

Références

1. Cummings SR, Eckert S, Grady D et al. The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the MORE randomized trial. *JAMA* 1999;281:2189-97.
2. Ettinger B, Black DM, Mitlak BH et al. Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene: results of a 3-year randomised clinical trial. *JAMA* 1999;282:637-45.
3. Vermeire E. Raloxifène en het risico op borstkanker. *Huisarts Nu (Minerva)* 2001;30:84-7.
4. Cauley J, Norton L, Lippman ME et al. Continued breast cancer risk reduction in postmenopausal women treated with raloxifene: 4-year results from the MORE trial. *Breast Cancer Res Treat* 2001;65:125-34.
5. Vermeire E, van Maeckelenbergh A, Van Pyenbroeck K et al. Les traitements adéquats pour la prévention des fractures liées à l'ostéoporose. Synthèse de la littérature. Réunion de Consensus, 26 mai 2005. Bruxelles: INAMI, 2005.
6. Cuzick J, Powles T, Veronesi U et al. Overview of the main outcomes in breast-cancer trials. *Lancet* 2003;261:296-300.
7. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. www.cbip.be

Traitement mécanique ou chimique de la pédiculose du cuir chevelu?

Hill N, Moor G, Cameron MM et al. Single blind, randomised, comparative study of the Bug Buster kit and over the counter pediculicide treatments against head lice in the United Kingdom. *BMJ* 2005;331:384-7.

Analyse: H. Lapeere, M. Van Driel

RÉSUMÉ

Question clinique

Quelle est l'efficacité du «Bug Buster kit» en comparaison avec celle de l'application unique d'une solution aqueuse à 0,5% de malathion ou à 1% de perméthrine dans le traitement des poux du cuir chevelu chez les enfants?

Contexte

Une réduction de l'efficacité d'un traitement chimique du pou du cuir chevelu est observée, en partie liée à une résistance croissante. Le peignage de cheveux mouillés à l'aide d'un baume pour cheveux («crème après rinçage») est une méthode de dépistage fort utilisée qui pourrait avoir une valeur thérapeutique. Cette technique a été l'objet d'une RCT exécutée dans une région à résistance intermédiaire (pays de Galles), mais avec peu de succès (38% de guérison versus 78% après deux applications d'un traitement pédiculicide). Depuis lors, la qualité du nommé «Bug Buster kit» s'est améliorée. Sa pertinence dans un contexte de pratique quotidienne effective n'avait pas encore été analysée.

Population étudiée

Sont inclus, 133 enfants âgés de 2 à 15 ans originaires d'Angleterre et d'Écosse présentant des poux du cuir chevelu vivants n'ayant pas eu de traitement contre la pédiculose en-dehors des trois semaines. Les autres membres de la famille ne peuvent être atteints ou doivent également être traités pour la pédiculose. Le recrutement s'est fait au départ de pratiques de médecine générale, soutenu par une publicité à l'aide d'affiches posées dans les écoles et les pharmacies.

Méthodologie

Dans cette étude clinique randomisée, l'efficacité du «Bug Buster kit» (n=62) est comparée à celle d'une solution aqueuse d'un pédiculicide (malathion 0,5% ou perméthrine 1%) (n=71). Le «Bug Buster kit» contient des peignes à poux et une brochure d'information. Le mode d'emploi recommande d'appliquer une bonne quantité d'un baume («conditionner») sur les cheveux précédemment lavés, ensuite de pei-

gner les cheveux de façon systématique à l'aide du peigne à poux. Cette procédure est appliquée aux jours 1, 5, 9 et 13. Selon le mode d'emploi des traitements chimiques, une application unique du produit suffirait. Les parents ont appliqué le traitement sans avoir reçu d'explication complémentaire de la part de l'équipe de recherche.

Mesure des résultats

La présence de poux vivants est vérifiée à l'aide de la méthode de peignage de cheveux mouillés au jour 15 pour le «Bug Buster kit» et au jour 5 pour le traitement chimique. L'analyse est faite sur les données des enfants ayant terminé l'étude. Une analyse complémentaire est fournie portant sur l'influence des données manquantes sur les résultats.

Résultats

Seuls 7 enfants (6 dans le bras «Bug Buster kit» et 1 dans le bras traitement chimique) ne sont pas repris dans l'analyse finale. Le pourcentage de guérison dans le groupe «Bug Buster kit» est quatre fois plus important que celui du traitement chimique (57% versus 13%; RR 4,4; IC à 95% de 2,3 à 8,5). Le NST pour le «Bug Buster kit» comparé au traitement pédiculicide est de 2,26. La différence entre les deux traitements reste statistiquement significative après inclusion des données manquantes.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que le «Bug Buster kit» est une alternative valable au traitement chimique des poux du cuir chevelu chez les enfants.

Financement

Une bourse de la loterie nationale a été accordée au chercheur et à la «Community Hygiene Concern», producteur du Bug Buster kit.

Conflits d'intérêt

Un des auteurs a obtenu des fonds de recherche concernant des produits pédiculicides, mais non ceux évalués dans cette étude.



DISCUSSION

Considérations sur la méthodologie

Les poux du cuir chevelu se rencontrent fréquemment chez les écoliers. Une étude épidémiologique effectuée à Gand a montré une contamination active de 8,9% des écoliers d'école primaire examinés¹. Dans nos pays voisins, une résistance aux produits pédiculicides a déjà été montrée et ce problème est sans doute présent de façon croissante en Belgique également, mais nous ne disposons pas de chiffres précis à ce sujet. Un traitement mécanique, tel que le Bug Buster kit, pourrait offrir une réponse à ce problème. C'est de surcroît une solution plus sûre, vu qu'elle ne recourt à aucun produit chimique.

Les auteurs n'utilisent pas une méthodologie en double aveugle, mais veillent à ce que l'infirmière réalisant les contrôles ne soit pas informée de la méthode utilisée. Par ailleurs, la mise en aveugle des participants aurait impliqué que tous soient soumis au peignage (les enfants traités par méthode chimique également), ce qui aurait influencé le résultat.

Un point fort positif de cette étude est le fait qu'elle essaie de rester aussi proche que possible de la pratique quotidienne, c.-à-d. qu'aucune instruction complémentaire n'est donnée aux parents. Pour le «Bug Buster kit», les parents utilisent leur propre baume après rinçage et pour le traitement chimique, ils sont supposés suivre les instructions du producteur. Selon leurs indications, le produit pédiculicide ne doit être appliqué qu'une seule fois. Le médecin de famille s'en tient au seul conseil de vérifier la présence de poux chez les autres membres de la famille. Malgré ces conditions «réalistes», la représentativité de la population incluse reste imprécise. Nous ignorons combien d'enfants éligibles ont finalement été inclus, ce qui peut avoir influencé les résultats. Nous ne savons également pas la proportion exacte d'enfants peignés sur cheveux mouillés qui ont été effectivement peignés lorsqu'ils ont été contrôlés après 15 jours. Une étude antérieure avait montré que seuls 16% des participants avaient subi le cycle de peignage complet après deux semaines (quatre séances de peignage mouillé réparties sur deux semaines)^{2,3}. Le fait que les évaluations aient lieu à des moments différents peut être critiqué: au jour 5 pour les enfants chez qui un produit chimique a été utilisé et au jour 15 pour la méthode Bug Buster; les enfants «Bug Buster» ont été exposés à la réinfestation durant dix jours supplémentaires, ce qui aurait pu donner de moins bons résultats pour cette méthode.

Autres études

Plusieurs synthèses méthodiques ont été publiées concernant le traitement des poux du cuir chevelu; toutes regrettent

l'absence de bonnes études^{5,6}. Les fondements de l'efficacité d'un traitement chimique ne sont pas mieux lotis. Les comparaisons avec des traitements mécaniques sont rares. Les résultats de cette étude contrastent avec ceux d'une autre étude qui compare le «Bug Buster kit» avec un traitement à base de malathion. Cette dernière étude montre que le pourcentage de guérison de la méthode chimique est 2,8 fois plus élevé que celui du «Bug Buster kit»². Une différence importante dans l'étude de Hill et coll. est l'application unique du pédiculicide, telle que mentionnée par le producteur. Aucun produit ne peut se targuer de tuer toutes les lentes après une seule application, de sorte qu'une deuxième application après sept jours est souvent nécessaire⁴. Ceci peut, en partie, expliquer le faible pourcentage de guérison avec les produits chimiques. Les pourcentages de guérison des traitements chimiques sont fort tributaires du produit utilisé, de leur application correcte et des profils de résistance locaux.

Pour la pratique

Dans cette étude, le pourcentage de guérison observé avec le Bug Buster kit n'est que de 57%. Même si c'est quatre fois plus important qu'avec le produit chimique, ceci signifie néanmoins que ce traitement n'a débarrassé de ses poux qu'un peu plus d'un enfant sur deux. Par ailleurs, il faut souligner que le «Bug Buster kit» utilisé dans cette étude est une boîte qui contient des petits peignes spécifiques et un mode d'emploi, ce qui est différent de la méthode du peignage de cheveux mouillés promue en Belgique (le baume est appliqué sur des cheveux mouillés qui n'ont pas été lavés auparavant). Les résultats ne peuvent pas être extrapolés sans plus à l'utilisation d'autres peignes ni à d'autres procédures. L'efficacité clinique de la méthode mécanique en comparaison à l'utilisation de pédiculicides dépend également des résistances locales. Au plus la résistance grandira, au plus le peignage de cheveux mouillés sera plus favorable. Alternative attrayante donc aux produits chimiques: non toxique, pouvant être répétée sans difficulté, n'entraînant pas de résistance et bon marché. Par contre, dans la pratique, bien des personnes ne pourront trouver le temps de peigner durant des semaines, tous les trois à quatre jours, de façon intensive, les cheveux mouillés. L'application d'un produit chimique est plus rapide et plus simple et ne doit être réalisée que deux fois. L'efficacité clinique des produits chimiques est cependant variable^{5,6}. La combinaison des deux méthodes est-elle une solution? Dans une région américaine à haute résistance, l'utilité (efficacité pratique) n'a pu être augmentée en combinant un traitement chimique à un peignage (sur cheveux secs)⁷.

CONCLUSION



Cette étude réalisée chez des enfants, montre qu'un traitement des poux du cuir chevelu à l'aide du «Bug Buster kit», comprenant le peignage de cheveux mouillés, offre un pourcentage de guérison plus élevé comparé à l'application unique d'une solution aqueuse de malathion à 0,5% ou de perméthrine à 1%. Un enfant sur deux n'est cependant pas encore débarrassé de ses poux après deux semaines. Le traitement par peignage de cheveux mouillés n'est pas toxique, n'induit pas de résistance et est bon marché; il exige habileté et discipline de la part des parents qui doivent l'appliquer. D'autres études sont nécessaires pour déterminer la faisabilité et l'acceptabilité de cette méthode en première ligne de soins et en fonction des différents profils de résistance, pour déterminer sa place exacte dans le protocole de traitement des poux du cuir chevelu chez les enfants.

Références

1. Willems S, Lapeere H, Haedens N et al. The importance of socio-economic status and individual characteristics on the prevalence of head lice in schoolchildren. *Eur J Dermatol* 2005;15:387-92.
2. Roberts RJ, Casey D, Morgan DA, Petrovich M. Comparison of wet combing with malathion for treatment of headlice in the UK: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356:540-4.
3. Roberts RJ. Assessment of Bug Busting cure rate not reliable. [e-letter] BMJ. <http://bmjjournals.com/cgi/eletters/331/7513/384>
4. Meinking TL. Infestations. *Curr Probl Dermatol* 1999;11:73-120.
5. Vander Stichele RH, Dezeure EM, Bogaert MG. Systematic review of clinical efficacy of topical treatments for head lice. *BMJ* 1995;311:604-8.
6. Dodd CS. Interventions for treating headlice. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2.
7. Reusens N. Shampooing à base de perméthrine avec ou sans peignage pour les poux de tête? *MinervaF* 2004;3(5):80-1.

Antibiotiques en cas d'infection respiratoire inférieure: prescription immédiate, différée ou absente?

Little P, Rumsby K, Kelly J et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:3029-35.

Analyse: S. Coenen, M. van Driel

RÉSUMÉ

Question clinique

Quelle est l'efficacité de trois stratégies de prescription différentes (prescription d'antibiotiques d'emblée, prescription différée ou pas d'antibiotiques prescrits) accompagnées d'un dépliant informatif, sur la durée et sur la sévérité des symptômes en cas d'infection respiratoire inférieure?

Contexte

Bien que les synthèses méthodiques concernant l'efficacité des antibiotiques en cas d'infection des voies respiratoires inférieures arrivent à des conclusions contradictoires, il existe un consensus pour limiter l'usage des antibiotiques dans les infections respiratoires inférieures. La stratégie la mieux adaptée pour atteindre ce but n'est pas déterminée. Pour les infections des voies respiratoires supérieures, la non prescription ou la remise d'une prescription différée semble être efficace chez 70 à 90% des patients et donne un contrôle acceptable des symptômes associé à une satisfaction¹. Il n'est pas sûr que cette observation puisse être extrapolée aux infections des voies respiratoires inférieures. L'efficacité de la remise d'une information écrite concernant l'évolution naturelle de l'infection n'est également pas évidente.

Population étudiée

Trente-sept généralistes anglais ont recruté des patients âgés de plus de trois ans qui présentaient une infection aiguë des voies respiratoires inférieures non compliquée, définie comme une affection aiguë (≥ 21 jours) avec de la toux comme symptôme principal et au moins un symptôme référant aux voies respiratoires inférieures (crachats, douleur thoracique, dyspnée, sibilances). Les patients chez lesquels une pneumonie est suspectée sur base de l'anamnèse ou de l'examen clinique sont exclus. Les patients présentant de l'asthme, d'autres pathologies pulmonaires aiguës ou chroniques, une pathologie cardiovasculaire, une affection psy-

chiatric, une démence ou des complications d'épisodes antérieurs d'infection respiratoire basse sont également exclus. Finalement, 807 patients d'un âge moyen de 39 ans (17% <16 ans et 17% >60 ans) sont inclus dans l'étude.

Méthodologie

Les patients sont répartis dans cette étude randomisée contrôlée (RCT) en ouvert selon un **factorial design** dans six bras d'études: selon la stratégie de prescription (antibiotique d'emblée (n=262), prescription d'antibiotiques différée (n=272) ou pas d'antibiotiques (n=273)) et selon la remise ou non d'un dépliant informatif (près de la moitié dans chaque groupe). L'antibiotique prescrit est l'amoxicilline 250 mg trois fois par jour durant dix jours. Le patient peut obtenir la prescription différée sans reconsulter le médecin s'il estime que les symptômes ne se sont pas améliorés après quatorze jours. Les médecins conseillent des antalgiques à tous les patients, expliquent l'évolution naturelle et encouragent la stratégie de prescription proposée. Le dépliant informe sur l'évolution naturelle, répond aux questions principales que les patients se posent et précise quand un médecin doit être reconsulté.

Mesure des résultats

Les patients notent quotidiennement, dans un journal, la sévérité de six symptômes (toux, dyspnée, crachats, santé, troubles du sommeil, interruption des activités), le taux de satisfaction concernant le traitement et la confiance dans l'efficacité des antibiotiques. La durée de la toux et la sévérité des six symptômes forment le critère de jugement primaire. L'analyse est faite en intention de traiter.

Résultats

Après trois semaines, 562 patients (70%) rapportent leur journal totalement complété et des informations concernant la durée et la sévérité des symptômes de 78 patients supplémentaires (10%) sont également disponibles. La toux dure en moyenne 11,7 jours (chez 25% ≥ 17 jours). Il

