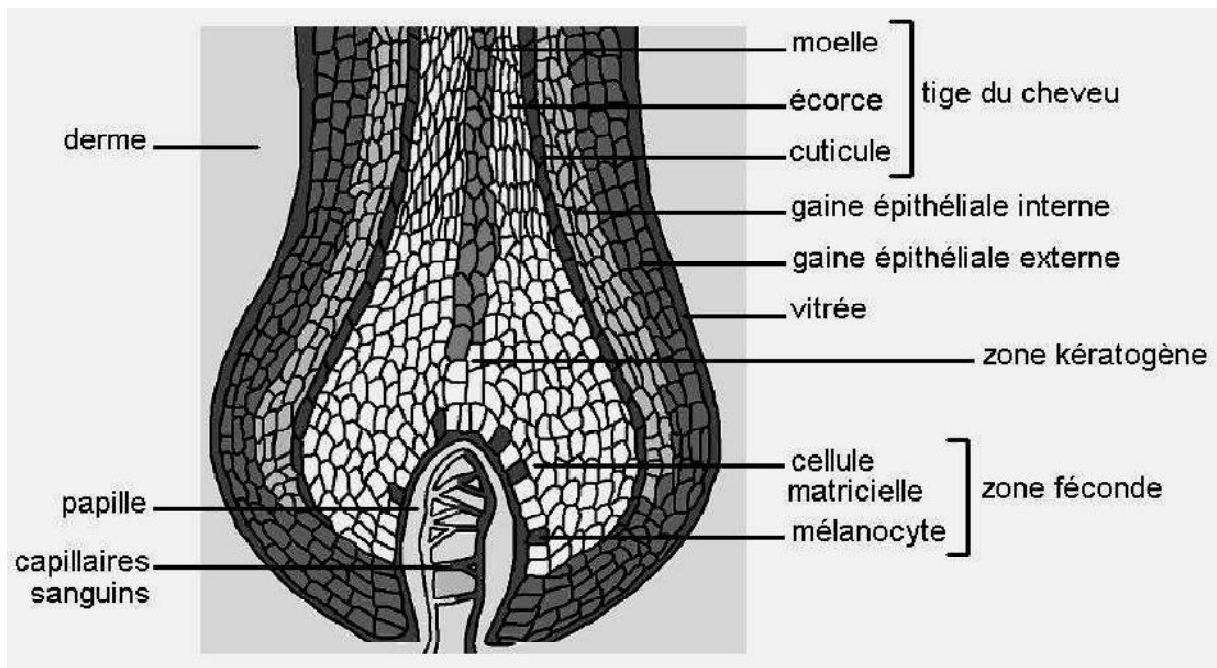
Le **muscle horripilateur** est constitué de fibres musculaires. Il est accroché d'un côté au bulge et de l'autre à une papille dermique. Lorsqu'il se contracte, il redresse le poil, c'est l'horripilation.

Chez l'homme, le rôle de l'horripilation est de lutter contre le froid, pour cela elle permet de :

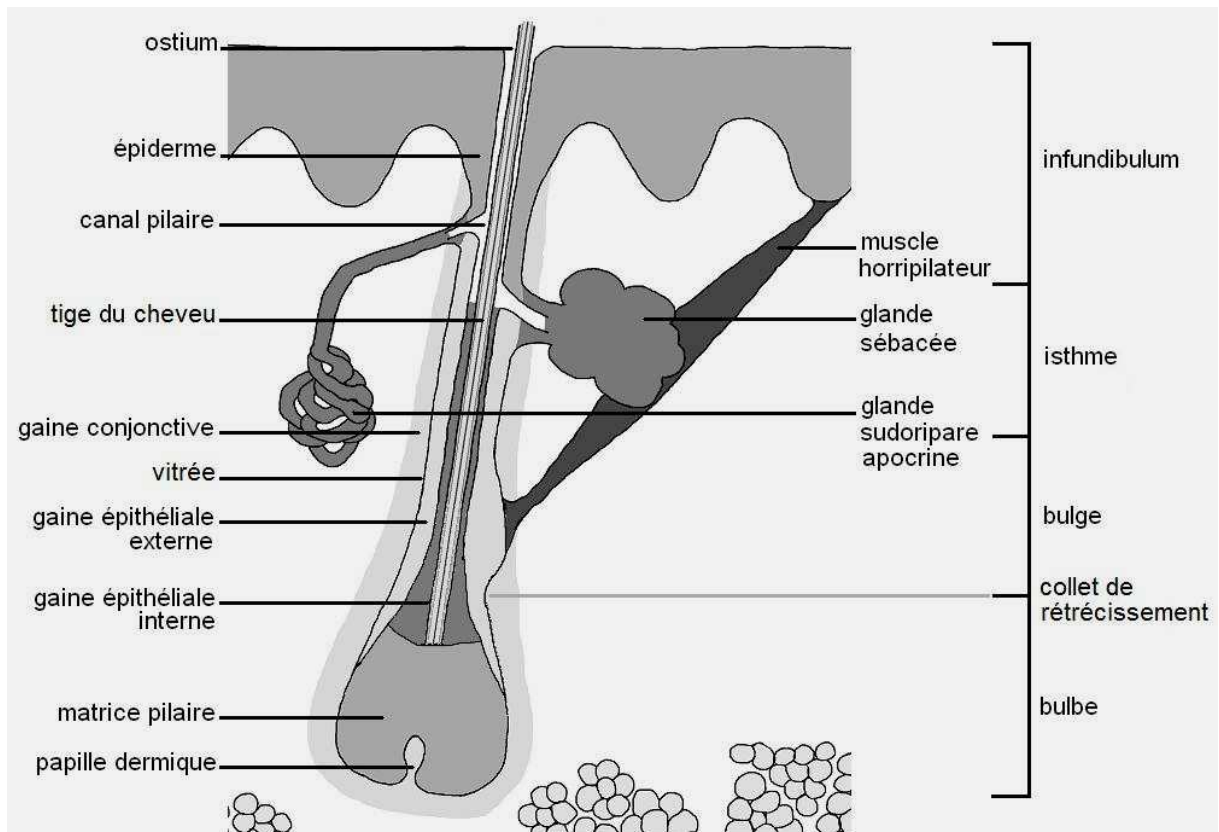
- Réchauffer la peau en produisant de la chaleur (car la contraction de n'importe quel muscle dissipe de l'énergie sous forme de chaleur),
- Rétracter la peau afin de diminuer sa surface de contact avec l'air froid,
- D'emprisonner une fine couche d'air, qui devient isolante, entre les poils.

Le follicule est constitué de différentes couches superposées. Le nombre de couche varie selon la profondeur dans le derme. De l'extérieur vers l'intérieur se trouvent :

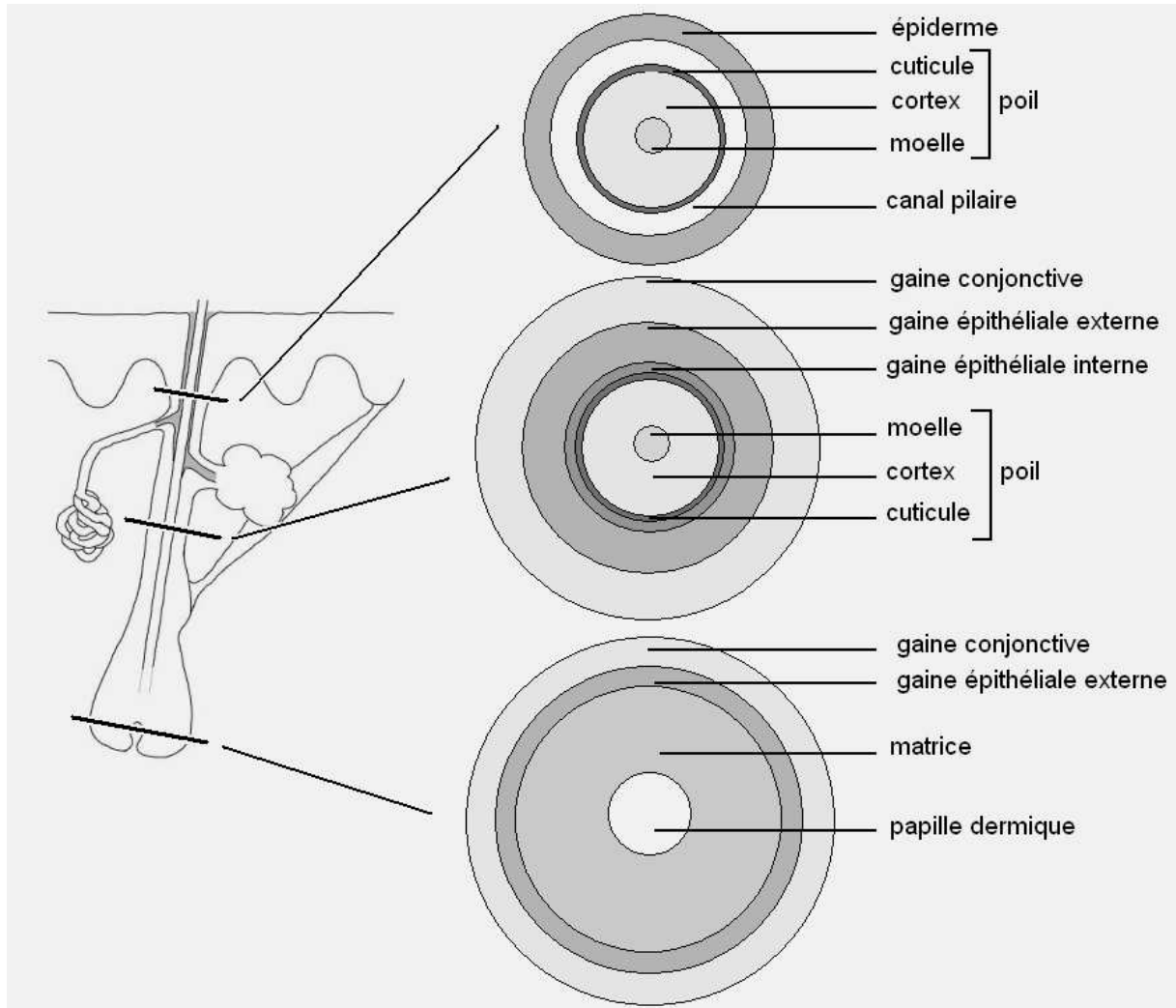
- la **gaine conjonctive** (ou sac fibreux) : zone particulière du derme entourant le follicule,
- la **gaine épithéliale externe** : en continuité de l'épiderme,
- la **gaine épithéliale interne** : enveloppe kératinisée du poil (c'est le fin manchon translucide qui peut être observé sur la tige d'un poil épilé),
- la **tige pileuse** et ses trois couches.



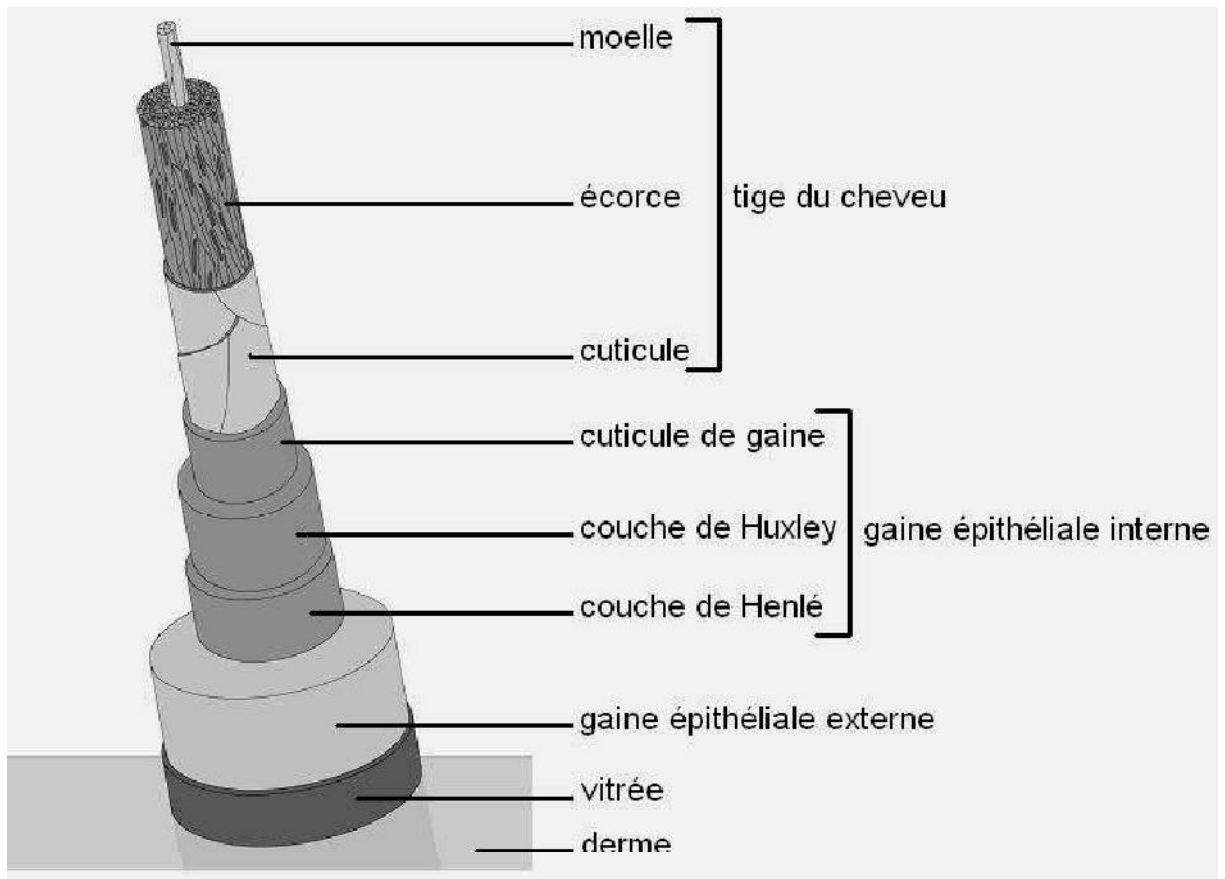
SCHEMA n°3 : Structure du bulbe pileaire



SCHEMA n°4 : Coupe du follicule pilo sébacé



SCHEMA n°5 Les enveloppes du follicule pilo-sébacé

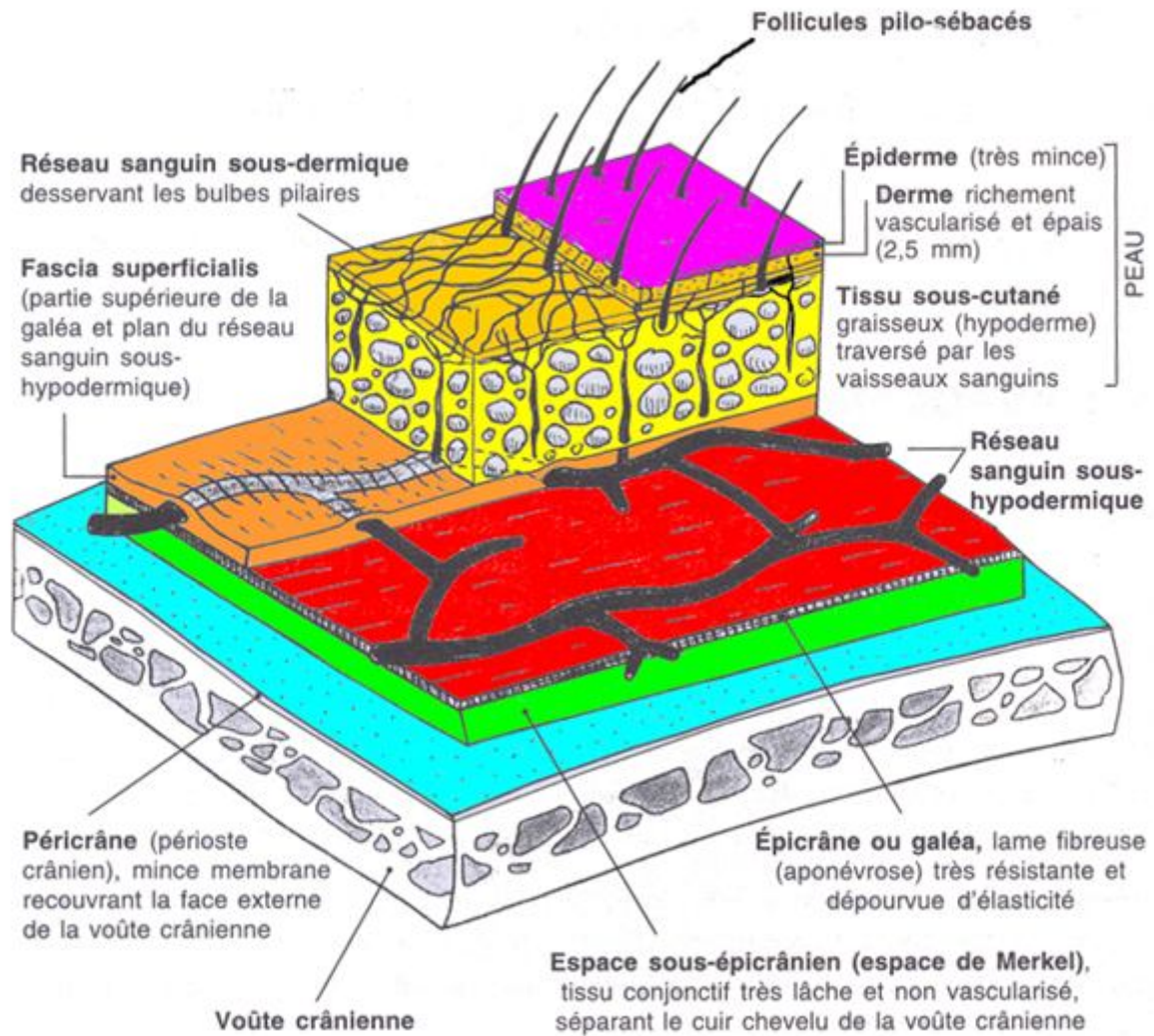


SCHEMA n°6 : Les enveloppes du follicule pileux (au niveau du bulge)

C. Vascularisation du cuir chevelu : schéma n°7

Artères du cuir chevelu: l'irrigation artérielle du cuir chevelu est assurée par des branches des artères carotides externes (artères occipitales, auriculaires postérieures, temporales superficielles) et des artères carotides internes (artères supratrochléaires et supraorbitaires). Le cuir chevelu est richement vascularisé et ses artères s'anastomosent librement entre elles dans la 2ème couche qui le constitue, à savoir la couche sous-cutanée de tissu conjonctif dense

Veines du cuir chevelu: le drainage des veines superficielles du cuir chevelu est assuré par les veines satellites des artères. Les veines supraorbitaire et supratrochléaire naissent de chaque côté dans le front, descendent jusqu'au niveau de l'angle médial de l'œil et s'unissent pour former la veine angulaire qui, à hauteur du bord inférieur de l'orbite, devient la veine faciale. Les veines temporale superficielle et auriculaire postérieure drainent le cuir chevelu respectivement en avant et en arrière de l'auricule. La veine auriculaire postérieure reçoit souvent une veine émissaire mastoïdienne en provenance du sinus sigmoïde, un sinus veineux de la dure mère. La région occipitale du cuir chevelu est drainée par les veines occipitales. Dans la région temporale, le sang de la partie profonde du cuir chevelu est drainé vers les veines temporales profondes, des affluents du plexus veineux ptérygoidien



SCHEMA N°7 : Vascularisation du cuir chevelu

D. Structure des cheveux schéma n°8

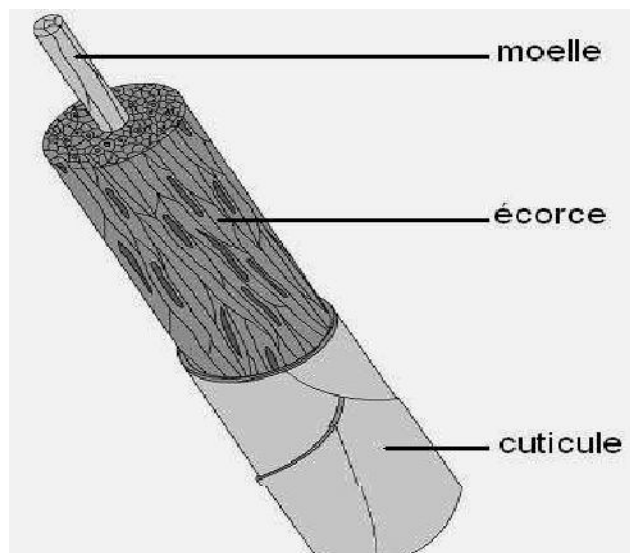
Le cheveu ou tige pilaire est constitué de trois couches de cellules kératinisées :

Couche	Cuticule	Ecorce (ou cortex ou couche corticale)	Moelle (ou couche médullaire)
Localisation	à l'extérieur	entre les deux autres couches	au centre
Nombre de couches de cellules	6-10	nombreuses	1-2 (ne sont présentes que dans les poils matures)
Forme des cellules	grandes, plates et allongées	très longues	grandes, sans noyau
Agencement des cellules	se recouvrent les unes les autres, comme des tuiles	dans le sens de la tige, liées les unes aux autres	disjointes
Teneur en mélanine	nulle	importante	faible
Rôle	protection de l'écorce	propriétés mécaniques du poil	inconnu

Chaque "écaille" de la cuticule est composée de trois parties :

- l'endocuticule du côté interne,
- l'exocuticule dirigée vers l'extérieur,
- l'épicuticule qui est une fine membrane entourant l'écaille.

Les écailles sont liées entre elles par un ciment lipidique (riche en céramides) nommé Complexe de la Membrane Cellulaire (CMC).



SCHEMA n°8 : Structure de la tige pilaire



*V. Généralités
sur les poux*

Les poux sont des insectes hématophages, appartenant à la sous famille des pediculinés, à la famille des pediculadaes, à l'ordre des anoploures , à la sous classe des ptérygotes et enfin à la classe des insectes .

Trois espèces intéressent l'homme :

- Deux appartiennent à la famille des pediculadaes .
- Une espèce appartient à la famille de phthiridae.

1) *Pediculus humanus capitis* ou pou de tête (figure n°9)

Responsable de la pédiculose de cuir chevelu, c'est à cette espèce que nous avons consacré notre étude.

2) *Pediculus humanus corporis*, ou pou de corps (figure°10)

Responsable de phtriose du corps, vit dans les vêtements et la literie et se nourrit du corps de l'homme.

En effet, le pou du corps dériverait du pou de la tête qui représenterait la forme primitive encore inféodée au pelage comme ses congénères parasites des animaux. (19)

Le pou du corps proviendrait de la transformation de celui de la tête quand l'homme à commencer des vêtements. En théorie les poux de tête et de corps sont génétiquement compatibles mais il est peu probable qu'ils se rencontrent dans la nature .Les poux de tête restent sur le cuir chevelu et les poux de corps sur le corps ou dans les vêtements.

Au cours des dernières années plusieurs études phylogénétiques ont été conduites sur les poux. Les gènes codant L'ARN 18S, le facteur d'élongation 1alpha et le gène codant le cytochrome oxydase I (COI) ont été démontré pour être des outils phylogéniques valables pour les Phthiraptera.

Afin d'étudier la phylogénie des poux humains, une étude basée sur l'analyse des 3 gènes précédemment cités a été menée à l'unité des Rickettsies de Marseille sur 155 poux humains du genre *Pediculus* (de corps et de tête) collectés au niveau de 13 zones géographiques(20).

Cette analyse a montré que la première divergence des poux était entre les poux d'AFRIQUE Sub Saharienne et ceux des autres régions géographiques du monde (Amérique, Europe, Afrique du Nord et Asie). De plus à l'intérieur de chacun de ces deux groupes une séparation supplémentaire entre pou de tête et de corps a été trouvée. Ces résultats rendent l'hypothèse que l'Asie ait été la source des poux humains peu probable.(20)

3) *Phtirus inguinalis* ou morpion appartient à la famille des phtiridaees.(figure n°11)

Vit essentiellement sur les poils de la région pubienne et péri anale, parfois sur les cuisses et l'abdomen. En cas d'infestation intense on le trouve dans la région axillaire, les cils et les sourcils, rarement dans les cheveux et la barbe.



Figure n°9 pediculus humanus capitis



Phthirus pubis : pou du pubis ou morpion

Figure n °11



Pediculus corporis ou pou du corps

Figure n°10



Figure n °12 :Pediculus humanus capitis : Lentres

A. Rappels parasitologiques sur le pediculus humanus capitis

1. Morphologie 21,19

La taille du parasite est variable, en moyenne le male mesure 1,7 mm de longueur à 0,6 largeur .La femelle mesure 3 mm de longueur et 1mm de largeur.

Sa couleur est grisâtre ou noire et il est subdivisé en trois parties :

➤ La tête

En forme de losange reliée au thorax par un cou .Elle comporte un appareil buccal, une paire d'antennes à cinq articles, deux yeux simples sans orcelles et deux soies entre la base de chaque antenne et l'œil.

➤ Le thorax

Quadrilatères, formé par trois anneaux soudés et couverts de plaques chitineuses, chaque anneau porte une paire de pattes à cinq articles terminés par des griffes.

➤ L'abdomen

Un abdomen allongé et volumineux formé de neuf segments. Chez le male, l'orifice anal s'ouvre sur la face dorsale ainsi que l'orifice génital. Le male possède deux testicules et deux vésicules séminales.

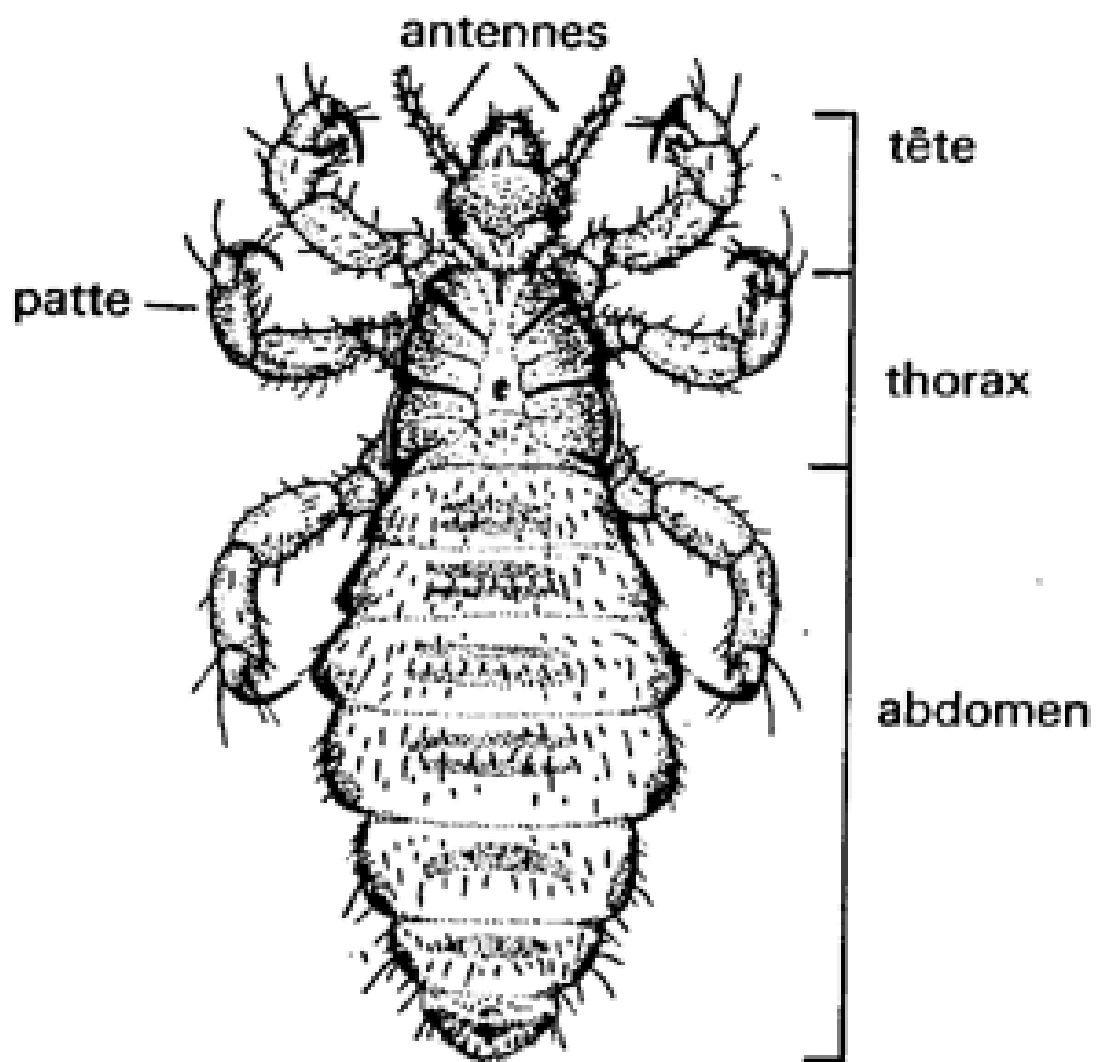
Chez la femelle, l'abdomen est terminé par deux appendices : Les gonopodes.

➤ Organisation interne

Le système respiratoire est brachial.

Le tube digestif est formé successivement d'un :

- ✓ Intestin antérieure suceur.
- ✓ Intestin moyen large.
- ✓ Intestin postérieur.



Morphologie du pou

2. Biologie 21 ,23

a) Habitat

Le pou de tête a besoin de nourriture, et d'une température (28 à 30°C). Ceci lui est assuré par son habitation au niveau du cuir chevelu surtout au niveau des racines des cheveux, rarement on le trouve dans la barbe ou au niveau des sourcils.

b) Nutrition

Les poux sont des insectes hématophages, ils ont un appétit insatiable, ils doivent se gorger de sang aux moins deux fois par 24 heures dans les conditions expérimentales et beaucoup plus souvent dans la nature. Leur résistance est faible, ils meurent dans le vêtement ou les literies inoccupées pendant un certain nombre de jours selon les saisons.

c) Longévité

La longévité des adultes est d'environ 6 à 8 semaines, ils sont sensibles aux variations de température. D'après Bacot et Nutal la chaleur sèche détruit en dix minutes à (53°C) les lentes, alors que les adultes sont détruits en 15 minutes entre (50 et 60 °C).

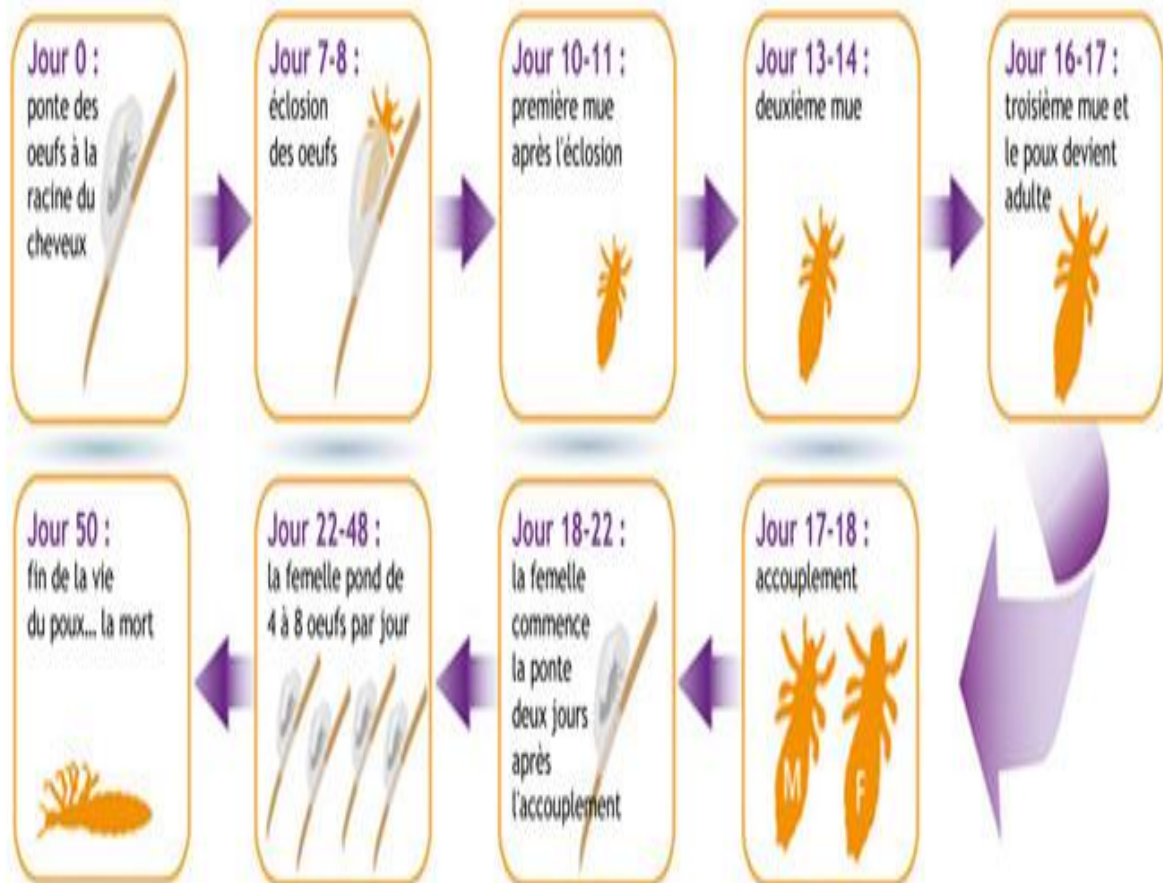
d) Accouplement

Après l'accouplement, La femelle pond des œufs ou lentes qui seront fixées au niveau des cheveux, par un liquide épais et consistant qui se solidifie au contact de l'air.

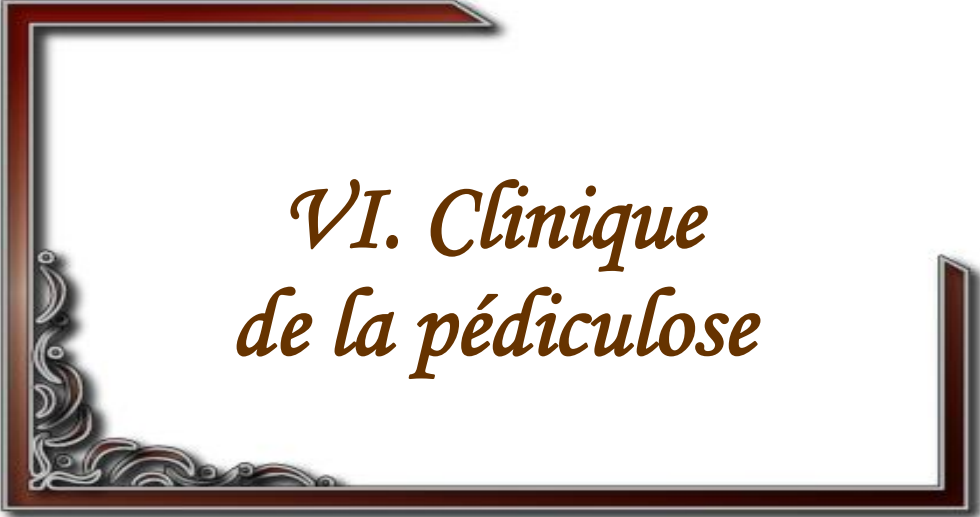
La femelle pourra pondre de 80 à 100 œufs durant toute sa vie.

Au bout de six à dix jours, les lentes éclosent donnant naissance à des larves qui vont subir trois mues pour devenir adulte.

Un cycle biologique complet s'accomplit en trois à quatre semaines.



CYCLE DE VIE DES POUX



*VI. Clinique
de la pédiculose*

A. Mode de transmission des poux

Les poux se transmettent ordinairement par contact direct ou proche, par exemple dans les dortoirs ou dans les endroits surpeuplés. Dès lors, il n'est pas surprenant que les infestations importantes par le pou se produisent souvent pendant les guerres ou après les catastrophes naturelles, parmi les prisonniers ou les réfugiés. Les contacts étroits au sein de la famille sont particulièrement propices aux infestations par les poux.

Il peut aussi y avoir transmission accidentelle de diverses manières, directs dans les lieux publics surpeuplés ou indirectement par l'intermédiaire des coussins.

L'utilisation commune de la literie, des serviettes, des brosses à cheveux et des peignes peut aussi favoriser la transmission des poux.

On ne doit pas perdre de vue que toutes les formes de poux peuvent se nourrir en dehors de leur milieu normal et ne tardent pas à mourir d'inanition. Il s'en suit que le risque de transmission décroît régulièrement, étant maximal lors des contacts étroits au sein de la famille, moyen parmi les enfants qui jouent ensemble, et faible par l'intermédiaire des objets contaminés (mobilier et autres objets utilisés par la personne infestée).

B. Signes cliniques

Les symptômes se limitent le plus souvent à un prurit, du au déplacement des insectes entre les cheveux mais surtout à leurs piqûres répétés avec injection de salive irritante. Le prurit est d'intensité variable selon le nombre de parasites et de la sensibilité des personnes infectées mais peut aller jusqu'à perturber le sommeil et le travail de l'enfant, il se localise essentiellement dans la région

occipitale et derrière les oreilles mais peut s'étendre vers la nuque et la racine des membres supérieurs, réalisant un prurit en pèlerine 24. Des lésions de grattage peuvent être observés avec des surinfections par streptocoques et staphylocoques ainsi qu'avec des adénopathies régionales 28,29 mais les complications à type de rhumatisme articulaire aigu ou glomérulonéphrite aiguë sont exceptionnelles 25.

C. Diagnostic

Le plus souvent en début d'infestations, la présence de poux de tête passe inaperçue chez les enfants. Une étude, en France, a montré que seulement 10% des mères d'enfant parasités avaient suspectés l'infestation. (26)

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de poux vivants, mobiles et ou de lentes vivantes c'est-à-dire situées à moins de 0,5 à 1,5 cm du cuir chevelu variant en fonction des auteurs. En effet les lentes au delà de cette limite sont vides et restent collés au cheveux mais ne témoignent pas d'une infestation patente. L'observateur novice peut difficilement distinguer les lentes fertiles des coques vides, ou des débris épidermiques pellicules ou cosmétiques. Il est bien démontré que les diagnostics erronés de pédiculose, tant faux positifs que faux négatifs sont nombreux. Les lentes vivantes sont recherchées sur la nuque, derrière les oreilles et sur la frange frontale (27). Dans le cas le plus fréquent les poux sont rares, difficile à voir car fuyant la lumière et doivent être recherchés en écartant les cheveux ou mieux en coiffant à l'aide d'un peigne à poux au dessus d'une surface lisse et claire, blanche de préférence (.27)



*VII. Maladies
transmises par les poux*

A. Le typhus exanthématique(20)

➤ **Définition**

Le typhus exanthématique encore dénommé typhus épidémique, typhus historique, maladie du **pou rouge**, ou **louse borne typhus** et **jail fever** chez les Anglo saxons ; est l'une des maladies qui a particulièrement marqué la fin du XXe siècle par sa réémergence dans certaines régions du monde .L'épidémie du typhus exanthématique survenue au Burundi dans les suites de la guerre civile qui a frappé ce pays en 1993, reste la plus importante décrite depuis la deuxième guerre mondiale. Plus de 100 000 personnes ont été touchées.

➤ **Distribution géographique et incidence**

Autrefois mondiale le typhus se limite actuellement à la Pologne, la Roumanie, L'Afrique du Nord et à la cote pacifique de l'Amérique du sud.

Quand on étudie l'histoire des épidémies du thyphus dans l'Amérique du Nord, on est frappé par deux faits : d'abord par la solidarité des trois parties constituantes de l'Afrique du Nord vis-à-vis de l'épidémie.

En effet, lorsque l'épidémie apparait dans l'une de ces parties, elle ne tarde pas à faire tache d huile et à s'étendre peu a peu aux deux autres.

On remarque ensuite que les épidémies évoluent de la même façon dans le courant d une année et qu'en règle générale, elles débutent en automne pour atteindre en hiver et au printemps leur plus grande intensité, puis peu à peu, le nombre des cas décroît progressivement et l'on observe un arrêt presque total de l'épidémie en aout et en septembre.

Les raisons profondes de ce rythme régulier ne sont pas encore parfaitement connues mais tout porte à croire que le germe de thyphus est moins actif durant la saison chaude, et que pour cette raison la maladie subit à cette époque un arrêt dans son développement.

➤ **BIOLOGIE**

Fourmillant de Rickettsie, le contenu intestinal du pou infectera l'homme selon trois processus.

- Déjection déposées sur la peau du point de pique.
- Contenu intestinal, libéré par l'écrasement du pou et souillant les doigts portées ensuite vers la bouche ou les yeux.
- Poussières des déjections déposées par le pou sur le linge dans lequel il vit infectant les muqueuses respiratoires lors des manipulations.

➤ **Aspect Clinique :**

a) L'incubation :

Après une période d'incubation de 10 à 14 jours (extrême 8 à 30 jours). La majorité des patients développent des symptômes vagues à type d'une sensation de malaise, d'une légère asthénie ainsi que des céphalées frontales intermittentes avant le début réel de la maladie.

b) Le début :

Le début est brutal .L'invasion associe un frisson solennel, une fièvre constante supérieure à 38C en plateau, des céphalées permanentes intenses frontales ou rétro-orbitaires responsables de photophobie ,arthromyalgies prédominants aux membres inférieurs dans 50à100% des cas , faisant prendre au patient une attitude antalgique caractéristique dénommée **Sutama** au **Burundi**

qui veut dire accroupis toi ;en effet ces arthromyalgies des membres inférieurs empêchent les malades de marcher et leur font prendre régulièrement une position accroupie qui est antalgique ;par ailleurs le patient est somnolent ,parfois confus ,le visage a un aspect vultueux 53% ,(28),et les conjonctives sont injectées .

c) La période d'état

La période d'état est caractérisée par trois ordres de signes :

- ❖ Un syndrome infectieux sévère
- ❖ Un exanthème caractéristique
- ❖ Un tufos intense

Les signes généraux :

La température est en plateau à 40C avec de légères rémissions matinales, le pouls est rapide non dissocié, la tension artérielle est basse ; la déshydratation est fréquente et les urines sont rares.

Ces signes généraux s'accompagnent d'un amaigrissement rapide et important.

Les signes cutanés : figure(13)

L'exanthème est caractérisé par sa date d'apparition, sa topographie et son mode évolutive ; il apparaît 3 à 5 jours après le début de la maladie

L'éruption manque rarement, sa fréquence varie entre 20 et 40 % selon les auteurs ; il s'agit d'un exanthème maculaire, maculopapillaire ou pétéchial qui respecte des espaces de peau saine.

Lorsqu'il existe, ce signe cutané qui a donné le nom à la maladie, est capital car il évoque à lui seul la possibilité d'un typhus exanthématique.

L'exanthème débute au sommet du thorax, puis atteint l'abdomen et ensuite les membres.

Au début il s'agit d'éléments maculeux, de couleur rosée, de la taille de la tête d'une épingle, s'effaçant à la vitre pression. Après quelques jours d'évolution, l'éruption devient purpurique et se généralise. La face, la paume des mains et la plante des pieds sont en règle épargnées.

L'éruption peut être difficile à détecter chez les personnes à peau noire 5 à 29% des cas. Elle évolue vers la desquamation au bout d'une dizaine de jours sans laisser de cicatrice.

A l'exanthème s'associe un énanthème formé de petits éléments pétéchiaux siégeant sur le voile du palais et plus particulièrement sur la luette. C'est le piqueté hémorragique de Vinokourof.

Il n'y a pas d'escarre d'inoculation aux sites de piqure par les poux

La conjonctivite est souvent observée.

Les signes neurologiques

Le typhos se constitue progressivement et devient maximum à la fin du premier septénaire, il précède de quelques jours l'exanthème. Le malade est stuporeux, le regard hagard et lointain ; il est indifférent à son entourage. Au maximum le typhos confine au coma.

Les troubles mentaux dominant souvent le tableau clinique, même lorsqu'il s'agit des cas les plus bénins et aident beaucoup au diagnostic .Des les premiers jours, sont notés insomnie, agitation nocturne et hallucination.

L'alternance d'état d'excitation et de stupeur semblait caractéristique aux anciens auteurs.

La perte de l'ouïe par atteinte du nerf acoustique n'est pas rare. Un syndrome méningé, une hémiplegie, une somnolence voire même un coma dans 4% des cas, peuvent être observés.

Les signes digestifs

Nausées, douleurs abdominales, constipation, vomissement ; diarrhées et une splénomégalie que Pierrine et Coll.ont été chez 13% des malades Ethiopie ; tandis qu'au Burundi elle a été observé dans seulement 8% des cas.

Les signes cardiovasculaires

Des signes cliniques et électro cardiographiques de myocardite peuvent s'observer chez un petit pourcentage de patient.

Dans les formes graves, une gangrène des extrémités distales, rendant nécessaire l'amputation, peut se développer.



Figure n° 13 : Éruption cutanée dans un cas de Typhus exanthématique

B. Fièvre Récurrente Cosmopolite

➤ **Définition**

Affection endémo épidémique caractérisée par une succession d'épisode fébrile séparé

Par des guérisons apparentes, due aux spirochètes *Borrelia recurrentis*.

Son réservoir de virus est l'homme, son hôte intermédiaire et vecteur : le pou.

➤ **Distribution géographique et incidence**

Autrefois mondiale comme le pou, elle persiste hautement endémique dans le foyer éthiopien

Et à un taux moindre dans les foyers balkaniques et chinois.

Sa grande sensibilité aux antibiotiques a nettement réduit son importance, mais sans traitement, elle peut tuer jusqu' à 50 % des malades atteints.

➤ **Biologie**

Transmise par écrasement du pou, le *Borrelia recurrentis* gagne la cavité hémocoelique s'y multiplier .Le spirochète ne peut s'échapper que par l'écrasement d'un membre ou de la totalité de son hôte sur des téguments excoriés « voie directe » ou par les doigts « voie oculaire ».

Le rôle du pou a été élucidé par Sergent à Alger et Nicolle à Tunis.

➤ **Clinique**

Incubation muette dure dix jours.

L'invasion brutale avec sa fièvre montant d'emblée 40 °C ouvre le premier période fébrile caractérisée par sa courbe rémittente avec pics vespéraux à 40 °C et plus, et rémittences matinales autour de 38 °C.

Le sujet est couché en chien de fusil, tourne vers le mur dans une attitude de refus dictée par sa photophobie, il se plaint de céphalées violentes, des rachialgies et des douleurs thoraciques.

A l'examen, la peau est subicterique et on trouve une hépatomégalie et une splénomégalie.

Enfin on découvre un exanthème maculo-pétéchial localisé au cou et au tronc.

Après cinq à sept jours, la fièvre s'effondre au-dessous de 37 °C et une triple crise urinaire sudorale et diarrhéique vient clore ce premier épisode fébrile.

Le 14^{ème} jour après le début de la maladie la température remonte brusquement inaugurant le deuxième épisode fébrile : La récurrence.

Le tableau clinique est pratiquement celui de la première crise. L'évolution peut se faire alors selon diverses modalités.

Nouvelles rémission, suivie d'une ou plusieurs récurrences.

Défervescence définitive aboutissant à la guérison spontanée.

Apparition après cette défervescence de complications hépatiques, oculaires et génitales entraînant une mortalité de 5 % parfois même de 50%.

Le pronostic est complètement transformé par l'antibiothérapie très efficace contre *Borrelia recurrentis* en particulier les tétracyclines.

C. La peste

Le rôle du pou est admis dans la transmission interhumaine de la peste, il conserve en effet le virus assez longtemps, pendant sept jours les déjections sont infectieuses.

Les indiens des Indes présentent souvent une peste à début amygdaliens et on peut se demander si cette localisation initiale curieuse n'est pas due à l'habitude qu'ils ont de tuer les poux qu'ils attrapent sur eux et leurs proches en les écrasant contre les dents(23).

D. TRACHOME (30)

➤ Généralités et Définition:

Le mot trachome vient des racines grecques, signifiant « rugueux » et « enflure », en référence à l'aspect de la conjonctive tarsienne.

Le trachome est une maladie très ancienne, qui a existé depuis l'antiquité. On ne peut pas détacher l'histoire du trachome de l'histoire militaire.

Tout conflit s'accompagne de migrations importantes et surtout d'un cortège de souffrance, de conditions d'hygiène défectueuses, de privations qui sont des facteurs éminemment aggravants pour l'éclosion et le développement de la maladie trachomateuse.

L'endémie trachomateuse a sensiblement régressé au cours des dernières décennies. Parmi les manifestations ophtalmologiques des chlamydiae, le trachome représente l'atteinte la plus grave et reste un problème de santé publique dans les pays en voie de développement.

Le trachome est une « kérato-conjonctivite transmissible à évolution généralement chronique, caractérisée par la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques » (définition des experts de l’OMS - 1955).

Le trachome touche de façon plus importante les enfants d’âge per scolaire et les femmes/mères qui en constituent ces cibles primaires. Le trachome affecte des groupes de population parmi les plus défavorisés, vivant dans de mauvaises conditions d’hygiène, de

Promiscuité, et où le manque d’assainissement et d’eau.

➤ **Epidémiologie et répartition géographique :**

Maladie ubiquitaire, le trachome est un véritable fléau social mondial puisque l’OMS estime à 84 millions de personnes le nombre de trachomateux disséminés dans les 55 pays endémiques, essentiellement en Afrique et au Moyen-Orient. Quelques pays des Amériques et d’Asie sont également touchés.

Dans les pays industrialisés, il a disparu progressivement avec l’amélioration des conditions socio économiques et des habitudes sanitaires. Il persiste encore sous forme de foyers résiduels dans certains pays de l’Amérique centrale et de l’Amérique du sud.

Aujourd’hui, la maladie sévit essentiellement dans les zones rurales pauvres des pays d’Afrique, de certains pays de la Méditerranée orientale. Elle reste également endémique dans plusieurs pays ’Asie.

➤ **Agent Pathogène :**

Il s’agit d’une infection bactérienne causée par une bactérie appelée Chlamydia trachomatis découverte en 1907 à Java par Prowaczek et

Halberstaedter en pratiquant des frottis conjonctivaux. Il possède tous les caractères des bactéries mais soumis à un développement par cycle intracellulaire obligatoire.

L'immunofluorescence a permis de distinguer 15 sérotypes (les sérotypes A, B, Ba, C,) de virulences différentes. Ils sont responsables du trachome et des conjonctivites à inclusion.

Retenons, sur le plan physiopathologique, que Chlamydia provoque par son exotoxine la formation de follicules aux dépens de la couche adénoïde épaissie de la conjonctive. En regard, l'épithélium conjonctival présente une hyperplasie rapidement importante. Les follicules se développent, se nécrosent à l'extérieur et entrent en involution. On assiste alors à l'apparition d'une réaction fibreuse prenant la place de l'hyperplasie folliculaire et aboutissant à des lésions cicatricielles irréversibles. Véritable «cirrhose » du chorion, ce caractère pathognomonique du trachome le distingue absolument des autres conjonctivites folliculaires.

Le réservoir du germe est l'homme. La contagiosité du trachome est certaine, mais relative. Le rôle vecteur des mouches a été démontré par Nicolle, Cuenod et Blanc mais elles sont davantage le vecteur des conjonctivites saisonnières. Le pou est probablement un réservoir du germe ou un agent de transmission.

➤ **Clinique :**

Le diagnostic du trachome est essentiellement clinique. Le trachome est une maladie chronique, son évolution ne présente aucun caractère cyclique mais peut durer de nombreuses années et même toute une vie.

L'affection est particulièrement polymorphe selon le sérotype, le terrain ou les nombreux facteurs aggravants déjà cités. L'OMS a élaboré en 1987 une codification simplifiée, qui est la

Suivante :

Trachome folliculaire : (figure A) présence d'au moins 5 follicules sur la conjonctive tarsienne supérieure.

Trachome intense : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne qui masque plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse.

Trachome cicatriciel ou présence d'un tissu de cicatrisation nettement visible sur la conjonctive tarsienne.

Trichiasis trachomateux : (figure B) un cil au même frotte le globe oculaire. Les cils épilés sont aussi une évidence d'un trichiasis.

Opacité cornéenne :(figure C) très visible au niveau de la cornée et par conséquent à l'origine d'une perte importante de la vision.

➤ **Diagnostic positif** :

Association d'un pannus trachomateux à :

La présence de follicules tarsiens supérieurs et/ou la présence de follicules limbiques

La présence d'inclusions de chlamydiae au frottis conjonctival.

➤ **Diagnostic différentiel** :

Se pose avec les autres chlamydioses oculaires :

Conjonctivite à inclusion du nouveau-né, La folliculose infantile, La limbo- conjonctivite endémique des tropiques (LCET).

Le diagnostic de laboratoire repose essentiellement sur :

L'examen direct des produits de grattage de l'épithélium conjonctival

L'isolement sur cultures de cellules,

Les techniques de micro-immunofluorescence (Wang et Grays ton)

➤ **Les Complications :**

L'évolution spontanée de la kérato-conjonctivite trachomateuse n'entraîne la plupart du temps que des séquelles cornéoconjonctivales relativement bénignes. Mais hélas, de nombreuses complications peuvent émailler cette évolution et faire toute la gravité du trachome.

Elles sont surtout **Cornéennes à type :**

- D'ulcération
- De kératite parenchymateuse
- De cicatrices cornéennes.

Lacrymales à type de :

- Dacryoadénites (inflammation de la glande lacrymale)
- Dacryocystite : il s'agit d'une inflammation du sac lacrymal liée à la Stase lacrymale dans le sac lacrymal par suite de sténose du canal lacrymo-nasal.
- Epithélium Xérosis : pouvant conduire à la kératinisation des épithéliums conjonctivaux et cornéens.
- Surinfections bactériennes : font toute la gravité du trachome et sont responsables pour la plupart des formes cécitantes du trachome.

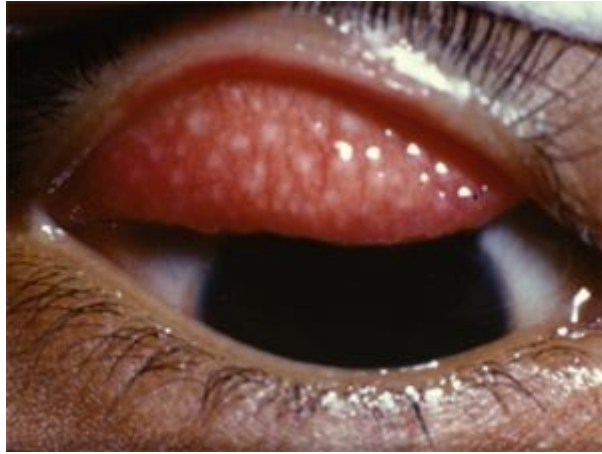


Figure A : TRACHOME FOLLICULAIRE



Figure B : TRICHIASIS



Figure C : Opacité cornéenne



*VIII. Diagnostic
différentiel(31)*

Les pellicules constituent le principal diagnostic différentiel, se sont des squames de peau, et plus précisément des cellules superficielles du cuir chevelu ayant desquamés, mais d'une taille inhabituellement grande, plus épaisses, ou plus nombreuses que les cellules normales.

Les pellicules peuvent être « *sèches* » ou « *grasses* ».

Pellicules sèches :

Elles sont visibles et se présentent comme des parcelles de la couche cornée du cuir chevelu. Elles sont blanches, plates et se détachent spontanément. Les pellicules sont souvent accompagnées de démangeaisons désagréables. Elles vont généralement de pair avec un cuir chevelu.

Il ne faut surtout pas gratter ou essayer de décoller les pellicules avec un peigne car ceci accentuerait le phénomène. Cela provoquerait une irritation, ce qui accélérerait le processus de division des cellules de la peau.

En effet, les pellicules sont un trouble de la formation de l'épiderme. La division des cellules de la couche basale de l'épiderme est trop rapide. Les cellules qui montent vers la surface de la peau n'ont pas le temps de perdre leur eau et de se durcir. Elles atteignent la surface sans être suffisamment desséchées, ce qui forme des amas de cellules (pellicules) sur le cuir chevelu.

Pellicules grasses :

Elles sont plutôt petites, rondes, jaunâtres et grasses. Elles adhèrent au cuir chevelu et aux cheveux. Elles y forment une couche jaunâtre et collante. Elles sont accompagnées de démangeaisons. En général, elles sont la conséquence d'une séborrhée (= surproduction des glandes sébacées), c'est-à-dire d'un cuir chevelu et de cheveux gras.

Les causes sont les mêmes dans les deux cas.

Ce dysfonctionnement peut être causé par le système hormonal, des inflammations du cuir chevelu (par manque d'hygiène, grattage, séborrhée...), un stress intense (suractivité), ou un excès de consommation de tabac. Une alimentation non équilibrée ou des troubles du sommeil pourraient aussi provoquer l'apparition de pellicules, mais ceci n'est pas prouvé.

La formation des pellicules grasses est identique à celle des pellicules sèches. Les cellules se divisent trop vite et s'accumulent à la surface de la peau. Elles se lient avec le sébum et collent.

Les pellicules constituent un terrain favorable pour la multiplication des micro-organismes (bactéries, champignons...). Les pellicules démangent, alors on se gratte, ce qui provoque une inflammation. Celle-ci provoque une accélération de la division cellulaire, donc encore plus de cellules sont repoussées vers la surface, et ainsi de suite : ce que l'on pourrait appeler un cercle vicieux.

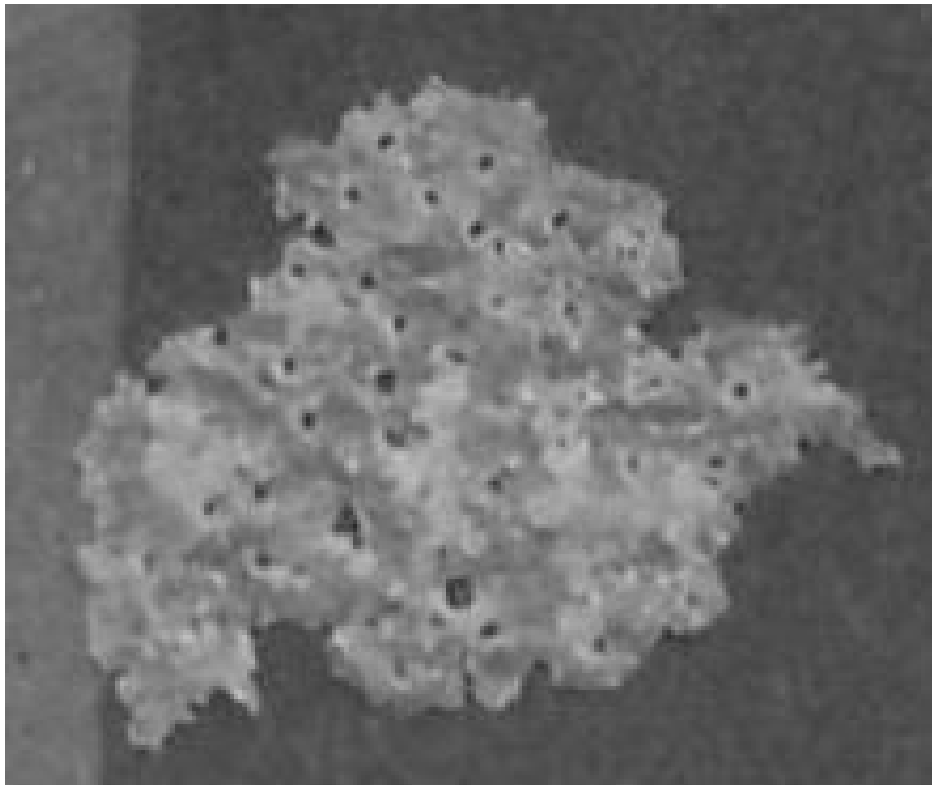
C'est pourquoi il faut traiter le problème tout de suite avant qu'il ne prenne trop d'ampleur.

Vivre dans un air sec, utiliser un sèche-cheveux trop chaud ou se laver les cheveux avec un shampooing mal adapté ou mal rincé sont des causes possibles de pellicules.

Les pellicules constituent un terrain favorable pour la multiplication des micro-organismes (bactéries, champignons...). Les pellicules démangent, alors on se gratte, ce qui provoque une inflammation. Celle-ci provoque une accélération de la division cellulaire, donc encore plus de cellules sont repoussées vers la surface, et ainsi de suite : ce que l'on pourrait appeler un cercle vicieux.

C'est pourquoi il faut traiter le problème tout de suite avant qu'il ne prenne trop d'ampleur.

Vivre dans un air sec, utiliser un sèche-cheveux trop chaud ou se laver les cheveux avec un shampooing mal adapté ou mal rincé sont des causes possibles de pellicule



Pellicule de grande taille (grossie).



IX. Complications

Les complications cutanées:

1) L'impétigo :

a) Définition

L'impétigo est une infection cutanée superficielle bactérienne due à un streptocoque (*Streptococcus pyogenes*) et/ou à un staphylocoque (*Staphylococcus aureus*). C'est une pathologie autoinoculable et non immunisante. Contrairement aux croyances populaires, l'impétigo ne surgit pas suite à un manque d'hygiène.

Il est contagieux avec de petites épidémies familiales ou de collectivités qui justifient l'éviction scolaire.

b) Clinique (32,33)

Les lésions élémentaires provoquent une éruption de vésicules ou petites bulles translucides qui, au bout de quelques heures, se troublent et deviennent des pustules qui éclatent en libérant leur contenu qui forme une croûte jaunâtre en se desséchant. Ces croûtes sont dites « mélicériques » c'est-à-dire ont un aspect de "miel».

L'impétigo apparaît surtout au niveau du visage, notamment sur le pourtour du nez et de la bouche en raison de la présence importante des bactéries à ce niveau. Il peut cependant apparaître sur d'autres parties du corps comme le cuir chevelu, les bras et les jambes en raison du portage manuel.

En principe, une fois disparues, les lésions ne laissent aucune cicatrice (sauf en de rares cas).



Impétigo du visage

c) Complications

Le syndrome d'épidermolyse staphylococcique

Également appelé nécrose épidermique toxique, ou syndrome de la peau ébouillantée. Il apparaît lors d'infections systémiques (générales) par des souches de *Staphylococcus aureus* sécrétant des toxines particulières détruisant les desmosomes, les **exfoliatines** (3 3) Il se caractérise par un décollement et une destruction de l'épiderme en de multiples endroits (lambeaux). Il s'accompagne d'une altération importante de l'état général avec de la fièvre et une déshydratation.

L'ecthyma

Il s'agit d'une forme creusante dite douloureuse d'impétigo. Il se localise généralement au niveau des membres inférieurs. Cette forme se retrouve le plus généralement chez des sujets fragiles comme les alcooliques, les diabétiques, les immunodéprimés, les sujets dénutris et à hygiène précaire. L'ecthyma débute comme un impétigo banal sous la forme d'une bulle ou d'une pustule. La croûte qui remplace la pustule est très large, arrondie, noirâtre, mesurant de 10 à 20 mm de diamètre. L'ecthyma peut constituer le point de départ d'un véritable ulcère de jambe et prendre une allure extensive



ECTHYMA

2) Pyodermite(34)

Maladie cutanée purulente, la **pyodermite** peut être aiguë ou chronique, locale ou diffuse. La pyodermite est étymologiquement une infection de la peau. Elle est d'origine externe, causée par une bactérie, généralement le staphylocoque ou le bacille pyocyanique. Une pyodermite peut être circonscrite ou généralisée. Elle peut être contagieuse, par contact direct ou par l'intermédiaire de mains souillées.

C'est également une pathologie dermatologique extrêmement fréquente chez les chiens. Elle est nommée pyodermite canine (ou dermatite pyotraumatique). Elle peut être alors superficielle, ou profonde.



*X. Approche
thérapeutique 35, 36, 37*

Depuis l'antiquité, l'homme n'a cessé d'imaginer des moyens de lutte contre le pou.

Dans certaines contrées d'Australie le parasite était tout simplement croqué; en Afrique certaines peuplades se lavaient les cheveux avec l'urine du chameau.

Au Maroc le traitement était souvent manuel consistant à couper les cheveux courts et à éliminer les lentes et les poux par des peignes fins.

C'est au moyen âge qu'il y a eu apparition des premières pédiculicides et c'est ainsi que furent utilisées des préparations à base de plantes telles l'origan ou la staphisaigre recommandée par Avicenne.

L'augmentation des infestations par les poux au cours de la première guerre mondiale a conduit à associer l'usage des bains et le traitement des vêtements pour lutter contre le pou, mais il a fallu attendre 1942 pour voir l'apparition des premières insecticides à application directe sur les personnes ,dont les principes actifs sont des molécules organiques ,naturelles ou de synthèse que l'on classe en cinq familles suivant leur activité insecticide.

1) Différents types d'insecticides

a) Insecticides à base de DDT. (Dichloro- Diphényl - Trichloroéthane)

Le DDT est un insecticide soluble dans les lipides de la cuticule.

Inconvénients :

- Pas d'action sur les lentes.
- Toxicité neurologique, hépatique, hématologique.
- La rémanence.
- Apparition des souches résistantes

b) Insecticides à base de HCH (Hexachloro- cyclo -hexane)

Actif sur les poux adultes.

Faiblement actif sur les lentes

Un peu moins rémanent et un peu moins toxique que le DDT

Des cas de résistance ont également été décrits avec une certaine fréquence.

c) Les insecticides organophosphorés

Le Malathion est le chef de file des organophosphorés. Ces molécules sont pédiculicides et lenticides .ce sont des dérivés anticholinestérasiques, irréversibles bloquant la conduction synaptique du système nerveux des parasites.

Ils peuvent alors en théorie provoquer des intoxications graves chez l'homme, avec signes digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) et muscariniques (myosis, hypersialorrhée hypotension, bradycardie).

En pratique les observations pouvant évoquer une toxicité systémique sont exceptionnelles dans les conditions normales d'utilisation et rien ne vient supporter les inquiétudes des médias britanniques reprise en 1997 reprise dans la presse française. En revanche l'utilisation chronique en préventive sur des périodes prolongées constituerait un mésusage alors à un risque probablement supérieur.

d) Pyréthrines et Pyréthrinoides

-**Les pyréthrines** : sont des oléorésines contenues dans les fleurs de chrysanthème spontané, dans Causasses et les Balkans, dont les propriétés insecticides sont connues depuis XVII ème siècle.

Le pyrèthre est cultivé aujourd'hui pour ses fleurs en France et un peu partout dans le monde.

Le principe actif est localisé principalement dans les akènes et en plus faible quantité dans les ligules.

La teneur en pyréthrine varie avec le climat, l'altitude, l'exposition au soleil et l'état du développement des fleurs récoltées. Plus elles sont jeunes plus leur teneur en principes actif est élevée.

En effet les pyréthrines sont des poisons neurotropes puissant sur les insectes dont le pou, ses molécules peuvent agir à de très faibles doses et sont d'une innocuité totale pour l'homme .Mais ils sont instables et s'altèrent rapidement à la lumière à la chaleur et se décomposent à l'air libre et dans les milieux même légèrement alcalins.

-Les pyréthrines synthétiques :Pyréthrinoïdes :Pyréthroïdes

L'instabilité des Pyréthrines et les difficultés de les conserver ont fait que les recherches se sont orientées vers la découverte de composés synthétiques plus stables. Parmi les pyréthroïdes utilisés contre les poux nous pouvons citer :

- Alléthrine
- Deltaméthrine
- Perméthrine
- Phénothrine
- Resméthrine
- Tetraméthrine
- Dépallethrine

2) Alternatives aux insecticides

a) La dimeticone 4%

La dimeticone est une molécule de la famille de la silicone .Elle agit en enduisant et obstruant les orifices respiratoires interrompant la gestion d'eaux absorbée par les poux.

Rappelons que ceux-ci ont une stratégie unique de gestion de l'eau .Ils n'émettent pas d'urines mais éliminent l'eau en excès par transpiration respiratoire via la trachée et les orifices respiratoires

L'activité pediculicide de la demiticone a été évaluée dans plusieurs études. Elle aurait un effet comparable à la phenothrine 0,5% 38,et au malathion 0,5%39et supérieur à la permethrine 1% .Dans toutes ces études il ressort que la dimeticone est moins irritante pour le cuir chevelu et il est avancé que son mode d' action rend peu probable l'apparition de résistance .La dimeticone est commercialisé en France sous forme de lotion depuis 2006et en spray depuis 2008.Elle a fait l'objet d'une mise en garde et précaution d'emploi, en novembre 2008 par l'agence française de Sécurité Sanitaire des Produits de santé AFSSAPS ,à la suite d' un accident mettant en cause son inflammabilité

b) Les huiles végétales :

Une étude menée en Israël en 2002 portant sur 940 enfants a comparé l'effet des produits naturels contenant des huiles de coco, anis, ou ylang ylang versus insecticides(40) .Les résultats montraient une efficacité comparable entre les produits, respectivement de 92, 3% contre 92 ,2%.

c) Le myristate d'isopropyl 50% :

Le myristate d'isopropyl est déjà utilisé en dermatologie comme liant, émoullient, solvant.

Il dissout la cire qui recouvre l'exosquelette du pou de tête .Il s'agit d'un mécanisme qui agit en déshydratant le pou qui finit par mourir(41) .Il est associé à la cyclométhicone 50%.

Il est commercialisé au Canada depuis 2006 et a reçu, aux Etat Unis, l'autorisation de la Food and Drug Administration pour amorcer les essais cliniques de phase III .Le myristate d'isopropyle aurait un risque faible de développement de résistance du a son mode d'action.

d) L'ivermectine

L'ivermectine est un antihelminthique de la famille des avermectines ayant une puissante activité sur les nématodes et les arthropodes .L'ivermectine agit en bloquant la neurotransmission GABA neurodépendante chez les invertébrées. Elle a une activité scabacide et pédiculicide en cours d'évaluation en application topique ou per os(42)

e) Le peigne à poux

Etant donné que le rasage du cuir chevelu n'a que peu d'adepte, le peignage méticuleux de 30 minutes, répété 3 puis 2 fois par jour pendant au moins 3 semaines, sur cheveux mouillés et à l'aide d'un peigne à poux, est remis à l'honneur, notamment au Royaume Uni, afin d'éviter les risques potentiels des produits sur les enfants, asthmatiques et femme enceintes .L'efficacité est variable en fonction de l'assiduité avec laquelle il est effectué. Le peignage a été

évalué à de nombreuses reprises moins efficaces que les insecticides (43, 44, 45,47) .Seules quelques études discutables montraient le contraire.

Seul quelques peignes, dont les dents sont très serrées, montrent une réelle efficacité et beaucoup d'entre eux, vendus avec des produits pédiculicides, sont inefficaces. Le peignage doit être pratiqué de façon très méticuleuse à rebrousse poil. Le peigne à poux devrait être considéré comme un complément au traitement de la pédiculose, au lieu de rentrer en concurrence avec les produits anti-poux.

f) L'eau vinaigrée :

Le peigne imprégné d'eau vinaigrée est encore très utilisé mais non évalué.

g) Le pétrole :

Souvent décrit dans la littérature, il est effectivement mortel pour les poux mais risque de provoquer des brûlures graves chez l'enfant.

h) La phytothérapie et l'aromathérapie :

Il existe de nombreux produits dans le commerce, utilisés depuis longtemps contre les poux .Leurs efficacités n'ont, à ce jour, pas été évalué (48 ,49.)

Les répulsifs :

Les répulsifs ont été reconnus, en 2003, par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, comme n'ayant aucune place dans la stratégie thérapeutique.L'efficacité de certains préventive suffisante pour être approuvé(50).

A noter, qu'en 2004 une étude randomisée en double aveugle versus placebo, portant sur le pouvoir répulsif de la citronnelle, a été réalisée. Elle s'est déroulée sur 4 mois dans 4 écoles israélienne et portait sur 198 enfants. Cette étude révélait une différence significative à 2 mois et à 4 mois en faveur des enfants traités par la citronnelle (51)

Au niveau environnemental :

De ne faire un traitement des vêtements et de la literie que

Dans le cas particulier d'une infestation massive de poux chez un membre de la famille ou de la collectivité

Les oreillers, bonnets, doudou, peluches ...lavables, doivent être lavés dans une machine avec le programme cycle long. Les objets ne doivent pas être utilisés pendant trois jours.

De ne pas mettre en œuvre une désinfection des locaux qui est inutile et parfois dangereuse piscine, pièce, classe...

De plus, au niveau de la collectivité et particulièrement une collectivité d'enfant :

Que tous les enfants du groupe de la collectivité auquel appartient l'enfant parasité section, class soient examinés par une personne formée spécifiquement sur le dépistage 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'enfant, afin que les autres membres de la famille, y compris les parents, soient examinés et que seuls ceux qui sont parasités soient traités, que l'accès au traitement soit facilité.

Que compte tenu d'absence d'obligation de traitement individuel ou collectif, d'inciter fortement les parents, les associations de parents d'élèves, les personnels de collectivités à appliquer ces recommandations et de mettre en place des campagnes de sensibilisation à la pédiculose du cuir chevelu, ainsi qu'une surveillance épidémiologique de la résistance

3) Présentation des médicaments

Les médicaments antérieurement vus peuvent se présenter sous différentes formes galéniques.

a) Les poudres

Sont a priori moins toxiques pour l'homme et sont d'un emploi commode pour le linge, en revanche l'utilisation est moins agréable pour les cheveux nécessitant le port d'un bonnet ou d'un foulard.

b) Les lotions

Sont d'application facile sur les cheveux et permettent une imprégnation homogène, mais elles nécessitent un contact plus prolongé et un rinçage. En outre elles présentent un risque d'atteinte des muqueuses par écoulement et sont parfois irritantes sur les excoriations dues au grattage.

c) Champoing

Pallient les problèmes d'hygiène sous jacent, mais sont rarement suffisantes seuls et nécessitent un temps de contact minimal qui n'est pas toujours respecté. De plus il peut exister des intolérances aux détergents.

d) Les Aérosols

Formellement contre indiqués en cas d'asthme. Possèdent une action dissolvante sur la cuticule des poux et des lentes grâce au pétrole, sont d'emploi facile et agissent rapidement. En revanche la répartition n'est pas toujours bien contrôlée et il existe un risque de brumisation sur les yeux.

4) Modalités pratique d'utilisation des lenticides et pediculicides(52,53,54,55)

La lotion est appliquée raie par raie. Pour les pyréthrinés (5 à 10 minutes voir 1 heure à 12 heures) et la fréquence d'application unique ou renouvelée le lendemain et ou 8 jours plus tard) selon variable selon la spécialité et l'âge d'enfant.

Le Malathion reste en place 8 à 12 heures, avec une seule application en règle.

Pour les nourrissons, il est souhaitable de limiter le temps d'application des pyréthrinés à 10 minutes puis de rincer avec un champoing non traitant. On renouvellera l'application 8 jours plus tard.

Les organophosphorés sont à éviter avant l'âge de 6 mois, du fait de la richesse de la solution en alcool. Une protection des yeux et des muqueuses est nécessaire pour tous types de produits.

Pour l'enfant d'âge scolaire la durée d'utilisations des pyréthrinés varie entre 1 à 2heures, les flacons pressurisées sont contre indique chez l'enfant asthmatique.

Les cheveux sont ensuite passés au peigne fin pour l'élementage, il est réalisé en trempant le peigne dans le vinaigre et en le dirigeant de l'extrémité des cheveux distale vers le cuir chevelu.

L'intérêt d'un baume démêlant pour enlever les lentes morts reste à démontrer.

Les mesures environnementales d'accompagnement sont centrées sur la décontamination des peignes, brosses, chapeaux, écharpes, literie... Celle-ci est pratiquée par poudrage d'hexachlorocyclohexane (Aphthiria) ou par simple lavage à 60 °C en machine. Il n'est pas nécessaire de traiter systématiquement toute la famille. En revanche les parents doivent être sensibilisés à une surveillance de la fratrie et un suivi de l'enfant atteint traité.

Les collectivités doivent être traitées afin de faciliter le dépistage. Il n'y a pas lieu de pratiquer une éviction scolaire si le traitement est débuté le soir même du diagnostic.

Un lavage régulier des cheveux sur l'année scolaire par des produits anti-poux est inutile et délétère car il participe au développement des résistances des poux aux insecticides.

La prophylaxie repose sur une bonne information en milieu scolaire et lors des réunions des parents d'élève en cas d'épidémie.

Sur les cas possibles d'appliquer de la perméthrine à 1% ou de la vaseline.

5) Apparition de résistance (56,57,58,59,60,61,62)

Le développement de résistance des poux a été rapporté pour chacun des groupes d'insecticides.

Les résistances au Lindane sont connues depuis les années 70 en Grande Bretagne et aux Pays Bas puis Panama et aux États Unis.

Des cas de résistance à la perméthrine ont été rapportés dans divers pays, ainsi que des résistances croisées avec d'autres pyréthrinoides, notamment la phénéthrine.

En 1995, des cas de résistances au malathion ont été publiés en grande Bretagne et en France.

Une étude menée à l'États UNIS a montré une variabilité de sensibilité des poux en fonction de leur provenance géographique, des produits utilisés dans ces régions, ainsi qu'une acquisition de résistance des poux américains à la pyréthrine et au lindane. Deux mutations génétiques T929L et L932F sont à l'origine de ces souches de poux résistants à la perméthrine. Il existe une corrélation phénotype-génotype des poux résistants.



*XI. Traitement
des complications*

1) Typhus exanthématique(20)

a) Traitement antibiotique

Le traitement curatif du typhus exanthématique est une urgence .Il doit être institué si le contexte épidémiologique et les signes cliniques sont fortement évocateur sans attendre les résultats de prélèvements bactériologique.

Les rickettsioses étant causées par des bactéries intracellulaires strictes, leur traitement doit toujours recourir aux antibiotiques répond à ces exigences ; il s'agit des cyclines, des fluoroquinolones,des macrolides et phénicolés.

La susceptibilité aux antibiotiques de *R. prowazekii* in vitro a été testée chez les poux et dans les cellules.

Les cyclines et le chloramphénicol sont les seuls traitements efficaces.

-La doxycycline

A raison de 200 mg en prise unique reste extrêmement efficace, le taux de mortalité parmi les prisonniers au Burundi a chuté de 15% à 0,5% après administration de doxycycline en monodose 11 , Peu de rechutes sont observées sous traitement .La doxycycline parentérale sous forme de solution injectable est utilisée dans les formes sévères cependant elle reste chère et non disponible dans les pays pauvres .

-Le chloramphenicol

Il est également efficace sur *R. prowazekii* mais son activité est moindre par rapport aux cyclines¹².

Dans les régions du monde où les équipements diagnostiques sont non disponibles ou inaccessibles ,le chloramphénicol est largement utilisé comme

traitement empirique, à la dose de 50 à 75 mg/kg/j pour une durée de 7 à 10 jours, puisque son large spectre inclut d'autres maladies sévères tel que les infections à méningocoques et la fièvre typhoïde, qui peuvent au début ressembler au typhus ; cependant beaucoup de médecins préfèrent utiliser les cyclines pour le typhus car elle sont moins chères et plus sûres .

-La ciprofloxacine

Est efficace in vitro, cependant son administration chez un patient atteint de typhus diagnostiqué comme fièvre typhoïde n'a pas empêché une évolution fatale.

b) Traitement symptomatique

Le traitement symptomatique repose sur :

L'emploi d'antipyrétique, d'antalgique, d'antiémétiques et d'anti-diarrhéiques.

Réanimation intensive pour lutter contre le collapsus circulatoire, le syndrome hémorragique et l'insuffisance rénale.

Apport protéino-calorique adéquat, afin de maintenir l'équilibre azoté.

Les soins de nursing pour la prévention d'escarres.

c) Le traitement chirurgical

L'amputation chirurgicale peut être rendue indispensable lors de la survenue de gangrène distale souvent bilatérales des extrémités . Sur 177 malades observés de Décembre 1995 à juin 1997 au cours de l'épidémie de typhus au Burundi , 8 malades soit 4,5% ont présenté une gangrène sèche des extrémités qui a nécessité l'amputation dans tous les cas .

2) Fièvre récurrente cosmopolite

Le traitement est souvent basé sur l'administration de tétracycline ou de chloramphénicol.

3) Le trachome (30)

Aujourd'hui, il repose sur la stratégie « **CHANCE** » au cours de la première réunion de l'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant en 1996, l'OMS a adopté une stratégie de lutte résumée par l'acronyme « **CHANCE** » qui vise à contrôler le trachome cécitant d'ici l'an 2020.

Chirurgie du trichiasis

Antibiothérapie

Nettoyage du visage

Changement de l'environnement.

a) Chirurgie du trichiasis :

La chirurgie est un moyen immédiat et peu coûteux de traiter les séquelles. De nombreuses techniques y sont utilisées en particulier : la méthode de Trabut et la rotation bi lamellaire du tarse.

b) Antibiothérapie :

C'est la seconde composante de la stratégie CHANCE. Jusqu'à une date récente, il s'agissait de la pommade tétracycline à 1% facilement disponible et peu coûteuse.

L'Azithromycine est un antibiotique, qui s'est avéré efficace pour le traitement des infections Chlamydiennes lorsqu'il est administré per os en monodose. C'est un médicament relativement exempt d'effets secondaires graves.

c) Nettoyage du visage :

Le degré de propreté des enfants constitue un facteur de risque important dans la survenue du trachome. La toilette du visage est un geste simple mais peu usité dans les régions où l'eau est rare. En Afrique, nombreux sont ceux qui doivent parcourir plusieurs kilomètres pour parvenir à la source d'eau la plus proche.

d) Changement de l'environnement.

4) L'impétigo(33)

a) Traitement local

Un traitement local peut suffire dans les formes très peu étendues; il consiste dans le ramollissement des croûtes, en pulvérisant dessus de l'eau de Dalibour et en appliquant² :

- antiseptiques (chlorhexidine...)
- antibiotiques topiques (acide fusidique, ciprofloxacine...).

b) Traitement antibiotique

Il est le plus souvent prescrit. Un traitement par voie générale peut être nécessaire si les lésions sont trop étendues ou si la certitude que les soins locaux seront appliqués correctement n'est pas absolue. Mais en cas de lésions peu étendues (<2% de la surface corporelle) on utilise, après avoir si besoin ramolli les croûtes à la vaseline, des antibiotiques locaux tels que :

- Mupirocine (en pommade) ;
- Fucidine (en crème) ;

- retapamulin (en pommade) en cas de suspicion d'infection par *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*, non disponible en France

Sinon, le choix de l'antibiotique par voie générale porte sur les familles suivantes :

- Macrolide
- Acide fusidique en comprimés ou liquide ;
- Pénicilline
- Synergistine comme la Pristinamycine
- Fluoroquinolone comme la Ciprofloxacine

d) Mesures complémentaires

- éviction de collectivité de 72 heures si les lésions ne sont pas recouvrables
- traitement de la fratrie ;
- prélèvement et traitement des gîtes pour toute la famille en cas de récurrence

5. Pyodermite :(34)

a) Nettoyage des lésions

La peau est un tissu fragile, surtout lorsqu'elle est atteinte. Le nettoyage doit en préserver l'intégrité. Il est par ailleurs plus efficace après la tonte, et une quantité inférieure de principe actif sera alors nécessaire. Le nettoyage se fait par vidange des pustules et application **d'antiseptiques locaux** :

- Chlorhexidine ou polyvidone iodée
- Peroxyde de benzoyle

- Eau de Dalibour : soluté de sulfate de cuivre et de zinc
- Soluté de Milian : vert de méthyle et violet de gentiane, actif sur les Gram+
- Eau de Dakin : eau de javel diluée, neutralisée et stabilisée

b) Administration d'antibiotiques

On utilise des antibiotiques actifs sur les germes, diffusibles dans le tégument, et bien tolérés : amoxicilline/acide clavulanique (Synulox), pénicilline.



Conclusion

La pédiculose de la tête est une infestation du cuir chevelu par le pou de tête ;(*Pediculus humanis variété capitis*).

Elle reste encore synonyme de misère et de manque d'hygiène. C'est une affection endémique dans les collectivités d'enfants âgés de six à huit ans. Sa transmission est facile interhumaine et se fait habituellement par contact direct avec le sujet infecté, ou indirect par le biais des brosses, peignes et des écharpes.

Le pou est un ectoparasite qui vit obligatoirement sur le cuir chevelu de l'homme. Le pou adulte est gris blanc de la taille d'une graine de sésame, il a six pattes et se déplace en rampant, il ne peut ni voler, ni sauter. Le pou adulte vit 3 à 4 semaines dans le cuir chevelu, il se nourrit de sang plusieurs fois par jour pour survivre. La femelle adulte pond environ 10 à 20 œufs par jour, soit 300 à 600 durant sa vie. Le pou infeste les cheveux et dépose les lentes à leur base (près de la racine, en dehors du cuir chevelu). En dehors du crâne humain, le pou meurt rapidement en 24 à 48 heures.

Les symptômes se limitent le plus souvent à un prurit, du au déplacement des insectes entre les cheveux mais surtout a leurs piqûres répétés avec injection de salive irritante. Le prurit est d'intensité variable selon le nombre de parasites et de la sensibilité des personnes infectées mais peut aller jusqu' à perturber le sommeil et le travail de l'enfant, il se localise essentiellement dans la région occipitale et derrière les oreilles

Le diagnostic de pédiculose du cuir chevelu repose sur la mise en évidence de poux vivants, mobile, cachés et souvent peu nombreux dans une infestation commune .Plus souvent le diagnostic se fait sur la découverte des lentes.

Le pou de tête permet la transmission de certaines maladies tel que le thypus exanthématique, la fièvre récurrente cosmopolite, le trachome, conjonctivite phlyctenulaire ainsi que d'autres affections.

La pédiculose du cuir chevelu peut se compliquer localement par l'impétigo et la pyodermite.

Le traitement repose sur l'application d'insecticides locaux dont les principes actifs sont des molécules organiques, naturelles ou de synthèse.

Idéalement le traitement doit avoir une activité pédiculicide et lenticide

Le malathion est un organophosphoré pédiculicide et lenticide, de faite de la richesse de sa solution en alcool, le malathion est à éviter avant l'âge de six mois.

Les dérivés de pyrèthre : pyrèthrine naturelle ou poyrethrinoides de synthèse : sont parfois associés à un synergisant (butoxyde de pypéronyle)

Le lindane organochloré pédiculicide faiblement lenticide, n'est plus commercialisé en Europe du fait de son potentiel neurotoxique.

Le temps d'application varie selon la spécialité et l'âge de l'enfant .Le malathion doit être gardé en place huit à 12 heures avant d'être rincé. Pour les pyrèthrines il est conseillé de limiter le temps de pose chez le nourrisson à dix minutes. Chez l'enfant d'âge scolaire la durée d'application des pyrèthrines varie entre une à 12heures.

Les différents insecticides sont disponibles sous plusieurs formes galéniques shampoing lotion crème et spray.

Les lotions constituent la forme galénique de choix .Les aérosols sont contre-indiqués en cas d'asthme .Les shampoings doivent être évités car jugés moins efficaces et peuvent être à l' origine d'effets secondaires oculaires.

Les mesures environnementales d'accompagnement sont centrés sur la décontamination des peignes ; brosses ; chapeaux, écharpes, literies...Celles-ci est pratiquée par poudrage d hexachlorocyclohexane Aphtiria ou par simple lavage a 60 C en machine .il n est pas n est pas nécessaire de traiter systématiquement toute la famille. En revanche les parents doivent être sensibilises a une surveillance de la fratrie et un suivi de l'enfant atteint traité.

Les collectivités doivent être traitées afin de faciliter le dépistage .Il n ya pas lieu de pratiquer une éviction scolaire si le traitement est débuté le soir même du diagnostic.

Un lavage régulier des cheveux sur l'année scolaire par des produits anti poux est inutile et délétère car il participe au développement des résistances des poux aux insecticides

La prophylaxie repose sur une bonne information en milieu scolaire et lors des réunions des parents s'élève en cas d'épidémie.



Résumé

Résumé

Titre : la pédiculose de cuir chevelu chez l'enfant

Auteur : ANOUAR HIND

Mots clés : pédiculose, enfant, épidémiologie, clinique, traitement.

La pédiculose de la tête est une infestation de cuir chevelu par le pou de tête, *Pediculus humanus varietas capitis*.

C'est une affection endémique dans les collectivités d'enfants âgées de six à huit ans.

Sa transmission est facile interhumaine se fait habituellement par contact direct avec les sujets infectés, ou indirect par le biais des brosses, peignes et des écharpes.

Elle se caractérise cliniquement par un prurit prédominant au niveau de la nuque.

Le diagnostic fait appel à la découverte des poux cachés parmi les cheveux ; mais cet examen est souvent infructueux à cause de la couleur grisâtre du parasite qui le rend difficile à voir. En fait, c'est surtout la découverte des lentes que le pou se signalera.

Le pou peut être vecteur de certaines maladies tel que le typhus exanthématique, fièvre récurrente cosmopolite, la peste, conjonctivite phlycténulaire, trachome, *Rechtsias pediculus*

Le traitement est actuellement bien codifié, il suffit de traiter à l'aide de spécialités pharmaceutiques dotées parfois d'une activité pédiculicide et imagocide remarquable pour obtenir un excellent résultat.

Les spécialités pharmaceutiques sous formes de poudres, de lotions, de shampoings ou d'aérosol sont à base de substance bien connues que l'on classe volontiers en quatre familles :

Les organochlorés (DDT-Lindane), les organophosphorés (Malathion, Temenphos), les carbamates (carbaryl, propoxur)

Les pyréthrine (Bio-allethrine, Delta méthrine, Perméthrine, Phénothrine, Resméthrine).

La prophylaxie est souvent difficile. Une bonne éducation sanitaire basée sur la connaissance des habitudes du pou ne fera que limiter le risque d'infestation mais ne met pas complètement à l'abri du parasite.

Notre étude aborde le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de cette affection chez l'enfant.

ABSTRACT

Title: sclap pediculosis of children

Author: ANOUAR HIND

Keywords: lice, child, epidemiology, clinical treatment.

The head lice is an infestation of the scalp head lice, called pediculus huamanis variety capitis

This is an endemic disease in communities of children aged six to eight years. Its interhuman transmission is easy and usually by direct contact with infected individuals or indirectly through brushes, combs and scarves.

Scalp pediculosis of children is characterized clinically by pruritus of the scalp predominant at the neck.

The diagnosis of head lice involves the discovery of hidden lice in hair. Unfortunately this examination is often unsuccessful because of the grayish color of the parasite which makes it difficult to see. Actually, it is especially the discovery the nits that confirm the diagnosis of head lice.

Lice can be a vector of diseases such as typhus Typhus, cosmopolitan relapsing fever, plague, phlyctenular conjunctivitis, trachoma, rektsias pediculus

The treatment of head lice is currently well codified, just deal with pharmaceutical specialties sometimes with an adulticide activity pédiculicide which bring an excellent result.

Pharmaceutical specialties in the form of powders, lotions, shampoos or sprays are based on well known substance that is readily classed into four groups:Organochlorines (DDT, Lindane),Organophosphates (malathion, Temenphos),Carbamates (carbaryl, propoxur)

Pyrethrins (Bio-allethrin, Delta methrin, Permethrin, Phenothrin, Resmethrin).

Prophylaxis of head lice is often a difficult thing. Effective health education based on knowledge of the parasite habits will only limit the risk of infection but does not completely immune to the parasite.

Our study discusses the epidemiological, clinical and therapeutic profile of this children disease.

ملخص:

العنوان: قمل فروة الرأس عند الأطفال

المؤلف: هند أنوار

الكلمات الأساسية: القمل، الأطفال، علم الأوبئة، الأعراض السريرية، العلاج.

قمل الرأس هو عبارة عن إصابة فروة الرأس قمل الرأس بطفيلي يسمى بدكلس هومنس صنف كابتس. يظهر هذا المرض في مجتمعات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ست إلى ثماني سنوات. انتقاله من السهل عادة عن طريق الاتصال المباشر مع الأشخاص المصابين أو غير مباشر من خلال فرش، وأمشاط والأوشحة.

ويتسبب القمل في ظهور الحكّة على مستوى فروة الرأس خاصة على مستوى القفى.

تشخيص قمل الرأس يعتمد على اكتشاف القمل الموجود في الشعر، ولكن غالبا ما يكون هذا الفحص غير ناجح بسبب لونه الرمادي الذي يجعل من الصعب إيجاده، لذلك فإن التشخيص يعتمد خاصة علي إيجاد الشرائق.

يمكن أن يكون القمل ناقل للأمراض مثل حمى التيفوس، الحمى الراجعة عالمية، والطاعون، والتهاب الملتحمة نفاطية، التراخوما، غير كتسي.

حاليا معالجة قمل الرأس مقننة بشكل جيد، وذلك عن طريق منتجات صيدلانية ذات نتيجة ممتازة. وتتواجد التخصصات الصيدلانية في شكل مساحيق الشامبو، ومستحضرات الرش كمتحتوي على مواد تنقسم إلى أربع مجموعات:

مركبات الكلور العضوية

الفوسفات العضوية

الكرامات بايريثرين.

الوقاية من قمل الرأس غالبا ما تكون شيء صعب. التوعية الصحية التي تعتمد على دراسة القمل تحد

فقط من خطر العدوى ولكنها لا تحمي منه تماما.

دراستنا تتناول الخصائص الوبائية، السريرية و العلاجية للقمل



Bibliographie

- [1] Bouvet E,Choin J,Bourdais M,Rykner G,Agent d'hygiène.Lutte contre la pédiculose dans les écoles de Paris .Bull Epidemiol Hebdo ,1995,14 :61, 3
- [2] Ministère de la santé ,de la famille et des personnes handicapés,direction generale de la santé,avis du conseil superieur d'hygiene public de France,Section des maladies transmissibles, relatif la conduite a tenir devant un sujet atteint de la pediculose de cuir chevelu seance de 27juin 2003 .Ann dermatol venereol 2004,131 :1122 -4 .
- [3] Chosidow O ,Pediculose de cuir chevelu et gale ;Nouvelle recommandation et enjeux actuel Ann dermatol venereol 2004,131 :1122 -4
- [4] Shosidow scabies and pediculosis .Lancet 2000, 355,819:26.
- [5] Chosidow .o.pediculose du cuir chevelu et gale nouvelle recommandation et enjeux actuels.Ann Dermatol Venereol 2004,131 :1041-4
- [6] Motovali Emami M ,Aflatonian MR ,Fekri M,Yazdi M Epidemiological aspect of pediculosis capitis and treatment evaluation in primary school children in Iran ,Back j boil Mc 2008,11,206- 4
- [7] Cazorla M,Ruiz A,Acosta M,Clinical and epidemiological Study of pediculosis capitis on school children from Coro ,Venezuela. Invest Clin 2007, 48:445-57

- [8] Gordon SC. Shared vulnerability : a theory of caring for children with persistent head lice” J Sch Nurs .2007 Oct ;23(5):283-92. Links
- [9] Combescot C .Epidemiologie actuel de la pediculose à Pediculus capitis. Bull. Acad. Natle. Med 1990 fev 13 ;2(174):231-37
- [10] Ricahrd Lenoble D. « Pediculose à pediculus capitis : Le pou nouveau est-il arrivé ? » Rev Prat Paris 1993,43,2 :209-214
- [11] Combescot C .Nadon J. Etude épidémiologique effectuée dans la région de Tours pour évaluer l'état de la pédiculose à différentes périodes de l'année . Comparaison avec les résultats obtenus au cours d'une étude nationale. « Réunion de la Société Française de Parasitologie Congrès de Tours 11-12-13 décembre 1989
- [12] Moreau A, Provot E, Sepetjan M . « Pediculose : Traitement collectif en milieu scolaire ou traitement familial ? » rev. Prat. Med. Ge 1996 avril 22 ; 10 (338) :19-21
- [13] Heukelbach J, Feldmierier H . « Ectoparasites The underestimated realm » The Lancet 2004 march 15 ;363 :889,91
- [14] Toloza A, Vassena C, Gallardo A, Gonzalez Audino P, Picollo MI .”Epidemiology of pediculosis capitis in elementary schools of Buenos Aires ,Argentina.” parasitol Res 2009 jun ,104(6):1295-8. Epub 2009 jan 16
- [15] Cazorla D, Ruiz A, Acosta M . Clinical and epidemiological aspects of pediculosis capitis in school children from Coro ,Venezuela . Invest clin 2007,48:445,57.

- [16] Fontan I, Taib A, Malville J. Les pédiculoses Concours médical 1984 ,106, 42,4104 -4112 .
- [17] Odile Enjolras Gale et poux Revue du praticien Paris 1981, 31,23 ,1981,31,23,1693 -1702
- [18] Hassani El Houssine Pediculose de cuir chevelu dans les écoles primaires de RABAT. Thèse de doctorat en médecine Rabat 1984 N° 300
- [19] Fontan I, Taieb A, Malville J . Les pédiculoses Concours médical 1984, 106, 42,4104 -4112
- [20] Ilham Lkhnachfi Thyphus exanthématique :la maladie du pou rouge 2013 N°91
- [21] Timon david ,Nourrit J, Penaud A Gasquet M, Delmas F
- [22] Moyens actuels de la lutte contre le recru descence de la pédiculose dans le méditerranien Bultin de la société de pathologie exotique 1979,56- 71
- [23] Brunt E Précis de parasitologie Eddition :Masson 1949 .
- [24] Mostininck S ,Vanhooteghem O, Henrijean A, De La Brassinne M . (pediculoses) Ann Dermatol Venereol 2004 ;131 :842-5
- [25] Rodhain F, Perez C .Précis d'entologie médicale et vétérinaire ;Ed Maloine ,Paris ,1985
- [26] Combescot c Epidémiologie actuelle de la pédiculose à *Pediculus capitis* ,Bull, Acad. Natle. Med . 1990 ,1974, n°2,231-237
- [27] Arezki I .Les poux : Diagnostic, nuisance et rôle vectoriel. » Rev Fra Lab 2001dec ; 338 :37-40

- [28] Robert P et Robert “Biologie des poux”.In :Robert P « Dermatologie clinique »Edisem,Paris 1985 :89-110
- [29] Combescot C,Combescot Lang C,Nadon J.”La pediculose du cuir chevelu ,Actua Pharma 1995 mars ;329 :31-32
- [30] Dolo Djenaba étude de la prévalence de trachome dans le district sanitaire de kolkani après 4 ans de pause thérapeutique Thèse de doctorat en médecine République du Mali 2009-2010
- [31] [http://fr.wikipedia.org/wiki/Pellicule_\(dermatologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Pellicule_(dermatologie))
- [32] Shamez Ladhani, « Staphylococcal scalded skin syndrome », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 78, n° 1, 1^{er} janvier 1998, p. 85-88
- [33] Boudghène-Stambouli O., « Impetigo »sur www.therapeutique-dermatologique.org, mai 2012. Consulté le 20 juillet 2012
- [34] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Pyodermite>
- [35] FONTANI I,TAIB A,MALVILLE J Les pediculose Concours medical 1984 ,106 ,42 ,4104 ,4112
- [36] Timon david ,NOURRIT J,PENAUD A
- [37] TOUTANCHI MOHAMED Activité pédiculicides et lenticides de quatre specialités pharmaceutiques pyrèthrinoides sur pediculis capitis et pediculis corporis Diplôme detudes approfondis de parasitologies université francois rabellais tours 1986

- [38] Burgess IF, Brown CM, Lee PN .treatment of head louse infestation with 4% dimeticone lotion :randomized controlled equivalence trial”.BMJ2005 jun ;330(7505):1423-1425:
- [39] Burges IF, Lee PN, Matlock G .Randomised ;controlled assessor blind trial comparing 4% dimeticone lotion with 0,5% malathion liquid for head louse infestation .Plos ONE 2007 nov 7, 2(11):e1127
- [40] Heukelbach J, Pilger D, Olivira FA, Khakban A, Arizal , Feldmeir H .A highly efficacious pediculicide based on dimeticone :Randomized observor blinded comparative trial
- [41] Mumcuoglu KY , Miller J , Zamir C , Zentner G, Helbin V, Ingber A. The in vivo pediculicidal efficacy of a natural remedy .Isr Med Assoc J.2002 oct ;4(10):790-3.
- [42] Kaul N, Palma KG, Silgy SS, Goodman JJ, Tool J .North American efficacy and safety of a novel pediculicide rinse ,isopropyl myristate 50% Resutz .J Cutan Med Surg 2007 sept oct 11 (5):161-7
- [43] Strycharz JP, Yaoon KS , Clark JM .A new ivermectin formulation topically kills permethrin resistance human head lice(Anoplura:Pediculadae:J Med Entomol 2008 jan ,45(1):75-81
- [44] Meinking TL, Serrano L, Hard B , Entzel P, Lemard G, Rivera E, et al .Comparative in vitro pediculicidal efficacy of treatment in a resistant head lice population in united states .Arch Dermatol 2002 Oct ;4(10):790-3

- [45] Meinking TL infestation Curr Probl Dermatol J 2000 ,19(8):80-118
- [46] Roffe C « Traitement of pediculosis capitis by dry combing »Lancet 2000,355:1724
- [47] Roberts RJ,Casey D,Morgan DA,Petrovic M.”comparaison of wet combing with malathion for treatment of head lice in the UK:a pragmatic randomized trial .Lancet 2000,356:540.”
- [48] Dawes M “.Combing and combating head lice “BMJ 2005,331:362-3”
- [49] Burgess IF « Head Lice »in :Clinical evidence BMJ Publishing Group 2001;issue 5:1165-1168
- [50] Chosidow O. « Bug Busting for head lice .is it effective?Arch Dermatol 2006 dec;142(12):1635-7
- [51] Poux de tête et pédiculose du cuir chevelu » Rev Prescr 2001 nov21(222) :761-770
- [52] Burgess IF « Head Lice »in :Clinical evidence BMJ Publishing Group 2001;issue 5:1165-1168
- [53] Avis du CSHP de France 27 juillet 2003,relatif à la conduite à tenir devant un sujet att eint de pédiculose du cuir chevelu Ann Dermatol Venereol 2004 ,131 :1122-4
- [54] Canyon Dv,Speare R .A comparaison of botanical and synthetic substances commonly used to prevent head lice(Pediculus humanus var capitis) infestation .Int J Dermatol 2007 Apr 46(4):422-6.

- [55] Mumcuoglu KY ,Miller J ,Zamir C ,Zentner G,Helbin V,Ingber A.The in vivo pediculicidal efficacy of a natural remedy .Isr Med Assoc J.2002 oct ;4(10):790-3.
- [56] Meinking Tl « infestations »Curr Probl Dermatol J 2000 ;19(8) :80-118
- [57] Kucirka SA et Coll .the story of lindane resistance and head lice,Int J Dermatol 1983;22(10):551-555
- [58] Gratz NG « Human lice –Their prevalence, controll and resistance to insecticides-A review 1985-1997”Whi Geneva 1997:61 pages .
- [59] Meinking Tl infestation Curr Probl Dermatol J 2000 ,19(8):80-118
- [60] Chosidow O et Coll.controlled study of malathion and de phenothrin lotions for pediculus humanus var capitis infested school children Lance 1994 ,344:1724-1727
- [61] Meinking Tl,Serrano L,Hard B,Entzel P ,Lemard G,Rivera E,et al .Comparative in vitro pédiculicidal efficacy of treatements in a esistant head lice population in inated states .Arch Dermatol 2002;138:1724-7
- [62] Burgess IF,Brown CM,Peock S,Kaufman J .Head lice resistant to pyretroid insecticides .

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جاعلاً لصحة مريض هدي في الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسماً بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

قمل فروة الرأس عند الأطفال

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: 29 ماي 2013

من طرفه

الآنسة: **هند أنوار**

المزودة في: 05 شتنبر 1986 بمشروع بلقصري

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: القمل - الأطفال - علم الأوبئة - الأعراض السريرية - العلاج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: عبد العالي بنتهييلة

مشرف

أستاذ في طب الأطفال

السيدة: فاطمة جابوريك

أستاذة في طب الأطفال

السيدة: فاطمة منصور

أعضاء

أستاذة في علم التشريح الدقيق

السيدة: سكينه الحمزاوي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة