



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Prise en charge du patient atteint de pthirose

Validé par le Collège le 14 novembre 2024

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Prise en charge du patient atteint de phtirose
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC) - Label
Objectif(s)	Réactualisation du traitement de l'infection à <i>Pthirus pubis</i>
Cibles concernées	Professionnels de santé (infectiologues, dermatologues, médecins généralistes, gynéco-obstétriciens, bactériologistes, parasitologues, internistes)
Demandeur	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel (CNS, ANRS MIE), Dr Sébastien Fouéré (CNS, ANRS MIE), Dr Gentiane Monsel (CNS, ANRS MIE), M Alexandre Pitard (HAS)
Recherche documentaire	Aurélien Dancoisne (HAS)
Auteurs	Dr Cécile Brin ,dermatologue, Chambéry
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liants aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 14 novembre 2024
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – novembre 2024

Sommaire

Préambule 5

1. Quelles sont les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et microbiologiques d'une pthirose ? 6
2. Quelles sont les modalités de traitement de l'infection à *Pthirus pubis*? 7
3. Cas particulier de l'atteinte ciliaire 15

Méthode de travail 18

Références bibliographiques 22

Participants 23

Abréviations et acronymes 24

Préambule

Contexte

La pthirose ou pédiculose pubienne est une ectoparasitose due à *Pthirus inguinalis/pubis* plus communément appelé pou du pubis ou morpion. Il s'agit d'une IST mineure cosmopolite, avec une prévalence mondiale estimée entre 1,3% et 4,6%. La nomenclature plaçant le h après le t dans le nom de l'espèce est issue de la description par Linnaeus en 1758 et ne peut être modifiée. Il s'agit d'une curiosité taxonomique.

Enjeux

Enjeux pour les patients : Améliorer la prise en charge thérapeutique des infections à *Pthirus pubis*

Enjeux de santé public : Réduire la transmission de la maladie aux partenaires.

Patients concernés

Patients atteints d'une infection à *Pthirus pubis* et leurs partenaires

Professionnels concernés

Tout professionnel de santé amené à prendre en charge une infection à *Pthirus pubis*

Objectif de la recommandation

L'objectif des recommandations est le suivant :

- Actualiser les connaissances sur le traitement de la pthirose depuis les recommandations françaises de la Société Française de Dermatologie de 2016

Questions

- Quelles sont les caractéristiques épidémiologiques, microbiologiques et clinique de la pthirose?
- Prise en charge thérapeutique de la pthirose : traitement mécanique, traitement médicamenteux et mesures associées.
- Cas particulier de l'atteinte ciliaire

1. Quelles sont les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et microbiologiques d'une pthirose ?

La pthirose est une ectoparasitose due à *Pthirus pubis* plus communément appelé pou du pubis ou morpion. Il s'agit d'une IST mineure cosmopolite, avec une incidence mondiale estimée entre 1,3% et 4,6% (1). L'engouement pour l'épilation y compris chez les hommes pourrait contribuer à la diminution de sa diffusion (2).

La transmission se fait habituellement par contact direct peau contre peau, souvent lors de rapports sexuels. Le pou adulte survit 24h hors contact avec l'homme et les lentes pas plus de 8 jours (3).

Contrairement au pou de corps et au pou du cuir chevelu, *Pthirus pubis* est trapu, peu mobile, et s'accroche aux poils de grand diamètre. Par conséquent, il atteint préférentiellement les poils des régions péri-génitales et péri-anales, mais peut être parfois observé au niveau axillaire, pectoral, ciliaire et plus rarement au niveau des cheveux.

Le principal symptôme est un prurit pubien associé à des lésions de grattage qui peuvent être impétiginisées et s'accompagner d'adénopathies inguinales. En cas de localisation ciliaire, il existe parfois une conjonctivite et une blépharite (4,5). Le diagnostic de certitude repose sur la visualisation du pou et/ou des lentes.

L'examen attentif révèle les poux adultes sous la forme d'une petite tache grise près de l'ostium folliculaire. Les lentes sont à la limite de la visibilité sous la forme d'une petite masse arrondie, collée aux poils (6). L'examen dermoscopique permet une meilleure visualisation et peut être utile dans les formes pauci-symptomatiques.

La recherche d'autres IST est recommandée car elles sont fréquemment associées (jusqu'à 30%) (7).

2. Quelles sont les modalités de traitement de l'infection à *Pthirus pubis*?

Tableau 1 : Recommandations de bonne pratique

Auteur, revue, année, référence,	Titre – Méthode	Recherche systématique de la littérature	Thème principal	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) –Validation externe (V)
Workowski KA, et al. CDC, 2021 (8)	STI Treatment Guidelines Update	Oui	Traitement de la pthirose	Oui	Oui	R : oui V :oui
Salavastru CM, et al. JEADV, 2017 (9)	European guideline for the management of pediculosis pubis	Oui	Traitement de la pthirose	Oui	Oui	R : oui V : oui
Annales de dermatologie, 2018 (6)	Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose	Non	Traitement de la pthirose	Non	Non	R : Non V : Non
Chartier C, et al. SFD 2016 (10)	Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les MST	Non	Traitement de la pthirose	Non	Non	R : Non V : Non

Tableau 2 : Résultats des recommandations de bonne pratique

Auteur, revue, année, référence	Titre	Résultats de la recommandation
Workowski KA, et al. CDC, 2021 (8)	STI Treatment Guidelines Update	<p>1ère ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> – Perméthrine crème 1% à appliquer sur les zones atteintes à rincer après 10 minutes <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pyréthrine + piperonyl butoxide à appliquer sur les zones atteintes, rincer après 10 minutes <p>Alternatives thérapeutiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Malathion 0,5% : à appliquer sur les zones atteintes, à laisser en place 8-12h puis rincer – Ivermectine 250 µg/kg en 1 prise à répéter à 7-14 jours. <p>Chez la femme enceinte : Perméthrine crème ou pyréthrine + piperonyl butoxide. Utilisation possible de l'ivermectine par voie orale.</p>

Salavastru CM, et al. JEADV, 2017 (9)	European guideline for the management of pediculosis pubis	<p>1ère ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permethrine crème 1% à appliquer sur les zones atteintes à rincer après 10 minutes. A répéter après 7-10 jours. <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pyrèthrine + piperonyl butoxide à appliquer sur les zones atteintes, rincer après 10 minutes. A répéter après 7-10 jours - <p>2e ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phénothrine 0,2% lotion (à rincer au bout de 2h) <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malathion 0,5% lotion : à appliquer sur les zones atteintes, à laisser en place 12h puis rincer <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ivermectine 200 µg/kg à renouveler à J7 ou 400 µg/kg (forme sévère) à renouveler à J7 <p>Autres traitements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ivermectine topique <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benzoate de benzyl lotion 25% <p>Chez la femme enceinte : perméthrine crème</p>
Annales de dermatologie, 2018 (6)	Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose	<ul style="list-style-type: none"> - Méthoprène + perméthrine + pipéronyle (butoxyde de) - D-phénothrine - Permethrine - Dépalléthrine + pipéronyle (butoxyde de) - Enoxolone + perméthrine + pipéronyle (butoxyde de) - Chrysanthème de Dalmatie insecticide (extrait de) (à 25 %) + pipéronyle (butoxyde de) - Malathion + perméthrine + pipéronyle (butoxyde de) <p>En cas d'échec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ivermectine 400 µg/kg en prise unique (sujets de plus de 2 ans et de plus 15 kg) répétée à 7 jours
Chartier C, et al. SFD 2016 (10)	MST mineures	<ul style="list-style-type: none"> - Malathion à rincer après 12h d'application - Pyrèthrine naturelle ou de synthèse <p>Mesures d'hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laver la literie et linge à 60° - Épouillage des lentes à la pince - Rasage

Tableau 3 : Études cliniques (ECR, études rétrospectives, études prospectives, études transversales) portant sur la prise en charge thérapeutique de la pédiculose du cuir chevelu

Auteur, Année, Revue Référence	Type d'étude	Objectif	Population	Méthode/mesures	Résultats et significations Commentaires
Heukelbach J, et al. 2019 BMC Dermatology(11)	Étude randomisée contrôlée simple aveugle	Efficacité de la diméticone dans l'éradication du pou de tête vs perméthrine 0,5%	100 patients (enfants>2 ans et adultes) 50 :50	Diméticone, 10 min, J1/J7 Perméthrine 0,5%, 45 min, J1/J7	Taux d'éradication J1 diméticone (98%) vs perméthrine (84%), à J10, 100% dans les 2 groupes
Burgess IF, et al. 2013 BMC Dermatology (12)	Étude randomisée, contrôlée, ouverte en groupe parallèle	Efficacité de la diméticone dans l'éradication du pou de tête vs perméthrine 1%	90 patients (enfants et adultes)	Diméticone 4% 15 min J1 vs perméthrine 1%, 10 min J1/J7 Évaluation à J6/J9/J14 de l'éradication des poux	Taux d'éradication En ITT : 69,8% (diméticone) vs 14,9% (perméthrine crème)
Pariser DM, et al. 2012. N Engl J Med (13)	Étude randomisée double aveugle, multicentrique, groupe parallèle	Efficacité de l'ivermectine topique vs traitement de référence dans l'éradication des poux de tête	Patients de plus de 6 mois, 765 patients	Ivermectine topique 0,5%, 10 min, 1 application. Réévaluation à J2/J8/J15	Taux d'éradication ivermectine topique J2 94,9%, J8 85,2%, J15 73,8% vs contrôle J2 31,3% ; J8 20,8% ; J15 17,6%
Chosidow O, et al. 2010. N Engl J Med (14)	Étude randomisée, contrôlée double aveugle	Efficacité de l'ivermectine orale 400/kg vs malathion 0,5% dans l'éradication des poux de tête	812 patients, âge > 2 ans et poids > 15kg	Ivermectine orale 400 µg/kg J1/J8 vs malathion 0,5% J1/J8	Taux d'éradication à J15 : 95% groupe ivermectine vs 85% groupe malathion.
Heukelbach J, et al. 2008 BMC (15)	Étude randomisée contrôlée	Efficacité de la diméticone 4% vs perméthrine 1% dans l'éradication des poux de tête	145 enfants	Diméticone 4%, 2 applications, 8h, J1/J7 versus perméthrine 1%, 2 applications 30 min, J1/J7	Taux d'éradication (J9) diméticone 97,5% perméthrine 67,6%
Burgess IF, et al. 2007 PLoS One (16)	Étude randomisée contrôlée double aveugle	Efficacité de la diméticone 4% vs malathion lotion 0,5% dans l'éradication des poux de tête	58 enfants, 15 adultes	Diméticone 4%, 2 applications, 8h, J1/J7 versus malathion lotion 0,5%, 2 applications 12h, J1/J7	Taux d'éradication diméticone 30/43 (70%) malathion 10/30 (33%) Irritation sous malathion (2%)

Burgess IF, et al. 2005. BMJ (17)	Étude randomisée contrôlée	Efficacité de la diméticone 4% vs phénothrine lotion 0,5% dans l'éradication des poux de tête	214 enfants et 39 adultes	Diméticone 4%, 2 applications, 8h, J1/J7 versus phénothrine lotion 0,5%, 2 applications 12h, J1/J7	Taux d'éradication diméticone 89/127 (70%) phénothrine 94/125 (75%) Effets indésirables plus importants sous phénothrine (9% vs 2%)
--------------------------------------	----------------------------	---	---------------------------	--	---

Tableau 4 : Études cliniques (ECR, études rétrospectives, études prospectives, études transversales) portant sur la prise en charge thérapeutique de la pédiculose pubienne.

Auteur, Année, Revue, Référence	Type d'étude	Objectif	Population	Méthode/mesures	Résultats et significations Commentaires
Burkhart CN, et al. 2004 J Am Acad Dermatol (18)	Série de 11 cas	Efficacité de l'ivermectine orale dans le traitement de la pédiculose pubienne	Non précisée	Ivermectine orale 250 µg/kg J1/J8	Taux d'éradication 100%
Kalter DC, et al. 1987. Arch Dermatol. (19)	Étude prospective comparative	Efficacité de la perméthrine 1% vs lindane shampooing 1% dans l'éradication de la pédiculose pubienne	53 hommes	Perméthrine crème 1%, 10 min versus lindane shampooing 1% 4 min.	Taux d'éradication à J8-J12 : perméthrine crème 43% vs lindane shampooing 40%. Pas de différence significative. Intérêt d'une 2e application
Newsom JH, et al. Sex Transm Dis. 1979 (20)	Étude randomisée	Efficacité de la pyréthrine 0,3%+ piperonyl butoxide 3,0% versus gamma-benzene hexachloride dans l'éradication de la pédiculose pubienne	30 hommes et femmes	Pyréthrine 0,3%, 10 min versus gamma-benzene hexchloride 12h	Efficacité comparable avec 100% d'éradication dans le groupe pyréthrine (données non détaillées)

Synthèse et proposition de recommandations

En France, certains médicaments pédiculicides contenant des insecticides neurotoxiques ont été progressivement retirés du marché : le lindane en 2008, le malathion et la phénothrine en 2019. Pour le malathion, l'arrêt de commercialisation fait suite à une décision de l'ANSM de restreindre ce produit à une prescription médicale obligatoire, en raison d'un risque de troubles neurologiques graves en cas d'intoxication : maux de tête, nausées, vomissements voire, très rarement, des convulsions chez l'enfant (21).

Le seul insecticide disponible actuellement sur le marché est la perméthrine 5% en crème, cependant elle n'a pas l'AMM pour le traitement de la pédiculose pubienne.

Aucune étude solide n'a évalué la prise en charge spécifique de la pédiculose pubienne. L'ensemble des recommandations nationales et internationales sont issues d'études réalisées sur le pou de tête.

Deux études randomisées contrôlées réalisées chez des patients présentant une pédiculose du cuir chevelu (11,12) ont montré une efficacité supérieure de la diméticone en comparaison à la perméthrine. Cette molécule pourrait donc aussi être intéressante dans la prise en charge de la pthirose.

Les produits à base de diméticone (huile de silicone) sont largement utilisés en raison de leur bonne tolérance et de leur mode d'action mécanique qui limite les phénomènes de résistance : ils paralysent les poux en les engluant et obstruent leurs orifices respiratoires. Le temps de pénétration au niveau de l'arbre respiratoire est variable selon le fluidifiant associé à la diméticone, expliquant les différents temps d'application indiqués par le fabricant. Leur action ovicide est limitée et leur utilisation est donc à renouveler sept à dix jours après la première application. Aucune étude ou cas clinique n'a évalué l'efficacité de la diméticone sur la pédiculose pubienne.

Une seule étude randomisée contrôlée (14) sur un effectif conséquent a montré un taux d'éradication de 95% chez des patients traités par ivermectine par voie orale (400 µg/kg) comparé au malathion 0,5% pour une pédiculose du cuir chevelu. La forme topique a également montré des résultats satisfaisants (13) dans cette même indication.

Une 2ème prise/application est recommandée à 7-10 jours afin d'éradiquer les poux qui auraient éclot dans l'intervalle car l'ivermectine n'a pas d'activité ovicide (14). Aucun cas d'utilisation de l'ivermectine topique dans la pédiculose pubienne n'est rapporté dans la littérature. En France, l'ivermectine par voie orale ou topique n'a pas l'AMM pour le traitement de la pédiculose pubienne.

La plupart des échecs de traitement sont liés à une mauvaise observance des traitements topiques, à l'utilisation d'une galénique inadaptée, un non-respect des mesures associées, ou lié à une réinfestation (5). Cependant, des cas de résistance de *Pthirus pubis* aux insecticides ont été décrits (22).

En cas d'échec d'une première ligne de traitement bien conduite avec respect des mesures associées et traitements des partenaires, il est recommandé de réaliser une 2ème ligne par une autre molécule.

Compte tenu du nombre limité des produits disponibles actuellement, nous proposons, en association systématique avec les mesures associées :

Forme limitées/localisées

Traitement de 1ère ligne

- Permethrine crème 5% à appliquer sur les zones atteintes à rincer après 10 minutes. A répéter après 7-10 jours. Hors AMM. (accessible dès l'âge de 2 mois)

Ou

- Diméticone lotion : 1 application sur les zones atteintes, temps d'application variable (habituellement 10-15', se référer aux recommandations du fabricant), puis rincer. Traitement à renouveler à J7-J10. Hors AMM. (accessible dès l'âge de 6 mois). (AE)

Traitement de 2ème ligne, en cas d'échec :

- Vérifier l'absence de réinfestation et que les partenaires ont bien été traités
- Changer la classe thérapeutique utilisée en 1ère ligne (si perméthrine, passer à la diméticone et vice versa) (AE)

Traitement de 3ème ligne, en cas d'échec

- Vérifier l'absence de réinfestation et que les partenaires ont bien été traités
- Ivermectine 200 µg/kg, à renouveler à J7-J10, en une seule prise après le repas. Hors AMM.

(accessible pour un poids >15 kg)

Forme profuse

- Ivermectine 200 µg/kg, à renouveler à J7-J10, en une seule prise après le repas. Hors AMM.

(accessible pour un poids >15 kg)

Cas particulier chez la femme enceinte et allaitante (données du CRAT) (23):

L'utilisation de la perméthrine en crème ou de la diméticone est possible quel que soit le terme de la grossesse (24). Leur utilisation est possible en cours d'allaitement, il conviendra de ne pas mettre l'enfant au sein pendant la durée d'application.

Les données publiées chez les femmes enceintes exposées à l'ivermectine en cours de grossesse en prise orale unique sont nombreuses et rassurantes. L'utilisation de l'ivermectine par voie orale est possible en cours d'allaitement. Il n'y a pas de donnée publiée chez des femmes enceintes exposées à l'ivermectine par voie cutanée.

Chez la femme enceinte, on utilisera de préférence un traitement cutané : perméthrine en crème ou diméticone en 1ère intention.

Si le traitement par voie cutanée ne convient pas ou n'est pas suffisant, l'ivermectine peut être utilisée quel que soit le terme de la grossesse en prise unique, renouvelable une semaine plus tard si besoin.

Mesures associées :

La dépilation (rasage, épilation) des zones atteintes est recommandée et pourrait permettre à elle seule un traitement efficace de l'infestation dans des localisations limitées.

Application du traitement local sur peau lavée et séchée, sur toutes les zones suspectées atteintes.

Retrait des lentes au peigne fin et/ou à la pince à épiler.

Lavage des vêtements et de la literie à 60°C minimum (25).

Dépistage et traitement du ou des partenaires.

Proposition d'aide à la notification aux partenaires.

Recherche des autres IST.

Un contrôle clinique est recommandé à la fin du traitement.

En association systématique avec les mesures associées

Forme limitées/localisées :

1ère ligne :

- Permethrine crème 5% à appliquer sur les zones atteintes à rincer après 10 minutes. A répéter après 7-10 jours. Hors AMM. (AE)

ou

- Diméticone lotion : 1 application sur les zones atteintes, temps d'application variable (habituellement 10-15', se référer aux recommandations du fabricant), puis rincer. Traitement à renouveler à J7-J10. Hors AMM. (AE)

2ème ligne, en cas d'échec :

- Vérifier l'absence de réinfestation et que les partenaires ont bien été traités (AE)
- Changer la classe thérapeutique utilisée en 1ère ligne (si perméthrine, passer à la diméticone et vice versa) (AE)

3ème ligne, en cas d'échec

- Vérifier l'absence de réinfestation et que les partenaires ont bien été traités (AE)
- Ivermectine 200 µg/kg, à renouveler à J7-J10, en une seule prise après le repas. Hors AMM. (accessible pour un poids >15 kg) (AE)

Forme profuse

- Ivermectine 200 µg/kg, à renouveler à J7-J10, en une seule prise après le repas. Hors AMM. (accessible pour un poids >15 kg) (AE)

Chez la femme enceinte, on utilisera de préférence un traitement topique : perméthrine en crème ou diméticone en 1ère intention. (AE)

Si le traitement par voie cutanée ne convient pas ou n'est pas suffisant, l'ivermectine peut être utilisée quel que soit le terme de la grossesse. (AE)

Mesures associées (AE) :

- Dépilation (rasage, épilation) des zones atteintes
- Application du traitement local sur peau lavée et séchée, sur toutes les zones suspectées atteintes.
- Retrait des lentes au peigne fin et/ou à la pince à épiler.
- Lavage des vêtements et de la literie à 60°C (25).
- Dépistage et traitement du ou des partenaires.
- Proposition d'aide à la notification aux partenaires.
- Recherche des autres IST
- Contrôle clinique à la fin du traitement

Mesures préventives générales :

La santé sexuelle est un tout, et le diagnostic d'infection sexuellement transmissible peut être traumatisant. Le traitement médicamenteux d'une infection sexuellement transmissible ne saurait résumer sa prise en charge. Le patient infecté par *Pthirus inguinalis* doit bénéficier des conseils appropriés en matière de prévention de toutes les IST, des violences sexuelles et de la grossesse, et se voir proposer, le cas échéant, une orientation facilitée vers des dispositifs tels que la PrEP, les traitements post-exposition, ou les centres d'orthogénie.

3. Cas particulier de l'atteinte ciliaire

Tableau 1 : Résultats des recommandations de bonne pratique

Auteur, année, pays	Titre	Résultats de la recommandation
Workowski KA, et al. CDC, 2021 (8)	STI Treatment Guidelines Update	<ul style="list-style-type: none"> - Gelée de pétrole (vaseline) : 1 application 2 fois par jour au niveau des cils, pendant 10 jours.
Salavastru CM, et al. JEADV, 2017 (9)	European guideline for the management of pediculosis pubis	<ul style="list-style-type: none"> - Pommade ophtalmique à base de paraffine ou oxyde jaune de mercure : 1 application 2 x par jour pendant 8-10 jours - Ivermectine 200 µg/kg à renouveler à J7 - Perméthrine 1% appliqué sur les cils, à rincer au bout de 10 minutes -
Chartier C, et al. SFD 2016 (10)	MST mineures	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure mécanique : retrait des lentes et des adultes à la pince - Malathion lotion : 1 application au coton tige - Perméthrine 1% - Pommade ophtalmique - Vaseline

Tableau 2 : Études cliniques (ECR, études rétrospectives, études prospectives, études transversales) portant sur la prise en charge thérapeutique de l'atteinte ciliaire à Phtiriasis pubis

Auteur, Année, Revue Référence	Type d'étude	Objectif	Population	Méthode/mesures	Résultats et significations Commentaires
Fouda I, et al. 2021. JAAD (26)	Case report	Efficacité de l'ivermectine dans le traitement de la pthirose ciliaire	1 enfant 8 ans	Ivermectine 200 µg/kg J1/J8	Éradication de la pthirose ciliaire sous traitement
Dredge JH, et al. 2019. Ophthalmology (27)	Case report	Efficacité de l'ivermectine dans le traitement de la pthirose ciliaire	1 homme 75 ans	Ivermectine 200 µg/kg J1/J14	Éradication de la pthirose ciliaire sous traitement (contrôle à M1)
Karabela Y, et al. 2015. Case Rep Med. (28)	Case report	Efficacité de la vaseline et de la perméthrine shampooing dans le traitement de la pthirose ciliaire	1 homme de 45 ans	Vaseline + perméthrine 1% shampooing 1 semaine	Éradication de la pthirose ciliaire sous traitement
Kumar N, et al. 2003. Eye (29)	Case report	Efficacité du pilogel (Pilocarpine 4%) dans le traitement de la pthirose ciliaire	2 enfants	Application pilogel 4% 2 fois par jour (durée 7-10j)	Éradication de la pthirose ciliaire sous traitement

Burkhart CN, et al. 2000. Arch Ophthalmol. (30)	Séries de cas	Efficacité de l'ivermectine orale dans le traitement de la phtirose ciliaire en échec d'un traitement local par gamma benzenehexachloride shampooing	4 patients entre 3 et 10 ans.	Ivermectine orale 200 µg/kg J1/J8	Taux d'éradication 100% (4/4)
---	---------------	--	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Synthèse et proposition de recommandations

Les données portants sur la prise en charge thérapeutique de l'atteinte ciliaire à *Pthirus pubis* reposent essentiellement sur des cas cliniques ou des courtes séries de cas.

Certains produits ne sont pas disponibles en France, notamment l'oxyde jaune de mercure ou le malathion.

La perméthrine en crème à 5% ne nous parait pas recommandable compte tenu du risque d'irritation oculaire et de la difficulté d'application.

La diméticone en collyre (cicatrisant oculaire) était commercialisé jusqu'en 2019 mais n'est plus disponible actuellement. L'absence de données cliniques concernant l'utilisation de la diméticone sur l'atteinte ciliaire ne nous permet pas de recommander son utilisation dans cette indication.

L'efficacité de la pilocarpine chez 2 enfants ne nous permet pas de nous positionner sur l'utilisation de ce produit (29).

Par conséquent nous recommandons :

Traitement de 1ère ligne :

- Mesure mécanique : retrait manuel des lentes et des adultes
- Et application de pommade à base de paraffine ou de gelée de pétrole (vaseline) : 1 application 2 fois par jour au niveau des cils, pendant 10 jours.

En cas d'échec :

- Ivermectine 200 µg/kg à renouveler à J7-J10, en une seule prise après le repas. Hors AMM. (accessible pour un poids > 15kg)

Les mesures associées doivent être systématiques :

- Traitement des autres régions atteintes selon les recommandations spécifiques
- Retrait manuel des morpions et des lentes
- Lavage des vêtements et de la literie à 60°C
- Dépistage et traitement du ou des partenaires.
- Recherche des autres IST
- Un contrôle clinique est recommandé à la fin du traitement.

1ère ligne :

- Mesure mécanique : retrait manuel des lentes et des adultes (AE)
- Vaseline : 1 application 2 fois par jour au niveau des cils, pendant 10 jours (AE)

2e ligne, en cas d'échec :

- Ivermectine 200 µg/kg à renouveler à J7-10, en une seule prise après le repas. Hors AMM. (accessible pour un poids >15 kg) (AE)

Les mesures associées doivent être systématiques (AE) :

- Traitement des autres régions atteintes selon les recommandations spécifiques
- Retrait manuel des morpions et des lentes
- Lavage des vêtements et de la literie à 60°C
- Dépistage et traitement du ou des partenaires.
- Proposition d'aide à la notification aux partenaires.
- Recherche des autres IST.
- Contrôle clinique à la fin du traitement.
-

Mesures préventives générales (AE) :

La santé sexuelle est un tout, et le diagnostic d'infection sexuellement transmissible peut être traumatisant. Le traitement médicamenteux d'une infection sexuellement transmissible ne saurait résumer sa prise en charge. Le patient infecté par *Pthirus inguinalis* doit bénéficier des conseils appropriés en matière de prévention de toutes les IST, des violences sexuelles et de la grossesse, et se voir proposer, le cas échéant, une orientation facilitée vers des dispositifs tels que la PrEP, les traitements post-exposition, ou les centres d'orthogénie.

Chez l'enfant, la survenue d'une phtirose ciliaire doit faire envisager la transmission suite à des violences sexuelles. Un signalement au procureur de la République devra être fait le cas échéant.

Méthode de travail

Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Le CNS et l'ANRS/MIE ont sollicité l'HAS, pour la rédaction de recommandations de bonne pratique dans le cadre d'un processus de labellisation par la HAS des recommandations émises. Le CNS et l'ANRS/MIE sont promoteurs du projet et ont désigné un coordinateur et des chargés de projet pour la rédaction de ces RBP. Les travaux ont été accompagnés par la HAS et confiés à un chef de projet de la HAS.

Coordination du projet

Les RBP sur ce sujet ont suivi la méthodologie de la HAS. Ainsi le déroulement de la RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, s'est fait sous la responsabilité d'un coordinateur du CNS et de l'ANRS/MIE, chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.
- Le chef de projet de la HAS a été chargé de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature.

Le coordinateur du CNS et de l'ANRS/MIE et le chef de projet de la HAS ont veillé à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permet d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel a été constitué par le CNS et l'ANRS/MIE. Il comprenait les membres suivants :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'utilisateurs ;
- et si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Le coordinateur du groupe de travail a été désigné par le CNS et l'ANRS/MIE pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Des chargés de projet ont été également désignés par le CNS et l'ANRS/MIE pour identifier, sélectionner, analyser la littérature, et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; Ils ont également rédigé les recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

Comme demandé dans la méthodologie de la HAS :

La rédaction de l'argumentaire scientifique a reposé sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire a été systématique, hiérarchisée et structurée, avec l'aide d'un documentaliste de la HAS. Le coordinateur, et les chargés de projet ont participé à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par le documentaliste de la HAS. Celle-ci a été effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis a été effectuée par les chargés de projet, le coordinateur en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu a été analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature a permis de préciser le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se sont réunis à 6 reprises, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigées par les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, le groupe de lecture a comporté 23 professionnels élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il a été consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et a donné un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture ont donné aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture ont été ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui a modifié l'argumentaire et rédigé la version finale des recommandations, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C ou AE selon l'échelle proposée par la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP a été soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, le CNS et l'ANRS/MIE et la HAS mettent en ligne sur leurs sites Internet la fiche pratique, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de validation des déclarations d'intérêts (CVDI).

Les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site DPI-Santé : <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home>

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Références bibliographiques

1. Varela JA, Otero L, Espinosa E, Sánchez C, Junquera ML, Vázquez F. Phthirus pubis in a sexually transmitted diseases unit: a study of 14 years. *Sex Transm Dis.* avr 2003;30(4):292-6.
2. Dholakia S, Buckler J, Jeans JP, Pillai A, Eagles N, Dholakia S. Pubic Lice: An Endangered Species? *Sexually Transmitted Diseases.* juin 2014;41(6):388-91.
3. Anderson AL, Chaney E. Pubic Lice (Phthirus pubis): History, Biology and Treatment vs. Knowledge and Beliefs of US College Students. *Int J Environ Res Public Health.* Févr 2009;6(2):592-600.
4. Tala-Ighil T, Monsel G. [Scabies and pediculosis]. *Rev Prat.* mars 2020;70(3):e75-81.
5. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet.* 4 mars 2000;355(9206):819-26.
6. Item 167 – UE 6 Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose. *Annales de dermatologie et de vénéréologie.* mars 2018;145 Suppl 1:S108-13.
7. Ko CJ, Elston DM. Pediculosis. *J Am Acad Dermatol.* janv 2004;50(1):1-12; quiz 13-4.
8. Workowski KA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021 70. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7004a1.htm>
9. Salavastru CM, Chosidow O, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of pediculosis pubis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* sept 2017;31(9):1425-8.
10. Chartier C, Chosidow O, Janier M, Dupin N, Alcaraz I, Spenatto N, et al. [Minor STD]. *Ann Dermatol Venereol.* nov 2016;143(11):746-8.
11. Heukelbach J, Wolf D, Clark JM, Dautel H, Roeschmann K. High efficacy of a dimeticone-based pediculicide following a brief application: in vitro assays and randomized controlled investigator-blinded clinical trial. *BMC Dermatology.* 18 oct 2019;19(1):14.
12. Burgess IF, Brunton ER, Burgess NA. Single application of 4% dimeticone liquid gel versus two applications of 1% permethrin creme rinse for treatment of head louse infestation: a randomised controlled trial. *BMC Dermatology.* 1 avr 2013;13(1):5.
13. Pariser DM, Meinking TL, Bell M, Ryan WG. Topical 0.5% Ivermectin Lotion for Treatment of Head Lice. *New England Journal of Medicine.* 1 nov 2012;367(18):1687-93.
14. Chosidow O, Giraudeau B, Cottrell J, Izri A, Hofmann R, Mann SG, et al. Oral ivermectin versus malathion lotion for difficult-to-treat head lice. *N Engl J Med.* 11 mars 2010;362(10):896-905.
15. Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: Randomized observer blinded comparative trial. *BMC Infectious Diseases.* 10 sept 2008;8(1):115.
16. Burgess 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.* 7 nov 2007;2(11):e1127.
17. Burgess IF, Brown CM, Lee PN. Treatment of head louse infestation with 4% dimeticone lotion: randomised controlled equivalence trial. *BMJ.* 18 juin 2005;330(7505):1423.
18. Burkhart CG, Burkhart CN. Oral ivermectin for Phthirus pubis. *Journal of the American Academy of Dermatology.* déc 2004;51(6):1037.
19. Kalter DC, Sperber J, Rosen T, Matarasso S. Treatment of pediculosis pubis. Clinical comparison of efficacy and tolerance of 1% lindane shampoo vs 1% permethrin creme rinse. *Arch Dermatol.* oct 1987;123(10):1315-9.
20. Newsom JH, Fiore JL, Hackett E. Treatment of infestation with Phthirus pubis: comparative efficacies of synergized pyrethrins and gamma-benzene hexachloride. *Sex Transm Dis.* 1979;6(3):203-5.
21. ANSM. Actualité - Arrêt de commercialisation de la lotion anti-poux Prioderm à la suite du renforcement de ses conditions de prescription. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/arrêt-de-commercialisation-de-la-lotion-anti-poux-prioderm-a-la-suite-du-renforcement-de-ses-conditions-de-prescription>
22. Speare R, Koehler JM. A case of pubic lice resistant to pyrethrins. *Aust Fam Physician.* juin 2001;30(6):572-4.
23. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte. Disponible sur: <https://www.le-crat.fr/>
24. Mytton OT, McGready R, Lee SJ, Roberts CH, Ashley EA, Carrara VI, et al. Safety of benzyl benzoate lotion and permethrin in pregnancy: a retrospective matched cohort study. *BJOG.* mai 2007;114(5):582-7.
25. Izri A, Chosidow O. Efficacy of machine laundering to eradicate head lice: recommendations to decontaminate washable clothes, linens, and fomites. *Clin Infect Dis.* 15janv 2006;42(2):e9-10.
26. Fouda I, Nofal A, Fawzy MM, Eldeeb F. Treatment of childhood phthiriasis palpebrarum with systemic ivermectin. *JAAD Case Reports.* août 2021;14:75-7.
27. Dredge JH, Winter TW, Alset AE. Phthiriasis Palpebrarum Treated with Oral Ivermectin. *Ophthalmology.* juin 2019;126(6):791.
28. Karabela Y, Yardimci G, Yildirim I, Atalay E, Karabela SN. Treatment of Phthiriasis Palpebrarum and Crab Louse: Petrolatum Jelly and 1% Permethrin Shampoo. *Case Rep Med.* 2015;2015:287906.
29. Kumar N, Dong B, Jenkins C. Pubic lice effectively treated with Pilogel. *Eye.* mai 2003;17(4):538-9.
30. Burkhart CN, Burkhart CG. Oral Ivermectin Therapy for Phthiriasis Palpebrum. *Archives of Ophthalmology.* 1 janv 2000;118(1):134-5. Ici les références bibliographiques

Participants

Groupe de travail

Dr Gentiane MONSEL, dermatologue, Paris

Dr Cécile BRIN, dermatologue, Chambéry

Dr Sébastien FOUERE, dermatologue, Paris

Dr Arezki IZRI, parasitologue, Avicenne

Groupe de lecture

Dr Claire BERNIER, dermatologue, Nantes

Mme Iris BICHARD, Infirmière, Paris

Dr Bénédicte CHAINE SIDIBÉ, Dermatologue, Paris

Dr Olivier CHOSIDOW, Dermatologue, Paris

Dr Jean-Noël DAUENDORFFER, Dermatologue, Paris

Dr Stéphane DAVID, médecin CeGIDD, Paris

Dr Isabelle ETIENNEY, Proctologue, Paris

Dr Guillaume FATSCHER, Médecin généraliste, Paris

Dr Matthieu GODINOT Matthieu, médecin CeGIDD, Lyon

Dr Marieke GEMINEL, médecin généraliste, Champigny Sur Marne

Dr Florian HERMS, Dermatologue, Paris

Dr Evguenia KRASTINOVA, Infectiologue, Créteil

Dr Caroline LASCOUX-COMBE, Maladies infectieuses et tropicales, Paris

Dr Victoria MANDA Infectiologue, Paris

Dr Michel OHAYON Médecin généraliste – Sexologue, Paris

Dr Dominique PATAUT, Dermatologue, Paris

Dr Bao PHUNG, maladies infectieuses, Paris

Dr Florence POIZEAU, Dermatologue, Rennes

Dr Romain SALLE, dermatologue, CeGIDD, Boulogne-Billancourt

Dr Nathalie SPENATTO, Dermato-vénérologue, Toulouse

M Lucas VALLET, TRT5/CHV, Paris

Remerciements

Le CNS, l'ANRS-MIE et la HAS tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus

Abréviations et acronymes

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ANSM	Agence Nationale Sécurité du Médicament
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNS	Conseil National du Sida et des hépatites virales
HAS	Haute Autorité de santé
IST	Minutes
Min	Société Française de Dermatologie
SFD	Infection Sexuellement Transmissible
SS	Sécurité Sociale
VS	Versus

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

