



GUIDE DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DES AFFECTIONS PRIORITAIRES AU PREMIER ECHELON

*Photo panoramique d'un CSPS
(Dispensaire, Maternité, Dépôt MEG)*

4^{ème} Édition

FEVRIER 2024

Table des matières

PREFACE.....	7
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	8
I. INTRODUCTION	10
II. OBJECTIFS DU GUIDE.....	11
III. DESCRIPTION DU GUIDE	12
IV. ETAPES DE L'UTILISATION DES ORDINOGRAMMES.....	14
V. COMMENT LIRE LES ORDINOGRAMMES.....	18
SECTION I. PATHOLOGIE ABDOMINO – DIGESTIVE	20
BALLONNEMENT ABDOMINAL / DISTENSION ABDOMINALE	21
CONSTIPATION	23
DIARRHEE	25
MAL A LA BOUCHE 1: BOUCHE ROUGE.....	27
MAL A LA BOUCHE 2 : ULCERATION BUCCALE	29
MAL AU VENTRE	31
PRURIT ANAL ET/OU EXPULSION D'UN PARASITE	33
SANG DANS LES SELLES	35
VOMISSEMENTS / NAUSÉES	37
SECTION II. PATHOLOGIE CARDIO–RESPIRATOIRE ET ORL	39
DOULEURS THORACIQUES NON IRRADIANTES	40
DOULEURS THORACIQUES IRRADIANTES	42
ECOULEMENT NASAL	44
ETAT DE CHOC.....	46
MAL A L'OREILLE / TROUBLES AURICULAIRES	48
MAL A LA GORGE	50
TOUX / DYSPNEE AVEC FIEVRE	52
TOUX / DYSPNEE SANS FIEVRE	54
SECTION III. PATHOLOGIES URO-GENITALES ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	56
DOULEURS MICTIONNELLES	57
.....	57
DOULEURS PELVIENNES CHEZ L'HOMME.....	61
GONFLEMENT /DOULEURS DES ORGANES GENITAUX CHEZ L' HOMME	63
PERTES BLANCHES OU LEUCORRHÉES	65
PERTES GENITALES DE SANG CHEZ LA FEMMES EN GROSSESSE < 6 MOIS	67
PERTES GENITALES DE SANG CHEZ LA FEMME NON EN GROSSESSE	74
PRURIT VULVAIRE.....	76
TROUBLES URINAIRES	78
.....	80
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST).....	82
DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE.....	82
L'ECOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME.....	83
ECOULEMENT VAGINAL (EXAMEN SANS SPECULUM)	85

ECOULEMENT VAGINAL AVEC SPECULUM	87
TRAITEMENT ECOULEMENT VAGINAL AVEC SPECULUM.....	88
<i>DOULEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME</i>	89
ECOULEMENT ANAL	91
CONJONCTIVITE PURULENTE DU NOUVEAU-NE	93
ULCERATION GENITALE	95
BUBON INGUINAL	97
GONFLEMENT DOULOUREUX DU SCROTUM.....	99
SECTION IV. PATHOLOGIE DU SYSTEME NERVEUX ET DE L'ŒIL	103
CONVULSIONS	104
MAL A L' ŒIL / TROUBLES OCULAIRES.....	109
MAL A LA TETE	111
PARALYSIE DES MEMBRES	113
PERTE DE CONNAISSANCE	115
TROUBLES DU COMPORTEMENT	117
VERTIGES	119
SECTION V. SYMPTOMES GENERAUX ET DIVERS.....	121
ABCES	122
AMAIGRISSEMENT.....	124
ANEMIE.....	126
DOULEURS OSTEO ARTICULAIRES	128
FATIGUE / ASTHENIE.....	130
FIEVRE	132
ICTÈRE	134
ŒDEMES	136
PLAIES.....	138
PRURIT/ LESIONS DE LA PEAU AVEC FIEVRE	140
PRURIT/ LESIONS DE LA PEAU SANS FIEVRE.....	143
TRAUMATISMES.....	146
2^{ème} partie :	148
PROTOCOLES DE TRAITEMENT DES MALADIES PRIORITAIRES AU BURKINA FASO	148
Introduction sur la surveillance intégrée de la maladie et la riposte et au Règlement sanitaire international.....	149
PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES	152
I. PALUDISME.....	155
II. PNEUMONIE	165
SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE PNEUMONIE	165
SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE PNEUMONIE.....	165
III. ROUGEOLE	167
SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE ROUGEOLE	167
SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE ROUGEOLE.....	167
IV. MENINGITES BACTERIENNES	168
SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE MENINGITES BACTERIENNES.....	168

SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE MENINGITES BACTERIENNES	169
V. DIARRHEE AVEC DESHYDRATATION	171
SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DIARRHEE	171
SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE DIARRHEE	171
2.1 Recherche des signes de déshydratation	171
➤ Plan A: Traiter la diarrhée à domicile.....	172
Plan B: Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution de SRO.....	173
Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère.	174
2-4 Traiter la diarrhée persistante.....	176
2-5 Diarrhée sanguinolente (Shigellose)	178
2-5-1 Définition de cas recommandée de diarrhée sanguinolente (shigellose).....	178
2-5-2 Protocole de traitement des cas de diarrhée sanguinolente	178
VI. TUBERCULOSE	179
SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE TUBERCULOSE	179
SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE TUBERCULOSE	180
2.1 Traitement des patients atteints de TB extrapulmonaire pharmacosensible chez l'adulte et l'enfant de 25 kg et plus 180	
2.2 Traitement des nouveaux cas. « Traitement de première ligne ».	181
2.3 Régime de retraitement ou « Traitement de deuxième ligne »	181
2.4 PREVENTION PAR L'ISONIAZIDE	182
2.5 RECHERCHE DES CAS CONTACTS	182
2.6 CONTRÔLES BASCILLOSCOPIQUES.....	182
VII. L'INFECTION A VIH /SIDA.....	184
SECTION 1 : DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE L'INFECTION A VIH /SIDA.....	184
1-1 DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH	187
SECTION 2 : TRAITEMENT AUX ARV	189
2-1 Les conditions d'initiation du traitement ARV	189
2-2 Critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV	189
2-3 Choix des ARV	189
2-3-1 Posologie des ARV et précautions à prendre	190
2-4 DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS OPPORTUNISTES.....	193
Le diagnostic des affections opportunistes répond au tableau ci-dessous :	193
VIII. L'HYPERTENSION ARTERIELLE AU CSPTS.....	202
SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE	202
IX- LA MALNUTRITION AIGUE AU CSPTS/CM.....	204
Examen clinique systématique	206
SECTION 2 : PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION	208
Critères d'admission	208
Procédures d'admission	208
Traitement nutritionnel.....	208
. Rations: quantité et qualité	209
Types d'aliments utilisés dans la PECMAM.....	209
Éducation nutritionnelle	211
1- Traitement systématique.....	212

Supplémentation en Vitamine A.....	212
Déparasitage :	212
Supplémentation en Fer-Acide folique	212
Vaccination.....	213
2. Examen médical et traitement spécifique	213
1. Suivi nutritionnel	214
Diagnostic d'échec au traitement.....	214
Critères d'échec	214
3. Outils de suivi.....	215
D- CRITERES DE GUERISON	215
Critères d'admission	216
Types d'admission	216
Traitement nutritionnel	217
Messages-clé pour l'utilisation de l'ATPE à domicile	217
Ration d'ATPE à donner	217
Traitement médical systématique	218
Les antibiotiques.....	218
Traitement Antipaludéen	218
4Déparasitage	218
Vaccination Rougeole.....	219
RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION (POUR L'ENFANT MALADE ET L'ENFANT EN BONNE SANTE)	221
X- DENGUE.....	223
SECTION 1 :DEFINITION DE LA DENGUE	223
1- Définition de cas	223
a. Cas suspect.....	223
b. Cas probable	223
c. Cas confirmé.....	223
2- classification des cas dengue	223
Groupe A : Dengue probable (ou confirmée)	223
Groupe B : Dengue probable (ou confirmée) avec « signes d'alerte »	224
Groupe C : La dengue sévère.....	224
SECTION 2 : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA DENGUE	226
. Étape I – Évaluation globale.....	226
Étape II – Diagnostic, évaluation de la phase et de la gravité de la maladie.....	227
Étape III – Traitement (groupes A à C)	227
XI- COVID-19.....	228
XII- LE DIABETE SUCRE.....	233
3^{ème} PARTIE.	236
GESTES PRATIQUES.....	236
LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA FIEVRE ET DES CONVULSIONS	237
1. Les moyens physiques	237
2. Les moyens médicamenteux	237
L'UTILISATION DES SOLUTIONS DE PERFUSION	238

1. Contexte.....	238
2. Indications.....	238
3. La sélection des solutions en fonction des indications :.....	238
4. Matériel nécessaire	238
5. Technique	238
6. Détermination des quantités à perfuser et du rythme de perfusion	239
LA PONCTION LOMBAIRE	240
1. Conditions de prélèvement du LCR:.....	240
2. Matériels et milieux de collecte	240
3. Méthodes de prélèvement	241
4. Recueil du LCR	241
5. Aliquotage, transport et conservation du LCR sur cryotube	241
CONDUITE A TENIR DEVANT UNE BRÛLURE	242
CONDUITE A TENIR DEVANT LES MORSURES D'ANIMAUX ET LES PIQUES D'INSECTES	243
1. LES MORSURES DE CHIENS	243
2. LES MORSURES DE SERPENTS	243
3. LES PIQUES OU MORSURES D'INSECTES ET D'ARACHNIDES	246
CONDUITE A TENIR DEVANT LES INTOXICATIONS / EMPOISONNEMENT	247
1. Généralités	247
2. Attitude thérapeutique.....	247
LA PRISE EN CHARGE DU CHOC HÉMORRAGIQUE EN POST-PARTUM.....	248
LE TRAITEMENT DES CRISES D'ÉCLAMPSIE.....	250
LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE (DA) SUIVIE DE LA RÉVISION UTÉRINE (RU)	252
LA RÉALISATION DE L'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU).....	253
LA PRÉVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS	254
I. PRINCIPES DE PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS.....	254
1. Définition des termes	254
2. Cycle de transmission	254
3. Objectifs de la prévention des infections	255
II. PRATIQUES POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION.....	256
1. Le lavage des mains.....	256
2. Le port de barrières	256
3. Préparation de la peau avant les procédures chirurgicales.	257
4. Pratiques pour réduire le risque de transmission de maladies.....	258
5. Elimination des déchets	260
6. Circulation des patients et profil des activités	260
7. Matériel de prévention des infections	260
III. Prévention des infections dans les services de santé de la reproduction	261
1. La maternité à moindre risque (MMR)	261
2. élimination de la transmission mère enfant du VIH (eTME/VIH).....	262
3. Prévention des infections IST/VIH/SIDA dans les centre de santé	262
4. Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) et autres liquides biologiques	263
5. PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION	266
6. Recommandations générales.....	267

CAT DEVANT UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)	268
ANNEXE 1	269
Equipe de rédaction	269
Participants à la révision	269
Participants à l’atelier de validation.....	269
Comité de finalisation.....	270

PREFACE

L'amélioration de la qualité des soins passe par une rationalisation et une standardisation des attitudes préventives, diagnostiques et thérapeutiques du personnel de santé. A cet effet, un guide de diagnostic et de traitement (GDT) des affections prioritaires a été élaboré en 1993, édité en 2003 et révisé en 2023 par le Ministère en charge de la santé du Burkina Faso. Le GDT est régulièrement utilisé dans les formations sanitaires de premier échelon. Compte tenu de l'évolution des connaissances médicales, la mise à jour du GDT s'est avérée nécessaire. Cette mise à jour prend en compte les nouvelles données thérapeutiques, l'apparition de maladies émergentes et ré-émergentes et les observations recueillies lors des supervisions des agents des formations sanitaires du premier échelon. La présente édition du guide de diagnostic et de traitement est le résultat du travail d'un groupe pluridisciplinaire avec l'appui technique et financier de l'UNICEF et de l'OMS.

Je tiens à remercier vivement les partenaires pour leur accompagnement constant au secteur de la santé en général et en particulier pour leur appui à l'élaboration de ce guide. Aussi, voudrais-je inviter tous les prestataires exerçant au premier échelon de notre système de santé, à utiliser ce guide comme un outil de démarche diagnostique et thérapeutique, afin d'améliorer la qualité des soins et par conséquent, augmenter l'utilisation des services de santé.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique



Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Officier de l'Ordre de l'Étalon

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AAS	Acide acétyl salicylique	IVD	Intraveineuse directe
ACT	Combinaisons thérapeutiques à base de dérivés de l'artémisinine	IVL	Intraveineuse lente
Ad	Adulte	j	Jour
AEG	Altération de l'état général	Kg	Kilogramme
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien	ODG	Ordinogramme
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine	OMS	Organisation mondiale de la santé
ASL	Acétyl salicylate de lysine	ORL	Oto- rhino-laryngologie
ATM	Articulation Temporo-mandibulaire	P.e.	Porte d'entrée
AVC	Accident vasculaire cérébral	IVD	Intraveineuse directe
BUV	Buvable	IVL	Intraveineuse lente
CAT	Conduite à tenir	j	Jour
c à c	Cuillère à café	Kg	Kilogramme
c à s	Cuillère à soupe	ODG	Ordinogramme
c.m.	Cuillère mesure	OMS	Organisation mondiale de la santé
cm	Centimètre	ORL	Oto- rhino-laryngologie
CM	Centre médical	P.e.	Porte d'entrée
CHR	Centre hospitalier régional	perf	Perfusion
CHU	Centre hospitalier universitaire	P/T	Rapport poids taille
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale	PB	Périmètre brachial
COVID-19	Maladie à coronavirus (SARS-CoV2) 2019	PCIM/VIH	Périmètre brachial en charge des maladies dans le contexte du VIH/SIDA
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale	PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
DCI	Dénomination commune internationale	PFA	Paralysie flasque aiguë
DS	District sanitaire	PMA	Paquet minimum d'activités
Enf.	Enfant	PNDS	Programme national de développement sanitaire
Ex.	Exemple	SC	Sous cutané
FID	Fosse iliaque droite	SDT	Stratégies de diagnostic et de traitement
fl	Flacon	SGI	Sérum glucosé isotonique
GATPA	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement	SIMR	Surveillance intégrée des maladies et la riposte
GDT	Guide de diagnostic et de traitement	Sol.	Solution, soluté
Gél	Gélule	SPN	Soin prénatal
GEU	Grossesse extra utérine	SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
g	Gramme	SOU	Soins obstétricaux d'urgence
gyn	Gynécologique	SGI	Sérum glucosé isotonique
h	Heure	SIMR	Surveillance intégrée des maladies et la riposte
Hg	Mercure	Sol.	Solution, soluté
ICP	Infirmier chef de poste	SRO	Sels de réhydratation orale
IDE	Infirmier diplômé d'Etat	SSI	Sérum salé isotonique
IM	Intramusculaire	Susp	Suspension
IMC	Indice de masse corporelle	TA	Tension artérielle
inj	Injection / Injectable		
IST	Infection sexuellement transmissible		

IV	Intraveineuse
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multi Résistante
TB-RR	Tuberculose Résistante à la rifampicine
TB UR	Tuberculose Ultra Résistante
TR	Toucher rectal
TRO	Thérapie de réhydratation orale
TV	Toucher vaginal
UI	Unité internationale
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VIH-SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multi Résistante

I. INTRODUCTION

La résolution de la problématique des soins de santé de qualité passe par une rationalisation et une standardisation des attitudes préventives, diagnostiques et thérapeutiques du personnel de la santé. Pour ce faire, des algorithmes ou ordinogrammes ont été conçus à l'intention des prestataires de soins du premier échelon depuis 1993. Le recueil de ces algorithmes constitue le Guide de diagnostic et de traitement (GDT). Le GDT est régulièrement utilisé dans les formations sanitaires de premier échelon pour le diagnostic et le traitement des affections prioritaires. Il a été révisé en 2003, puis en 2008. Un processus de révision a été entamé depuis 2014 pour prendre en compte les nouvelles directives thérapeutiques notamment pour la prise en charge du paludisme l'infection à VIH SIDA, la démarche Prise en charge intégré des maladies de l'enfant PCIME et la politique de gratuité des soins.

Par ailleurs, les résultats d'une enquête récente du Centre MURAZ révèle que « l'utilisation des antibiotiques est irrationnelle dans le contexte de gratuité des soins ».

Les raisons de l'usage irrationnel des médicaments dans les centres de santé enquêtés seraient :

- la non-actualisation du GDT ;
- la non-utilisation du GDT et des directives thérapeutiques par les prestataires ;
- la promotion de l'utilisation des médicaments par les délégués des firmes pharmaceutiques au niveau CSPS.

Ainsi donc, il s'avère nécessaire de procéder à la mise à jour, la relecture du GDT en tenant compte du contexte actuel marqué par un nouveau profil épidémiologique et à sa validation.

II. OBJECTIFS DU GUIDE

L'objectif général du GDT est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients au niveau du premier échelon.

De façon spécifique, il vise à :

- offrir des soins de qualité face aux problèmes prioritaires de santé au niveau du premier échelon de soins au Burkina Faso ;
- harmoniser la prise en charge des malades par une standardisation des attitudes diagnostiques et thérapeutiques ;
- rationaliser la prescription médicamenteuse pour des traitements efficaces et à moindre coût ;
- assurer la formation continue des prestataires.

III. DESCRIPTION DU GUIDE

L'édition 2023 du GDT comporte quatre (04) parties :

1^{ère} partie : Ordinogrammes

Les ordinogrammes sont regroupés en cinq (5) sections :

- Section I. Pathologies abdomino-digestives ;
- Section II. Pathologies cardio-respiratoires et ORL ;
- Section III. Pathologies uro-génitales et Infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Section IV. Pathologies du système nerveux et de l'œil ;
- Section V Symptômes généraux.

2^{ème} partie : Protocoles de traitement des maladies et affections prioritaires

Dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, les directives ont été réactualisées selon le Guide SIMR 2021 ¹. Le présent GDT prend en compte ces nouvelles maladies.

- La définition de cas recommandée dans le guide SIMR correspond à la porte d'entrée conduisant à l'hypothèse diagnostique.
- Les maladies prioritaires sont individualisées par un trait de soulignement suivi du sigle SIMR en exposant : signe nécessitant la consultation du Guide technique pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR) ex. Noma ^{SIMR}.
- Les traitements prennent en compte les dernières directives thérapeutiques nationales sur le paludisme, les méningites bactériennes, la tuberculose, la malnutrition aiguë, le VIH/sida, les IST, la dengue, la fièvre hémorragique à virus Ebola et la Covid-19.
- Les protocoles de traitement des maladies à forte morbidité et/ou mortalité ont été rappelés, ce sont : le paludisme, la pneumonie, la rougeole, les méningites bactériennes, les diarrhées avec déshydratation, la tuberculose, l'infection à VIH/Sida, l'hypertension artérielle, la malnutrition, la dengue, la Covid-19 et le diabète.

¹ Guide Technique Pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte au Burkina Faso, 2021

3^{ème} partie : Gestes pratiques

Cette partie décrit quelques gestes de soins courants et des conduites à tenir (CAT) devant des états pathologiques particuliers :

- le traitement symptomatique de la fièvre et des convulsions ;
- l'utilisation des solutions de perfusion ;
- la ponction lombaire ;
- la CAT devant une brûlure ;
- la CAT devant les morsures d'animaux (chiens, serpents, ...) et piqûres d'insectes ;
- la CAT devant les intoxications / empoisonnement ;
- la PEC de l'hémorragie en post partum ;
- le traitement des crises d'éclampsie ;
- la délivrance artificielle suivie de la révision utérine ;
- la réalisation de l'Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) ;
- la prévention des infections ;
- la CAT devant un accident vasculaire cérébral (AVC) ;

4^{ème} partie : Annexes

1. Méthodologie d'élaboration d'un ordinogramme standard ;
2. Liste des MEG recommandés dans le GDT (formes, dosages) ;
3. Fiche de notification des effets indésirables des médicaments ;
4. Fiche d'évaluation du GDT ;
5. Bibliographie ;
6. Liste des participants à l'élaboration du GDT.

IV. ETAPES DE L'UTILISATION DES ORDINOGRAMMES

Le GDT s'adresse aux agents de santé du premier échelon qui ont reçu une formation médicale générale au cours de leurs études. Les stratégies ne remplacent nullement l'enseignement reçu à l'école. Elles constituent un appoint pour appliquer les connaissances acquises de la façon la plus rationnelle possible, en tenant compte des potentialités. Le GDT en tant qu'outil d'aide à la prise de décision, il ne devrait pas induire de perturbation dans l'attitude du soignant face à un malade.

Au cours de la démarche diagnostique et thérapeutique, l'approche de soins intégrés centrés sur la personne doit être utilisée.

Schématiquement on distingue huit (8) étapes pour l'utilisation des ordinogrammes :

Etape 1. Procéder à l'examen clinique : conduite de la consultation curative

La démarche clinique du soignant commence toujours par l'identification du problème du patient (le diagnostic).

Trois étapes mènent habituellement à un diagnostic : l'anamnèse, l'examen physique et les examens complémentaires.

➤ **L'anamnèse** : c'est l'histoire de la maladie. Elle comprend, dans l'ordre :

- L'identité du patient : nom, prénom(s), sexe, âge, adresse, téléphone ;
- la plainte principale ;
- l'histoire de la maladie actuelle ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- les antécédents gynécologiques et obstétricaux pour les malades de sexe féminin ;
- les antécédents familiaux ;
- la situation sociale et les habitudes personnelles (alcool, tabac, profession, etc.).

Une consultation curative commence par la formulation d'une ou de plusieurs plaintes par le patient.

Afin d'aider le patient à bien exprimer son problème de santé, il est impératif que ce dernier soit à l'aise. Pour cela il faut **bien accueillir le patient** ; cela signifie que :

- les locaux doivent être agréables (propreté, disposition ordonnée du mobilier et du matériel) ;
- le temps d'attente doit être le plus court possible ;
- le personnel doit être disponible et attentif.
- l'installation du patient doit être confortable, selon son état physique.

Lorsque le malade commence à exprimer sa plainte (motif de la consultation), il faut :

- l'écouter attentivement ;

- lui poser des questions de précision ;
- prendre des notes dans le carnet de santé et dans le registre de consultation.

Cette étape de dialogue entre soignant et soigné permet de développer l'empathie, de caractériser le mal du patient, de comprendre ses conditions de vie, et comment celles-ci influencent son attitude vis à vis de ses malaises et des traitements disponibles.

➤ **L'examen physique**

Après le recueil des plaintes, le soignant procède à l'examen physique en respectant l'intimité du patient. Il commence par le siège des plaintes. L'interprétation correcte des plaintes passe par un examen complet de tous les appareils et systèmes du patient.

L'examen physique permet d'apprécier :

- l'état général du sujet (état de conscience, poids/taille),
- les signes vitaux (respiration, pouls, température, tension artérielle, couleur des téguments, signes de déshydratation, œdèmes) ;
- l'état des différentes parties du corps, de la tête aux pieds :
 - oreilles, yeux, gorge, nez, cou et ganglions lymphatiques ;
 - thorax, cœur et poumons, seins ;
 - abdomen ;
 - pelvis, organes génitaux, rectum ;
 - appareil locomoteur (os, muscles et articulations, colonne vertébrale et membres).

➤ **Les examens complémentaires**

Après l'anamnèse et l'examen physique, le soignant formule des hypothèses diagnostiques. Le soignant peut confirmer ses hypothèses diagnostiques par des examens complémentaires. Les examens complémentaires réalisables au premier échelon au CSPS sont les tests de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme, la dengue, la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2, la recherche d'albumine et de sucre dans les urines et la mesure de la glycémie avec le glucomètre.

Etape 2. Choisir le symptôme dominant

Après avoir écouté et examiné le malade, l'agent de santé choisit le ou les symptômes dominants. (Voir liste des symptômes dominants).

- La plainte est le motif de consultation pour lequel le malade se présente à la consultation ;
- le symptôme désigne toutes manifestations subjectives ou objectives d'une maladie ;

- le symptôme dominant est le symptôme le plus spécifique qui sera choisi comme point de départ pour identifier l'ordinogramme le plus approprié.

Si le malade présente plusieurs plaintes, il faut choisir la plainte la plus :

- objective c'est-à-dire perceptible (visible, audible, palpable...) ;
- spécifique c'est-à-dire qui se retrouve dans peu d'affections ;
- importante pour le malade. ;
- récente (les plaintes d'apparition récente sont plus importantes que les anciennes).

Etape 3. Suivre le chemin indiqué par l'ordinogramme correspondant :

- Respecter scrupuleusement l'ordre chronologique ;
- Se référer à d'autres ordinogrammes si cela est indiqué.

Etape 4. Prescrire le traitement indiqué

- Si le malade peut être pris en charge au niveau de la formation sanitaire, établir le traitement conformément au GDT ;
- si le malade doit être référé, le noter dans le registre de consultation et dans le carnet de santé, remplir la « fiche de référence / contre référence » et le registre de référence ;
- si le malade doit être évacué, il faut prendre les mesures nécessaires pour assurer la survie et le confort du malade pendant le transport (exemple : voie veineuse, réhydratation à poursuivre, ...).

Etape 5. Enregistrer les informations sur le diagnostic et le traitement

Noter dans le carnet de santé et le registre de consultation :

- le symptôme dominant ;
- la porte d'entrée retenue ;
- le diagnostic présomptif ;
- le traitement prescrit.

Ex. pertes de sang chez la femme enceinte – entrée 1 : choc hémorragique

NB : Selon la pathologie et l'état du malade, il est parfois indiqué de :

- **OBSERVER** pendant un temps donné, c'est-à-dire qu'il faut garder le malade dans la formation sanitaire et vérifier régulièrement les signes vitaux : conscience, fréquence respiratoire, pouls, température, TA, état d'hydratation, diurèse, coloration des muqueuses, etc.
- **SURVEILLER** pendant un temps donné, c'est-à-dire que le malade est traité en ambulatoire, mais doit être revu à intervalles rapprochés (exemple : une fois par jour pendant trois jours).

Ces deux attitudes permettent de détecter rapidement les signes d'aggravation qui nécessiteraient un autre traitement ou une évacuation éventuelle.

Étape 6. Informer le patient sur le diagnostic et le traitement

Expliquer au patient son mal, le traitement prescrit et les mesures d'accompagnement (conseils hygiéno-diététiques) et vérifier si le patient a bien compris.

Étape 7. Négocier un rendez-vous de contrôle

Le rendez-vous de contrôle est négocié en fonction de la sévérité de l'affection et de la complexité du traitement. La date du rendez-vous sera notée dans le carnet du malade. Au cours du contrôle il faudra :

- apprécier l'évolution de la maladie (guérison, amélioration ou non) et suivre sur l'ordinogramme les indications correspondantes ;
- vérifier l'adhésion des malades à leurs traitements (l'observance du traitement);
- évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement (rechercher les effets secondaires éventuels).

(Voir en annexe la *fiche de notification des effets indésirables des médicaments*).

Étape 8. Remplir les *fiches d'évaluation du GDT pour les superviseurs*

Noter toutes les difficultés rencontrées au cours de l'utilisation du GDT et les suggestions pour son amélioration, à l'attention du superviseur. Le GDT étant un document dynamique, il est appelé à être révisé périodiquement pour l'adapter aux besoins des utilisateurs. (Voir en annexe la *fiche d'évaluation du GDT*).

V. COMMENT LIRE LES ORDINOGRAMMES

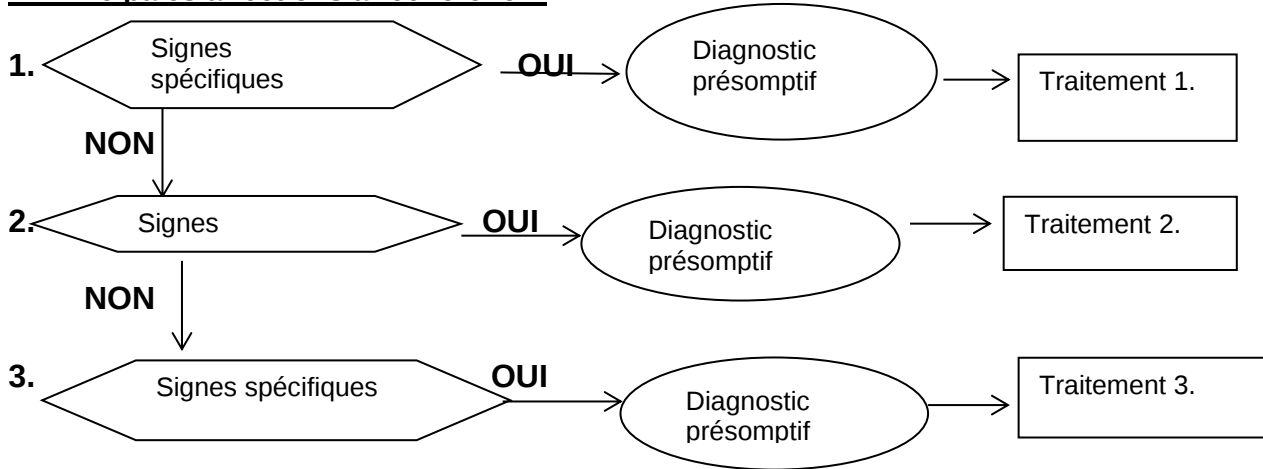
Dans ce guide, les stratégies sont présentées sur deux pages :

5-1 Sur la page de gauche : l'arbre de décision

N° TITRE DE L'ORDINOGRAMME

1. Définition :

2. Principales affections à rechercher :



Les ordinogrammes se lisent de haut en bas et de gauche à droite. Les cases de décisions ou portes d'entrée sont présentées en hexagones rattachés à deux branches : la branche horizontale se dirigeant vers la droite est celle du OUI, la branche verticale se dirigeant vers le bas est celle du NON.

Il faut suivre les flèches jusqu'à l'obtention d'un OUI aboutissant à un cadre en ellipse qui correspond au diagnostic présumptif le plus probable.

Cette case se termine par la décision ou porte de sortie, présentée sous forme de rectangle, c'est la solution à adopter.

5.2. Sur la page de droite : les traitements recommandés

N° TITRE DE L'ORDINOGRAMME - TRAITEMENTS	
Traitement symptomatique.	
Diagnostic 1	Traitement 1.
Diagnostic 2	Traitement 2.
Diagnostic 3	Traitement 3.

Les médicaments recommandés sont présentés ainsi :

- la classe thérapeutique ;
- la voie d'administration ;
- la DCI ;
- la posologie (dose par prise en mg chez les enfants et pour l'adulte, l'intervalle entre les prises ou le nombre de prises journalières, la durée du traitement).

Les détails de certains gestes pratiques sont expliqués à la deuxième partie du document.

Ex. CAT devant les morsures d'animaux....

Le traitement des pathologies prioritaires au Burkina Faso fait l'objet de la troisième partie du GDT. Ex. Traitement du paludisme, de la méningite, des diarrhées...

Pour les cas de prescription de plusieurs médicaments, deux situations existent :

- les alternatives de traitement : La disponibilité des MEG dans les dépôts de vente étant très variable d'une formation sanitaire à l'autre, il a été souvent proposé deux médicaments pour les traitements, ces alternatives de traitement sont signalées par : **OU**, le premier médicament mentionné étant le médicament de premier choix.
- les associations de médicaments : Pour certains traitements deux médicaments sont associés. Les associations de médicaments sont signalées par la conjonction **ET**. Ces médicaments sont administrés en général au même moment. Ex. ***Ampicilline ET Gentamicine*** pour le traitement de la septicémie.

SECTION I. PATHOLOGIE ABDOMINO – DIGESTIVE

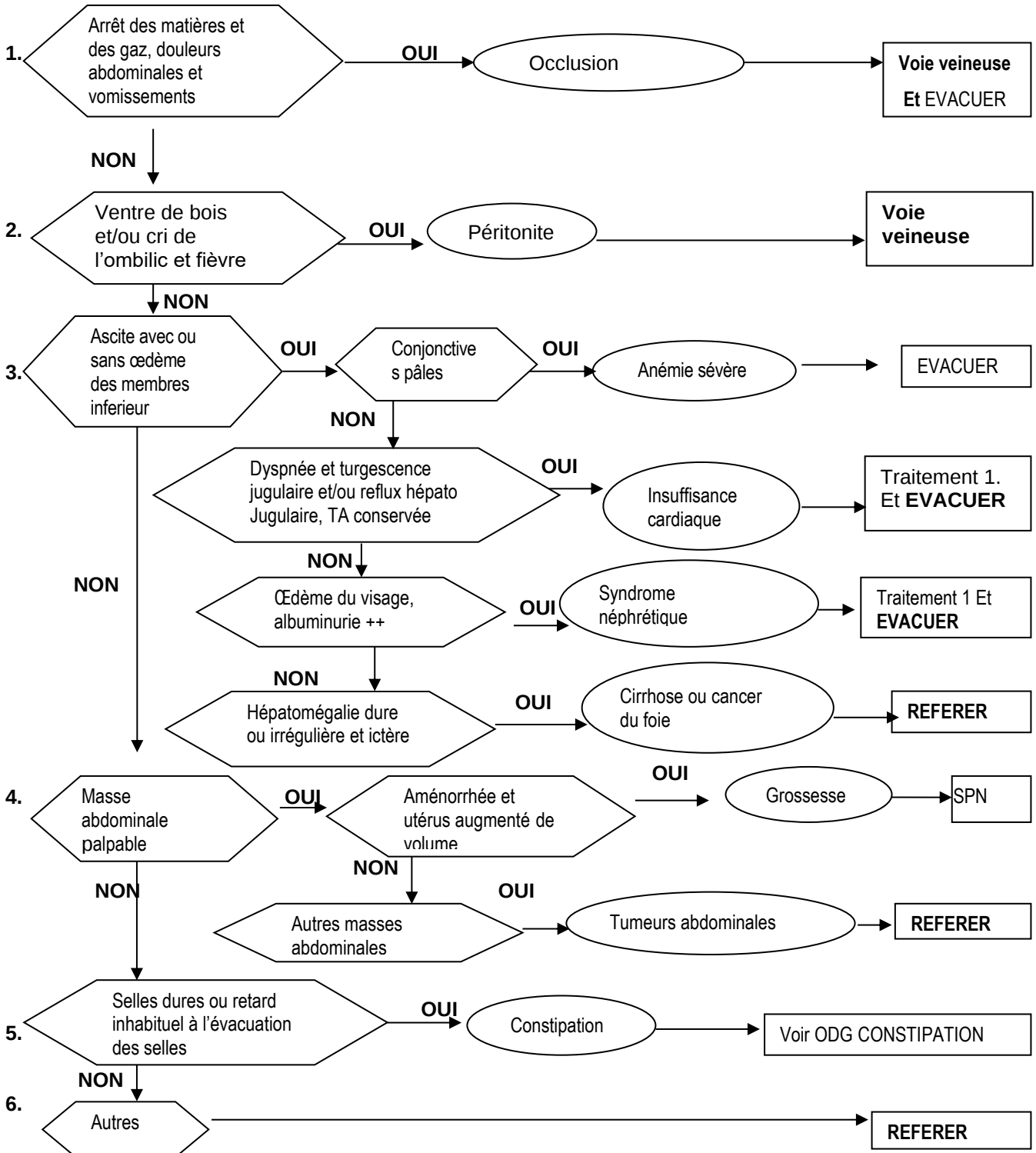
BALLONNEMENT ABDOMINAL / DISTENSION ABDOMINALE

Définition : C'est le ventre gonflé.

Principales affections à rechercher :

Occlusion intestinale ; Péritonite ; Anémie sévère ; Insuffisance cardiaque ; Syndrome néphrotique ; Cirrhose ou cancer de foie ; Grossesse ; Tumeurs abdominales ; Constipation.

Exclure une indigestion : Notion de repas hautement fibreux (haricots,)



BALLONNEMENT ABDOMINAL / DISTENSION ABDOMINALE - TRAITEMENTS

Traitement 1 Insuffisance cardiaque / Syndrome néphrotique	<u>Diurétique injectable. une dose en IVDL: Furosémide</u> Enfant 0,5 à 1mg/kg. Adulte 20 à 40mg. Et EVACUER
--	---

CONSTIPATION

Définitions :

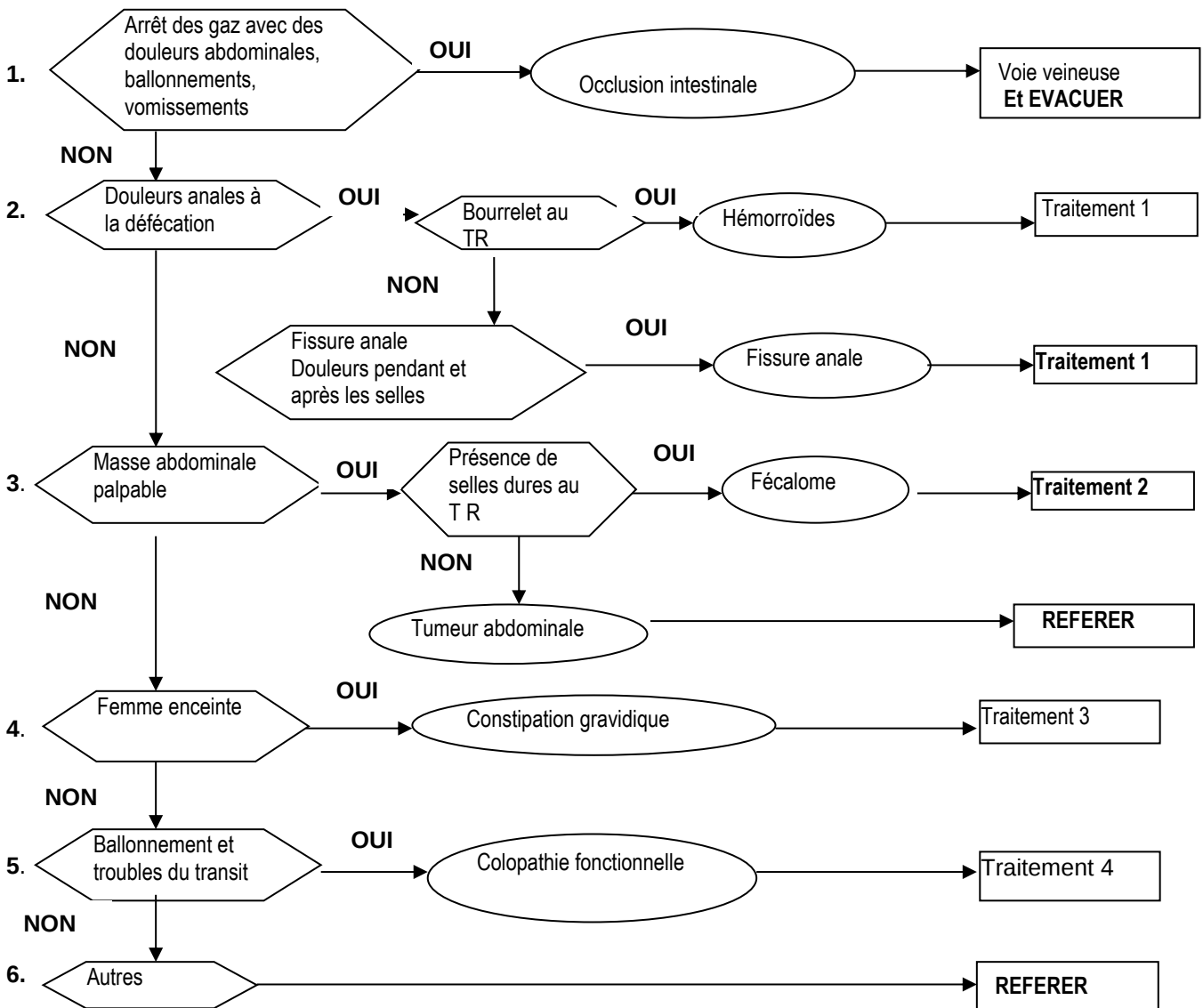
Constipation : C'est un retard inhabituel à l'évacuation des selles qui sont de consistance souvent dure.

Fécalome : accumulation de matières fécales durcies dans le rectum ou le colon pouvant faire croire à une tumeur

Phytobézoards : accumulation de débris végétaux non digérés dans le rectum, c'est une forme de fécalome.
Ex. noyaux de raisins sauvages

Principales affections à rechercher :

Occlusion intestinale ; Hémorroïdes ; Fissure anale ; Fécalome ; Tumeur ou kyste abdominal ; Constipation gravidique ; Colopathie fonctionnelle.



CONSTIPATION - TRAITEMENTS

Traitement 1 Hémorroïdes / Fissures anales	<u>Soins locaux :</u> Bain de siège au <i>Permanganate de potassium</i> 500mg /5l d'eau potable tiède Toilette anale à l'eau et au savon après chaque selle <i>Pommade Anti-hémorroïdaire</i> local : 2 fois / j et après chaque selle / 3 j. <u>Antalgique ou antiinflammatoire voie orale:</u> <i>Paracétamol</i> Enfant 15 à 20mg/kg x 3 à 4 fois/j3 j, Adulte : 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j OU <i>Ibuprofène</i> : Adulte : 200 à 400 mg x 3 à 4fois /jr ; Enfant 5 à 10 mg/kg x 3 à 4 fois /jr . OU <i>Diclofénac</i> : adulte 75 mg à 100 mg par jour en 2 à 3 prises <u>Conseils hygiéno-diététiques* et Port de sous-vêtements en coton</u> Si non amélioré au bout de 7 jours, REFERER
Traitement 2 Fécalome	<u>Evacuer le fécalome</u> par lavement rectal à l'eau tiède au CSPS : Adulte : 1 à 1,5 litre d'eau avec 100 ml d'huile d'arachide ou d'huile de paraffine Enfant > 5 ans : 200 ml d'eau avec 100 ml d'huile d'arachide ou d'huile de paraffine Si le fécalome n'est pas évacué, REFERER Si phytobezoards : évacuer à la main si possible <u>Conseils hygiéno-diététiques*</u>
Traitement 3 Constipation gravidique	<u>Conseils hygiéno-diététiques*</u>
Traitement 4 Colopathie fonctionnelle	<u>Antispasmodique voie orale/ 3 j:</u> <i>Phloroglucinol</i> 80mg Adulte : 2 comprimés à répéter au besoin sans dépasser 6 comprimés par jour.. Enfant à partir de 2 ans: 1cp à répéter au besoin sans dépasser 2 comprimés par jour. <u>OU</u> <i>Butyl-hyoscine</i> Enfant. : 5 à 10mg x 3 fois/j Adulte. : 10 à 20mg x 3fois /j <u>Antihelminthique voie orale: Mébendazole</u> 100mg :1 comprimé x 2fois /j / 3 j <u>OU</u> <i>Albendazole</i> 400mg prise unique. <u>Conseils hygiéno-diététiques* (Très importants) :</u> Si non amélioré au bout de 3 jours, REFERER

(*) Conseils hygiéno-diététiques à donner devant toute constipation
 Consommer beaucoup d'aliments riches en fibres (fruits et légumes)
 Eviter les épices
 Boire beaucoup d'eau
 Pratiquer une activité physique modérée et régulière
 Eviter les lavements avec les agents irritants (gingembre, piments)
 Eviter les boissons gazeuses et les aliments producteurs de gaz (haricots...)

DIARRHEE

Définition :

La diarrhée c'est l'émission fréquente de selles molles ou liquides (au moins trois (3) fois par jour).

La diarrhée est dite aiguë si sa durée est inférieure à 2 semaines.

La diarrhée est dite chronique si sa durée est supérieure à 1 mois.

La diarrhée est dite persistante si sa durée est supérieure à 2 semaines et inférieure à 1 mois.

Attention :

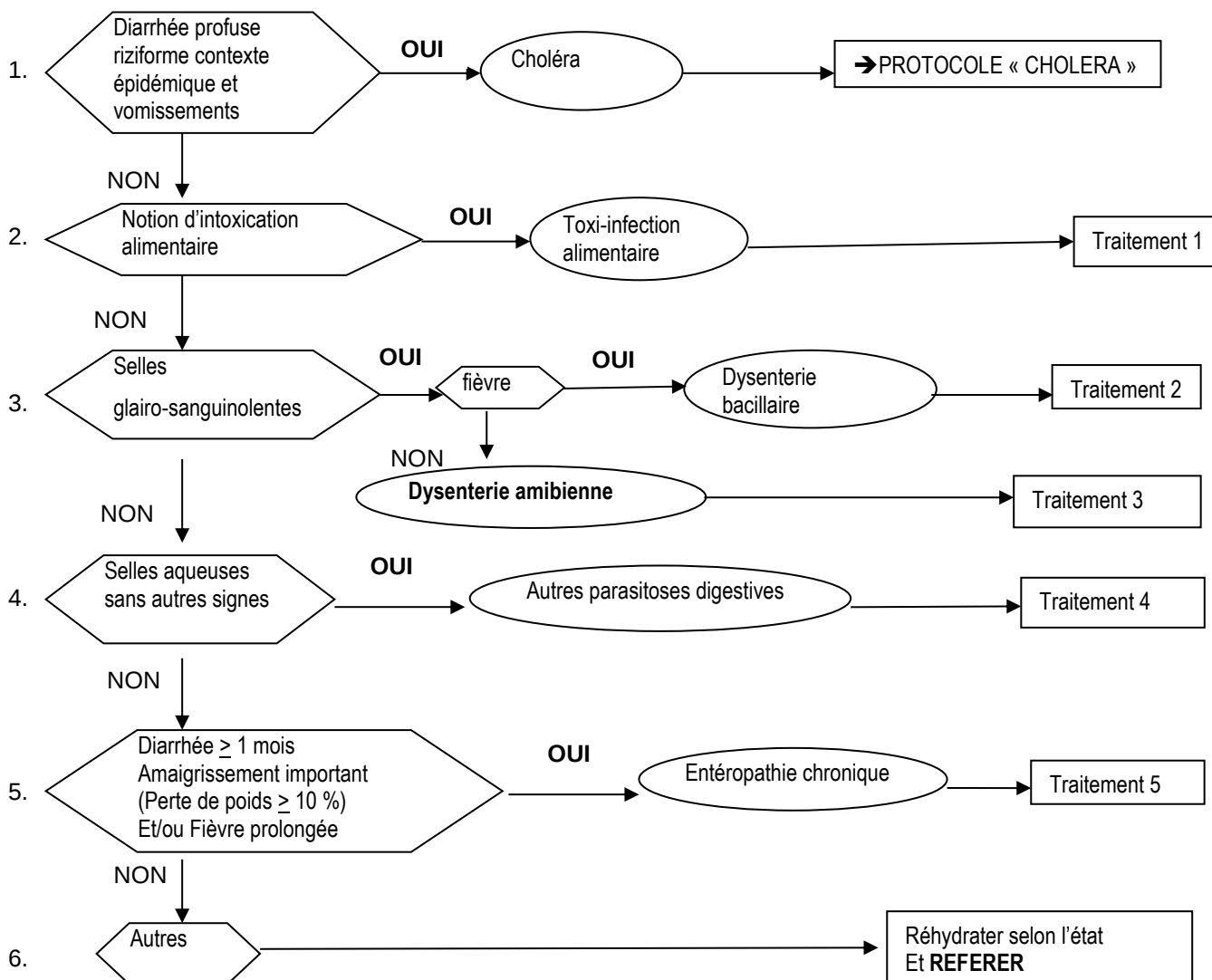
La déshydratation est la principale cause de mortalité par diarrhée. Devant tout cas de diarrhée, rechercher en premier lieu les signes de déshydratation et réhydrater immédiatement selon le tableau (voir PROTOCOLE DIARRHEE), avant d'entrer dans l'ordinogramme.

Ensuite, évaluer régulièrement l'état d'hydratation du malade et continuer le traitement selon le tableau.

Exclure : la prise médicamenteuse (laxatifs, ARV...).

Principales affections à rechercher :

Choléra ; Toxi-infection alimentaire ; Dysenterie bacillaire ; Dysenterie amibienne ; Autres parasitoses digestives ; Entéropathie chronique; Sida.



DIARRHÉE- TRAITEMENTS

Traitement 1 Toxi-infection alimentaire	<u>Absorbant voie orale: Charbon végétal</u> La dose de charbon doit être administrée le plus tôt possible (de préférence dans l'heure qui suit l'intoxication) et sur une période limitée, p. ex., en 15 à 20 minutes : Enfant de moins de 1 an : 1 g par kg X 2/jour Enfant de 1 à 12 ans : 25 g X 2/ jour Enfant de plus de 12 ans et adulte : 50 g X 2/ jour <u>Si fièvre : Antibactérien voie orale pendant 5j:</u> <i>Cotrimoxazole</i> : adapter la posologie au poids Enfant. : 480mg x 2 fois/j Adulte. 960mg x 2 fois/j <u>Antipyrétique voie orale:</u> <i>Paracétamol</i> Enfant. 15 à 20mg/kg x 3 à 4 fois/j. Adulte. 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j pendant 3 j. Rechercher la source de contamination et la détruire <u>Conseils hygiéno-diététiques * :</u>
Traitement 2 Dysenterie bacillaire	<u>Antibactérien voie orale:</u> <i>Cotrimoxazole</i> : Enfant. : 480mg x 2 fois/j/5j Adulte. 960mg x 2 fois/j pendant 5j <u>OU</u> <u>Ciprofloxacin</u> Enfant. : 250mg x 2 fois/j/5j Adulte. 500mg x 2 fois /j / 5 j. <u>Antipyrétique voie orale:</u> <i>Paracétamol</i> Enfant. 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte. 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j pendant 3 j. <u>Conseils hygiéno-diététiques</u>
Traitement 3 Dysenterie amibienne	<u>Antiparasitaire voie orale /j 8 -10j</u> <i>Métronidazole</i> : en fonction du poids Enfant. : 250mg à 500mg x 3 fois_/j. Adulte. 1g x 3/j <u>Conseils hygiéno-diététiques * :</u>
Traitement 4 Autres parasitoses digestives ou entérites	<u>Anthelminthique voie orale:</u> <i>Mé bendazole</i> 100mg x 2fois /j pendant 3 j <u>OU</u> <i>Albendazole</i> 400mg en prise unique. <u>Conseils hygiéno-diététiques * :</u>
Traitement 5 Entéropathie chronique	<u>Antibactériens voie orale:</u> <i>Cotrimoxazole</i> : Enfant. : 480mg x 2 fois/j pendant 8j Adulte. 960mg x 2 fois/j pendant 8j <u>ET</u> <i>Métronidazole</i> : Enfant : 250 à 500mg x 3 fois/j. Adulte 1g x 3fois/j pendant 8–10 j <u>Conseiller le test de dépistage du VIH.</u> Test négatif : Etat du malade non amélioré : REFERER Test positif : (Voir. PROTOCOLE SIDA) <u>Conseils hygiéno-diététiques</u>

Conseils hygiéno-diététiques * :

La transmission des diarrhées d'origine infectieuse est directe (mains sales) ou indirecte (ingestion d'eau ou d'aliments souillés).

Les principales mesures de prévention des diarrhées sont : L'accès à l'eau potable en quantité suffisante.

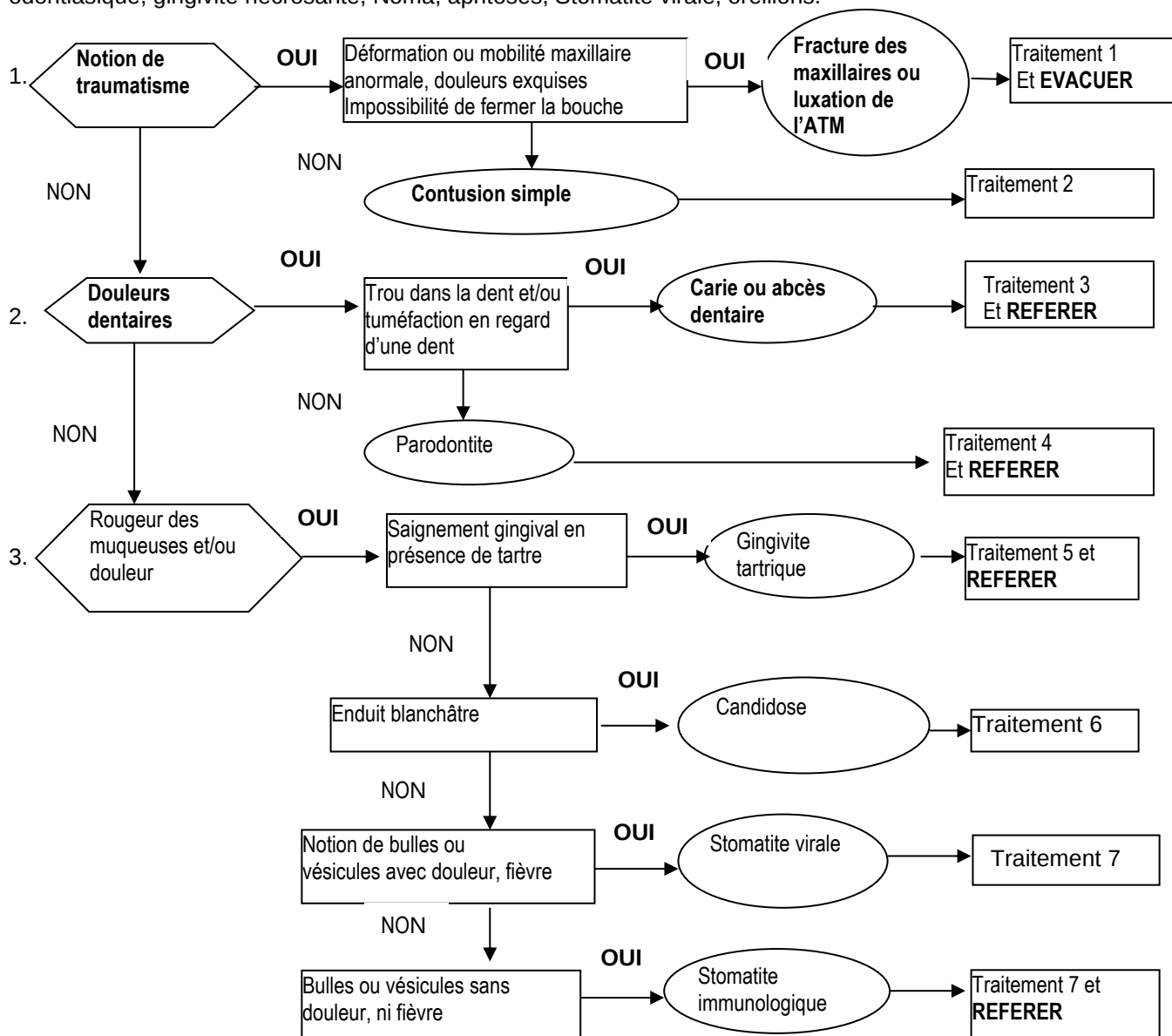
L'hygiène personnelle (lavage des mains à l'eau et au savon, avant la préparation ou la prise de repas, après défécation.) Bien cuire les aliments avant de les consommer ; Bien laver les fruits et légumes avant de les consommer.

MAL A LA BOUCHE 1: BOUCHE ROUGE

Définition : Ce sont les manifestations douloureuses localisées à la bouche et à ses annexes : lèvres : dents, joues : muqueuses (gencives, palais ; intérieur des joues) langue : glandes salivaires et os maxillaires.

Principales affections à rechercher :

Fractures maxillaire ou mandibulaire, luxation de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), contusion simple ; caries dentaires, abcès dentaires, parodontite, candidose buccale, gingivite tartrique, gingivite odontiasique, gingivite nécrosante, Noma, aphtoses, Stomatite virale, oreillons.



MAL A LA BOUCHE 1 : - TRAITEMENTS

Traitement 1 Luxation de l'ATM ou fracture mandibulaire ou maxillaire.	Si fracture mandibulaire ou maxillaire, soins locaux, <u>antalgique voie orale</u> , parer, suturer et EVACUER Si luxation, réduire et REFERER . Si non EVACUER
Traitement 2 Contusion simple	Soins locaux <u>Antalgique et anti-inflammatoire voie orale :</u>
Traitement 3 Carie dentaire ou abcès dentaire	<u>Antalgique voie orale</u> . Et REFERER
Traitement 4 Parodontite	<u>Antibactérien voie orale:</u> <u>Amoxicilline</u> Enfant. : 250mg à 500mg x 3 fois /j pendant 8j. Adulte : 1g x 3 fois /j pendant 8 jours <u>Soins locaux :</u> Bain de bouche à l'eau salée après chaque repas (une pincée de sel dans ½ verre d'eau)
Traitement 5 Gingivite tartrique Gingivite odontiasique	Bain de bouche Violet de gentiane ou Eau tiède salée (une pincée de sel dans un verre d'eau salée) Conseils d'hygiène bucco-dentaire* Si gingivite tartrique recommander un détartrage Si éruption de dent de sagesse, antalgique et Référer si persistance de la douleur.
Traitement 6 Candidose buccale	Bain de bouche à l'eau salée Nystatine comprimés gynécologique à croquer et laisser en contact des muqueuses pendant 15 minutes Posologie : 100 000 UI 4 fois/j à distance des repas pendant 21 jours. Conseils d'hygiène bucco-dentaire*
Traitement 7 Gingivite hyperplasique médicamenteuse, stomatites immunologique, virales et oreillons	Traitement symptomatique <u>avec antalgique voie orale</u> pendant 3 jours ; Conseils d'hygiène bucco-dentaire*, Repos une semaine si oreillons (isolement, éviction scolaire, éviter les <u>anti-inflammatoires et l'aspirine</u>).

*Conseils d'hygiène bucco-dentaire :

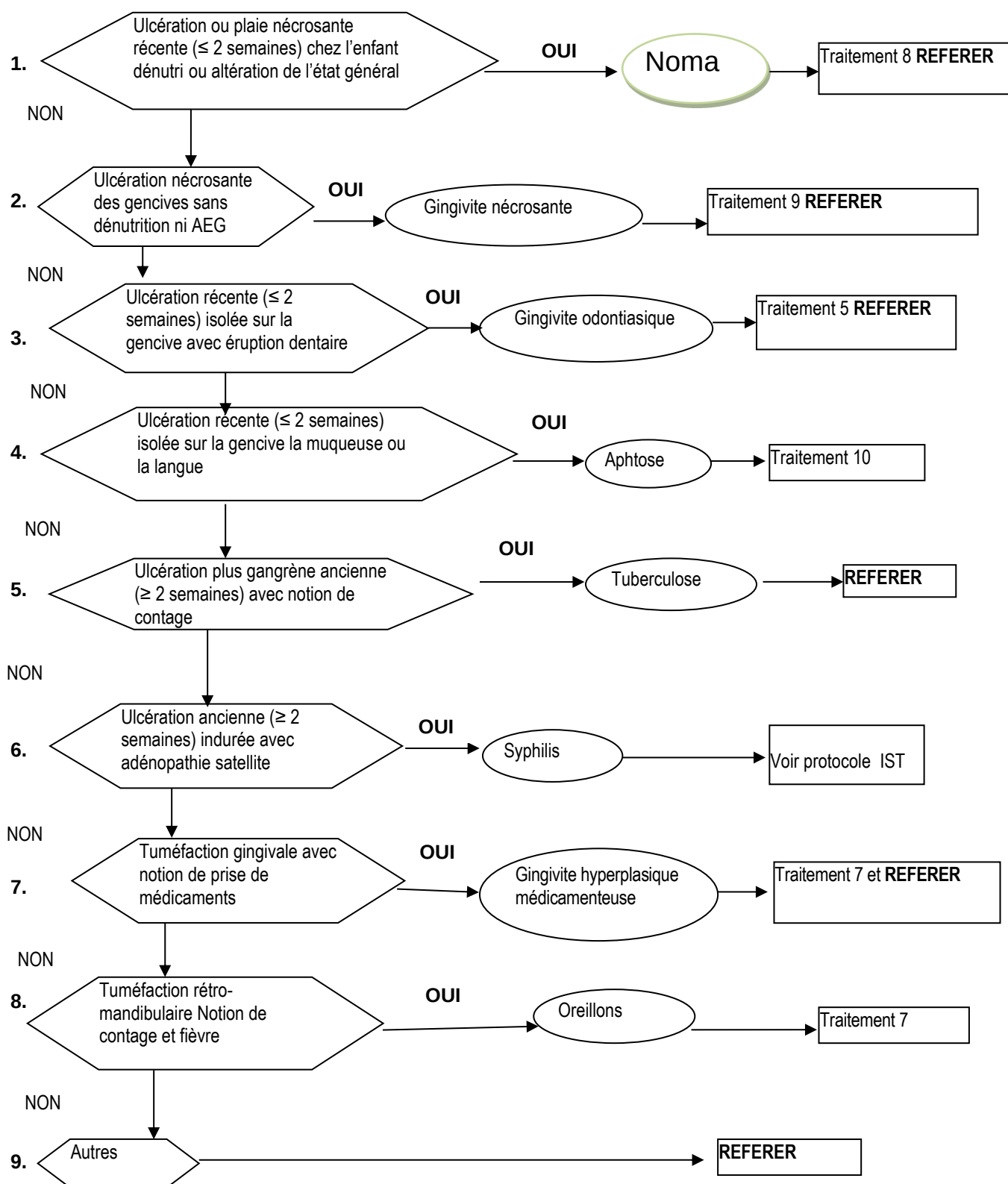
Chez l'enfant de moins de 3 ans nettoyer la bouche après chaque repas à l'aide d'une compresse ou un linge propre imbibé d'eau potable, d'eau tiède salée ou d'un bain de bouche ;

Chez l'enfant de 3 à 6 ans, brosser les dents avec une brosse à dent à petite tête, à poils souples ou medium (ou un bâtonnet frotte-dent ou cure-dent) et une pâte dentifrice fluorée (600ppm de fluor au maximum) au moins deux fois par jour après les repas (le matin et la nuit au coucher);

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans brosser les dents avec une brosse à dent à poils souples ou medium (ou un bâtonnet frotte-dent ou cure-dent) et une pâte dentifrice fluorée (entre 1000 et 1500 ppm de fluor) au moins deux fois par jour après les repas (le matin et la nuit au coucher);

Eviter la consommation fréquente d'aliments sucrés mous et collants (chocolat, biscuits, bonbons, sucreries),

MAL A LA BOUCHE 2 : ULCERATION BUCCALE



MAL A LA BOUCHE 2 : TRAITEMENTS

Traitement 8 Noma évolutif	Mettre en route le traitement médical d'urgence Effectuer si possible des soins locaux Evacuer le malade vers un centre médical approprié Traitement de la phase de début (phase pré gangreneuse) Voir traitement de la gingivite nécrosante Traitement de la phase d'état (phase gangreneuse) Il comprend : La prise en charge de la malnutrition Le traitement médical (essentiellement antibiothérapie) Les soins locaux La prévention de la constriction permanente des mâchoires (CPM) <u>Antibiothérapie</u> Pénicilline G 25.000 UI/kg /J + Métronidazole 30mg/kg/j pendant 15 jours Ou Ampicilline 100mg/kg/j + Métronidazole 30mg/kg pendant 15 jours Ou Amoxicilline 100 mg/kg/j + Métronidazole 30mg/kg pendant 15 jours <u>Autres antibiotiques utilisables</u>: aminosides (gentamycine), lincosamides (lincomycine) <u>Soins locaux</u> La thérapeutique anti-infectieuse se fait à l'aide d'antiseptiques locaux. Les plus couramment utilisés sont les suivants: Sérum physiologique tiède: en irrigation et pulvérisations plusieurs fois par jour à l'aide d'une seringue Liquide de Dakin dilué: en pansement Héxétidine ou Chlorhexidine (solution 5% à diluer): en bain de bouche Violet de gentiane à 0,25% ou bleu de méthylène: en application sur les lésions PVP-iodine: en pansement désinfectant (Perte tissulaire)
Traitement 9 Gingivite nécrosante	<u>Antibiothérapie par voie orale</u> : 1-Amoxicilline : 2 à 3 g par jour en 2 à 3 prises pour les adultes et 35-50mg/kg en 2 à 3 prises pour les enfant Ou Erythromycine à la dose de 500mg 4 fois par jour (adulte) et 250mg 4 fois par jour (enfant) pendant 7 jours 2-Métronidazole : 1g x 2 fois par jour pour les adultes et 30mg/kg de poids pour les enfants en 2 prises pendant 7 jours <u>Bain de bouche</u> : Violet de gentiane ou Eau tiède salée (une pincée de sel dans un verre d'eau salée) Conseils d'hygiène bucco-dentaire*
Traitement 10 Aphtoses	<u>Bain de bouche au Violet de gentiane ou à l'eau tiède salée</u> Conseils d'hygiène bucco-dentaire

*Conseils d'hygiène bucco-dentaire :

Chez l'enfant de moins de 3 ans nettoyer la bouche après chaque repas à l'aide d'une compresse ou un linge propre imbibé d'eau potable, d'eau tiède salée ou d'un bain de bouche ;

Chez l'enfant de 3 à 6 ans, brosser les dents avec une brosse à dent à petite tête, à poils souples ou medium (ou un bâtonnet frotte-dent ou cure-dent) et une pâte dentifrice fluorée (600ppm de fluor au maximum) au moins deux fois par jour après les repas (le matin et la nuit au coucher);

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans brosser les dents avec une brosse à dent à poils souples ou medium (ou un bâtonnet frotte-dent ou cure-dent) et une pâte dentifrice fluorée (entre 1000 et 1500 ppm de fluor) au moins deux fois par jour après les repas (le matin et la nuit au coucher);

Eviter la consommation fréquente d'aliments sucrés mous et collants (chocolat, biscuits, bonbons, sucreries),

MAL AU VENTRE

Définition : Douleur aiguë ou chronique au ventre .

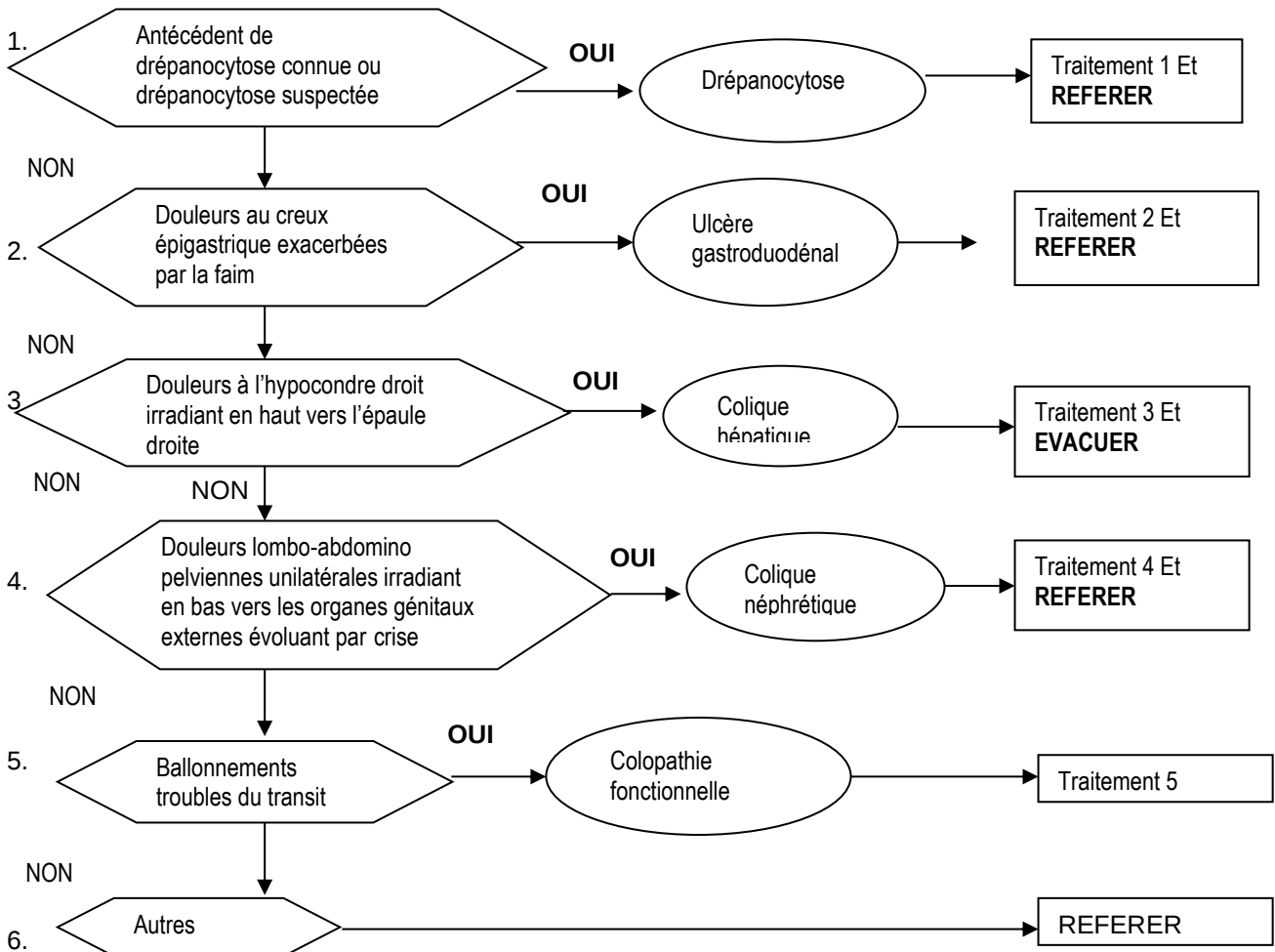
Principales affections à rechercher :

Péritonite ; Occlusion intestinale ; Appendicite aiguë ; Hernie étranglée ; Torsion d'organes ; Drépanocytose ; Ulcère gastroduodénal ; Colique hépatique ; Colique néphrétique ; Colopathie fonctionnelle.

Rechercher un abdomen chirurgical, placer une voie veineuse et évacuer :

- Notion de traumatisme abdominal
- Anémie et choc chez une femme en âge de reproduction : grossesse extra utérine rompue
- Arrêt des matières et des gaz, douleurs abdominales et vomissements : Occlusion intestinale
- Cicatrice opératoire abdominale (torsion par bride)
- Douleurs à la fosse iliaque droite : Appendicite aiguë
- Ventre de bois et/ou cri de l'ombilic et fièvre : Péritonite
- Tuméfaction douloureuse de la paroi ou grosse bourse avec comblement des orifices herniaires : Hernie étranglée
- Tumeur abdomino-pelvienne accompagnée de douleurs vives : Torsion d'organe

Rechercher signes associés : diarrhée → Ordigramme « DIARRHÉE »



MAL AU VENTRE - TRAITEMENTS :

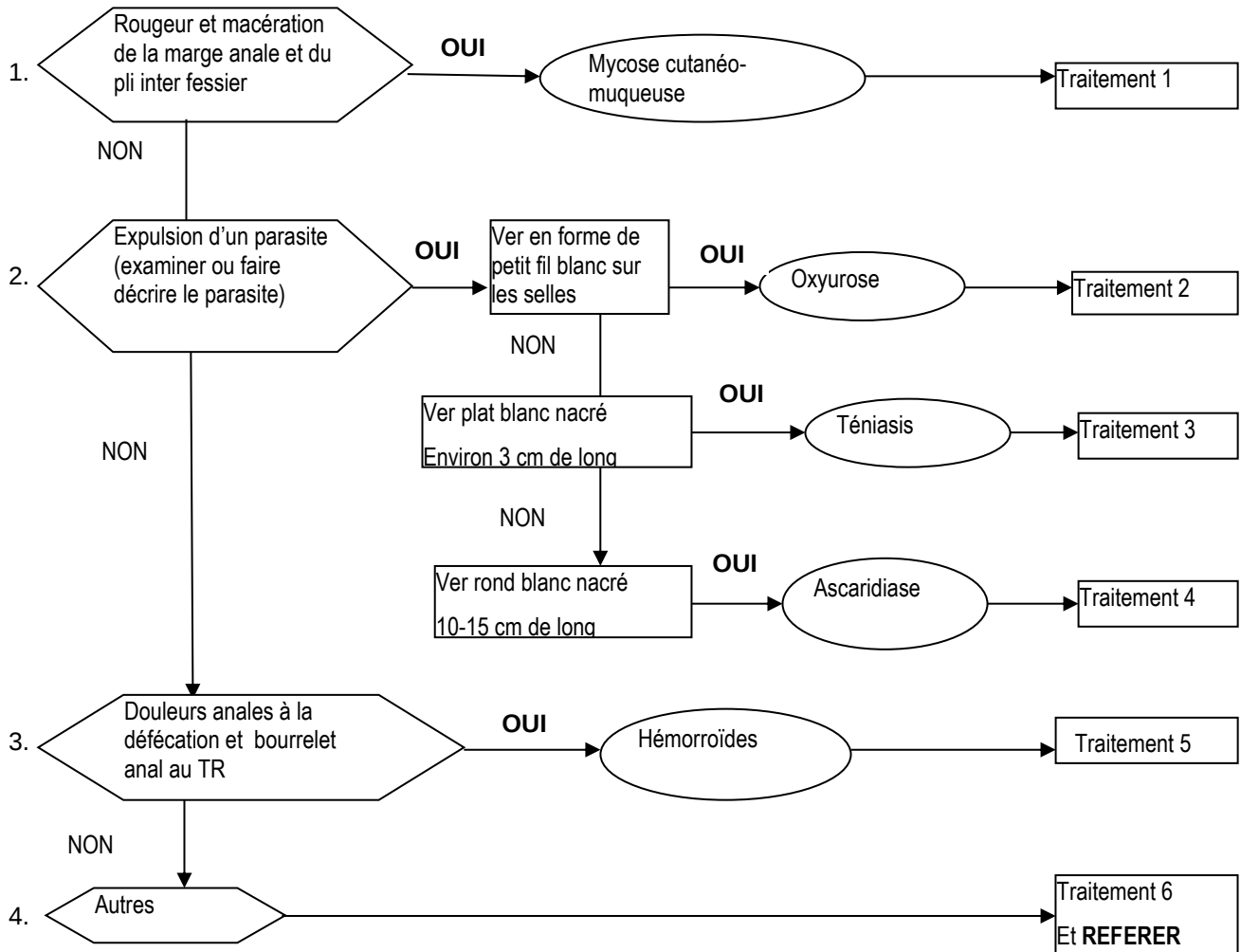
Traitement 1 Drépanocytose	<u>Antalgique injectable.</u> : les antalgique utilisés de façon graduelle en fonction de l'intensité de la douleur ; ASL : 15mg/kg toutes les 6 heures. Adulte: 0 ,5 à 1 g par injection, sans dépasser 4 g/j. IVDL OU Paracétamol injectable 15 mg/kg toutes les 6 heures aux AINS OU Diclofénac injectable chez l'adulte 150 mg/jour en 3 prises ; traitement d'entretien 75 mg à 100 mg par jour en 2 à 3 prises. Et REFERER
Traitement 2 Ulcère gastroduodéal	<u>Pansement gastrique voie orale:</u> Hydroxyde d'aluminium: 500mg à 1g x 3 fois /j pendant 7j <u>Conseils hygiéno-diététiques</u> : Arrêter : alcool, tabac, épices, café, éviter AINS <u>Soutien psychosocial</u> Si non amélioré au bout de 7jours, REFERER
Traitement 3 Colique hépatique	<u>Si fortes douleurs Antispasmodique injectable</u> : Butyl-scopolamine Voie parentérale : 20 mg jusqu'à 3 fois par jour. Et EVACUER <u>OU Phloroglucinol</u>. 10 mg IVDL. Et EVACUER
Traitement 4 Colique néphrétique	<u>Antispasmodique injectable</u> : Butyl-scopolamine. <u>OU Phloroglucinol injectable 40mg</u> . 1 à 3 ampoules par 24 heures en IVL Ensuite <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène 400mg à 800mg x 3 fois /j et REFERER Mesure HD : Ne pas boire pendant la crise
Traitement 5 Colopathie fonctionnelle	<u>Antispasmodique voie orale:</u> Phloroglucinol 160mg x 3 fois/j et REFRER <u>Anthelminthique voie orale:</u> Mébendazole 100mg x 2 fois /j pendant 3 j <u>OU Albendazole</u> 400mg en prise unique. <u>Conseils hygiéno diététiques</u> : Eviter : les boissons gazeuses, les aliments producteurs de gaz. Manger plus d'aliments riches en fibre, Pratiquer une activité physique de loisir régulièrement Si non amélioré au bout de 3 jours, REFERER

PRURIT ANAL ET/OU EXPULSION D'UN PARASITE

Définition : C'est l'irritation de la marge anale avec envie de se gratter et/ou l'expulsion d'un parasite dans les selles ou lors des vomissements.

Principales affections à rechercher

Mycose cutanéomuqueuse ; Oxyurose ; Téniasis ; Ascariase ; Hémorroïdes.



PRURIT ANAL ET/OU EXPULSION D'UN PARASITE TRAITEMENT

Traitement 1 Mycose cutanéomuqueuse	<u>Antimycosique voie orale:</u> <i>Nystatine</i> 100 000UI 4 fois/j à distance des repas pendant 21 jours. <u>Antimycosique local:</u> <i>Miconazole</i> 2 appl. /jr pendant 21 jours. Si non amélioré, REFERER
Traitement 2 Oxyurose	<u>Anthelminthique voie orale:</u> Adulte. <i>Mé bendazole</i> 100mg x 2 fois /j pendant 3 j OU <i>Albendazole</i> 400mg prise unique à croquer. Répéter 7 jours, et 14 jours après.
Traitement 3 Téniasis	<u>Anthelminthique voie orale:</u> <i>Niclosamide</i> : Enfant < 2ans : 500mg ; Enfantant 2 à 6 ans : 1g Enfantant 6 ans et Adulte. 2g en dose unique OU <i>Praziquantel</i> : 40mg/kg en prise unique <u>Conseils d'hygiène :</u> Se laver les mains à l'eau et au savon après chaque selle et avant de manger. Manger les viandes bien cuites Traiter les autres membres de la famille
Traitement 4 Ascaridiase	<u>Anthelminthique voie orale:</u> Adulte <i>Mé bendazole</i> 100mg x 2 fois /j pendant 3 j OU <i>Albendazole</i> 400mg prise unique. Répéter 7 jours après.
Traitement 5 Hémorroïdes	<u>Soins locaux :</u> <i>Permanganate de potassium</i> en bains de siège : 1 cp de 500mg pour 5l d'eau <i>Anti-hémorroïdaire</i> appl. locale: 2 fois par jour et après chaque selle pendant 3 jours <u>Antalgique voie orale:</u> AAS : 10mg/kg toutes les 8 heures. Adulte : 500mg à 1 g x 3/j OU <i>Ibuprofène</i> : Enfant. > 5ans : 200à 400mg x 3fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 fois/j OU <i>Paracétamol</i> Enfant. 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j . Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j pendant 3 j. <u>Conseils hygiéno-diététiques :</u> - Consommer des fruits et des légumes - Eviter les épices - Boire beaucoup d'eau - Pratiquer une activité physique régulière - Eviter le lavement avec agents irritants (gingembre, piments) - Toilette anale à l'eau et au savon après chaque selle Si non amélioré au bout de 7 jours, REFERER
Traitement 6 Autres prurits et/ou expulsion de parasite	<u>Soins locaux :</u> <i>Permanganate de potassium</i> 500mg/5l d'eau tiède en bains de siège <u>Antihistaminique voie orale / 7 j :</u> <i>Chlorphéniramine</i> Enfant : 2mg x 2 fois/j Adulte 4mg x 2 fois/j <u>Anthelminthique voie orale:</u> <i>Mé bendazole</i> 100mg x 2/j /3 j OU <i>Albendazole</i> 400mg prise unique Si non amélioré au bout de 2 semaines, REFERER

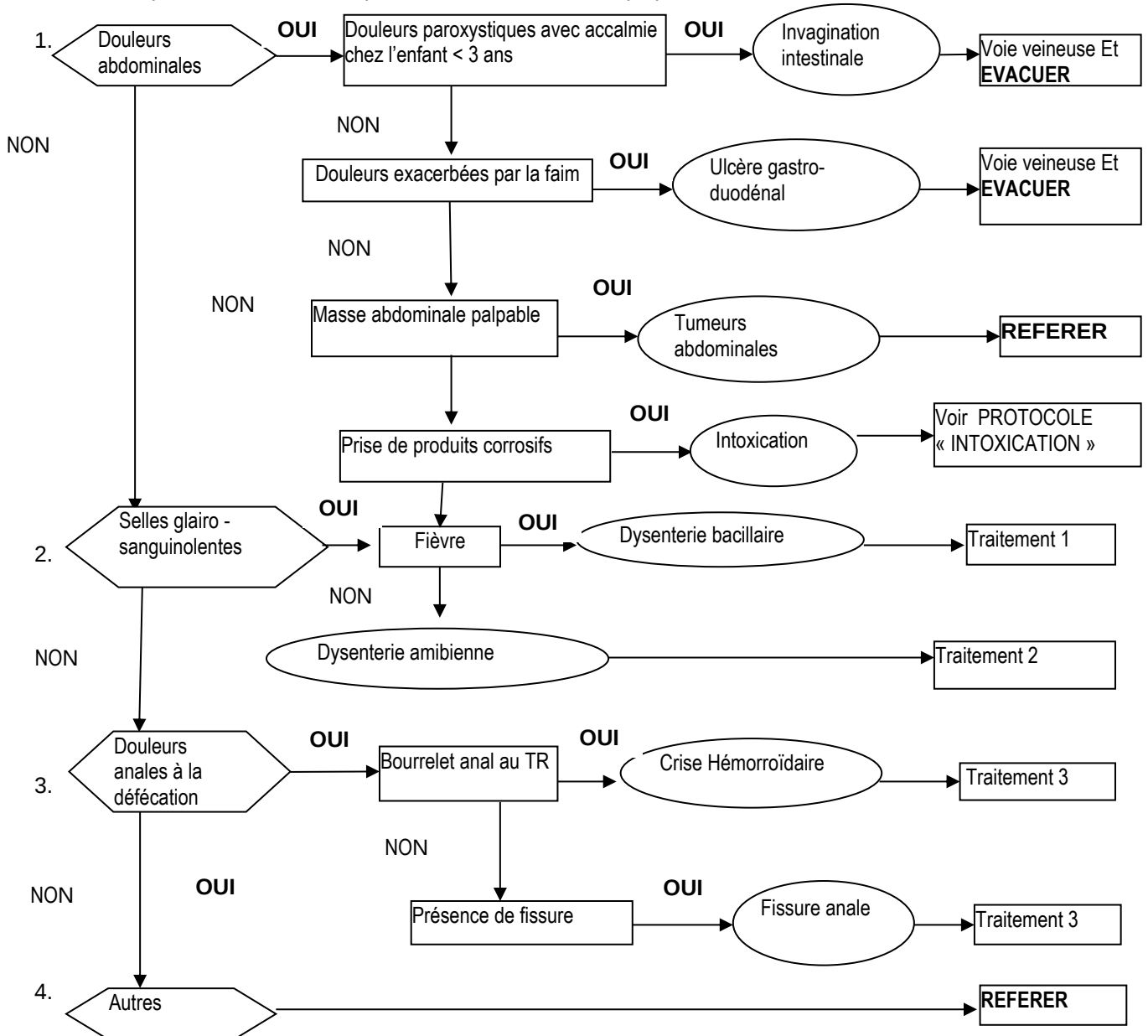
SANG DANS LES SELLES

Définition : C'est la présence de sang rouge dans les selles ou émission de selles noirâtres.

Principales affections à rechercher :

Invagination intestinale ; Ulcère gastroduodénal ; Tumeurs abdominales ; Intoxication ; Dysenterie bacillaire ; Dysenterie amibienne ; Crise hémorroïdaire ; Fissure anale ; Blessures anales

Exclure : la prise de médicament pouvant colorer les selles (fer).



SANG DANS LES SELLES- TRAITEMENTS :

Traitement symptomatique. Calmer les douleurs et la fièvre avec un antalgique, antipyrétique par voie orale:
Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j pendant 3 j.

Traitement 1 Dysenterie bacillaire	<u>Antibactérien voie orale:</u> <i>Cotrimoxazole</i> : Enfant 40mg/kg/j en deux prises: pendant 8j. Adulte : 960mg x 2 fois/j pendant 8 j <u>OU Ciprofloxacine</u> <u>Enfant</u> : 250mg x 2 fois/j pendant 5 jours <u>Adulte</u> 500mg x 2 fois /j pendant 5 jours . Si non amélioré au bout de 3 jours associer <i>Métronidazole</i> : Enfant : 250mg à 500mg x 3 fois/j pendant 8–10 j. Adulte 500 mg x 3/j pendant 8 -10j. poursuivre <i>Ciprofloxacine</i>
Traitement 2 Dysenterie amibienne	<u>Antiparasitaire voie orale:</u> <i>Métronidazole</i> : Enfant : 40mg/kg/j en trois prises pendant 8–10 j. Adulte 1g x 3 fois /j pendant 8 -10j
Traitement 3 Hémorroïdes / Fissure anale	<u>Soins locaux:</u> <i>Permanganate de potassium 500mg/5l d'eau tiède</i> en bains de siège <i>Anti-hémorroïdaire</i>. local: 1 application. 2 fois / j et après chaque selle / 3 j <u>Conseils hygiéno-diététiques :</u> - Consommer des fruits et des légumes - Eviter épices - Boire beaucoup d'eau - Pratiquer activité physique modérée et régulière - Eviter lavement avec agents irritants (gingembre, piments) - Toilette anale à l'eau et au savon après chaque selle Si non amélioré au bout de 7 jours, REFERER

VOMISSEMENTS / NAUSÉES

Définitions :

Vomissements : c'est le rejet involontaire par la bouche du contenu de l'estomac.

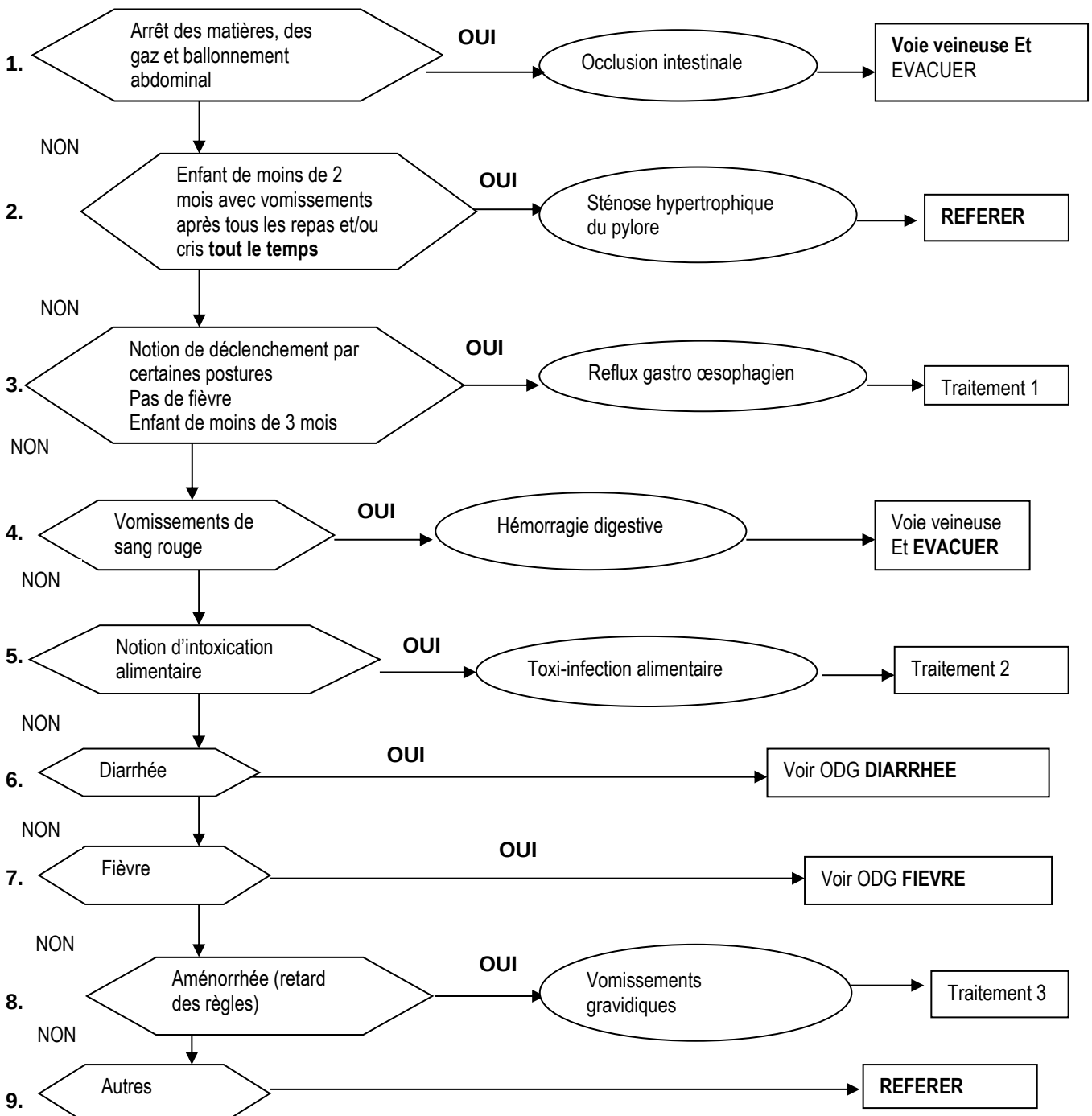
Nausée : c'est l'envie de vomir.

Principales affections à rechercher :

Occlusion intestinale ; Intoxication alimentaire ; Méningite ; Paludisme ; Parasitoses digestives ; Sténose hypertrophique du pylore ; reflux gastro œsophagien (RGO) ; Grossesse ; Hémorragies digestives (ulcère gastroduodénal, varices œsophagiennes) ; Excès alimentaires.

Attention : Rechercher systématiquement les signes de déshydratation et voir fiche technique réhydratation selon le plan approprié : plan A, B, C.

Exclure réactions médicamenteuses



VOMISSEMENTS / NAUSEES- TRAITEMENTS :

Traitement 1 Reflux gastro œsophagien	<u>Pansement gastrique par voie orale :</u> <i>Hydroxyde d'aluminium</i>: 1,5 à 3 g/j à diviser en 3 prises. Adulte 1 à 2 comprimé 500mg x 3/j <u>Conseils</u> pour éviter les postures qui déclenchent la douleur et REFERER
Traitement 2 Toxi-infection alimentaire	<u>Adsorbant par voie orale :</u> <i>Charbon végétal</i> Enfant : 10 à 25g ; Ad : 50 à 100g Rechercher la source de contamination et la détruire <u>Conseils d'hygiène</u> individuelle et collective (propreté des mains, préparation des aliments, eau de boisson) Réhydrater selon le tableau. Voir PROTOCOLE « DIARRHEE » <u>Antibactérien par voie orale :</u> <i>Cotrimoxazole</i> : Enfant : 30mg/kg/j en deux prises . Adulte : 960mg x 2 fois/j pendant 8 j
Traitement 3 Vomissements gravidiques	<u>Rassurer la femme</u> <u>Faire le counseling :</u> - Manger peu mais souvent dans la journée ; - Manger quelque chose avant de se coucher ; - Ne pas se lever brusquement du lit ; - Éviter des aliments trop gras, épicés, ou difficiles à digérer - Consommer du gingembre, graine de moringa, vitamine B6, sésame... <i>Métoclopramide</i>. Injectable. si vomissements abondants 10mg à renouveler éventuellement au bout de 6 heures en injection intramusculaire ou intraveineuse lente (1 à 2 minutes) <i>Métoclopramide</i> voie orale si vomissements espacés 10mg x 3 fois/j par voie orale ou). Si non amélioré, REFERER

SECTION II. PATHOLOGIE CARDIO- RESPIRATOIRE ET ORL

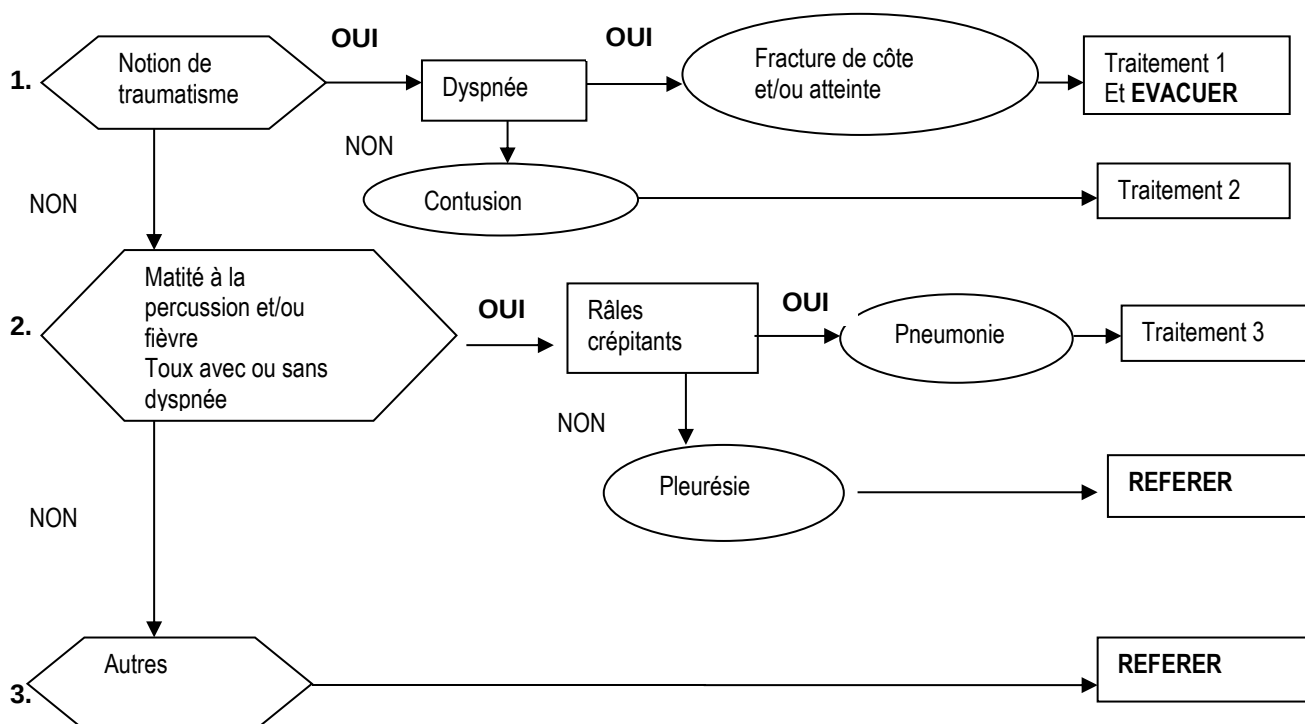
DOULEURS THORACIQUES NON IRRADIANTES

Définition : Sensation douloureuse au niveau du thorax.

Principales affections à rechercher :

Traumatiques : Fracture de côte ou atteinte pulmonaire ; Contusion;

Non traumatiques : Pleurésie ; Pneumonie ; Angine de poitrine ; Infarctus du myocarde ; Reflux gastro-œsophagien ; Ulcère gastroduodénal ; Zona ; Névralgie intercostale ; Dystonie neuro végétative, embolie pulmonaires, péricardite, dissection aortique



DOULEURS THORACIQUES NON IRRADIANTES - TRAITEMENTS

Traitement systématique : Calmer les douleurs avec un antalgique :

Posologie des antalgiques ou AINS par voie orale :

AAS : Enfant 10mg/kg toutes les 08 heures. Adulte. 500mg à 1g x 3 fois/j

OU **Ibuprofène** : Enfant. 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 400 à 800mg x 3 fois /j

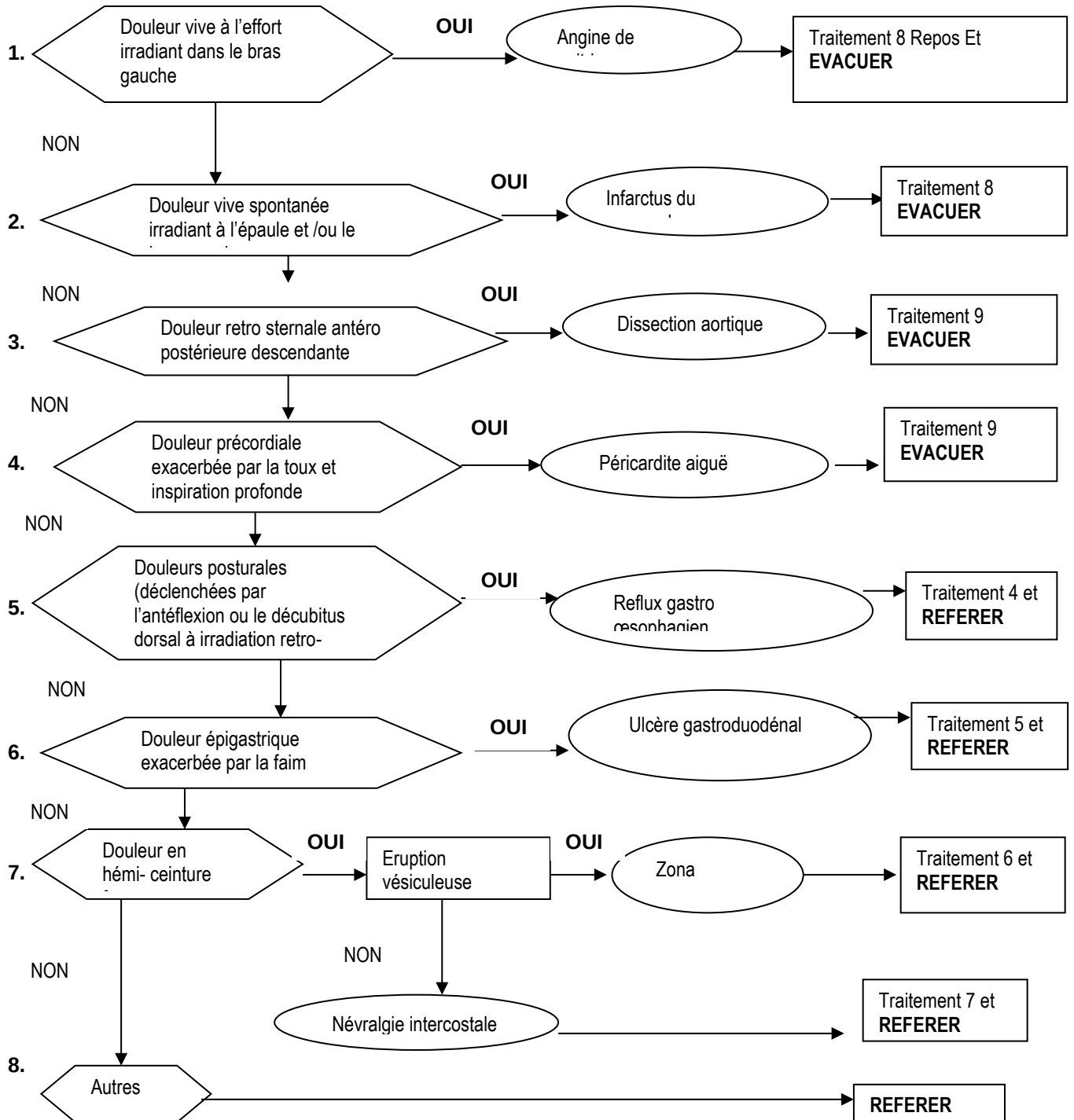
OU **Diclofénac** : Adulte 50mg X 2 fois/j

OU **Paracétamol** Enfant. 15 à 20mg/kg x 3 à 4 fois/j. Adulte. 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j pendant 3 j.

Posologie du **Paracétamol** injectable : 15mg/kg toutes les 06 heures sans dépasser 4g par jour

Traitement 1 Fracture de côte et/ou atteinte pulmonaire	Dégager les voies aériennes supérieures Voie veineuse Antalgique injectable Paracétamol Mettre en position de sécurité (décubitus latéral gauche) Et EVACUER
Traitement 2 Contusion	<u>Antalgique voie orale:</u>
Traitement 3 Pneumonie	<u>Antalgique voie orale:</u> <u>Antibactérien voie orale :</u> Cotrimoxazole : Enfant : 30mg/kg/j en deux prises pdt 8j. Adulte : 960mg x 2 fois/j pendant 8 j OU Amoxicilline Enfant : 250mg à 500mg x 3 fois/j/8j. Adulte 1g x3 fois/j/8j OU Amoxicilline + Acide clavulanique enfant posologie : 50 à 100mg/kg/j OU Erythromycine Enfant : 50mg/kg adulte : 500mg X4 fois /j

DOULEURS THORACIQUES IRRADIANTES



DOULEURS THORACIQUES /- TRAITEMENTS

Traitement systématique : Calmer les douleurs avec un antalgique :

Posologie des antalgiques par voie orale :

AAS : Enfant 10mg/kg toutes les 08 heures. Adulte. 500mg à 1g x 3/j

OU **Ibuprofène :** Enfant. 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 400 à 800mg x 3/j

OU **Diclofénac :** Adulte 50mg X 2 fois/j

OU **Paracétamol** Enfant. 15 à 20mg/kg x 3 à 4 fois/j. Adulte. 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /pendant 3 j.

Posologie du **Paracétamol** injectable : 15mg/kg toutes les 06 heures sans dépasser 4g par jour

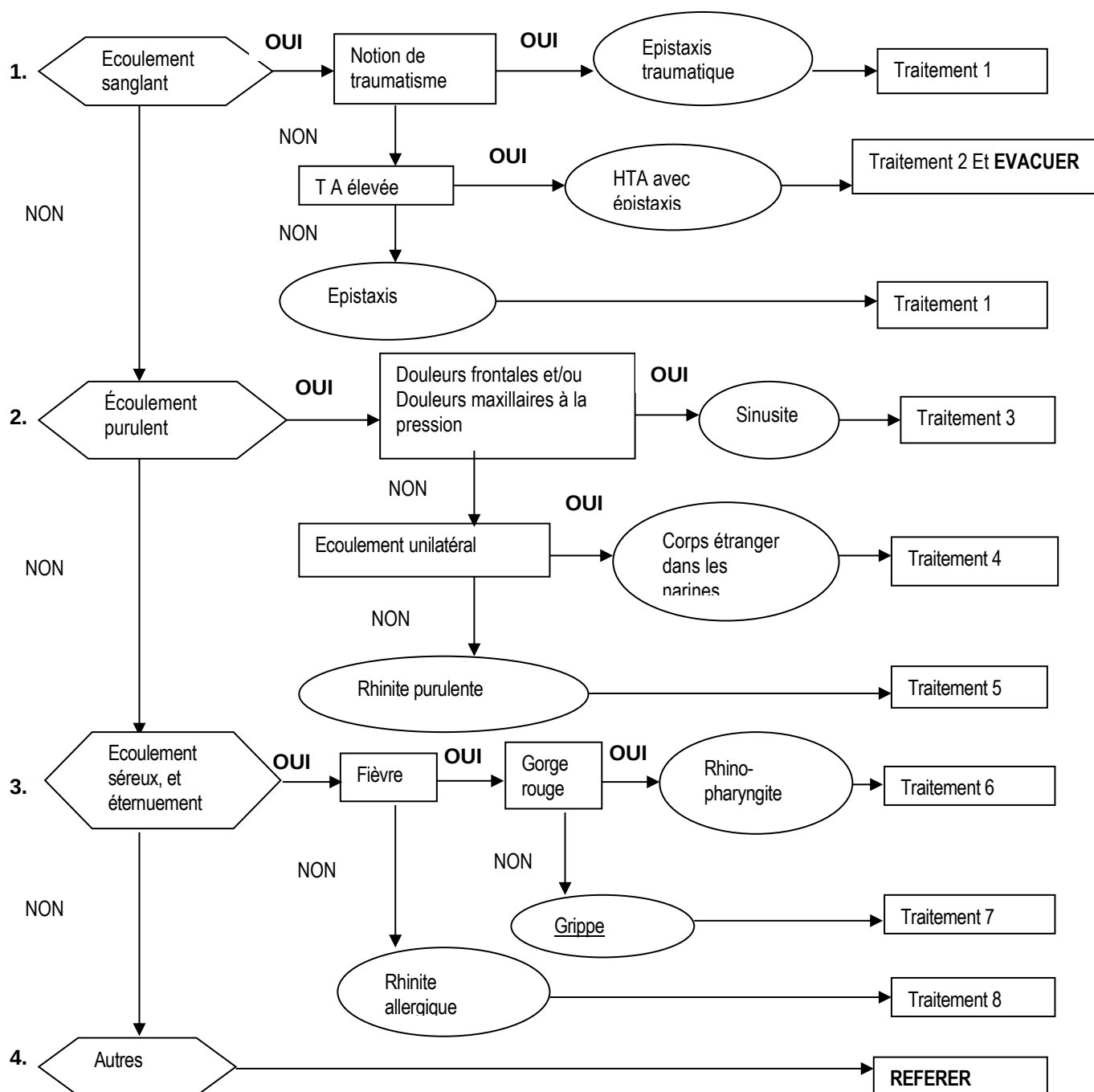
Traitement 1 Fracture de côte et/ou atteinte pulmonaire	Dégager les voies aériennes supérieures Voie veineuse Antalgique injectable Paracétamol Mettre en position de sécurité (décubitus latéral gauche) Et EVACUER
Traitement 2 Contusion	<u>Antalgique voie orale:</u>
Traitement 3 Pneumonie	<u>Antalgique voie orale:</u> <u>Antibactérien voie orale :</u> Cotrimoxazole : Enfant : 240 à 480mg x 2 fois / 8j. Adulte : 960mg x 2 fois/j / 8 j OU Amoxicilline Enfant : 250mg à 500mg x 3 fois/j/8j. Adulte 1g x3 fois/j/8j OU Amoxicilline + Acide clavulanique enfant posologie : 50 à 100mg/kg/j en deux prises OU Erythromycine Enfant : 50mg/kg adulte : 500mg X4 fois /j_pendant 7j.
Traitement 4 Reflux gastro œsophagien	<u>Pansement gastrique:</u> Hydroxyde d'aluminium : Adulte 500mg à 1 g x 3 fois/j Conseils pour éviter les postures qui déclenchent les douleurs (antéflexion du tronc, décubitus dorsal), les aliments gras, aigres, épicés et les excitants (arrêt alcool, tabac, épices, café) et REFERER
Traitement 5 Ulcère gastroduodéal	<u>Pansement gastrique:</u> Hydroxyde d'aluminium : Adulte 1 à 2 comp500mg x 3/j <u>Conseils hygiéno-diététiques :</u> arrêt alcool, tabac, épices, café, Soutien psycho-social REFERER
Traitement 6 Zona	<u>Astringent application locale:</u> Eosine aqueuse 2% 2 à 3 fois par jour jusqu'à guérison des lésions <u>Proposer le test dépistage VIH</u> <u>Antalgique voie orale :</u> <u>Si surinfection ; antibiothérapie</u> Erythromycine Enfant : 50mg/kg Adulte : 500mg X4 fois /j pendant 7 jours REFERER
Traitement 7 Névralgie intercostale	<u>Antalgique voie orale :</u> Complexe vitaminique B : Adulte, 1comp X 3fois/jour Si non amélioré, REFERER
Traitement 8 Angine de poitrine	<u>Antalgique voie orale :</u> AAS, Adulte. 500mg à 1g x 3/j Repos Et EVACUER
Traitement 9 Dissection aortique OU Péricardite aiguë	Antalgique injectable Paracétamol 15mg/kg toutes les 06 heures sans dépasser 4g par jour ET EVACUER

ÉCOULEMENT NASAL

Définition : Toute perte de liquide par les fosses nasales.

Principales affections à rechercher :

Épistaxis (HTA, ...); Sinusite ; Corps étranger ; Rhinite purulente ; Rhinopharyngite ; Grippe ; Rhume / rhinite allergique.



ÉCOULEMENT NASAL- TRAITEMENTS :

Traitement 1 Epistaxis	Compression bidigitale pendant 10 minutes. Si pas arrêt d'hémorragie, tamponnement antérieur bloqué (mèche) pendant 24 heures. Si pas d'effet, REFERER
Traitement 2 HTA avec épistaxis	Inhibiteur calcique : Amlodipine 10mg, 1comp/j Et/ou Inhibiteur enzyme de conversion : Captopril 25mg, 2 comp X 2 fois/j Se référer au protocole de HTA pour la poursuite du traitement Tamponnement antérieur bloqué EVACUER
Traitement 3 Sinusite	<u>Antibactérien voie orale:</u> Erythromycine Enfant 50mg/kg/j en 4 prises /j: Adulte 500mg x 4 fois/j/8j OU Amoxicilline Enfant : 50mg à 100mg/kg/jr en 3 prises pendant 8 jours. Adulte : 1g x 3/j pendant 8 j <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Adulte : 50mg X 2 fois/j
Traitement 4 Corps étranger dans les narines	Extraire le corps étranger si possible. Si échec REFERER
Traitement 5 Rhinite purulente	<u>Antibactérien voie orale:</u> Amoxicilline Enfant : 50mg à 100mg/kg/j en 3 prises pdt 8 j Ad : 1g x 3/j/ 8 j OU Erythromycine Enfant 250mg x 4 fois /j: Adulte 500mg x 4 fois/j/8j
Traitement 6 Rhino-pharyngite	<u>Antibactérien voie orale:</u> Péni V Enfant 125mg à 250mg x 4 fois/j / 8 j Adulte 500 mg x 4 fois/ j /8j OU Amoxicilline Enfant : 50mg à 100mg/kg/j en 3 prises pendant 8 j <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofénac 50mg, Adulte : 50mg X 2 fois/j Si non amélioré au bout de 5 jours, REFERER
Traitement 7 Grippe	<u>Antipyrétique voie orale:</u> Paracétamol Enfant : 15mg/kg toutes les 6 heures. Adulte 500mg à 1 g x 4/j/3 jours. Ou AINS voie orale: Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Ad : 50mg X 2 fois/j <u>Vitamine voie orale:</u> Vitamine C 500mg 1 comp le matin et 1 comp à midi Tisane chaude au citron ou au miel
Traitement 8 Rhinite allergique	<u>Antihistaminique voie orale:</u> Chlorphéniramine Enfant : 2mg x 2 fois/j pendant 7j. <u>Adulte</u> 4mg x 2 fois /j pendant 7j <u>Soins locaux :</u> Humidifier les muqueuses nasales avec du beurre de karité <u>Antipyrétique voie orale:</u> Paracétamol Enfant : 15 à 20 mg/kg toutes les 6 à 8heures. Adulte 500 mg à 1 g x 3 à 4 fois/j pendant 3 jours.

ETAT DE CHOC

Définition :

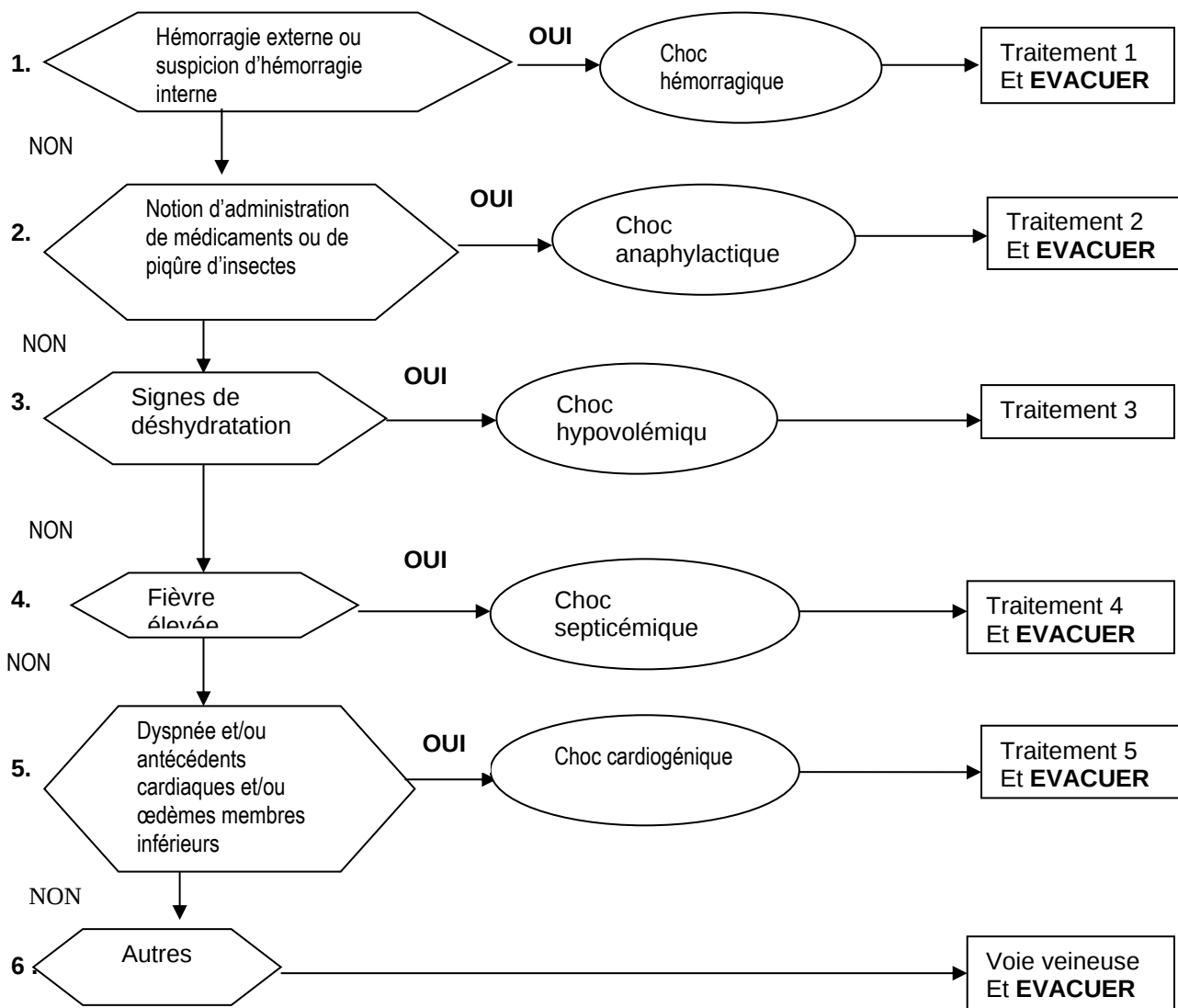
C'est un état aigu et grave se traduisant par un pouls rapide et filant, une tension artérielle dont la systolique est inférieure ou égale à 80 mm Hg (mercure) des extrémités froides avec ou sans troubles de conscience.

NB : Attention aux traumatisés « apparemment » calmes.

Principales affections à rechercher :

Choc hémorragique ; Choc anaphylactique ; Choc hypovolémique ; choc septicémique ; choc cardiogénique

Devant tout état de choc non cardiogénique procéder à un Remplissage vasculaire : Perfusion de **Ringer** ou de SSI et laisser couler jusqu'à ce que le pouls soit perceptible et la TA systolique supérieure à 80 mm Hg. Ensuite ralentir la perfusion de *Ringer* et SURVEILLER la TA toutes les heures, et le pouls toutes les 5 minutes.



ETAT DE CHOC- TRAITEMENTS

Traitement 1 Choc hémorragique	<u>Remplissage vasculaire</u> : Gelofusine , ringer, SSI <u>Vasopresseur injectable:</u> Hydrocortisone : Adulte 100mg. Enfant 25 à 50 mg par injection IVD à répéter 10 minutes plus tard au besoin. OU Dexaméthasone Enfant 4mg/j ; Adulte 12mg par jour En cas d'hémorragie externe pratiquer d'abord l'hémostase ou à défaut faire un pansement compressif. Et EVACUER
Traitement 2 Choc anaphylactique	<u>Remplissage vasculaire</u> : Gelofusine , ringer, SSI <u>Vasopresseur injectable:</u> Hydrocortisone IVD. Adulte 100mg. Enfant 25 à 50 mg par injection A répéter 10 minutes plus tard au besoin. Ou Dexamethasone Enfant 4mg/j ; Adulte 12mg par jour Et EVACUER
Traitement 3 Choc hypovolémique	<u>Remplissage vasculaire</u> : Gelofusine , ringer, SSI <u>Corticoïde injectable</u> : Hydrocortisone IVD Adulte 100mg. Enfant 25 à 50 mg par injection A répéter 10 minutes plus tard au besoin. Ou Dexaméthasone Enfant 4mg/j ; Adulte 12mg par jour Et EVACUER
Traitement 4 Choc septicémique	<u>Remplissage vasculaire</u> : Gelofusine , ringer, SSI <u>Antibactérien injectable:</u> Ampicilline : 100mg/kg IVD Adulte 2g une dose ET Gentamicine IM 3mg/kg. une dose Et EVACUER. Si évacuation non possible répéter toutes les 12 heures <u>Antipyrétique injectable:</u> ASL : 15mg/kg toutes les 6 heures. Ad : 0 ,5 à 1 g par injection, sans dépasser 4 g/j. <u>Vasopresseur injectable:</u> Hydrocortisone IVD. Adulte 100mg. Enfant 25 à 50 mg par injection A répéter 10 minutes plus tard au besoin. Ou Dexaméthasone Enfant 4mg/j ; Adulte 12mg par jour
Traitement 5 Choc cardiogénique	<u>Voie veineuse de maintien 250cc de Ringer lactate/SGL/SSI</u> Et EVACUER

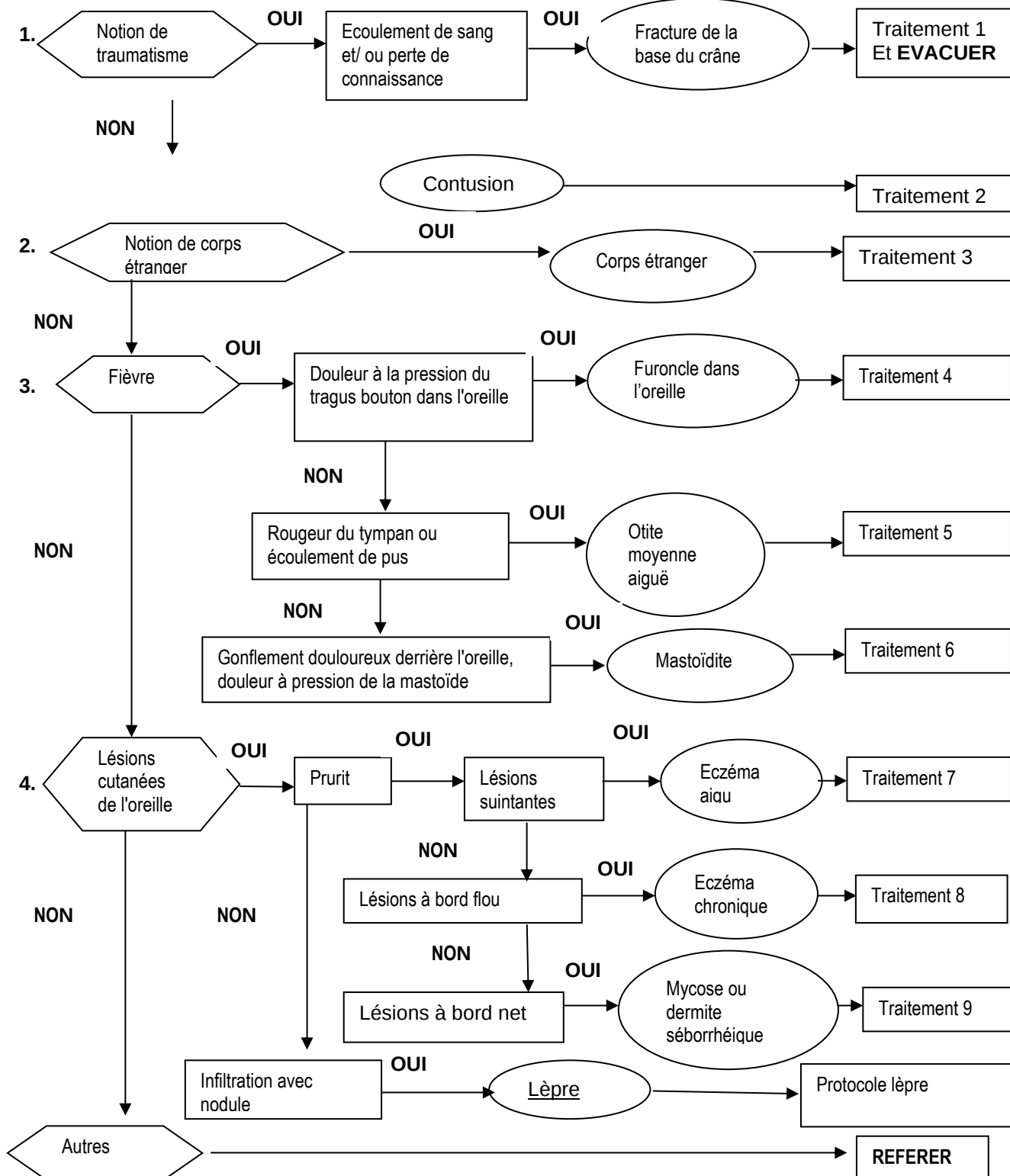
MAL A L'OREILLE / TROUBLES AURICULAIRES

Définition : Douleur spontanée ou provoquée et/ou gêne dans l'oreille avec ou sans baisse de l'audition

Principales affections à rechercher :

Fracture de la base du crâne ; Contusion ; Corps étranger ; Otite moyenne aiguë ; Furoncle ; Mastoïdite ; Eczéma aigu ; Eczéma chronique ; Mycose ; Dermite séborrhéique ; Lèpre.

Attention : Examiner le tympan chaque fois que possible avec un otoscope.



MAL A L'OREILLE / TROUBLES AURICULAIRES - TRAITEMENTS

Traitements systématiques

Antalgique voie orale:

Paracétamol Enfant 15 à 20mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j

ou AINS voie orale:

Ibuprofène: Enfant : 20 à 30mg/kg/j en 3 prises. Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j

OU **Diclofenac** 50mg, Ad : 50mg X 2 fois/j

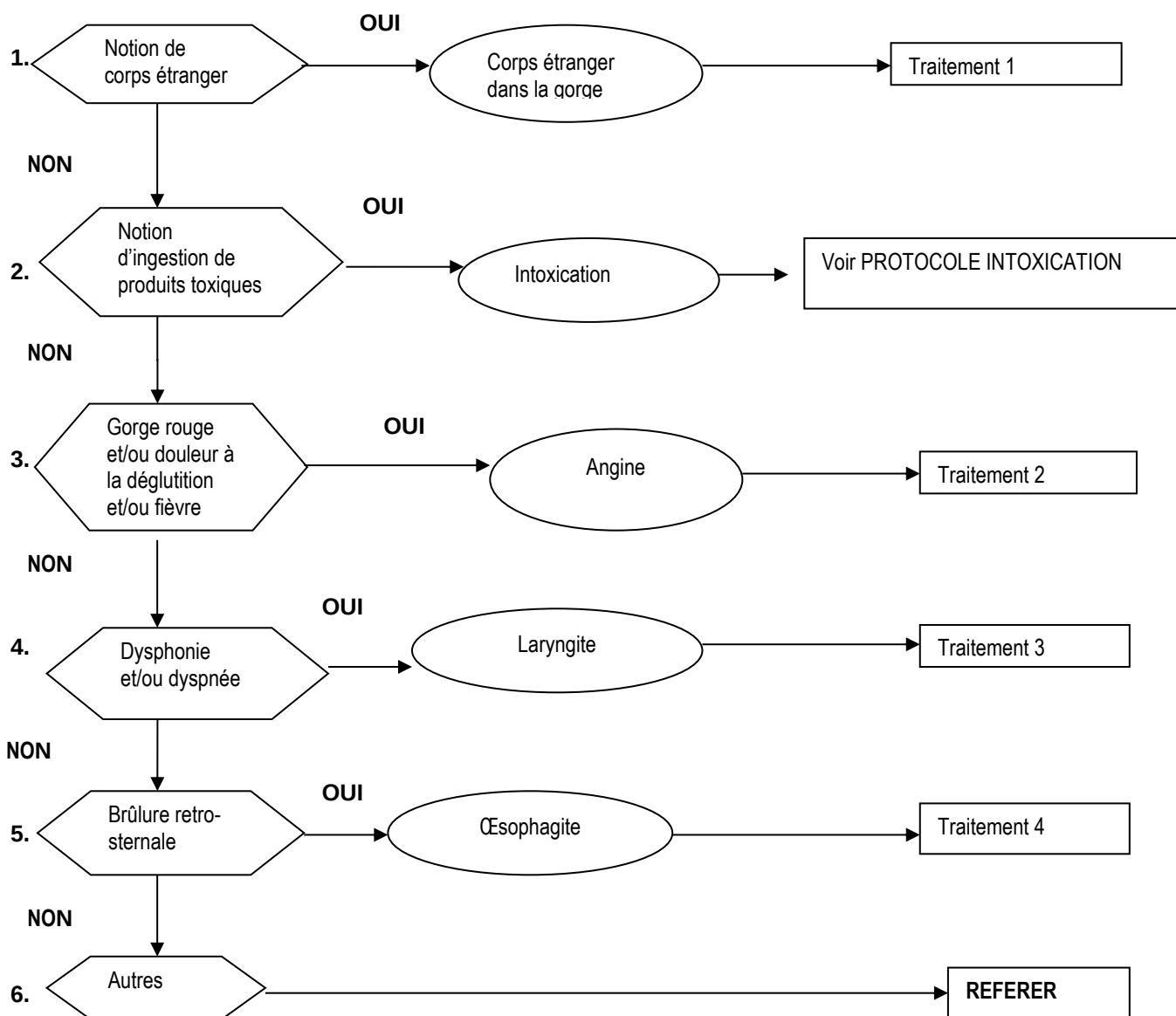
Traitement 1 Fracture de la base du crâne	Voie veineuse <u>Soins locaux :</u> Nettoyage externe à l'eau bouillie et tiédie ou au sérum salé Pansement protecteur ou méchage du conduit auditif Position couchée sur le côté atteint <u>Antibactérien injectable:</u> Ampicilline IVD 100mg/kg. Ad : 2 g ET Gentamicine 3 mg/kg IM <u>Antalgique injectable: Paracétamol injectable.</u> Enfant 15mg/kg; Adulte 1g en perfusion ET EVACUER
Traitement 2 Contusion	Traitement systématique antalgique ou AINS voie orale: Si non amélioré au bout de 3 jours REFERER
Traitement 3 Corps étranger	Extraction par lavage Si échec, REFERER
Traitement 4 Furoncle dans l'oreille	Traitement systématique antalgique ou AINS voie orale: <u>Soins locaux :</u> Ciprofloxacine gouttes auriculaires : enfant à partir d'1 an 3 gouttes x 2/j. Adulte 4 gouttes x 2/j <u>Antibactérien voie orale</u> Cotrimoxazole Enfant 30mg/kg/j en 2 prises. Adulte 960mg x 2 fois/j
Traitement 5 Otite moyenne aiguë	<u>Antibactérien voie orale:</u> Amoxicilline Enfant: 250mg à 500mg x 3 fois /j. Ad : 1g x 3/j pendant 8j OU Cotrimoxazole Enfant 30mg/kg/j en 2 prises. Adulte 960mg x 2 fois/j / 8j <u>Traitement systématique antalgique ou AINS voie orale</u> Si écoulement de pus : <u>Soins locaux :</u> Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche au moins 3 fois par jour.
Traitement 6 Mastoidite	<u>Antibactérien voie orale /8j:</u> Cotrimoxazole Enfant 30mg/kg/j en 2 prises. Adulte 960mg x 2 fois/j OU Amoxicilline Enfant: 50mg à 100mg/kg/j en 3 prises. Ad : 1g x 3/j <u>Traitement systématique antalgique ou AINS voie orale:</u> ET REFERER
Traitement 7 Eczéma aigu	Si surinfection : <u>Antibactérien voie orale:</u> Cloxacilline Enfant 50/kg/j en 4 prises pendant 8j ; Adulte 500mg x 4 fois/j pendant 8j OU Erythromycine Enfant 50mg/kg/j en 4 prises pdt 8j Adulte 500mg x 4 fois/j pendant 8j <u>Antiseptique appl. locale: Polyvidone iodée:</u> 2 fois par jour pendant 7 jours <u>Antihistaminique voie orale:</u> Chlorphéniramine Enfant : 2mg x 2 fois/j 7 j. <u>Adulte</u> 4mg x 2 fois/j pendant 7j Conseils pour l'éviction de l'allergène Si non amélioré REFERER
Traitement 8 Eczéma chronique	<u>Antihistaminique voie orale:</u> Chlorphéniramine Enfant > 5ans : 2mg x 2 fois/j / 7 j. <u>Adulte</u> 4mg x 2 fois /j/7j <u>Corticoïde appl. locale: Hydrocortisone</u> 2 fois par jour pendant 7 jours Si amélioration, passer à une application par jour à partir du J15 Conseils pour éviter l'allergène si connu.
Traitement 9 Mycose ou dermite séborrhéique	<u>Antimycosique appl. locale :</u> Miconazole 2 fois par jour pendant 15 jours <u>Antihistaminique voie orale:</u> Chlorphéniramine : Enf > 5ans, 2mg x 2 fois/j pendant 7 j. Adulte 4mg x 2 fois /j pendant 7j <u>Conseils d'hygiène :</u> propreté du corps et des vêtements Si amélioration, continuer le traitement pendant 1 à 2 mois, Rechercher et traiter les autres localisations Si non amélioré, REFERER
Traitement 10. Lèpre	<u>Protocole lèpre</u>

MAL A LA GORGE

Définition : Douleur localisée à la gorge spontanée ou provoquée par la déglutition.

Principales affections à rechercher :

Corps étranger ; Angine/Pharyngite ; Laryngite ; Œsophagite.



MAL A LA GORGE- TRAITEMENT

Traitement 1 Corps étranger dans la gorge	Extraction du corps étranger si possible si non référer, Si extraction réussie : <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 20 à 30mg/kg/j en 3 à 4 prises. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Adulte : 50mg X 2 fois/j <u>Antibactérien voie orale / 8 jours:</u> Amoxicilline Enfant : 50 à 100mg/j en 3 prises. Adulte : 1g x 3/j Si échec de l'extraction, REFERER
Traitement 2 Angine	<u>Antibactérien voie orale:</u> Péni V Enfant 125mg à 250mg x 4 fois/j / 8 j Adulte 500 mg x 4 fois/ j pendant /8j OU Erythromycine Enfant 50mg/kg/j en 4 prises : Adulte 500mg x 4 fois/j pendant 8j <u>AINS :</u> Ibuprofène: Enfant : 20 à 30mg/kg/j en 3 à 4 prises . Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Adulte : 50mg X 2 fois/j
Traitement 3 Laryngite	<u>Corticoïde injectable:</u> Hydrocortisone: IVD Adulte 100mg. Enfant 25 à 50 mg par injectable puis relais avec <u>AINS :</u> Ibuprofène: Enfant : 20 à 30mg/kg/j en 3 à 4 prises. Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Adulte : 50mg X 2 fois/j <u>Antibactérien oral:</u> Péni V Enfant 125mg à 250mg x 4 fois/j / 8 j Adulte 500 mg x 4 fois/ j pendant 8j; OU Erythromycine Enfant 250mg 4 fois /j: Adulte 500mg x 4 fois/j pendant 8j Faire inhaler des vapeurs d'eau chaude arrêter de fumer, ménager sa voix ; Si non amélioré, REFERER
Traitement 4 Œsophagite	<u>Pansement gastrique voie orale:</u> Hydroxyde d'aluminium 500 mg à 1 g x 3f/j pendant 10 jours Eviter les aliments gras, aigres, épicés et les excitants Si non amélioré, REFERER

TOUX / DYSPNEE AVEC FIEVRE

Définitions :

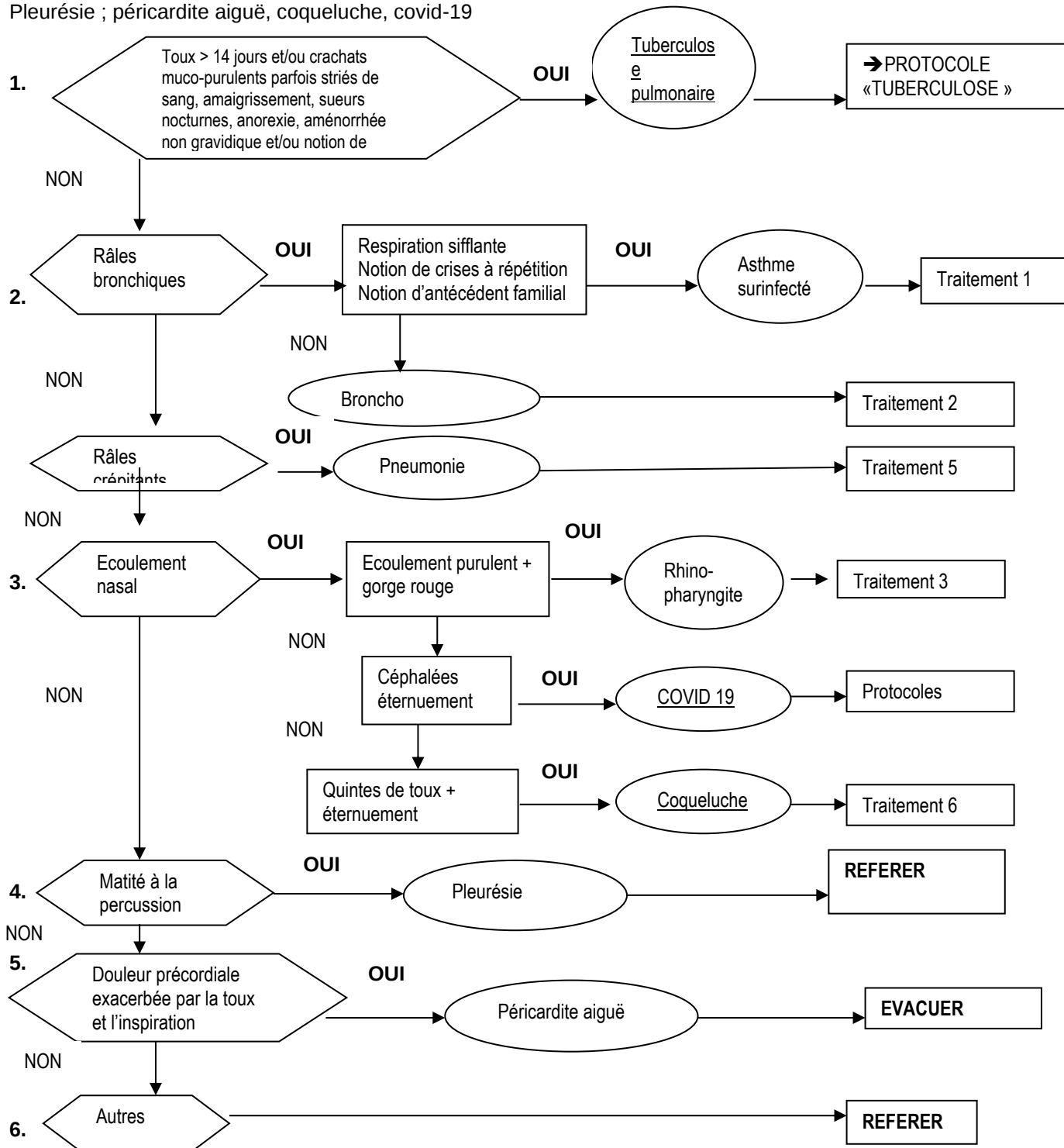
Toux : C'est l'expiration brusque et sonore de l'air contenu dans les poumons, provoquée par l'irritation des voies respiratoires,

Dyspnée : C'est une difficulté à respirer s'accompagnant d'une sensation de gêne ou d'oppression ou d'essoufflement.

Fièvre ou corps chaud : élévation de la température $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

Principales affections à rechercher :

Tuberculose pulmonaire ; Asthme surinfecté ; Rhinopharyngite ; Grippe ; Broncho-pneumonie ; Pneumonie, Pleurésie ; péricardite aiguë, coqueluche, covid-19



TOUX / DYSPNEE AVEC FIEVRE - TRAITEMENTS :

Traiter symptomatique de la fièvre avec un antipyrétique :

Si la voie orale n'est pas possible : **ASL** : 15mg/kg à donner toutes les 6 heures

Si la voie orale est possible : **Paracétamol** Enfant 15 à 20mg/kg/j en 3 à 4 fois. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j.

Et moyens physiques (enveloppements tièdes, boissons fraîches). Jusqu'à disparition de la fièvre

Ensuite donner les autres traitements nécessaires

Traitement 1 Asthme surinfecté	<u>Bronchodilatateur:</u> Salbutamol aérosol : 2 bouffées successives à renouveler si nécessaire quelques minutes plus tard <u>Antibactérien voie orale:</u> Erythromycine Enfant 50mg/kg/j en 4 prises : Adulte 500mg x 4 fois/j/8j. OU Cotrimoxazole Enfant 30 mg/kg/j 2 fois. Adulte 960mg x 2 fois/j Si non amélioré au bout de 3 jours, REFERER
Traitement 2 Broncho pneumonie	<u>Antibactérien voie orale :</u> Cotrimoxazole : Enfant : 30 mg/kg/j 2 fois pdt 8j. Adulte : 960mg x 2 fois pendant 8 j OU Amoxicilline Enfant 50mg à 100mg/kg/j en 3 fois pdt 8j .Adulte 1g x 3 fois/j pdt 8 j <u>Mucolytique :</u> Carbocystéine suspension Enfant 2% 5ml X 3 fois/j, Adulte 5% 5ml X 3 fois/j Si non amélioré au bout de 3 jours, REFERER
Traitement 3 Rhino-pharyngite	<u>Antibactérien voie orale:</u> Péni V Enfant 125mg à 250mg x 4 fois/j / 8 j Adulte 500 mg x 4 fois/ j pendant 8j OU Erythromycine Enfant 50mg/kg/j en 4 prises : Adulte 500mg x 4 fois/j/8j <u>AINS voie orale:</u> Azithromycine Ibuprofène : Enfant : 20 à 30mg/kg/j en 3 à 4 prises . Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Ad : 50mg X 2 fois/j
Traitement 4 Grippe	<u>Antipyrétique voie orale:</u> Paracétamol Enfant : 15 mg/kg toutes les 6 heures. Adulte 500mg à 1 g x 4/j / 3 jours. Ou <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène : Enfant : 20 à 30mg/kg/j en 3 à 4 prises. Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Adulte : 50mg X 2 fois/j <u>Vitamine voie orale:</u> Vitamine C 500mg 1 comprimé le matin et 1 comprimé à midi Tisane chaude au citron ou au miel
Traitement 5 Pneumonie	<u>Antibactérien voie orale :</u> Cotrimoxazole : Enfant : 30 mg/kg/j 2 fois pendant 8j: 960mg x 2 fois/j pendant 8 j OU Amoxicilline Enfant : 50mg à 100mg/kg/j en 3 fois pdt 8j. Adulte 1g x3 fois/ pendant 8j OU Erythromycine Enfant : 50mg/kg/j en 4 prises pdt 8j Adulte : 500mg X4 fois /j pendant 8j
Traitement 6 Coqueluche	<u>Bronchodilatateur:</u> Salbutamol aérosol : 2 bouffées successives à renouveler si nécessaire quelques minutes plus tard <u>Antibactérien voie orale:</u> Erythromycine Enfant 50mg/kg/j en 4 prises : Adulte 500mg x 4 fois/j pendant 8j. <u>Corticoïde injectable:</u> Hydrocortisone : IVD Adulte 100mg. Enfant 25 à 50 mg par injection Si non amélioré au bout de 3 jours, REFERER

TOUX / DYSPNEE SANS FIEVRE

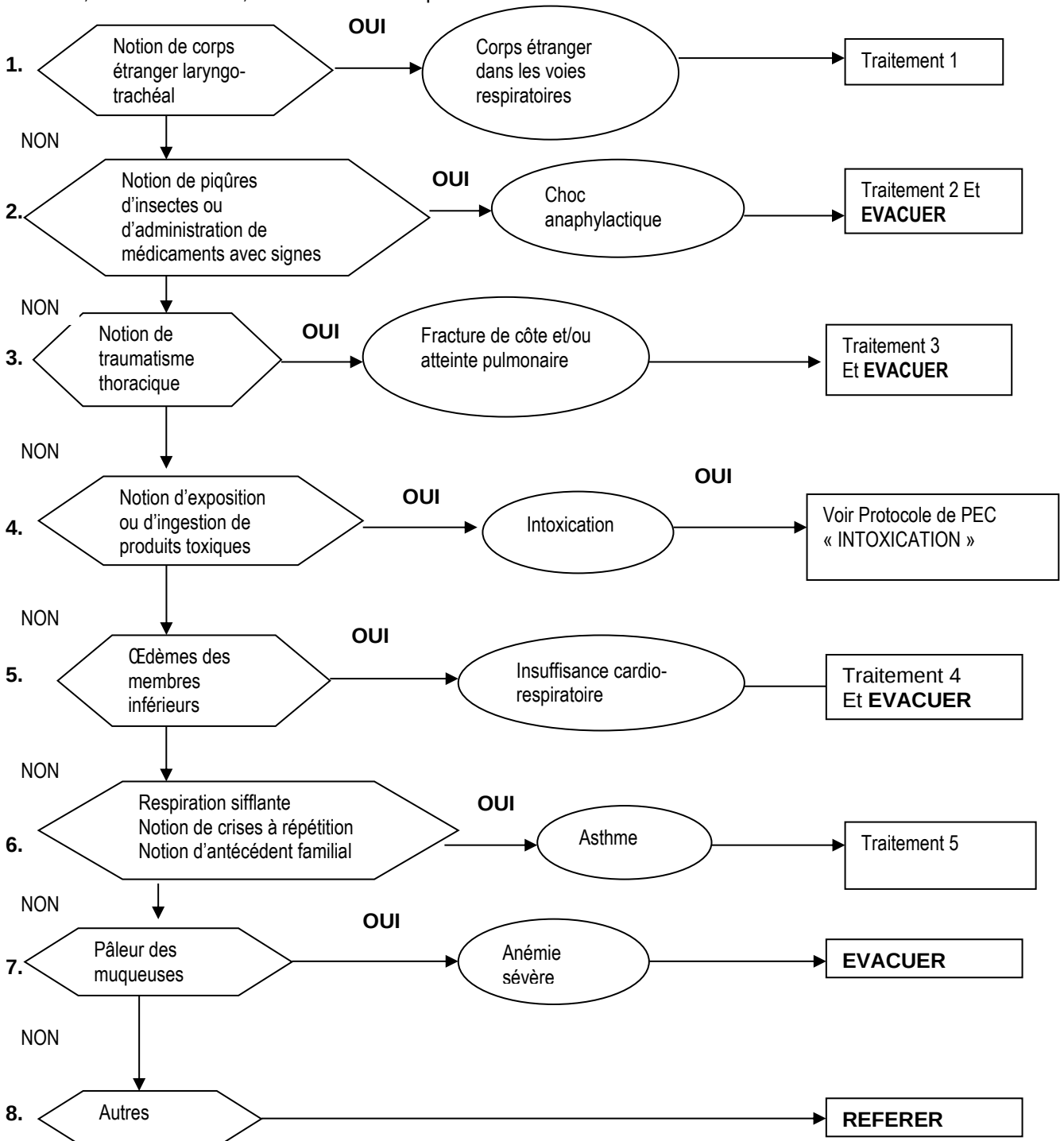
Définitions :

Toux : C'est l'expiration brusque et sonore de l'air contenu dans les poumons, provoquée par l'irritation des voies respiratoires.

Dyspnée : C'est une difficulté à respirer s'accompagnant d'une sensation de gêne ou d'oppression ou d'essoufflement.

Principales affections à rechercher :

Corps étrangers ; Choc anaphylactique ; Traumatisme thoracique ; Insuffisance cardio-respiratoire ; Asthme ; Anémie sévère ; Contusion thoracique ou fracture costale.



TOUX / DYSPNEE SANS FIEVRE - TRAITEMENTS :

Traitement 1 Corps étranger dans les voies respiratoires	Dégager les voies aériennes supérieures, pratiquer la manœuvre de HEIMLICH (*): En cas de manœuvre non réussie, mettre en position de sécurité (décubitus latéral gauche) ET EVACUER
Traitement 2 Choc anaphylactique	Remplissage vasculaire : <u>Vasopresseur injectable:</u> Hydrocortisone IVD. Adulte 100mg. Enfant 25 à 50 mg par injection A répéter 10 minutes plus tard au besoin. Ou Dexamethasone Enfant 4mg/j ; Adulte 12mg par jour Et EVACUER
Traitement 3 Fracture de côte et/ou atteinte pulmonaire	Dégager les voies aériennes supérieures Voie veineuse Antalgique injectable (Paracetamol) Mettre en position de sécurité (décubitus latéral gauche) Et EVACUER
Traitement 4 Insuffisance cardio-respiratoire	Position demi-assise <i>Voie veineuse : 250 cc de Ringer lactate/SGI</i> <u>Diurétique injectable : Furosémide</u> Adulte 20 à 40mg/injection. une dose en IVDL toutes les 12 heures Captopril 25mg, ½ comp X 2 fois/j Ventiler ET EVACUER
Traitement 5 Asthme	<u>Bronchodilatateur : Salbutamol</u> aérosol 2 bouffées successives à renouveler si nécessaire quelques minutes plus tard Si non amélioré, EVACUER

Appliquer les tapotements sur le dos ou la manœuvre (*)

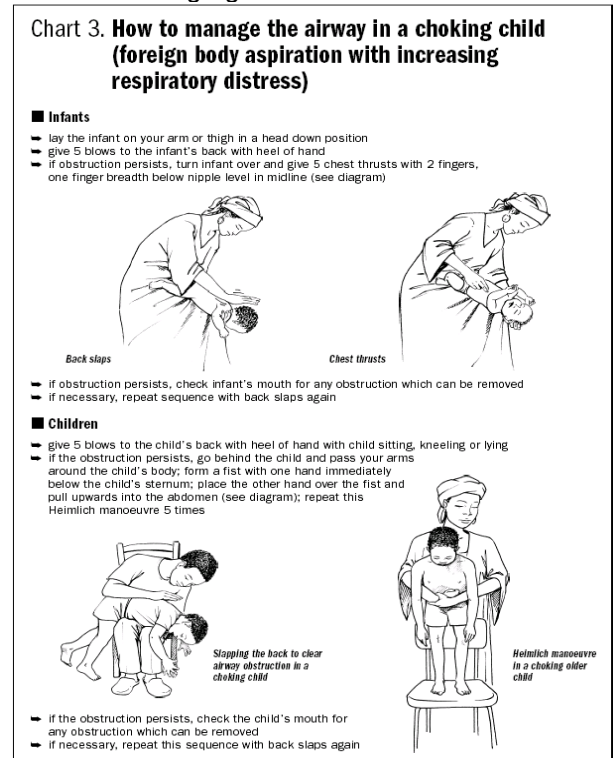
C'est une manœuvre destinée à expulser un corps étranger des voies aériennes. Le sauveteur se place derrière le patient et avec ses deux bras, il ceinture celui-ci au niveau de l'épigastre.

La compression brusque de l'épigastre génère une hyperpression intra-thoracique qui expulse le corps étranger.

d'Heimlich sur le champ. Le traitement diffère selon qu'il y a un corps étranger causant l'obstruction. Si un corps étranger est la cause de cette obstruction, le traitement dépend de l'âge de l'enfant.

Après avoir accompli cette procédure vous devez vérifier la présence de corps étranger dans la bouche. Les corps étrangers les plus évidents doivent être retirés. Les sécrétions doivent être

enlevées de la gorge de l'enfant.

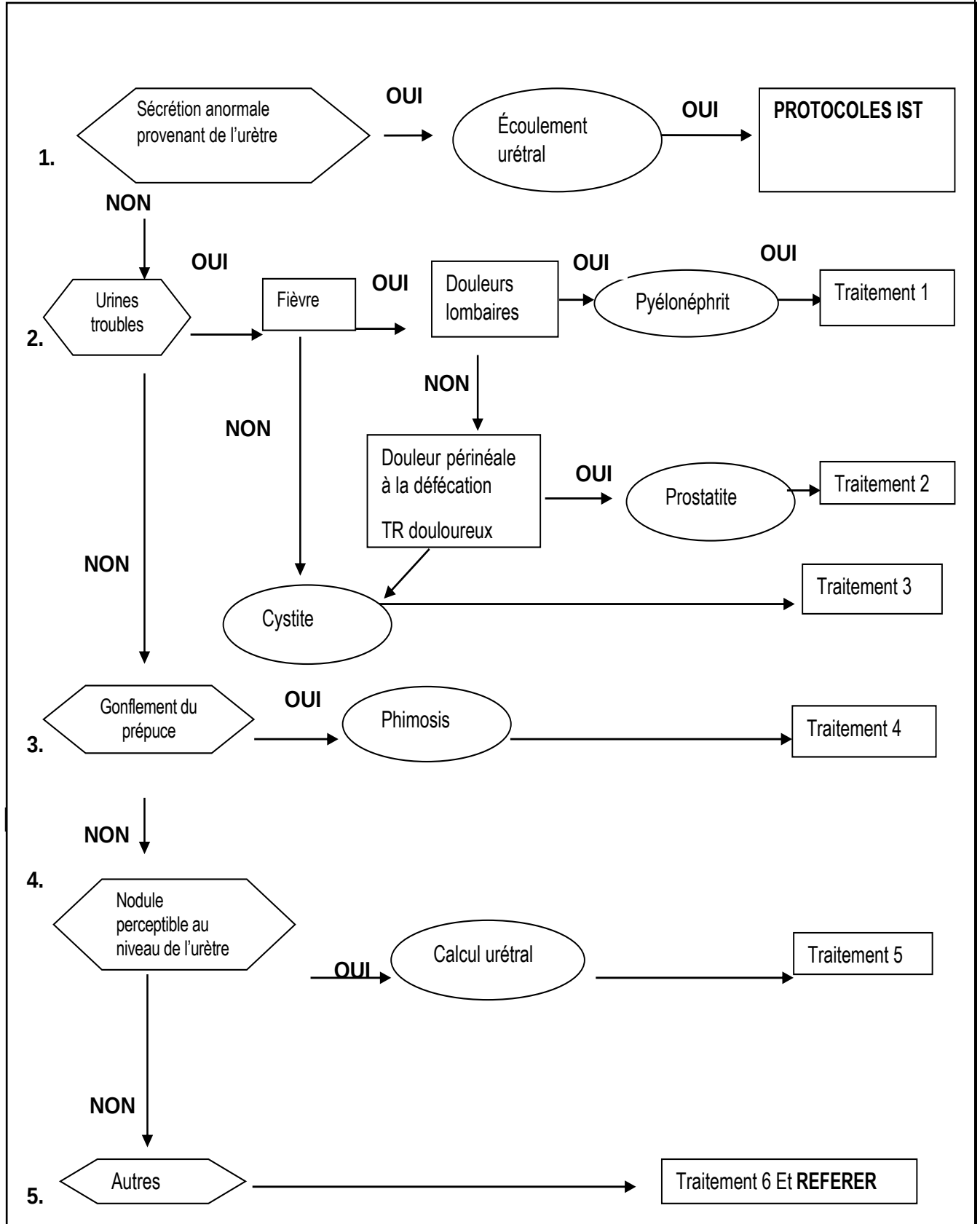


SECTION III. PATHOLOGIES URO-GENITALES ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

DOULEURS MICTIONNELLES

Définition: Douleur ressentie à l'émission des urines.

Principales affections à rechercher : Urétrite gonococcique, urétrite non gonococcique (Chlamydia, Ureaplasma, Trichomonas) ; Pyélonéphrite ; Prostatite ; Cystite ; Phimosis ; Calcul urétral.



DOULEURS MICTIONNELLES-TRAITEMENTS

Traitement 1 Pyélonéphrite	<u>Antibactérien voie orale/10j :</u> Ciprofloxacine Enfant : 250mg x 2 fois/j Adulte. 500mg x 2 fois/j OU Cotrimoxazole : Enfant : 480mg x 2 fois / 8j. Adulte. : 960mg x 2 fois/j / 8 j Chez la femme en grossesse: Ampicilline 2 g IVD Et EVACUER NB Pas de Ciprofloxacine chez les moins de 15 ans en première intention <u>Antalgique/ antipyrétique</u> Paracetamol 15-20 mg/kg/jr en 3 à 4 prises <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène : Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j Boire beaucoup d'eau : 3 à 4 litres par jour
Traitement 2 Prostatite	<u>Antibactérien voie orale :</u> Ciprofloxacine Adulte 500mg x 2 fois/j /7j 1 OU Doxycycline Adulte 100mg x 2 fois /j/ 7j Si non amélioré au bout de 7 jours REFERER Si amélioré compléter le traitement à 15 jours <u>Antalgique/ antipyrétique</u> Paracetamol 15-20 mg/kg/jr en 3 à 4 prises <u>AINS voie orale: Ibuprofène.</u> Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j
Traitement 3 Cystite	<u>Antibactérien voie orale/8j:</u> Cotrimoxazole Enfant : 480mg x 2 fois / 8j. Adulte : 960mg x 2 fois/j / 8 j Chez la femme en grossesse: Amoxicilline 1 g x 3/j/8j <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j Boire beaucoup d'eau : 3 à 4 litres par jour
Traitement 4 Phimosi	Pratiquer la circoncision ou référer .
Traitement 5 Calcul urétral	Tenter de refouler le calcul par une sonde puis REFERER. Si échec, EVACUER Si calcul refoulé : <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j Boire beaucoup d'eau pendant 3 jours. Si non amélioré, REFERER
Traitement 6 Autres douleurs mictionnelles	<u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j Boire beaucoup d'eau pendant 3 jours. Si non amélioré, REFERER

DOULEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME-TRAITEMENTS

Définition : Manifestations douloureuses dans la région sous-ombilicale.

Principales affections à rechercher :

Grossesse Extra Utérine rompue ; hémorragies obstétricales (*syndrome de prérupture, placenta praevia, hématome rétroplacentaire, rupture utérine, hémorragie de la délivrance, hémorragies liées aux lésions des parties molles*), Torsion de kyste ; Pelvipéritonite ; Endométrite ; Annexite aiguë ; Appendicite aiguë ; Tumeur pelvienne ; Hypofertilité ; Dyspareunie.

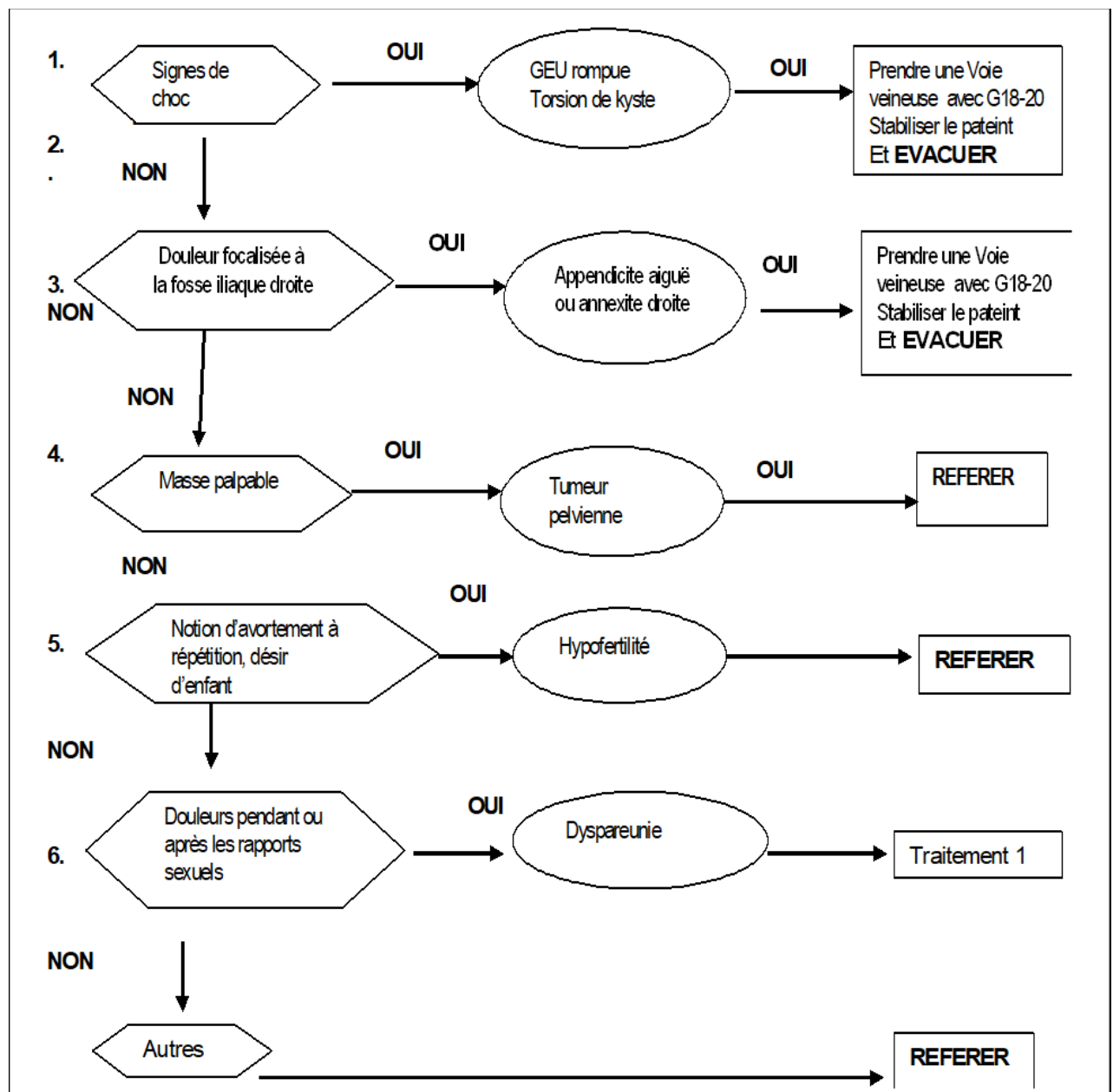
Rechercher signes associés renvoyant à d'autres ordinogrammes :

Brûlure à la miction → ODG. **PERTES BLANCHES / LEUCORRHEES**

Ecoulement vaginal non sanglant → ODG. **PERTES BLANCHES / LEUCORRHEES**

Femme en grossesse + Perte de sang → ODG. *Pertes génitales de sang chez les femmes en grossesse*

NB: Pour les filles de moins de 10 ans, REFERER



DOULEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME- TRAITEMENTS :

Traitement 1 Dyspareunie	<u>Antibactériens voie orale:</u> Amoxicilline 1g x 3/j ET Métronidazole 500mg x 3 fois /j/7 j <u>Antalgique/ antipyrétique</u> Paracetamol 15-20 mg/kg/jr en 3 à 4 prises <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène 400mg à 800mg x 3/j / 3 j Si non amélioré au bout de 15 jours, REFERER
------------------------------------	--

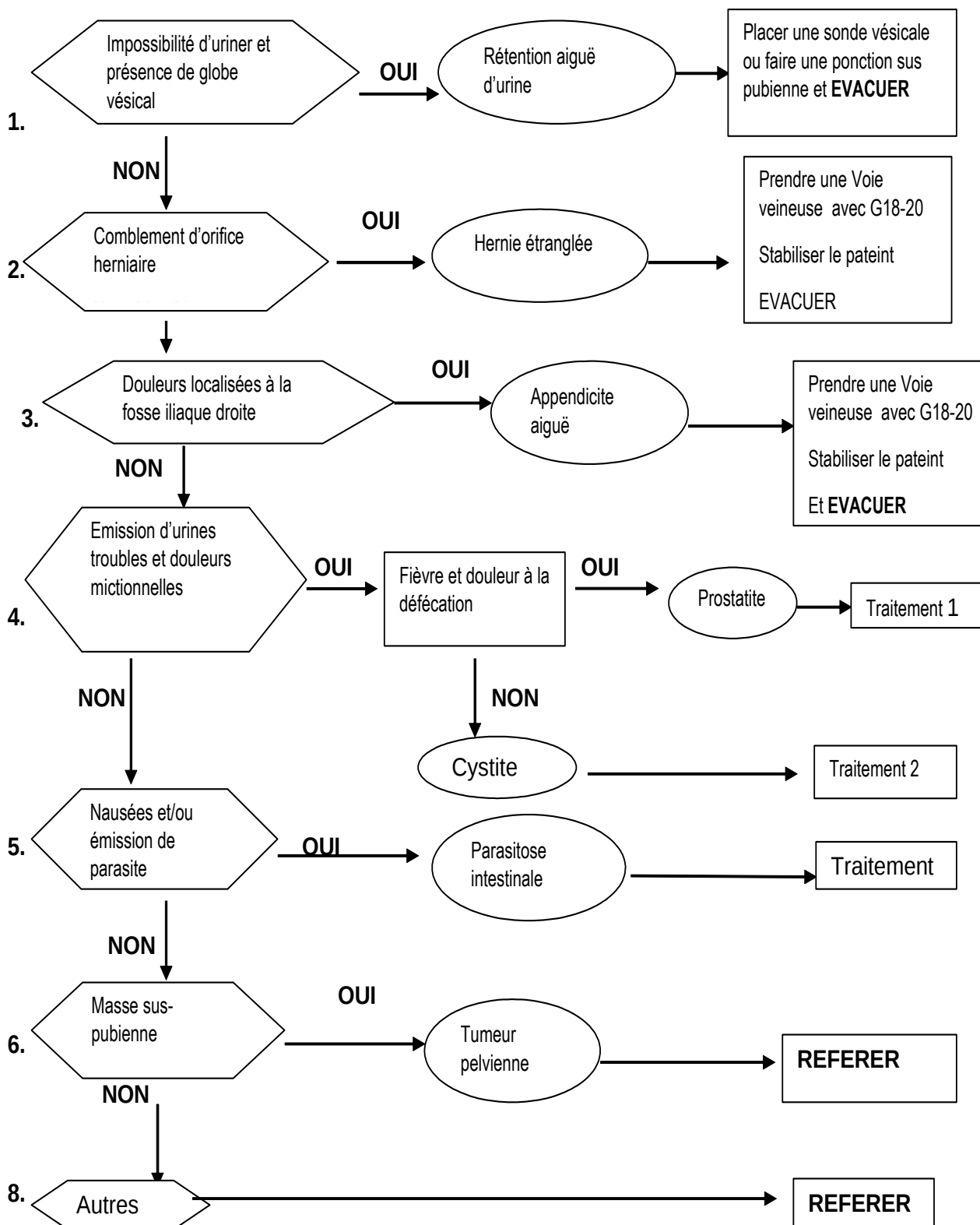
DOULEURS PELVIENNES CHEZ L'HOMME

Définition : Manifestations douloureuses dans la région sous-ombilicale.

Principales affections à rechercher : Rétention aiguë d'urine ; Hernie étranglée ; Appendicite ; Cystite ; Prostatite ; Rétrécissement urétral ; Tumeur pelvienne ; Constipation ; Parasitose intestinale.

Selles dures ou retard inhabituel à la défécation → ODG. « **CONSTIPATION** » page

Pour les garçons de moins de 10 ans, REFERER



DOULEURS PELVIENNES CHEZ L' HOMME - TRAITEMENTS

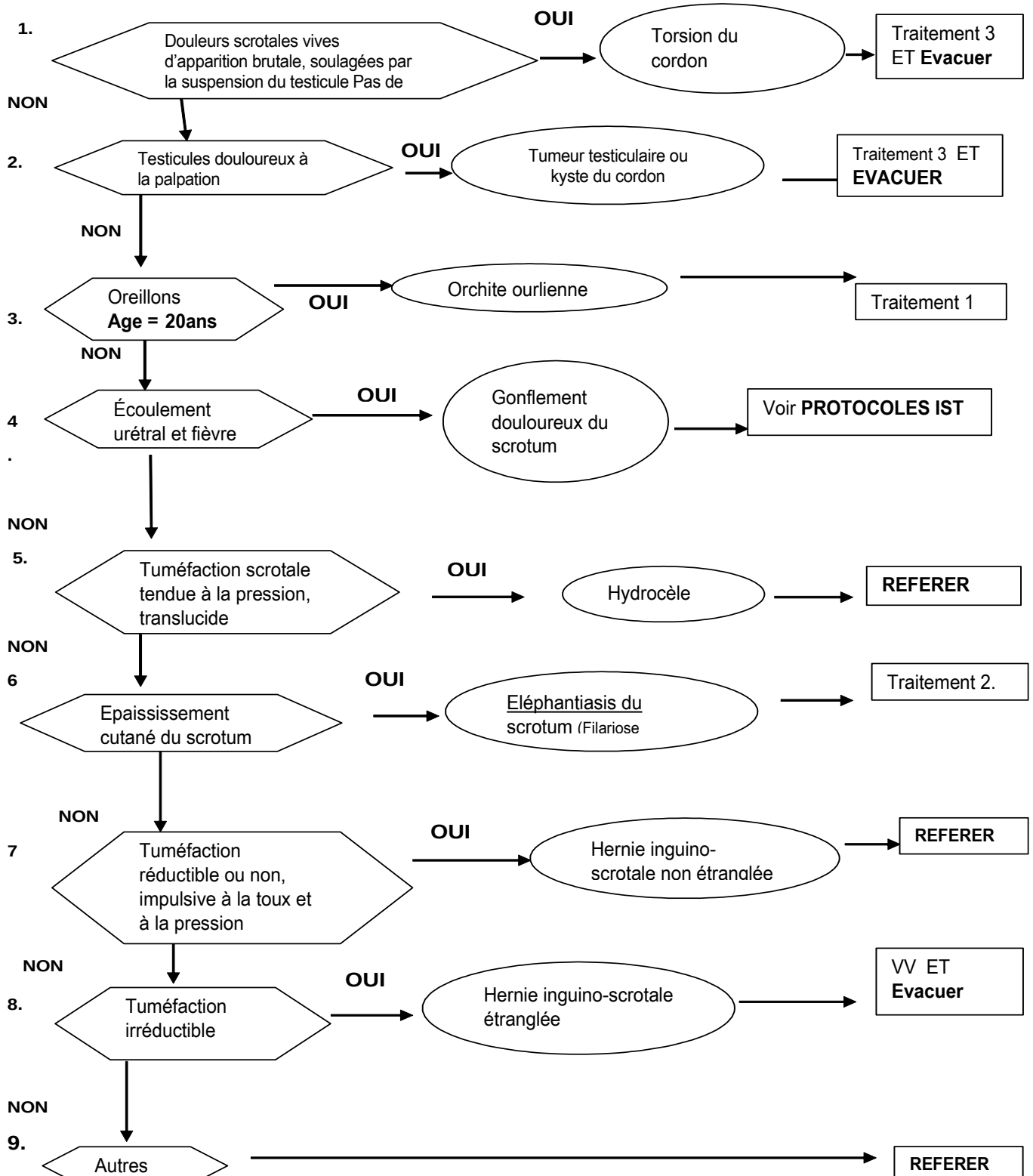
Traitement 1 Prostatite	<u>Antibactérien voie orale :</u> Ciprofloxacine Adulte 500mg x 2 fois/j/7 j. OU Doxycycline 100mg x 2 fois/j/ 7 j au cours des repas Si non amélioré au bout de 7 jours REFERER Si amélioré compléter le traitement à 15 jours <u>Antalgique/ antipyrétique</u> Paracetamol 15-20 mg/kg/jr en 3 à 4 prises <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j au cours des repas
Traitement 2 Cystite	<u>Antibactérien voie orale:</u> Cotrimoxazole : Enfant : 480mg x 2 fois / 8j. Adulte : 960mg x 2 fois/j / 8 j Boire beaucoup d'eau : 3 à 4 litres par jour
Traitement 3 Parasitose intestinale	<u>Anthelminthique voie orale:</u> Mé bendazole 100mg x 2 fois/j / 3 jours OU Albendazole 400mg prise unique. Répéter une semaine après Conseils d'hygiène

GONFLEMENT /DOULEURS DES ORGANES GENITAUX CHEZ L' HOMME

Définition : Augmentation de volume des organes génitaux externes de l'homme accompagnée ou non de douleurs locales.

Principales affections à rechercher :

Torsion du cordon spermatique ; Orchi-épididymite ; Hydrocèle ; Hernie inguino-scrotale ; Tumeur ou kyste testiculaire ; Éléphantiasis du scrotum ; Kyste du cordon spermatique ; Orchite ourlienne.



GONFLEMENT / DOULEURS DES ORGANES GENITAUX CHEZ L' HOMME - TRAITEMENTS

Traitement 1 Orchite ourlienne	<u>Antalgique voie orale :</u> Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. OU Ibuprofène : Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j au cours des repas
Traitement 2 Filariose lymphatique	<u>Microfilaricides :</u> Ivermectine (150 mg/kg), en dose unique une fois par an. associée à une dose unique ET Albendazole (400 mg) en dose unique. NB : La prise en charge de l'hydrocèle est chirurgicale. La promotion des matériaux imprégnés d'insecticide dans la lutte contre le paludisme a un impact important sur les vecteurs
Traitement 3	Prendre une VV(G18-20) + antalgique + correction des troubles hydro électrolytiques

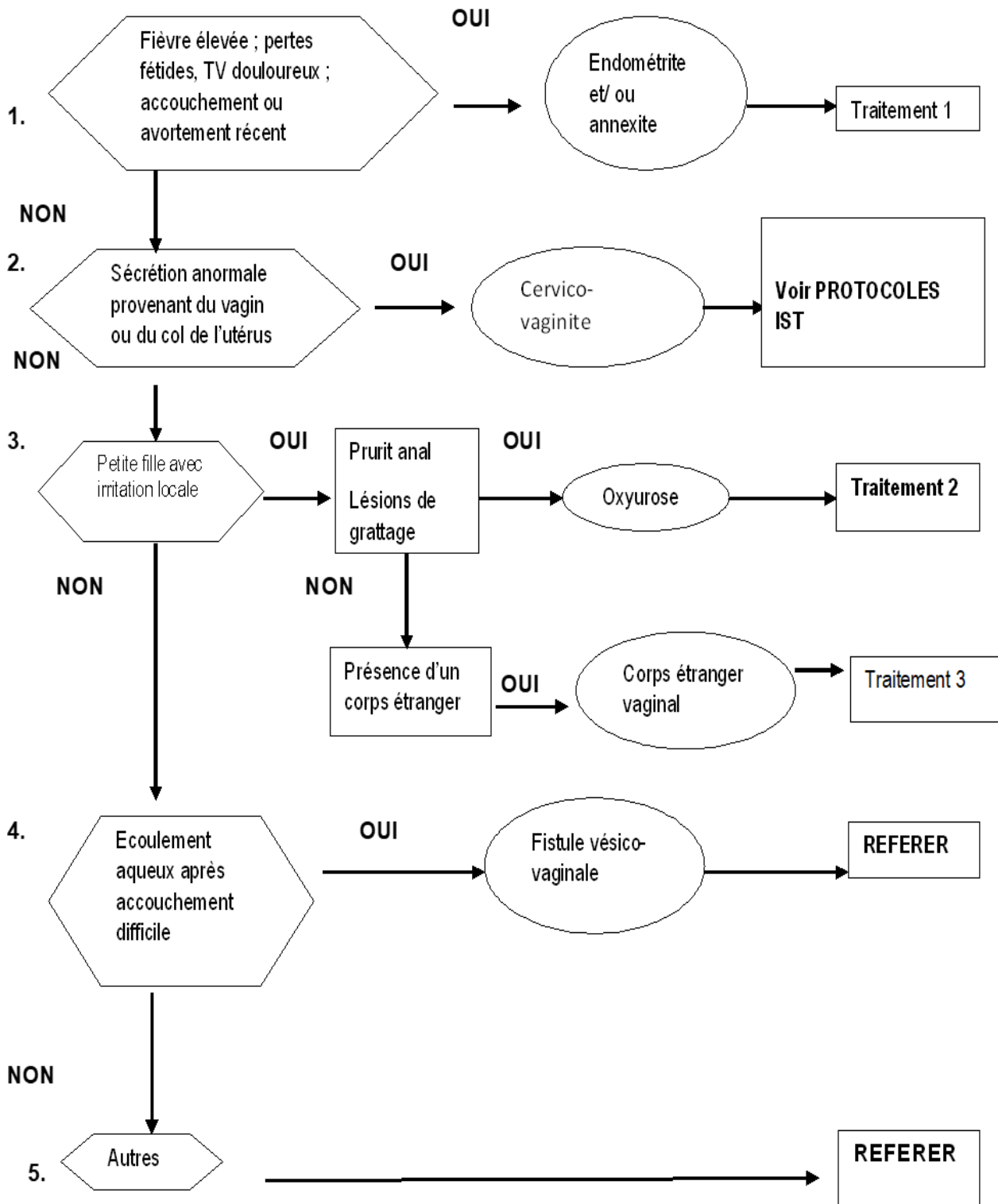
PERTES BLANCHES OU LEUCORRHÉES

Définition : Ecoulement vaginal anormal blanc ou purulent non sanguinolent.

Principales affections à rechercher :

Endométrite et/ou annexite ; IST (gonocoque ; chlamydiae ; trichomonas ; gardenella); Candidose ; Corps étranger dans le vagin ; Oxyurose ; Fistule vésico-vaginale.

NB : Exclure les pertes banales physiologiques.



PERTES BLANCHES OU LEUCORRHEES

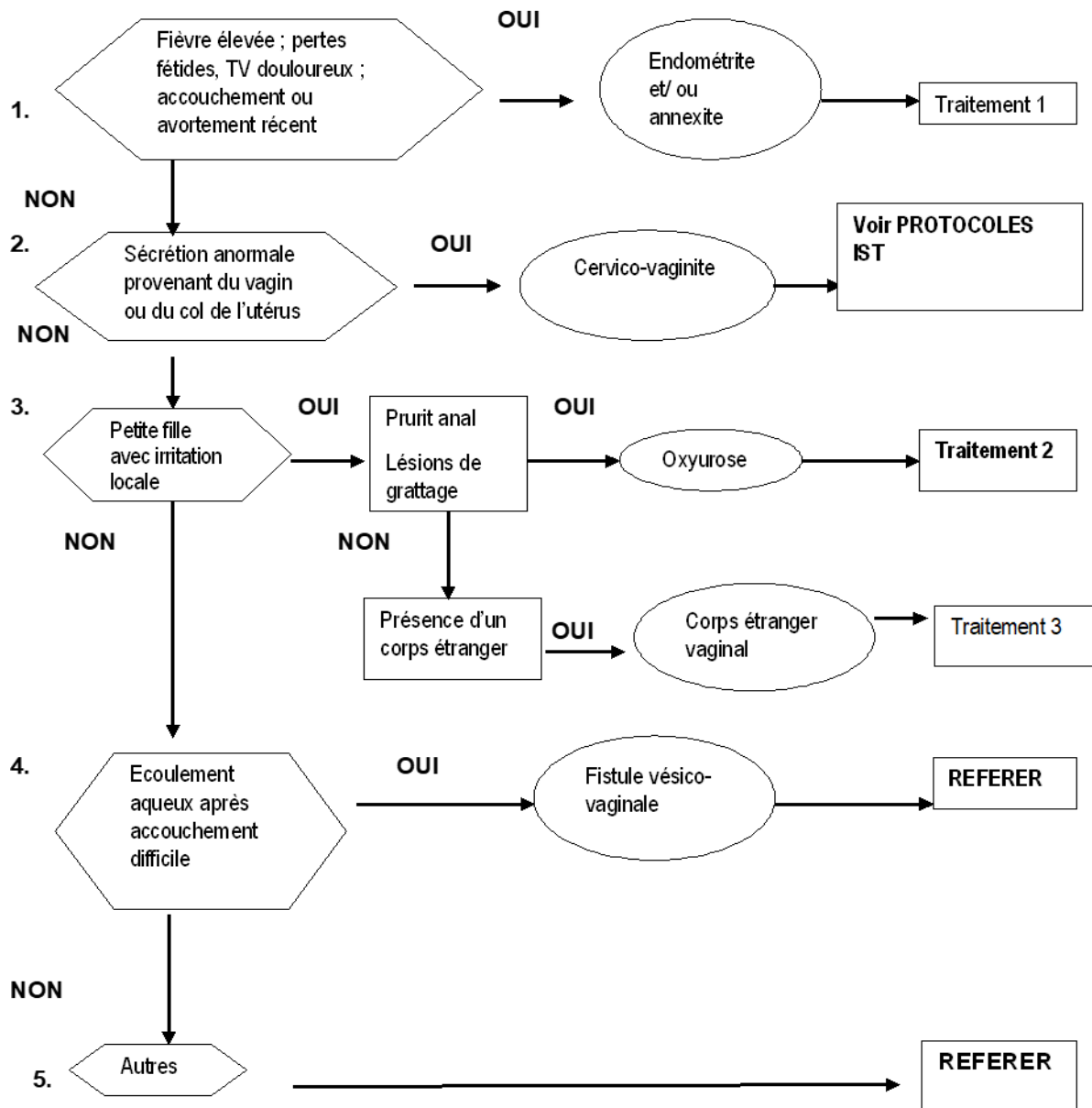
TRAITEMENTS

Traitement 1 Endométrite et/ ou annexite	<u>Antibactériens voie orale:</u> Amoxicilline 1g x 3/j/14j ET Métronidazole: 500mg x 3 fois /j / 14 j <u>Antalgique/antipyrétique</u> Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j <u>AINS voie orale :</u> Ibuprofène: Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j au cours des repas Si amélioré au bout de 7 jours compléter le traitement à 14jours. Si non amélioré au bout de 7 jours, REFERER
Traitement 2 Oxyurose	<u>Antihelminthique voie orale:</u> Enfant : Mé bendazole 100mg x 2/j / 3j OU Albendazole 400mg prise unique. Répéter 7 jours après Adulte Mé bendazole 100mg x 2/j / 3j OU Albendazole 400mg prise unique. Répéter 7 jours après. Conseils d'hygiène (Lavage des mains) <u>Soins locaux :</u> Toilette ano-vulvaire à l'eau et au savon. Violet de gentiane deux fois par jour jusqu'à disparition des signes Si non amélioré, REFERER.
Traitement 3 Corps étranger vaginal	Extraction du corps étranger avec précaution si possible <u>Antibiothérapie si nécessaire</u> <u>Soins locaux :</u> Toilette anovulvaire à l'eau et au savon. Violet de gentiane 2 fois par jour jusqu'à disparition des signes. Si non amélioré au bout de 7 jours, REFERER.

PERTES GENITALES DE SANG CHEZ LA FEMME EN GROSSESSE < 6 MOIS

Définition : Écoulement sanguinolent ou sanglant par les voies génitales chez la femme ayant une aménorrhée supérieure à 4 semaines et inférieure à 28 semaines.

Principales affections à rechercher : Choc hémorragique ; Grossesse Extra Utérine ; Menace d'avortement ; Avortement en cours ; grossesse molaire ; Avortement incomplet



PERTES GENITALES DE SANG CHEZ LA FEMME EN GROSSESSE < 6 MOIS- TRAITEMENTS

Traitement 1. Choc hémorragique	Prendre une VV(G18-20) + correction des troubles hydro électrolytique Et EVACUER Appeler à l'aide Vérifier les signes vitaux Eviter l'hypothermie Libérer les voies aériennes et Position latérale de sécurité et Trendelenburg Ne rien administrer per os Sonde urinaire avec poche Communiquer avec la famille
Traitement 2. GEU	Prendre rapidement une voie veineuse solidement fixée sur l'avant-bras (cathéter G 18) ; Prélever le sang : Groupe sanguin Rh si possible Faire un remplissage vasculaire (Ringer lactate, sérum salé isotonique, macromolécules) ; La réchauffer avec des couvertures ; Prévenir l'équipe de la structure de référence ; EVACUER en position de sécurité vers un centre équipé
Traitement 3. Menace d'avortement	Conseiller le repos au lit, Surveillance : du saignement, de la tension artérielle, de la température, le pouls Antispasmodique : Phloroglucinol 80mg à 160mg x 2 ou 3 fois/j - counselling, rassurer - si complication voie veineuse avec G18 et EVACUER Rechercher et traiter la cause (infections urinaires, paludisme ...) Counseling : Rassurer et faire preuve d'empathie Conseiller le repos couché
Traitement 4. Avortement en cours / Avortement incomplet	Evacuation utérine Antibactérien voie orale : Cotrimoxazole Adulte 960mg x 2 fois/j/ 8 j Sérovaccination antitétanique si nécessaire Fer/folates (fer + acide folique) Repos, counselling VIH, PF, suivi Counseling Avortement médicamenteux ou aspiration manuelle intra utérine (AMIU) Autres composantes de soins après avortement ; Antalgique si douleur. Prise en charge médicamenteuse ou aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) en fonction des cas Si complication, REFERER
Traitement 4 Hématome rétroplacentaire	Prendre une voie veineuse sûre sur l'avant-bras ; Prélever le sang : groupe Rh si possible ; Faire un remplissage vasculaire (Ringer lactate, sérum salé isotonique, macromolécules) ; Placer une sonde urinaire à demeure ; Procéder à une rupture large des membranes ; Administrer un antispasmodique en intraveineuse ; Prévenir l'équipe de la structure de référence ;

	Evacuer vers un centre équipé, femme en position de Trendelenburg. NB : si travail avancé (dilatation cervicale presque complète, présentation engagée), terminer rapidement l'accouchement, et évacuer immédiatement Rompre les membranes si accessibles. Voie veineuse avec G18 ou G20 et EVACUER
Traitement 5 Menace d'accouchement prématuré	Classer la MAP selon Score de Baumgarten MAP légère – Repos à domicile – Recherche et traitement d'une infection urinaire ou cervico vaginale – Examiner la femme 8 jours plus tard. Si le col se modifie, il faut l'hospitaliser ☐ MAP modérée et MAP sévère – Débuter la tocolyse Salbutamol 0,5mg x 2/j en IM et évacuer Si Echec du traitement: EVACUER
Traitement 6 Hémorragie du post partum	• Evaluer l'état de choc (TA, pouls, état des extrémités) • Prendre un abord veineux avec G18 ou G20: Installer une perfusion de soluté isotonique • Examiner : Si rétention placentaire complète et incomplète : – faire une délivrance artificielle avec révision utérine ou une révision utérine seule – vider la vessie ou faire uriner – <u>ocytociques en injection</u> : Oxytocine 5UI en IVL ou IM et 10UI en perfusion lente – <u>antibiotiques en injection</u> Ampicilline 2g en IVD une fois – repérer par la palpation le fond de l'utérus puis le masser avec la paume de la main – Compression de l'aorte abdominale ou compression bimanuelle – rechercher et réparer les lésions des parties molles (périnée et vagin) • Surveiller (les constantes, le saignement) Si évolution favorable (arrêt de l'hémorragie) continuer la surveillance Si évolution défavorable (persistance de l'hémorragie) ou lésions du col ou de l'utérus. Organiser l'évacuation et EVACUER NB : Tous les gestes doivent être réalisés dans les 2 heures après le début de l'hémorragie. ❖ Appeler à l'aide ❖ Faire un Bilan Initial Rapide : (BIR) Rechercher les signes de gravité : • Evaluer les signes de choc (pouls faible, rapide ≥ 110 bpm tension artérielle basse (diastolique < 60), pâleur, sueur, extrémités froides ; anxiété ; confusion ; perte de connaissance ; vertiges ; agitation ; respiration rapide ≥ 30 cycles/min) • Evaluer les signes de saignements importants (abondance et couleur du sang, avec ou sans caillots ;

	vêtements trempés de sang ; trace de sang sur le corps surtout entre les orteils ; anémie clinique ; signes de choc) • Evaluer les signes infectieux (température >38° ; frissons ; défense abdomino-pelvienne ; pertes vaginales malodorantes ; faciès terreux). Si état de choc évident ou imminent (Appliquer le protocole de prise en charge du choc). • Utiliser l'acide tranexamique injectable - o Dose fixe de 1 g/10 ml (100 mg/ml) par voie IV à un débit de 1 ml par minute (administration sur 10 minutes) - o Seconde dose de 1 g par voie IV si l'hémorragie persiste après 30 minutes ou récidive dans les 24 heures suivant l'administration de la première dose si l'acide tranexamique injectable non disponible utiliser Ocytocine IV : 10 unités dans 500ml de solution intraveineuse à raison de 60 gouttes par minute IM : 10 unités Dose d'entretien IV : 10 unités dans 500ml de solution intraveineuse, à raison de 40 gouttes par minute Dose maximale/ 24h : 3 l de solution intraveineuse contenant de l'ocytocine (60UI) OU Ergométrine/ méthylergométrine IM or IV (en injection lente): 0,2 mg IM : 0,2 mg 15 minutes après la dose de charge IM ou IV: 0,2 mg (en injection lente) toutes les 4 h si nécessaire Dose maximale en 24h : 5 doses (total : 1,0 mg) OU Misoprostol Voie intra rectale 800mcg sublingual en prise unique Dose maximale en 24h : 1000mcg Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins Si le saignement persiste : • Vider la vessie ou faire uriner la patiente • Vérifier que le placenta est expulsé • S'assurer que le placenta et les membranes sont complets • Si le placenta ou les membranes ne sont pas complets, donner des antalgiques par voie parentérale et faire une révision utérine. • Si le placenta n'est pas expulsé, suivre les étapes pour la délivrance artificielle : • Evaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrége facilement, cela évoque une coagulopathie. • Puis, si le saignement n'a toujours pas cessé : Procéder à une compression bimanuelle de l'utérus : – après avoir enfilé des gants de révision stériles, introduire une main sous la forme de cône à l'intérieur du vagin et fermer le poing ; – placer le poing dans le cul-de-sac antérieur du vagin et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus ;
--	--

- avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus ;
 - maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se rétracte.
- A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte abdominale. Pour l'efficacité du geste, se hisser sur un escabeau :
- exercer une pression directement à travers la paroi abdominale, vers le bas avec le poing fermé à 1 cm au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche, dans le but d'obtenir la compression de l'aorte abdominale (pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale) ;
 - rechercher avec l'autre main, le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante :
 - Si le pouls est palpable pendant la compression, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante ;
 - Si le pouls fémoral n'est pas palpable, la pression est efficace.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.
- NB : la compression de l'aorte abdominale peut être conduite par toute personne non prestataire, disponible et apte à accomplir la procédure.
- Si le saignement persiste malgré la compression :
 - procéder à un tamponnement intra utérin au condom masculin (confère encadré sur la technique) et référer si CSPS.

Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales

Les lésions traumatiques de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien rétracté, le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale.

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
- **Si le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente

Rétention placentaire complète

- S'assurer que la patiente a la vessie vide. La sonder si besoin.
- ☐ Vérifier la rétention
- Procéder à la délivrance artificielle suivie de révision utérine (confère description de la procédure)

- Si le saignement persiste, évaluer la qualité de la coagulation par un test de coagulation au lit de la patiente.
- Administrer un antalgique.
- Antibiotrophylaxie : ampicilline 2g et métronidazole 500mg ou ceftriaxone 2g et métronidazole 500mg en IV

Inversion utérine

On dit que l'utérus est inversé lorsqu'il se retourne en doigt de gants pendant la délivrance. Dans ce cas, il faut le repositionner immédiatement. Plus le temps passe, plus l'anneau de rétraction qui entoure l'utérus inversé devient rigide et plus l'utérus est engorgé de sang.

- Si **la douleur est très forte**, injecter lentement du Tramadol en IV ou à raison de 1 ampoule toutes les 8 heures ou administrer 0,1 mg de morphine par kg en IM.

Note : Ne pas administrer d'ocytocique tant que l'inversion n'est pas corrigée.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques à la patiente après avoir corrigé l'inversion utérine:
- administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques à la patiente ou 1 g de céfazoline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV.
- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite
- En cas de **nécrose présumée**, procéder à une hystérectomie par voie vaginale.

- Prise en charge étiologique

La prise en charge de l'HPPI est basée sur le traitement des causes.

Prise en charge de l'atonie utérine

Vérifier fréquemment si l'utérus est contracté peut aider à identifier si c'est la cause du saignement.

La palpation du fond utérin permet de savoir si l'utérus est bien rétracté.

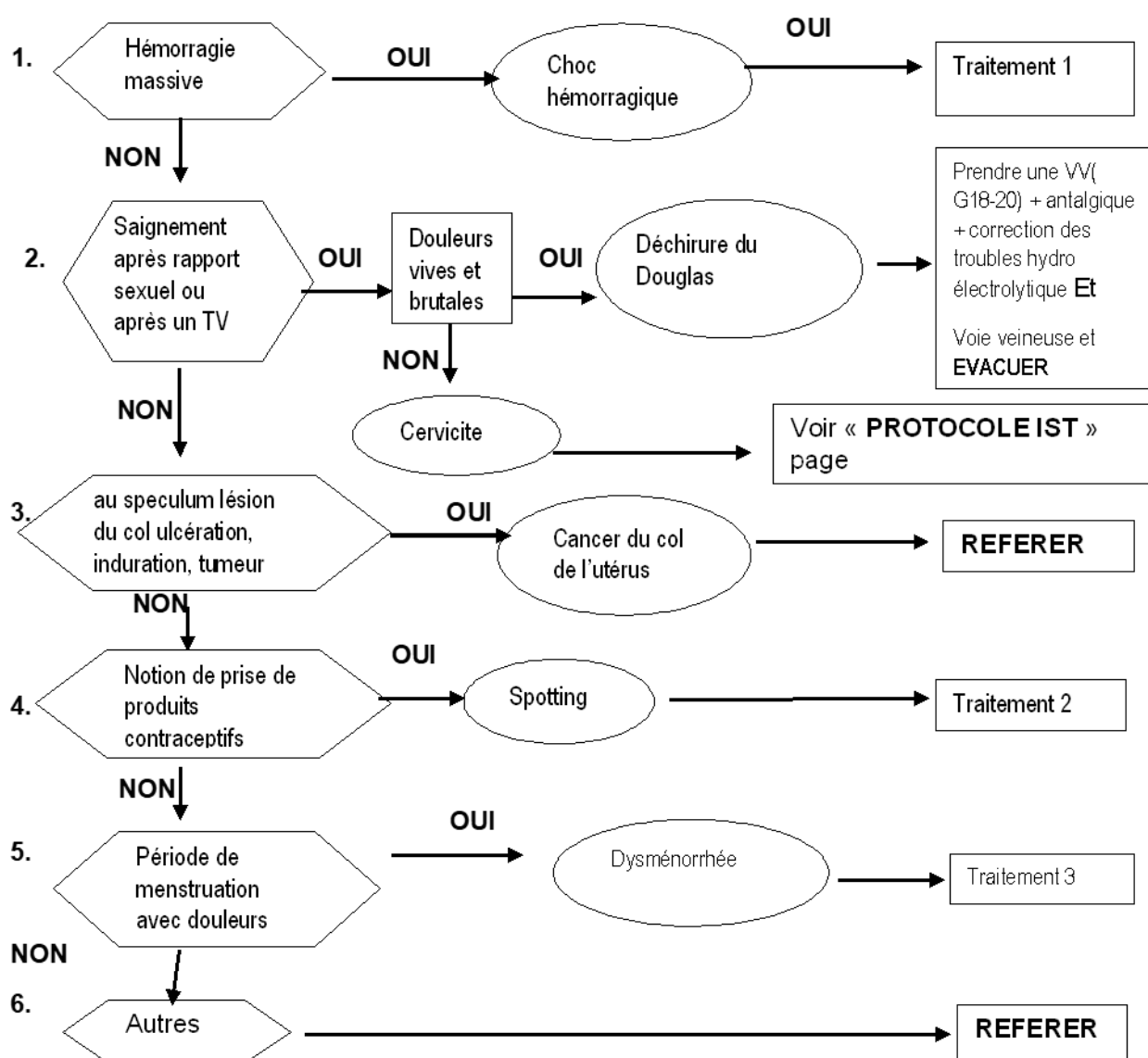
Le massage aide un utérus mou à se contracter et arrête le saignement.

	Si une atonie utérine est diagnostiquée, il faut : • Continuer à masser le fond utérin : masser l'utérus fermement dans un mouvement circulaire jusqu'à ce qu'il se contracte et vérifier que le saignement ralentit. Il faut montrer à la mère comment masser son propre utérus. si l'utérus ne se contracte pas. • Utiliser des ocytociques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres. Le tableau suivant indique l'utilisation des ocytociques • Utiliser l'acide tranexamique injectable o Dose fixe de 1 g/10 ml (100 mg/ml) par voie IV à un débit de 1 ml par minute (administration sur 10 minutes) o Seconde dose de 1 g par voie IV si l'hémorragie persiste après 30 minutes ou récidive dans les 24 heures suivant l'administration de la première dose
--	--

PERTES GENITALES DE SANG CHEZ LA FEMME NON EN GROSSESSE

Définition : Écoulement sanguinolent ou sanglant par les voies génitales chez la femme, non en grossesse.

Principales affections à rechercher : Choc hémorragique ; Déchirure du Douglas ; Traumatisme vaginal ; Cervicite ; Spotting (Effets secondaires des méthodes contraceptives) ; Dysménorrhée, cancer du col de l'utérus, fibrome, kyste ovarien .



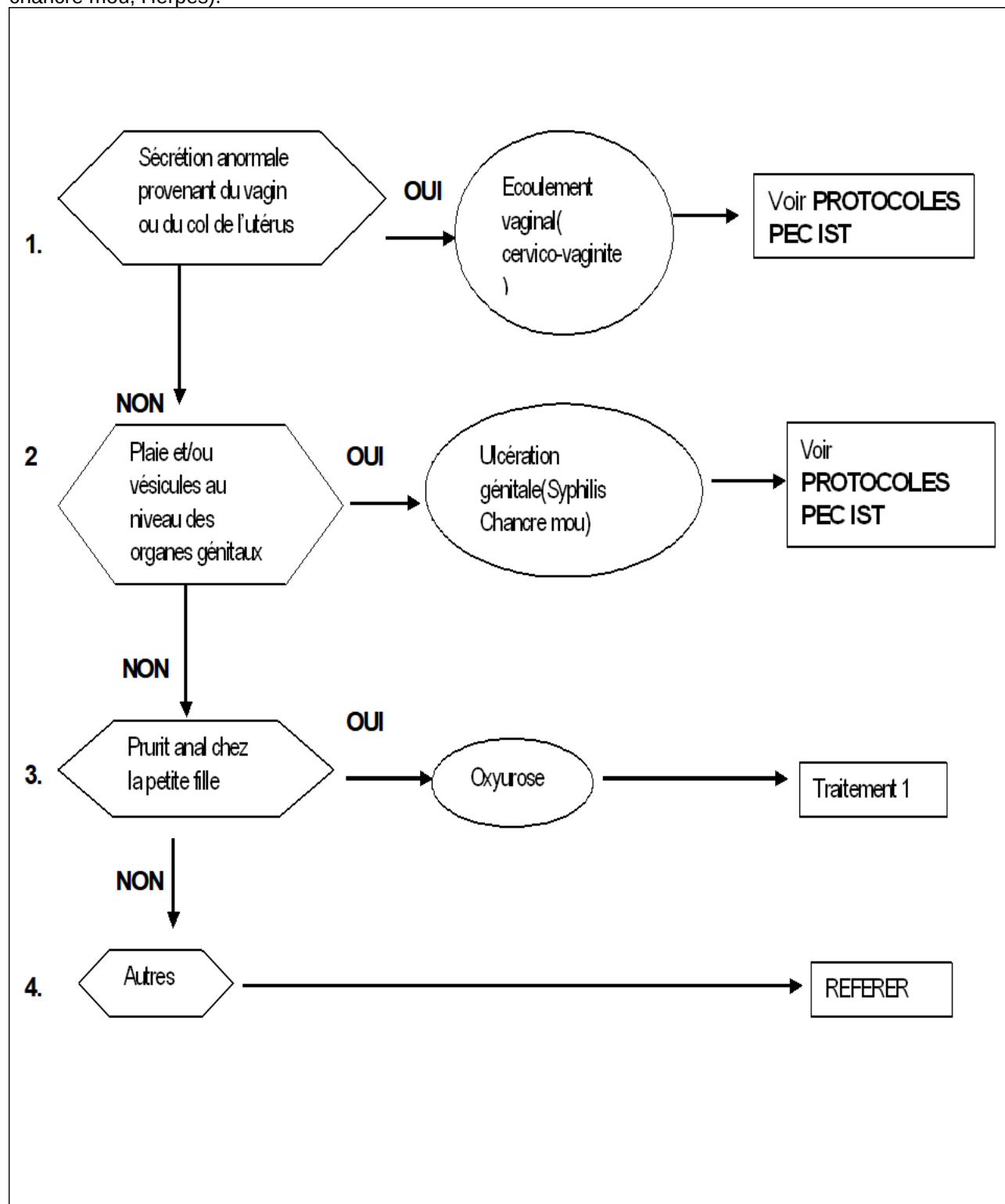
PERTES GENITALES DE SANG CHEZ LA FEMME NON EN GROSSESSE – TRAITEMENTS

Traitement 1	Prendre une VV(G18-20) + correction des troubles hydro électrolytique Et Appeler à l'aide Vérifier les signes vitaux Eviter l'hypothermie Libérer les voies aériennes et Position latérale de sécurité et Trendelenburg Ne rien administrer per os Sonde urinaire avec poche Communiquer avec la famille EVACUER
Traitement 2 Spotting	Rassurer, SURVEILLER Ibuprofène 400mg X 3 fois/j Si hémorragie importante, changer de méthode contraceptive
Traitement 3 Dysménorrhée	<u>Antalgique voie orale:</u> Ibuprofène 200mg à 400mg x 3 à 4 fois/j <u>OU Antispasmodique voie orale :</u> Phloroglucinol 80mg à 160mg x 2 ou 3 fois/j

PRURIT VULVAIRE

Définition : Démangeaisons au niveau de la vulve avec ou sans lésions.

Principales affections à rechercher : Trichomonase vaginale ; Mycose vulvo-vaginale ; IST (syphilis, chancre mou, Herpès).



PRURIT VULVAIRE TRAITEMENTS :

Traitement 1 Oxyurose	<u>Antihelminthique voie orale:</u> Mé bendazole 100mg x 2 fois / 3 j OU Albendazole 400mg dose unique à croquer. Répéter 7 jours après. Conseils d'hygiène (Lavage des mains à l'eau et au savon etc....) Antiseptique en application locale : Violet de gentiane
---------------------------------	---

TROUBLES URINAIRES

Définitions :

Troubles urinaires : Douleur ou gêne ressentie à la miction et/ou anomalie des urines (quantité ou aspect).

Anurie : Absence de production d'urines par les reins.

Dysurie : Difficulté de la miction ;

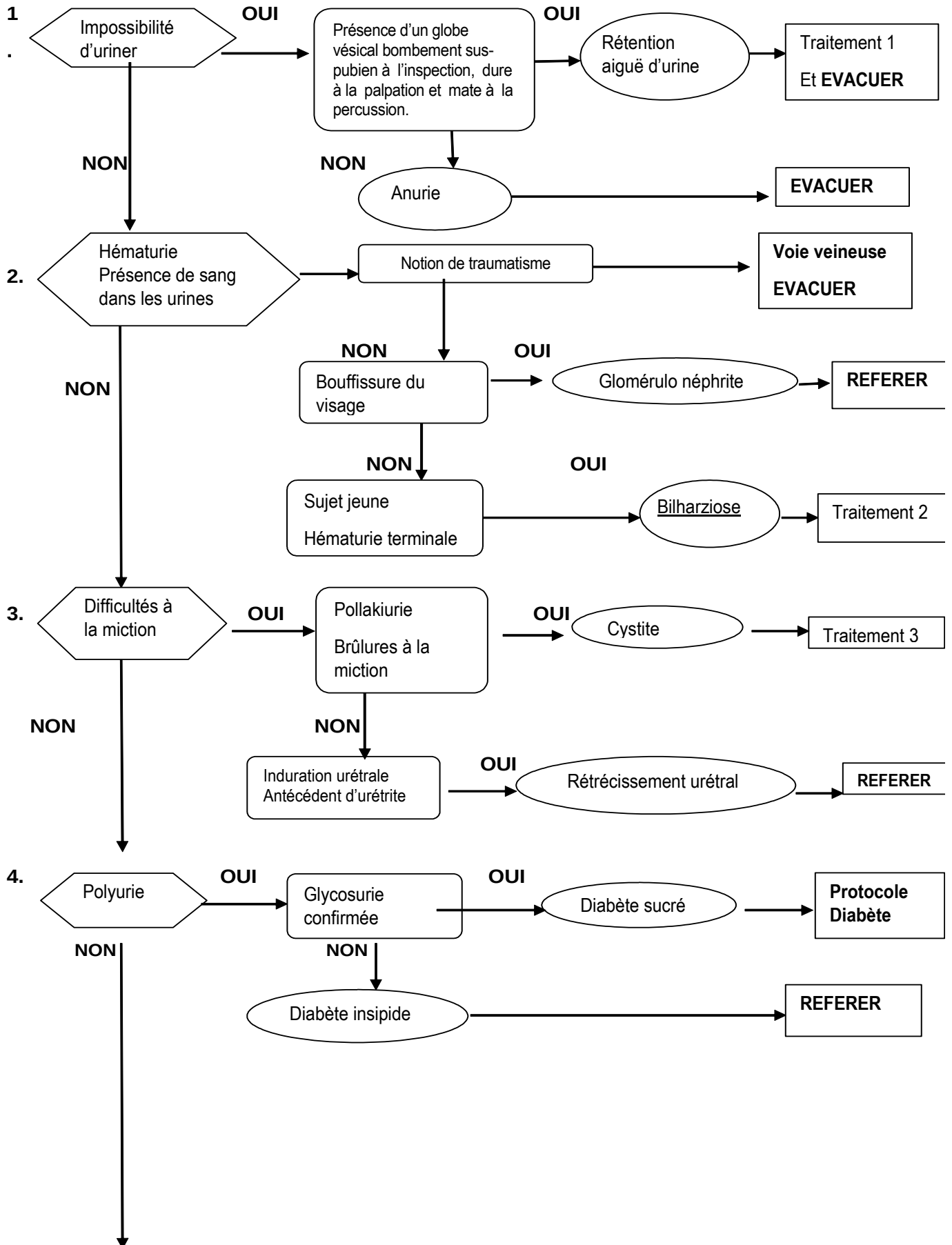
Pollakiurie : Miction fréquente et en petite quantité.

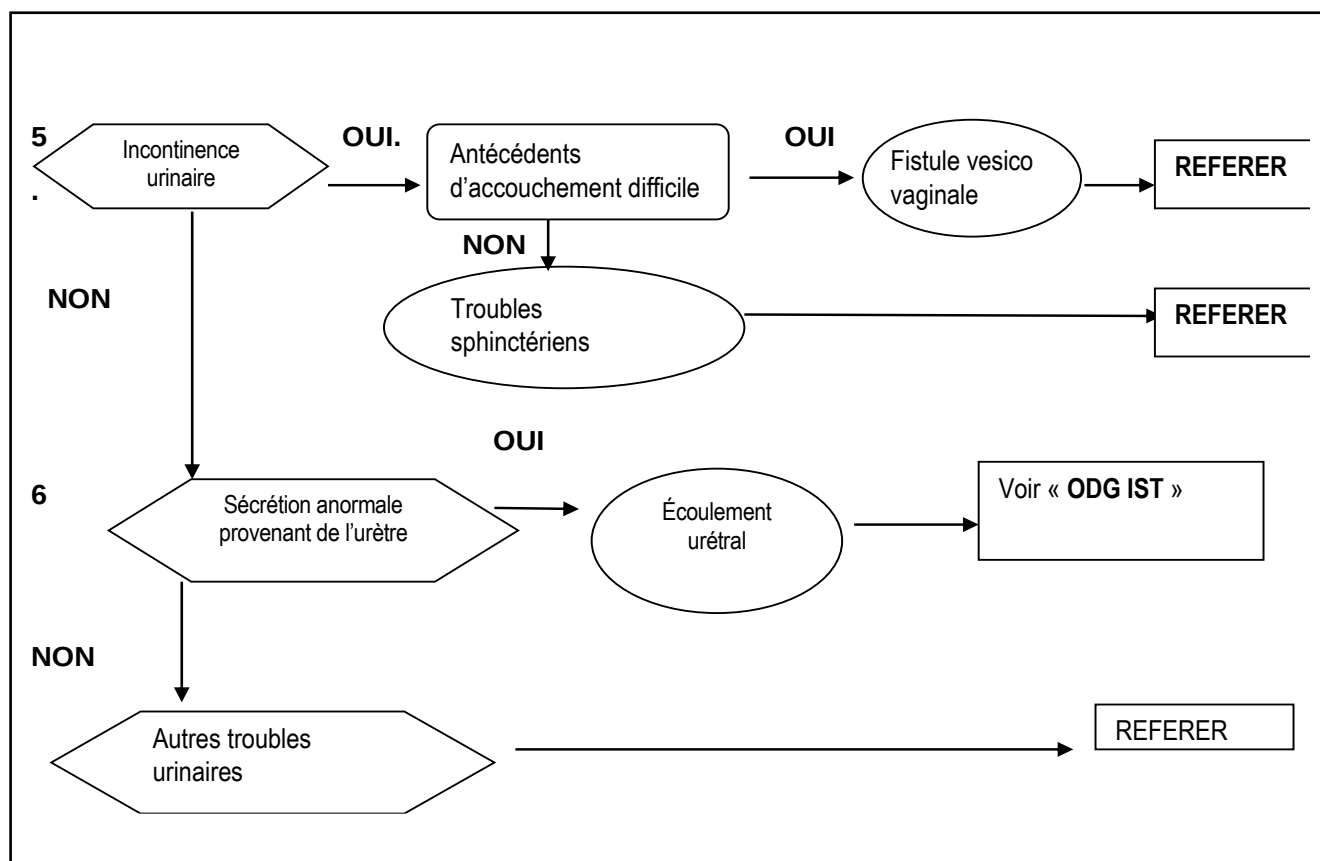
Polyurie : Le malade urine souvent et beaucoup (plus de 2,5 litres en 24 heures)

Incontinence urinaire : Écoulement involontaire des urines

Principales affections à rechercher :

Rétrécissement urétral ; Adénome de la prostate ; Infection urinaire (Cystite ; Glomérulonéphrite aiguë) ; Bilharziose urinaire ; IST (gonocoque, chlamydiae, mycoplasme, trichomonas, ...) ; Diabète ; Insuffisance rénale aiguë (anurie) ; Fistule vesico-vaginale ; Traumatisme de l'appareil urinaire.





TROUBLES URINAIRES - TRAITEMENTS

Traitement 1 Rétention aiguë d'urine	Placer une sonde urinaire ou faire une ponction sus pubienne Et EVACUER
Traitement 2 Bilharziose	<u>Antihelminthique voie orale</u> : Praziquantel : 40mg/kg en prise unique Si non amélioré au bout de 5 jours, REFERER
Traitement 3 Cystite	<u>Antibactérien voie orale</u> : Cotrimoxazole : Enfant : 480mg x 2 fois / 8j. Adulte : 960mg x 2 fois/j / 8 j Chez la femme en grossesse : Amoxicilline 1g x 3 fois/j/8j <u>AINS voie orale</u> : Ibuprofène : Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j Boire beaucoup d'eau : 3 à 4 litres par jour

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE

L'approche syndromique est basée sur l'identification et le traitement d'un groupe de symptômes et de signes appelé « syndrome », facile à reconnaître à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen physique. Par cette alternative on traite le syndrome et partant de plusieurs causes d'IST. Ces syndromes, peuvent être causés par un ou plusieurs germes IST.

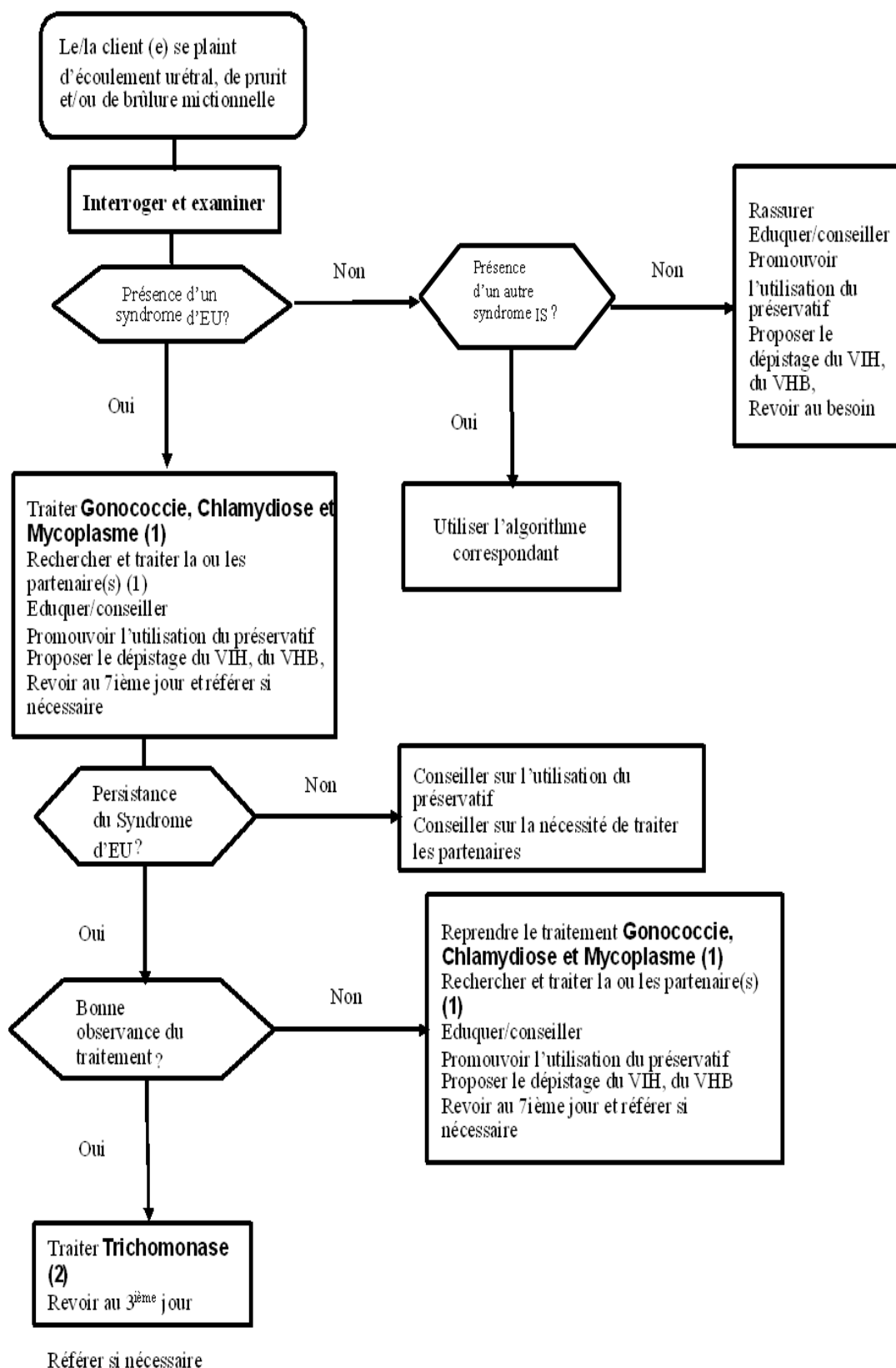
Neuf (09) algorithmes ont été élaborés pour les onze (11) syndromes individualisés dont deux algorithmes pour l'écoulement vaginal chez la femme (examen avec ou sans spéculum) répondant aux définitions suivantes :

Cas suspects :

1. ECOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME
2. ECOULEMENT VAGINAL (*examen sans spéculum*)
3. ECOULEMENT VAGINAL (***examen avec spéculum***)
4. DOULEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME
5. ECOULEMENT ANAL
6. CONJONCTIVITE PURULENTE DU NOUVEAU-NE
7. ULCERATION GENITALE
8. BUBON INGUINAL
9. GONFLEMENT DOULOUREUX DU SCROTUM
10. VEGETATIONS VENERIENNES

Cas confirmés : C'est tout cas suspect confirmé par un test de laboratoire

L'ÉCOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME

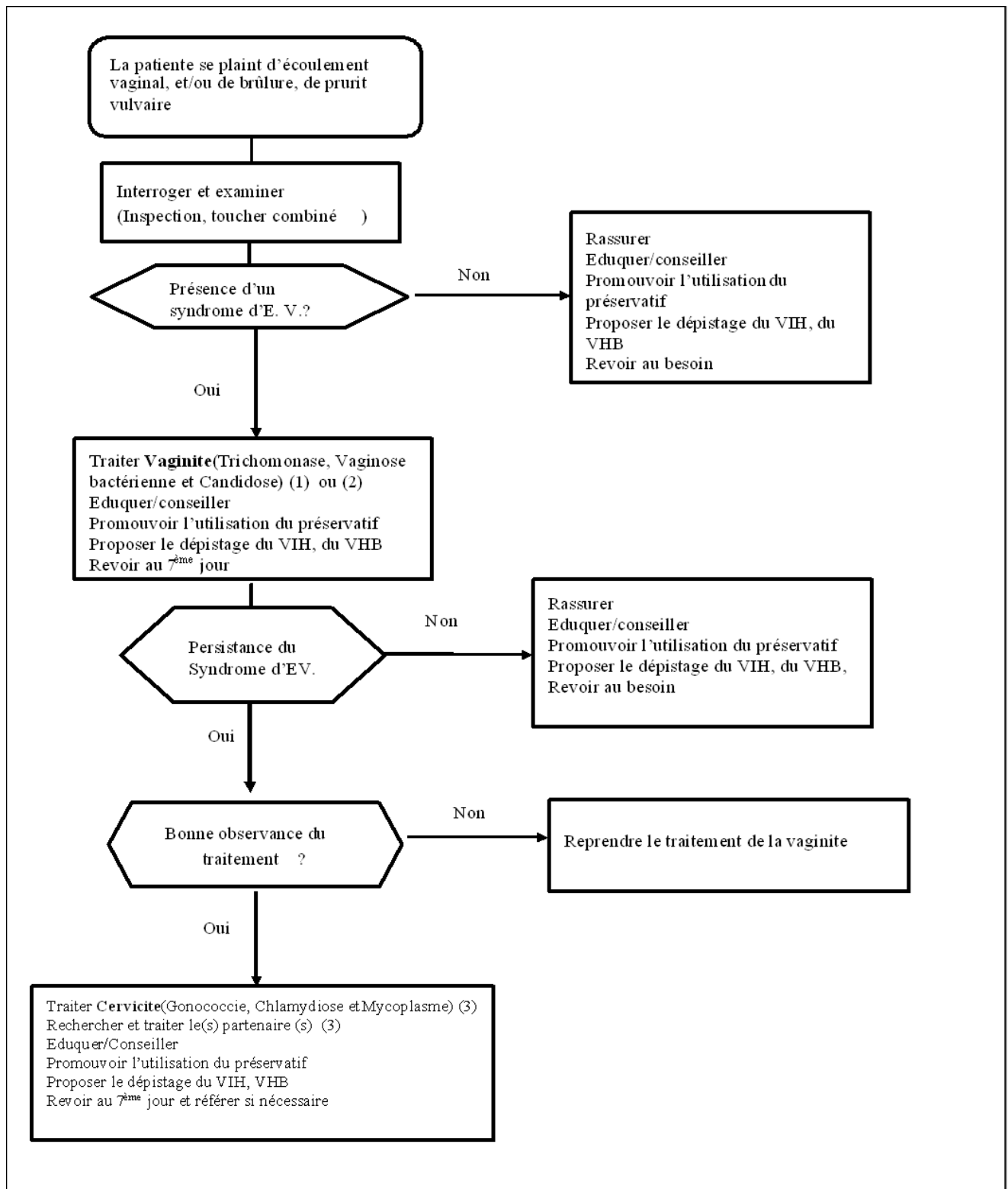


TRAITEMENT ECOULEMENT URETRAL

Traitement 1	(1) Kit GCM : Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise ou Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise
Traitement 2	2) Kit T : <i>métronidazole 500 mg 4 comprimés en prise unique</i>

ÉCOULEMENT VAGINAL (EXAMEN SANS SPECULUM)

Définition : Sécrétion anormale provenant du vagin ou du col de l'utérus



TRAITEMENT ECOULEMENT VAGINAL (EXAMEN SANS SPECULUM)

▪ (1) Kit Vagi 1 :

Métronidazole comprimé, 2 g en prise unique + Clotrimazole ovule 500 mg, 1 ovule en dose unique le soir au coucher

ou

Tinidazole comprimés 2g en prise unique + Clotrimazole ovule 500 mg, 1 ovule en dose unique le soir au coucher

(2) Kit Vagi 2 : Femme enceinte au 1er trimestre ou allaitante

Métronidazole Comprimé Gynécologique 500 mg le soir au coucher pendant 10 jours + Clotrimazole ovule, 500 mg en dose unique le soir au coucher

ou

Tinidazole comprimés 2g en prise en unique + Clotrimazole ovule, 500 mg en dose unique le soir au coucher

(3) Kit GCM :

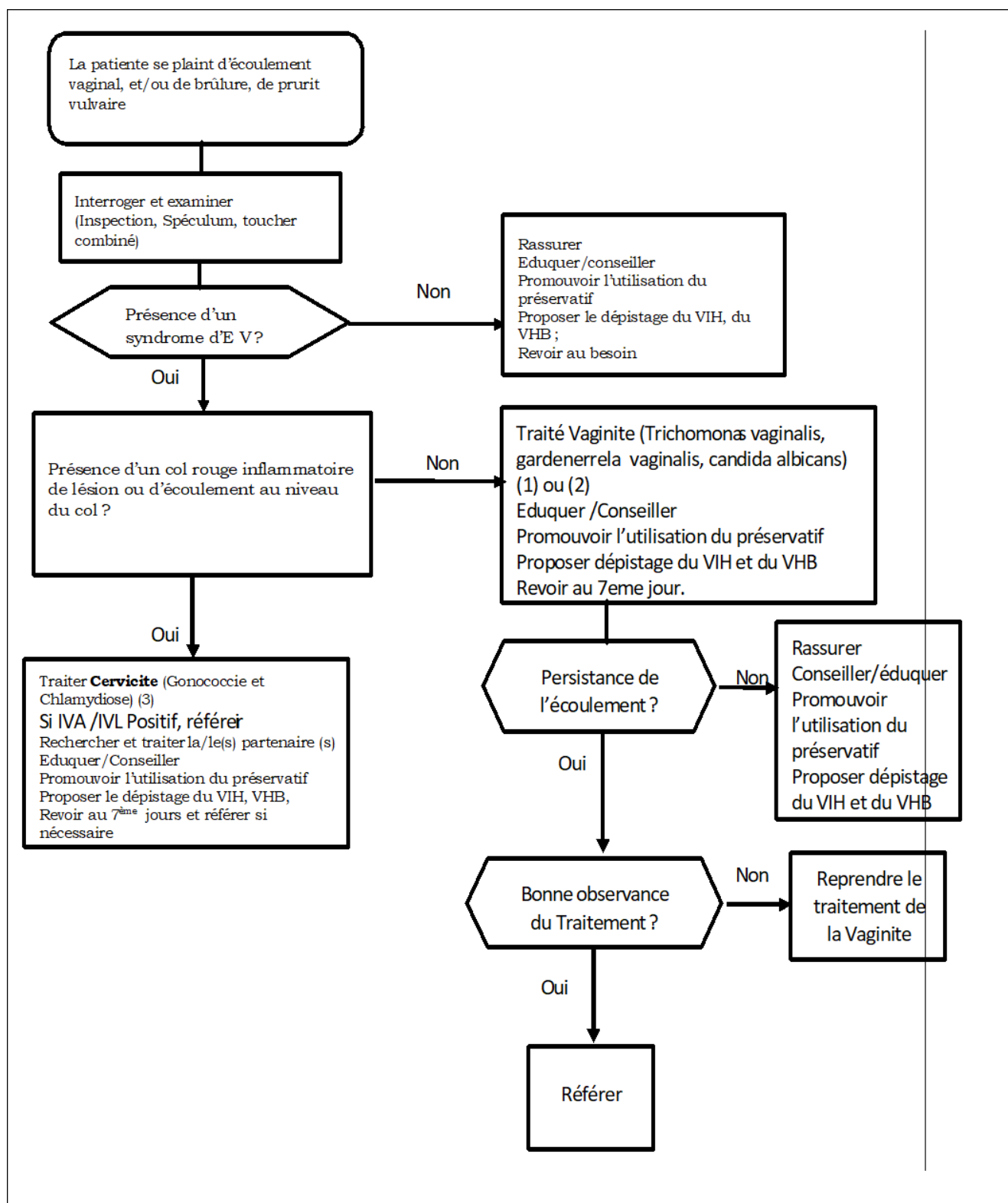
Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

ou

Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

ÉCOULEMENT VAGINAL AVEC SPECULUM

Définition : Sécrétion anormale provenant du vagin ou du col de l'utérus



TRAITEMENT ECOULEMENT VAGINAL AVEC SPECULUM

▪ (1) Kit Vagi 1 :

Métronidazole comprimé, 2 g en prise unique + Clotrimazole ovule 500 mg, 1 ovule en dose unique le soir au coucher

ou

Tinidazole comprimés 2g en prise unique + Clotrimazole ovule 500 mg, 1 ovule en dose unique le soir au coucher

▪ (2) Kit Vagi 2 : Femme enceinte au 1er trimestre ou allaitante

Métronidazole Comprimé Gynécologique 500 mg le soir au coucher pendant 10 jours + Clotrimazole ovule, 500 mg en dose unique le soir au coucher

ou

Tinidazole comprimés 2g en prise en unique + Clotrimazole ovule, 500 mg en dose unique le soir au coucher

▪ (3) Kit GCM :

Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

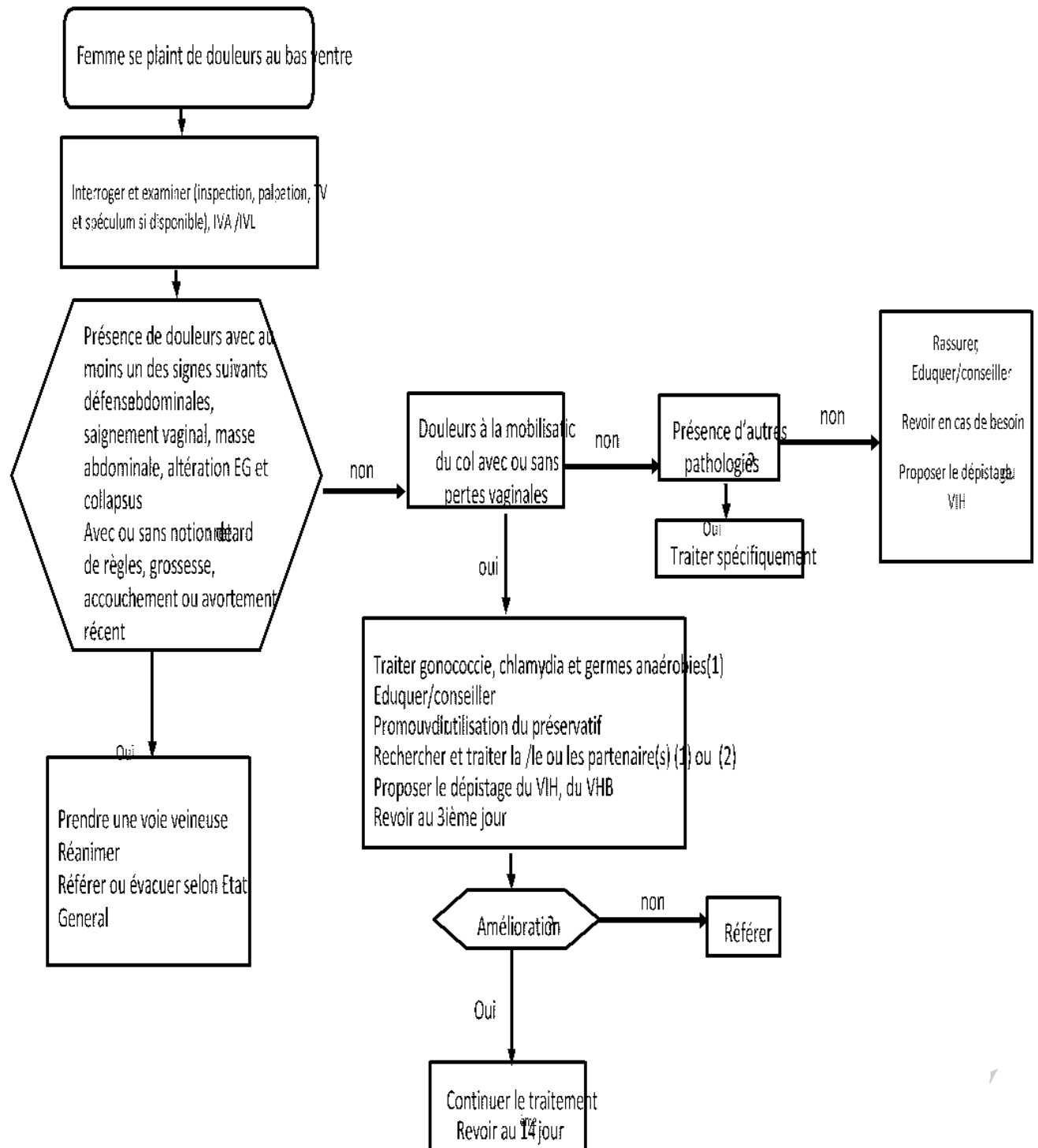
ou

Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

DOULEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME

Définition

Les douleurs pelviennes sont des manifestations douloureuses du bas ventre



Traitement douleurs pelviennes

□ (1) Kit DP :

Cefixim 400 mg comprimé + azithromycine 1g par voie orale en une seule prise + Doxycycline 100 mg x 2/jrs pendant 14 jrs + Métronidazole 500 mg

1cp x 2 / jr pendant 14 jrs □ (2) Kit GCM :

Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

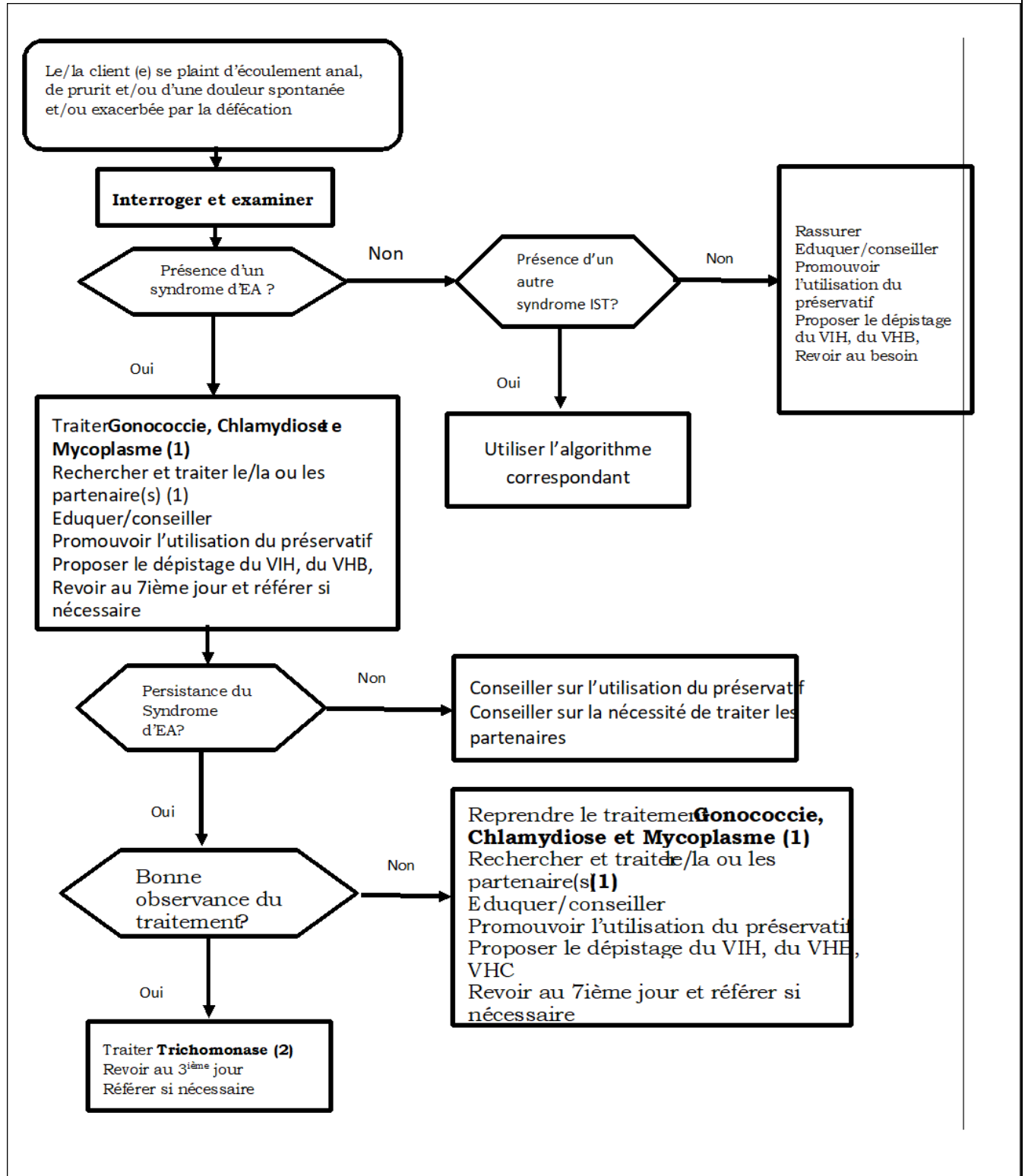
ou

Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

ÉCOULEMENT ANAL

Définition

L'écoulement anal est l'écoulement d'un liquide anormal par son aspect, son odeur ou son abondance à travers l'anus accompagné ou non d'un prurit, d'une douleur spontanée et/ou exacerbée par la défécation



TRAITEMENT ECOULEMENT ANAL

☐ (1) Kit GCM :

Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

ou

Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine

1g par voie orale en une seule prise

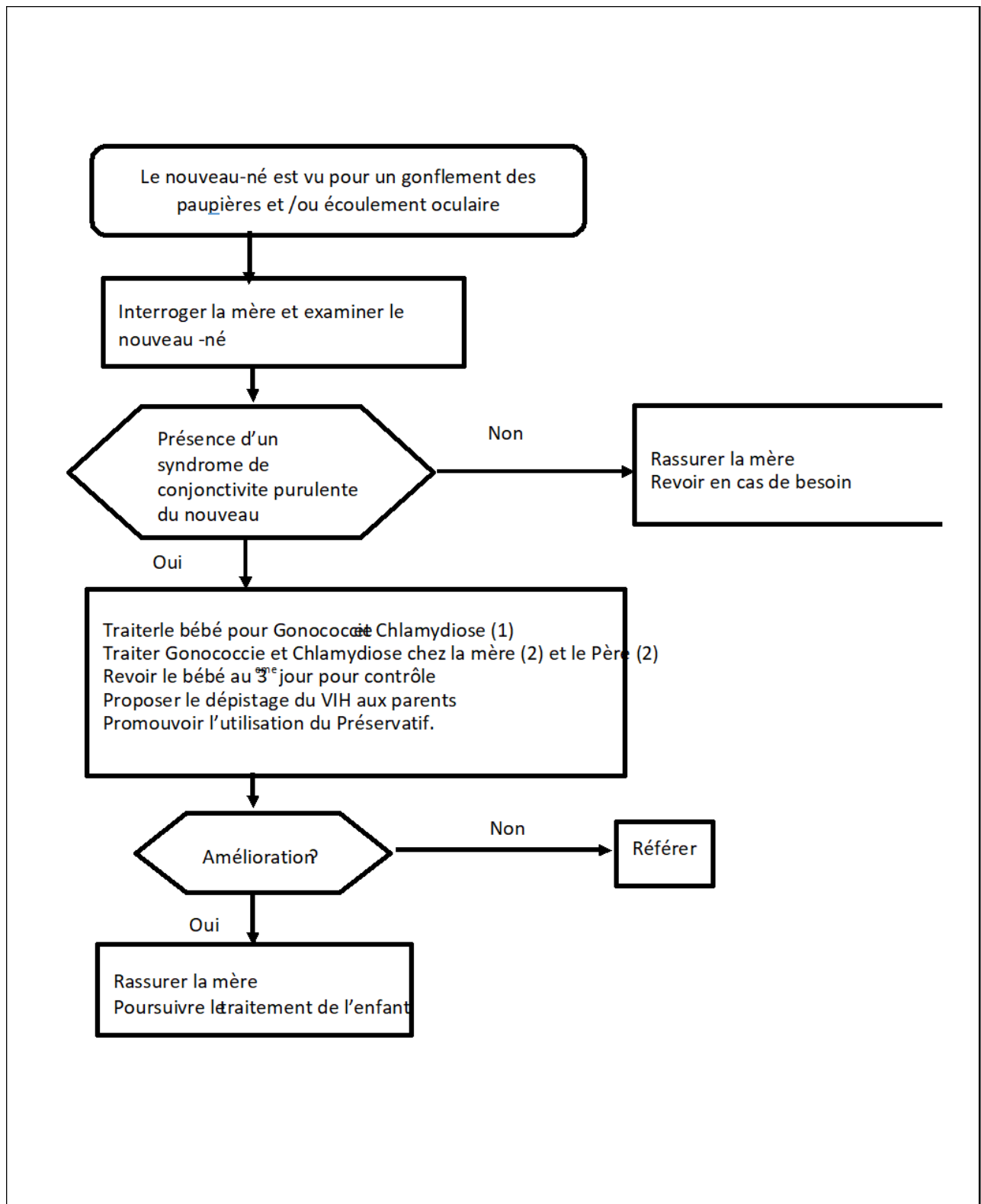
☐

(2) Kit T :

Métronidazole comprimé, 2 g en prise unique ou Tinidazole comprimé 2g en prise unique

CONJONCTIVITE PURULENTE DU NOUVEAU-NE

Définition : gonflement des paupières avec rougeur des conjonctives et sécrétions purulentes et collantes chez un nouveau-né. C'est une infection du premier mois de vie contractée lors du passage dans la filière génitale de la mère.



TRAITEMENT CONJONCTIVITE PURULENTE DU NOUVEAU-NE

(1) Kit CPNNE :

Ceftriaxone 50mg / kg IM en dose unique ou Céfixim orale Unique (ne pas dépasser 125 mg) +
Erythromycine 125 mg Suspension 50 mg / kg / jour en 4 fois par jour x 7 jrs

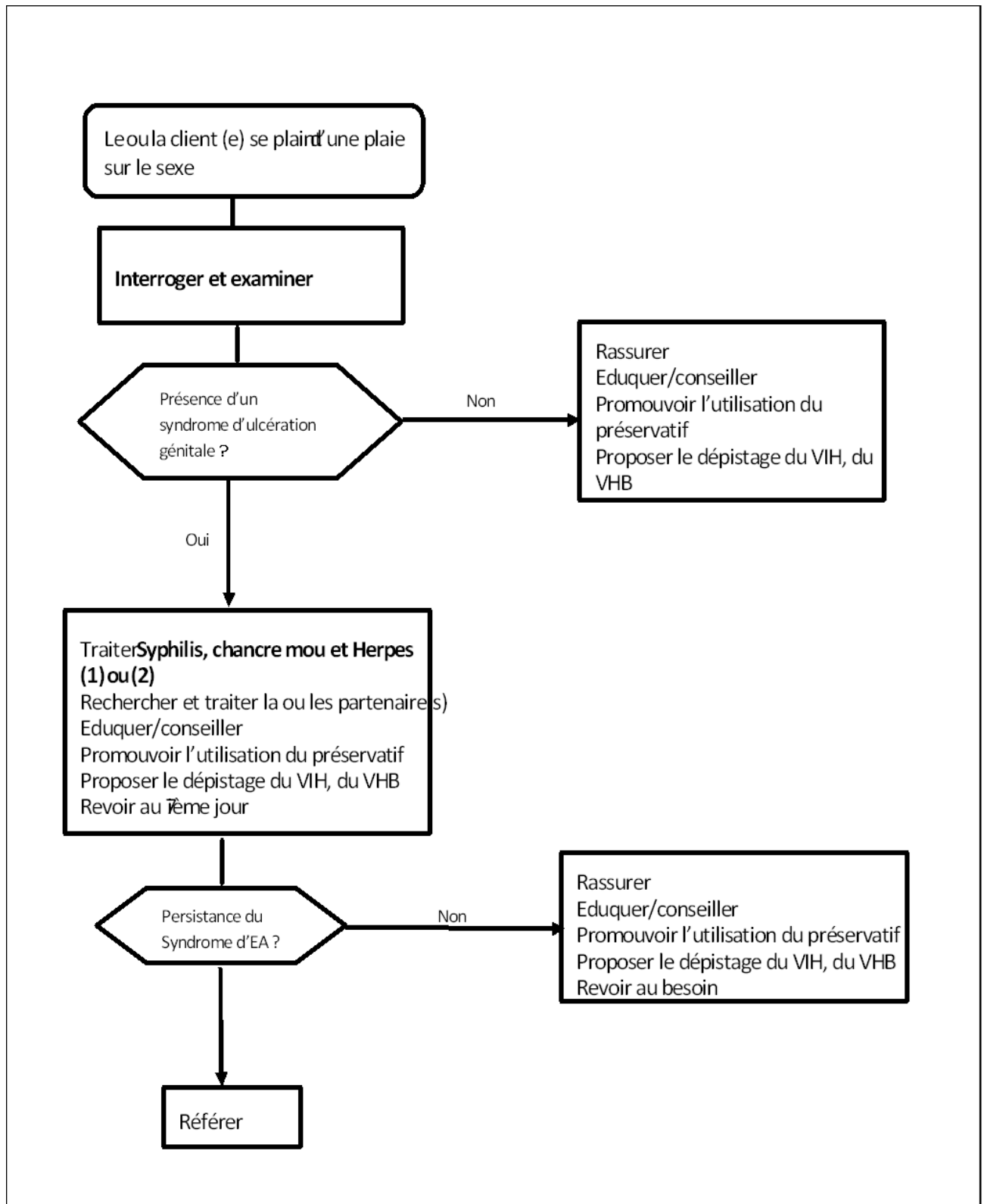
(2) Kit GCM :

Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise **ou**

Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

ULCERATION GENITALE

Définition : Toute plaie et /ou vésicules au niveau des organes génitaux externes de l'homme ou de la femme avec ou sans douleur



TRAITEMENT ULCERATION GENITALE

□ **(1) Kit UG1 :**

Benzathine Benzyl Pénicilline 2,4 M UI en IM Unique + Azithromycine 1g par voie orale en prise unique + Aciclovir 400 mg par voie orale x 3/jours pendant 7 jrs + Polyvidone Iodée solution 10% : 1 application x 2 / jour jusqu'à cicatrisation

ou

Benzathine Benzyl Pénicilline 2,4 M UI en IM Unique + Ceftriaxone 250 mg en dose unique en IM + Aciclovir 400 mg par voie orale x 3/jours pendant 7 jrs + Polyvidone Iodée solution 10% : 1 application x 2 / jour jusqu'à cicatrisation

ou

Benzathine Benzyl Pénicilline 2,4 M UI en IM Unique + Ciprofloxacine 500 mg X 2 fois par jour pendant 3 jrs + Aciclovir 400 mg par voie orale x 3/jours pendant 7 jrs + Polyvidone Iodée solution 10% : 1 application x 2 / jour jusqu'à cicatrisation

ou

Benzathine Benzyl Pénicilline 2,4 M UI en IM Unique + Erythromycine 500mg par voie orale X 3 fois /jour pendant 7 jours+ Aciclovir 400 mg par voie orale x 3/jours pendant 7 jrs + Polyvidone Iodée solution 10% : 1 application x 2 / jour jusqu'à cicatrisation

NB : Si allergie à la Pénicilline remplacer Benzathine Benzyl Pénicilline

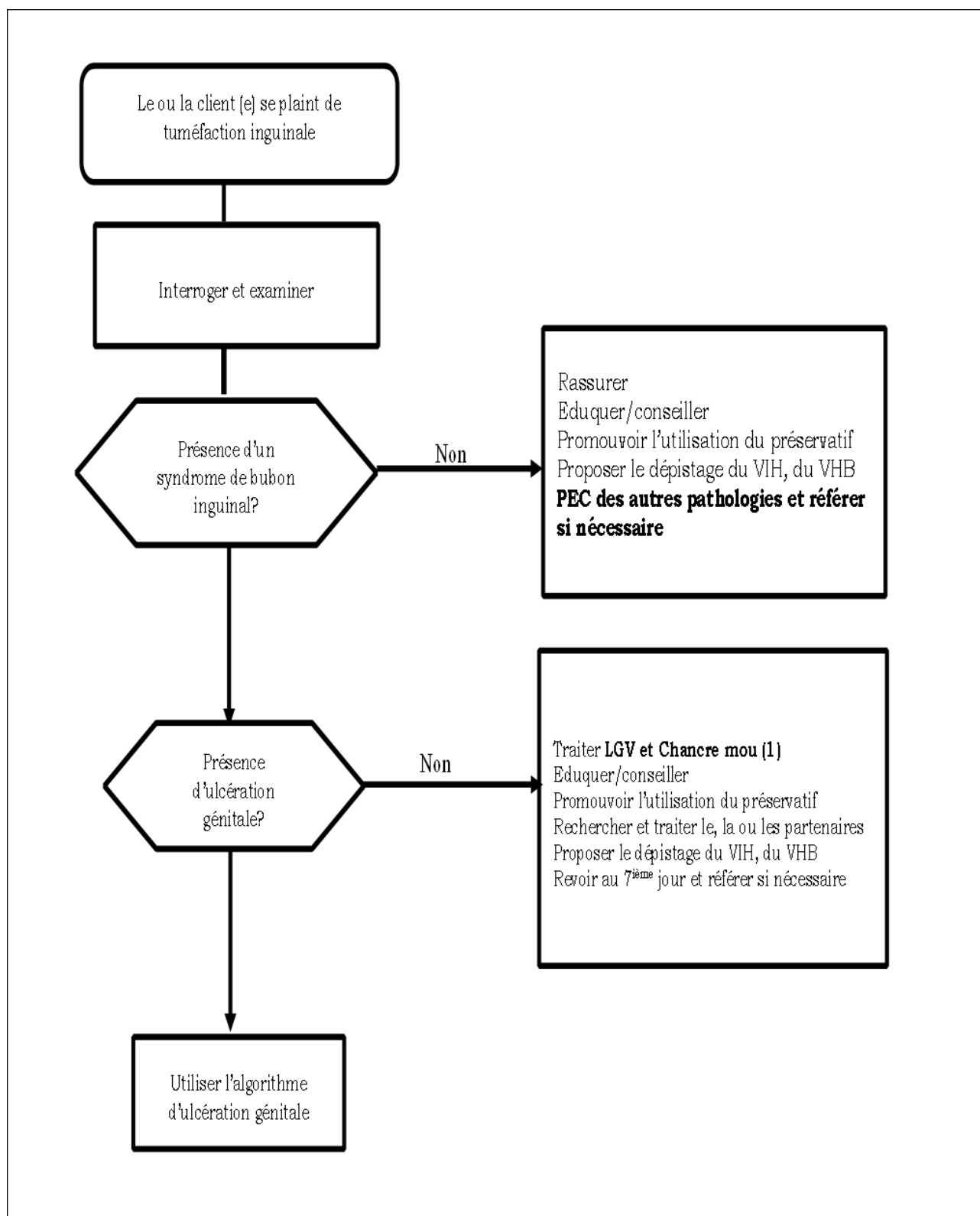
2,4 M UI par Doxycycline 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant

14 jour) **Kit UG2 :**

Si allergie à la Pénicilline chez une femme enceinte : Erythromycine 500 mg par voie orale 4 fois/ j pendant 14 jours ou Azithromycine 500mg en prise unique + Aciclovir 400 mg par voie orale x 3/j pendant 7 jrs + Polyvidone Iodée solution 10% : 1 application x 2 / j jusqu'à cicatrisation s au cours des repas

BUBON INGUINAL

Définition : Tuméfaction douloureuse ou non, souvent fluctuante des ganglions inguinaux



TRAITEMENT BUBON INGUINAL

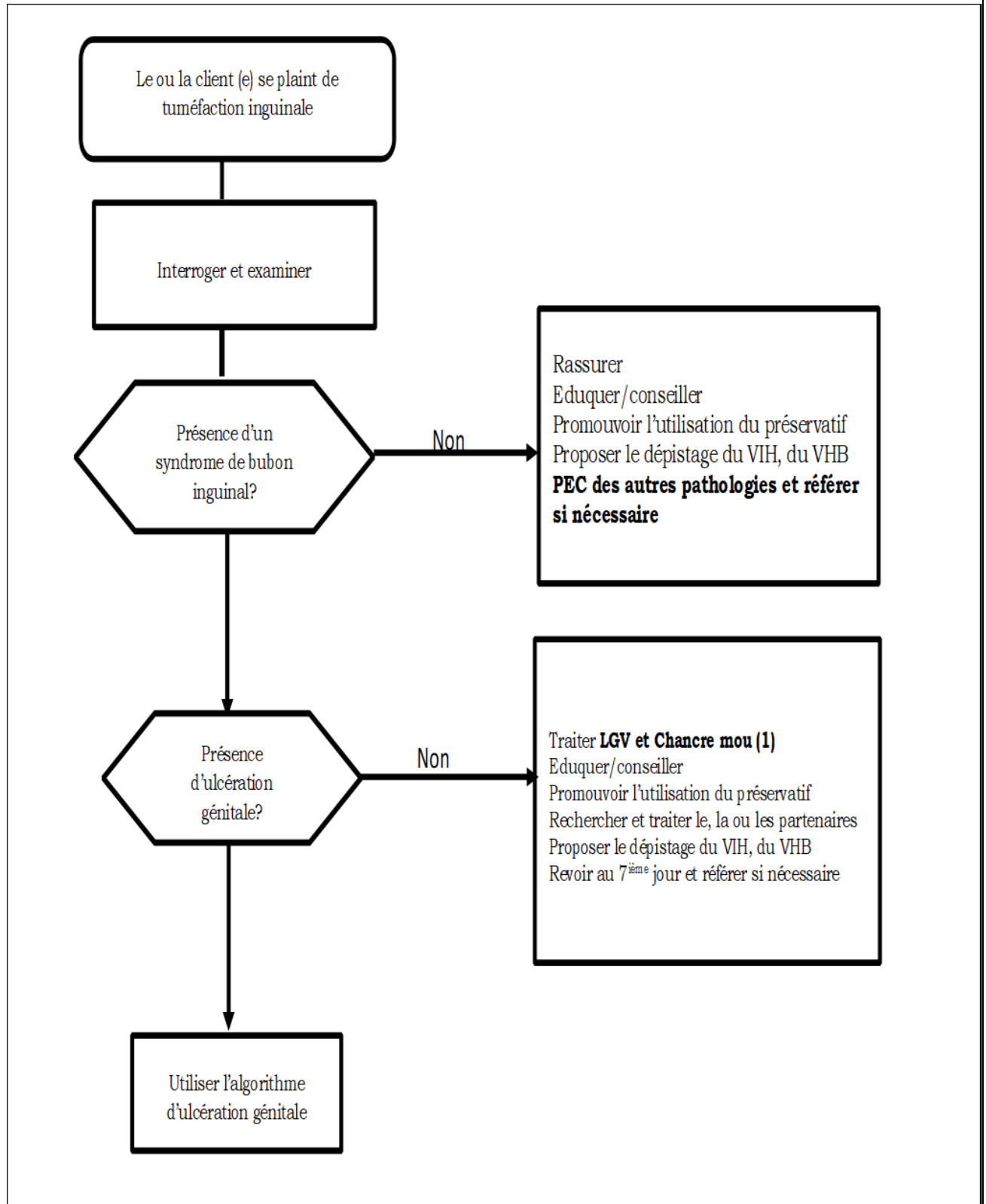
☐ **(1) Kit Bub :**

Doxycycline 100 mg par voie orale 2 x par jour pendant 21 jours + Ciprofloxacine 500 mg par voie orale 2 x par jour pendant 3 jrs

Si femme enceinte ou allaitante : Erythromycine 500 mg par voie orale 4 x par jour pendant 14 jours

GONFLEMENT DOULOUREUX DU SCROTUM

Définition : c'est une augmentation du volume des bourses et/ou des testicules avec ou sans douleur.



TRAITEMENT GONFLEMENT DOULOUREUX DU SCROTUM

(1) KIT GCM

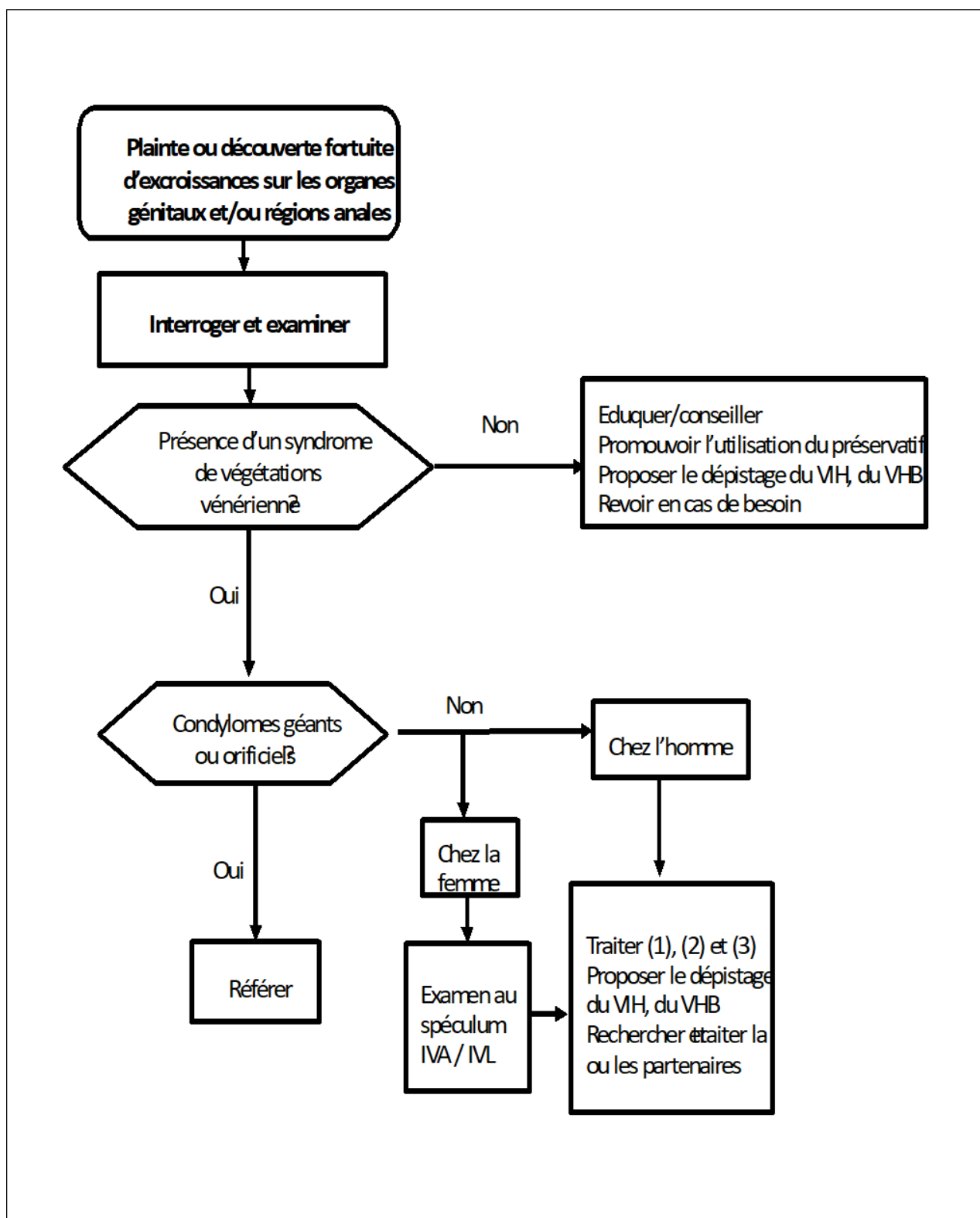
Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

ou

Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise

VEGETATIONS VENERIENNES

Définition : Excroissances cutanées sur les organes génitaux et/ou régions anales



TRAITEMENT DES VEGETATIONS VENERIENNES

1) : **Acide Trichloracétique (TCA) solution 50%** : Appliquez avec une mèche de coton ou une compresse sur les lésions une fois toutes les deux semaines jusqu'à leur disparition.

NB : l'application est douloureuse

Ne pas appliquer sur la peau saine, Ne pas appliquez dans la muqueuse vaginale, Nettoyer à l'eau 4 – 6 Heures après l'application. La solution peut être utilisée chez la femme enceinte, si possible la conserver au réfrigérateur

(2) Electrocoagulation

(3) Cryothérapie à l'azote liquide

L'ulcération créée par la destruction du condylome sera traitée comme toute plaie

SECTION IV. PATHOLOGIE DU SYSTEME NERVEUX ET DE L'ŒIL

CONVULSIONS

Définitions :

Convulsions : Ce sont des contractions musculaires involontaires généralisées ou localisées souvent accompagnées de troubles de la conscience et survenant par crises.

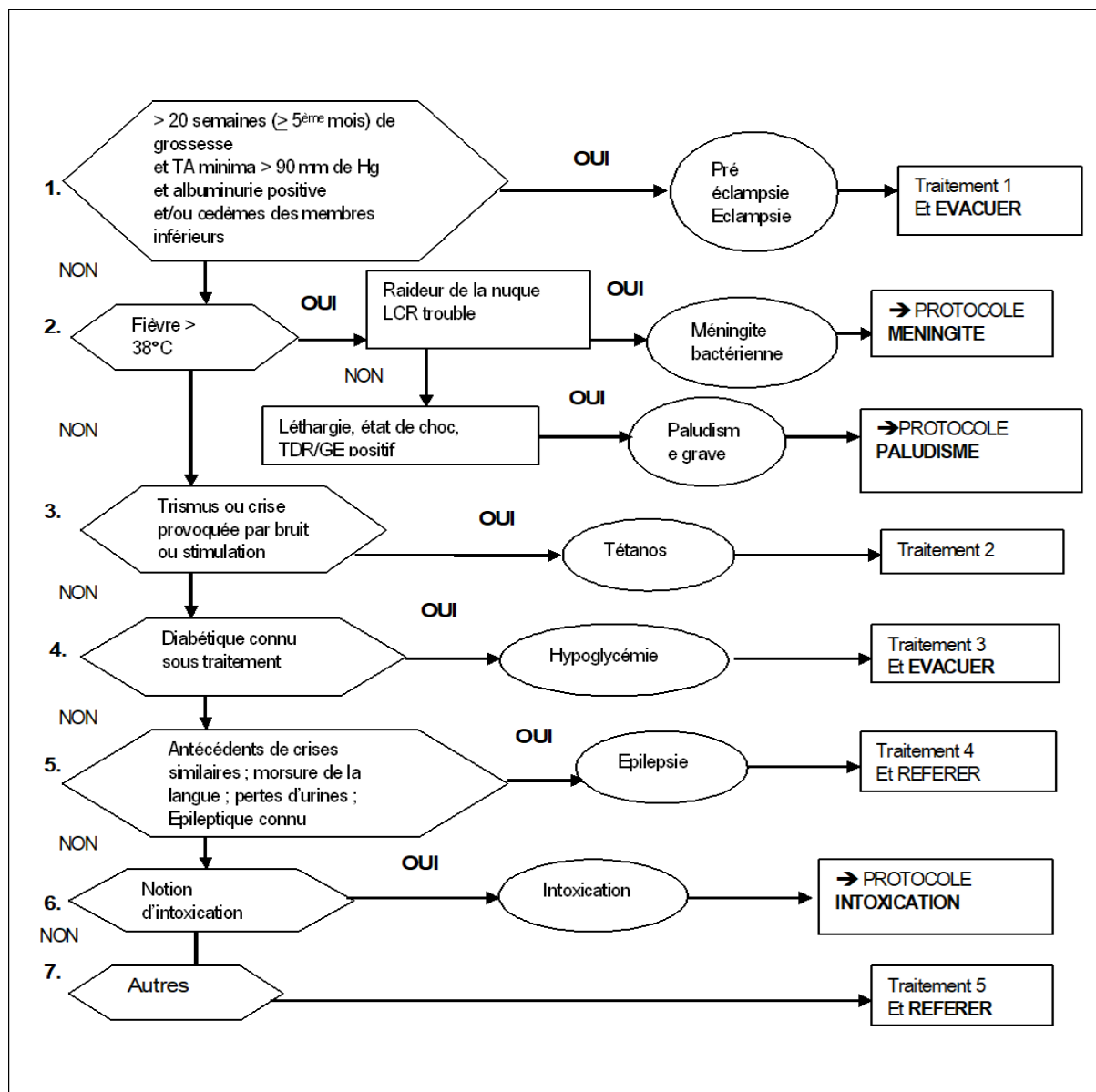
Éclampsie : syndrome convulsif observé généralement en fin de grossesse, parfois pendant le travail ou le post partum avec élévation de la TA

Épileptique connu : patient dont le diagnostic de l'épilepsie a été établi et qui est généralement sous traitement antiépileptique.

Diabétique connu : patient dont le diagnostic du diabète a été établi et qui est généralement sous traitement antidiabétique.

Principales affections à rechercher :

Méningite ; Paludisme grave ; Épilepsie ; Éclampsie ; Hypoglycémie ; Tétanos ; Intoxications aux organophosphorés.



CONVULSIONS -TRAITEMENTS

Attention : Traitement symptomatique en urgence :

Traiter les convulsions avec un anticonvulsivant inj : **Diazépam** 10 mg en IVL à diluer dans 10 cc de SGI durant au moins 2 minutes puis 40 mg dans 500 ml de SSI en perfusion

Traiter la fièvre avec un antipyrétique :

Si la voie orale est possible : **Paracétamol** Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j

Si la voie orale n'est pas possible : **ASL** : 15mg/kg à donner toutes les 6 heures

Et moyens physiques (enveloppements tièdes, boissons fraîches). Jusqu'à disparition de la fièvre
Ensuite donner les autres traitements nécessaires

Traitement 1 Eclampsie	Commencer le traitement suivant : - Diazépam 10 mg en IV par la tubulure OU Sulfate de magnésium 20% : 4g en IVL (pendant 5 minutes), - Continuer le traitement avec 40 mg de Diazépam dans une perfusion de 500 ml de sérum glucosé isotonique à un rythme de 60 gouttes par mn. A renouveler si nécessaire. Et EVACUER en prenant les mesures suivantes : - mise en place d'une sonde vésicale à demeure et noter l'heure, - Immobilisation de la patiente pour éviter les chutes, - Mise en décubitus latéral gauche, - Maintenir la bouche ouverte par une canule de Mayo ou une compresse. - Oxygénation si possible ❖ La Prise en charge associe une réanimation au traitement obstétrical de la pré éclampsie • Préparer le matériel ; • Commencer les anticonvulsivants (voir ci-dessous) ; • Mettre en place une sonde urinaire, surveiller la diurèse et la protéinurie. La diurèse devrait être au moins de 30 ml par heure (évaluer sur une diurèse d'au moins 4 heures). Si la diurèse est inférieure à 30 ml par heure, il faudrait arrêter les anticonvulsivants, et commencer une perfusion de SSI ou Ringer à 125 ml/heure (soit 40 gouttes/min). Ausculter souvent les poumons afin de dépister tôt les œdèmes pulmonaires ; • Ne jamais laisser la femme seule ; • Vérifier les constantes (TA, pouls, respiration, diurèse), les réflexes, et les BDCF toutes les heures ; • Si la diastolique reste toujours supérieure à 110 mmHg, commencer les antihypertenseurs (voir ci-dessous). Essayer de maintenir la diastolique entre 90 et 100 mm Hg, et éviter des chutes brutales de TA au-dessous de 80 mmHg ; • Rechercher une coagulopathie ;
-----------------------------------	--

- La prise en charge de la pré-éclampsie sévère doit être la même que celle d'une éclampsie. L'éclampsie n'est pas toujours précédée de prodromes.

La pré-éclampsie n'est pas due à une rétention de sel, le régime sans sel aggrave l'hypovolémie et donc l'ischémie : le régime doit être normo sodé

Anticonvulsivants

Le traitement anticonvulsivant doit être adéquat. **Le sulfate de magnésium est le traitement de choix pour prévenir et pour traiter les crises dans les cas de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie.**

□ Traitement de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie par le sulfate de magnésium

- *Première dose (dose de charge)*

- Le Sulfate de **magnésium** 4 g en IV en solution de 20% – faire passer en IV très lente (pendant 5 minutes) ;
- Suivi immédiatement par 10 g en solution de 50%, à raison de 5g de sulfate de magnésium plus 1 ml de lidocaïne à 2% en IM profonde dans chaque fesse ;
- Si les crises persistent après 15 minutes, donner 2 à 4 g de sulfate de magnésium en IV très lente (pendant 5 minutes) ;
- Prévenir la femme qu'elle aura une bouffée de chaleur après l'administration du sulfate de magnésium ;
- Veiller à ce que les principes de la prévention et contrôle des infections soient respectés et que le sulfate de magnésium soit administré en IM profonde.

- *Dose d'entretien*

- 5 g de Sulfate de magnésium (50%) + 1 ml de lidocaïne à 2% en IM profonde toutes les 4 heures (alterner les fesses)
- Poursuivre le Sulfate de magnésium pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion.

Avant de répéter la dose, se rassurer que :

- La fréquence respiratoire est au moins 16 cycles/minute □ Les réflexes ostéotendineux sont présents.
- La diurèse est d'au moins 30 ml /heure pendant 4 heures.

NE PAS DONNER LA DOSE SI : +++++++

- La fréquence respiratoire est moins de 16 cycles/minute ☐ Les réflexes ostéotendineux sont absents.
- La diurèse est de moins de 30 ml /heure en 4 heures.

Avoir l'antidote toujours prêt

- Dans le cas d'arrêt respiratoire :
 - ☐ Administrer du gluconate de calcium 2 mg (20 ml d'une solution de 10%) en IV lente jusqu'à ce que les respirations recommencent. Ce médicament devrait réduire de suite les effets du sulfate de magnésium.
 - ☐ Prévoir le matériel pour la réanimation

**Au niveau CSPS/CM, après la dose de charge, référer la femme.
Si la patiente n'a pas pu être évacuée au bout de 4 heures :
administrer la dose d'entretien en respectant les directives d'utilisation du sulfate de magnésium**

☐ Prise en charge de l'éclampsie

Traiter comme la pré-éclampsie sévère (voir précédente) **et en plus :**

- Organiser rapidement l'évacuation vers un centre chirurgical
 - ☐ Prendre une voie veineuse et perfuser au SSI ou Ringer.
Remplacer les pertes estimées des saignements, les vomissements, la diarrhée, ou les sueurs. Maintenir le volume intra vasculaire, mais faire attention à ne pas perfuser en excès
- Suivre de très près le volume de liquides perfusé ainsi que la diurèse pour ne pas créer une surcharge hydrique. Ausculter les poumons toutes les heures pour dépister vite des œdèmes pulmonaires (râles). Si on trouve des râles, arrêter la perfusion et donner du furosémide 20 mg en IV en dose unique.

Prise en charge pendant une crise

- Utiliser des moyens de contention pour éviter la chute de la malade au cours des crises
- Assurer que les voies aériennes sont dégagées ; aspirer la bouche et la gorge, si nécessaire, placer une canule de Guedel
- Mettre la femme en position décubitus latéral gauche et en position de Trendelenburg (la tête plus basse que les fesses) afin de réduire le risque d'inhalation des sécrétions, vomissements, ou sang
- Donner de l'oxygène à 4-6 L/minute si disponible

Donner des anticonvulsivants (voir chapitre précédent)

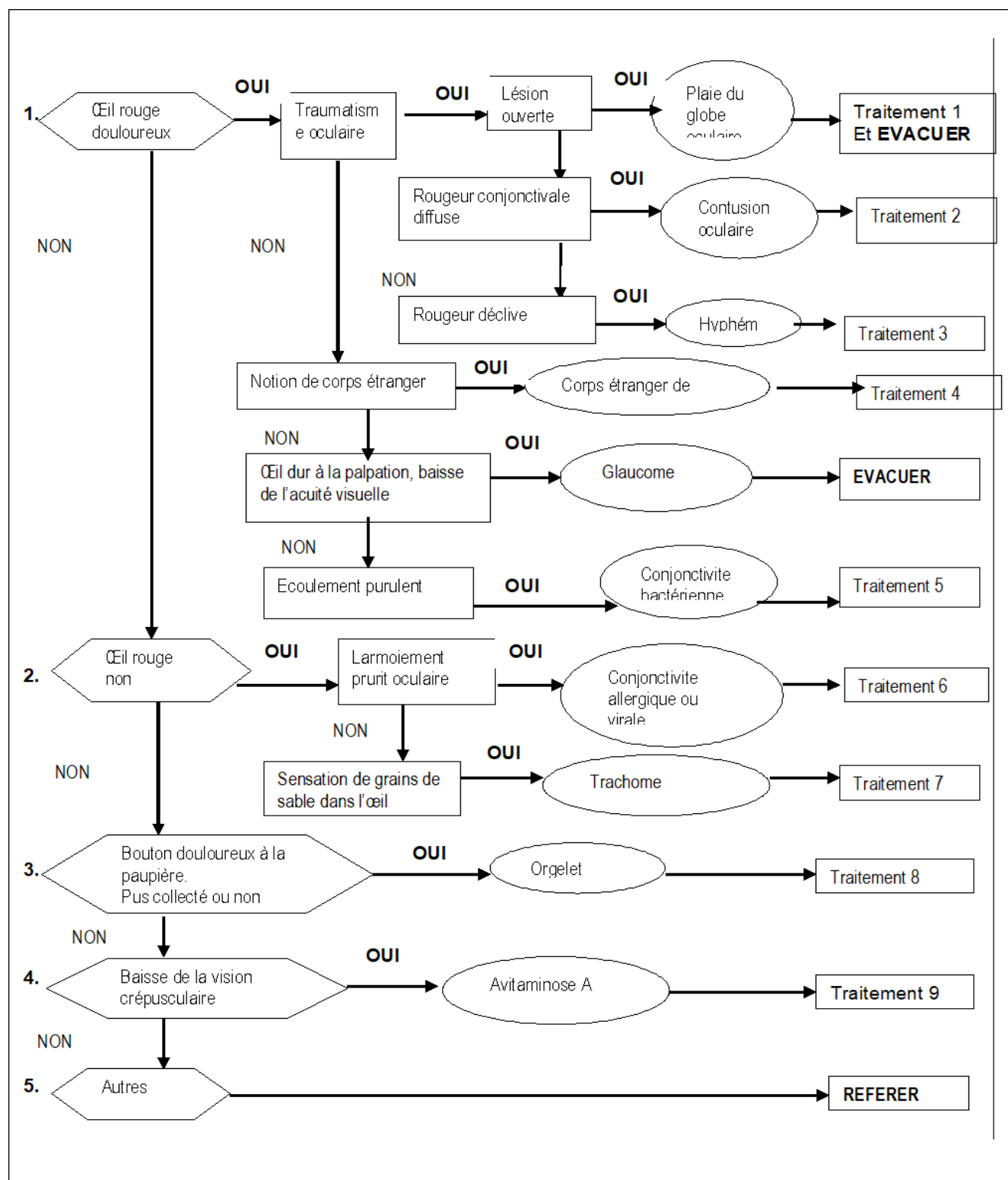
Traitement 2 Tétanos	<u>Sérum inj. : Sérum antitétanique (SAT) une dose de 1 500 UI en SC ou IM</u> Pratiquer l'injection selon la méthode de Besredka ; injecter 0,1 ml, attendre un ¼ d'heure en laissant l'aiguille et la seringue en place, injecter 0,25 ml et attendre une ½ heure. En l'absence de réaction, terminer l'injection. Nettoyage de la plaie <u>Antibactérien injectable</u> Ampicilline 100mg /kg toutes les 12 heures IM ou IVD en perfusion pendant 5 jours Diazépam injectable Adulte 10 à 20mg Enfant : 0,5mg/kg ou 1mg par année d'âge répéter si nécessaire après 30 à 60 minute Isoler le malade dans une chambre hors du bruit et de la lumière Faire une alimentation parentérale
Traitement 3 Hypoglycémie	Sucre alimentaire : faire sucer deux carreaux de sucre. Si non amélioré au bout de 10 minutes : voie veineuse avec sérum glucosé hypertonique 10% Et EVACUER
Traitement 4 Epilepsie	<u>En urgence, anticonvulsivant injectable :</u> Diazépam Adulte 10 à 20mg Enf: 0,5mg/kg ou 1mg par année d'âge répéter si nécessaire après 30 à 60 minutes. Et phénobarbital: 15 à 20 mg/kg iv.* jusqu'à une dose maximale de 1 g, à 100 mg/min *En l'absence d'une voie veineuse, administrer du phénobarbital en im (même dose qu'en iv) REFERER <u>En dehors de l'urgence, anticonvulsivant voie orale:</u> Phénobarbital Enfant : 4 à 8mg/kg/j Adulte 100mg/j le soir au coucher Adultes : démarrer à 60 mg par jour en 1 à 2 prises. Augmenter toutes les semaines de 2.5 à 5 mg (maximum 180 mg par jour). Enfants : démarrer de 2 à 3 mg/kg par jour en 2 prises distinctes. Augmenter toutes les semaines de 1 à 2 mg/kg par jour selon la tolérance (maximum 6 mg par jour
Traitement 5 Autres convulsions	<u>Anticonvulsivant inj:</u> Diazépam Adulte 10 à 20mg Enf: 0,5mg/kg ou 1mg par année d'âge répéter si nécessaire après 30 à 60 minutes si nécessaire. Et REFERER

MAL A L' ŒIL / TROUBLES OCULAIRES

Définition : Douleur / gêne au niveau de l'œil ou des paupières avec ou sans trouble de la vision.

Principales affections à rechercher :

Traumatisme oculaire ; Hyphéma (hémorragie dans l'œil) ; Corps étranger ; Glaucome ; Conjonctivite ; Trachome ; Orgelet ; Avitaminose A.



MAL A L' ŒIL / TROUBLES OCULAIRES - TRAITEMENTS

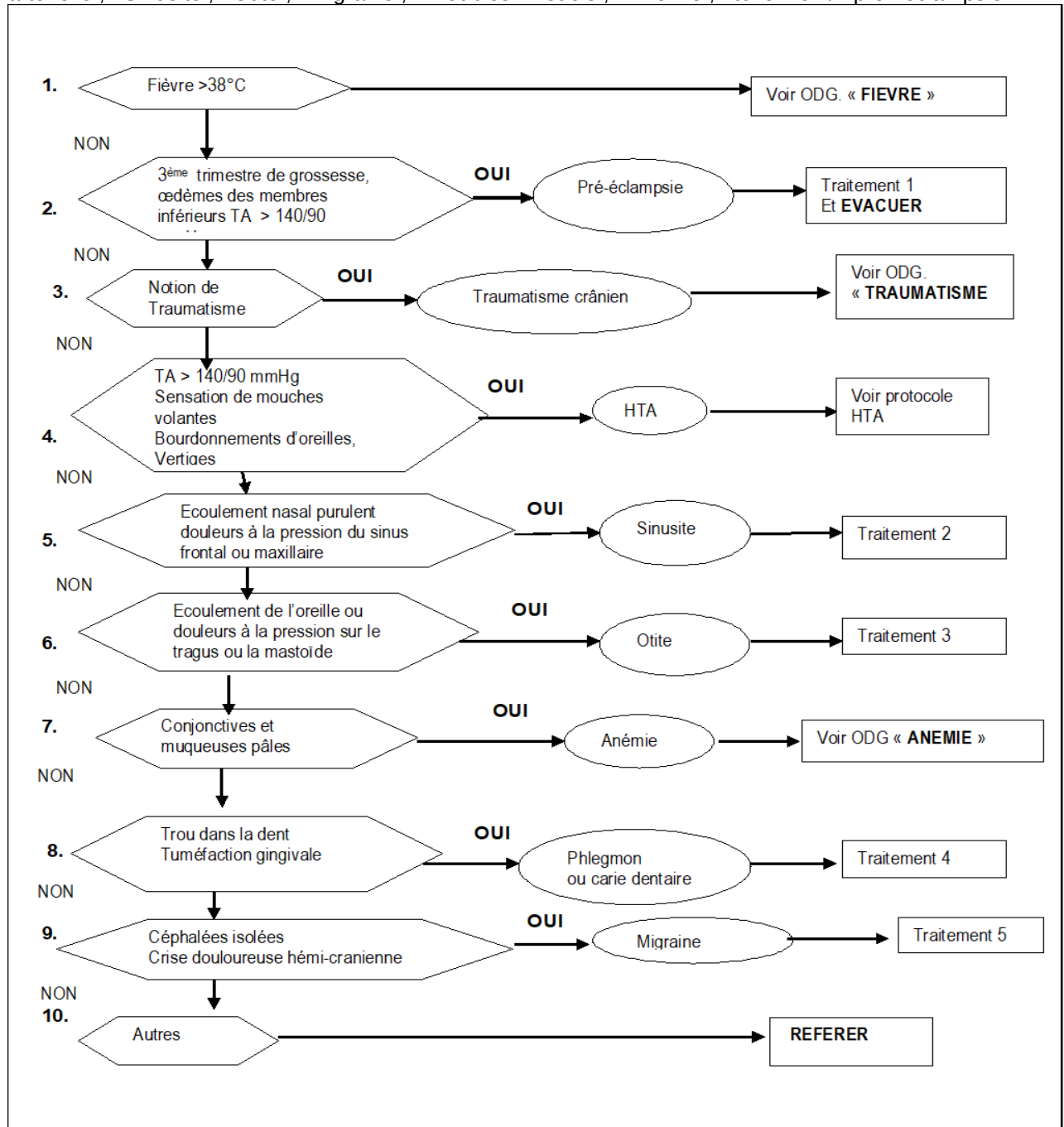
Traitement 1 Plaie du globe oculaire	Ne rien mettre dans l'œil. Pansement occlusif stérile <u>Antalgique voie orale</u> : Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j. Antibiotique Et EVACUER
Traitement 2 Contusion oculaire	Ne rien mettre dans l'œil Pansement occlusif stérile <u>Antibactérien voie orale</u> : Amoxicilline Enf: 250mg à 500mg x 3 fois /j/8 j. Ad : 1g x 3/j/8j <u>Antalgique voie orale</u> : Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. <u>OU AINS voie orale</u> : Ibuprofène : Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Ad : 50mg X 2 fois/j Si non amélioré au bout de 3 jours, ÉVACUER
Traitement 3 Hyphéma (hémorragie dans l'œil)	<u>Antalgique voie orale</u> : Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. Si non amélioré, REFERER
Traitement 4 Corps étranger dans l'œil	Lavage abondant au sérum physiologique et extraction du corps étranger <u>Antibactérien ophtalmique</u> : Tétracycline pommade 1% : 1 appl. x 2/j+ pansement protecteur si nécessaire Si échec d'extraction, EVACUER Si amélioré continuer pendant 7 jours, si non amélioré EVACUER
Traitement 5 Conjonctivite bactérienne	<u>Antibactérien ophtalmique</u> : Tétracycline 1% : 1 appl. x 2/j / 7 j Si amélioration continuer pendant 7 jours, Si non RÉFÉRER <u>Si nouveau né</u> : traiter pour gonococcie et chlamydie le bébé et ses parents: (1) Le bébé avec Kit CPNNE : Ceftriaxone IM 50mg / kg dose unique (dose totale ≤ 125 mg) ET Erythromycine 125 mg / 5kg x 4 fois/j / 7 j ou Céfixim orale Unique (ne pas dépasser 125 mg) Kit GCM pour les parents :Cefixim 400 mg comprimé + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise Ou Ceftriaxone 250 mg en intra musculaire en prise unique + Azithromycine 1g par voie orale en une seule prise Proposer le dépistage du VIH aux parents. Promouvoir l'utilisation du préservatif. Revoir le bébé au 3 ^{ème} jour pour le contrôle Si non amélioré REFERER. Si amélioré poursuivre le traitement.
Traitement 6 Conjonctivite allergique ou virale	Antibactérien ophtalmique Gentamycine collyre 2 gouttes X 3 fois/j /14j <u>Antiallergique voie orale</u> : Chlorphéniramine Enfant : 2mg x 2 fois/j / 7 j. Adulte 4mg x 2 fois/j/7j Eviction de l'allergène si possible
Traitement 7 Trachome	<u>Antibactérien ophtalmique</u> : Tétracycline 1% : application locale x 2 fois/j / 7 jours Conseils d'hygiène : propreté des mains Si amélioration continuer pendant 30 jours, si non RÉFÉRER
Traitement 8 Orgelet	Evacuation du pus si nécessaire <u>AINS voie orale</u> : Ibuprofène : Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Adulte : 50mg X 2 fois/j <u>Antibactérien ophtalmique</u> : Tétracycline 1% : 1 application x 2 /j / 7 j
Traitement 9 Avitaminose A	<u>Vitamine voie orale</u> : Vitamine A 1 Dose à J1 ; J2 ; J14 < 6mois : 50 000UI 6mois à 11mois : 100 000 UI 12mois à 5ans, Adulte : 200 000UI Conseiller aliments riches en Vitamine A : carotte, courges, papayes, mangues, tomate, huile de palme.

MAL A LA TETE

Définition : C'est une sensation douloureuse localisée à la tête.

Principales affections à rechercher :

Traumatisme crânien ; Méningite ; Fièvre typhoïde ; Paludisme ; dengue, Covid-19, Hypertension artérielle ; Sinusite ; Otite ; Migraine ; Troubles visuels ; Anémie ; toxémie / pré éclampsie.



MAL A LA TETE - TRAITEMENTS

Traitement 1 Pré-éclampsie	<u>Pré-éclampsie légère :</u> La TA minima est comprise entre 90 et 110mmHg à 04 heures d'écart et albuminurie ++ Mettre la gestante sous Diazépam 5mg comp le soir et repos et surveiller la TA : - Si améliorée, continuer le traitement, et surveillance rapprochée - Si non améliorée (TA instable ou en augmentation) : continuer le Diazépam ET REFERER <u>Pré-éclampsie sévère</u> TA minima >= 110mmHg et albuminurie >3+ avec ou sans œdèmes Mettre la gestante sous Diazépam 10mg inj. ET EVACUER
Traitement 2 Sinusite	<u>Antibactérien voie orale:</u> Erythromycine Enfant 250mg x 4/j/8j Adulte 500mg x 4/j/8j OU Amoxicilline Enfant : 250mg à 500mg x 3 fois /j/ 8 jours. Adulte : 1g x 3/j/ 8 jours <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Ad : 50mg X 2 fois/j <u>Antalgique voie orale:</u> Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j Référer si pas d'amélioration après 8 jours
Traitement 3 Otite	<u>Antibactérien voie orale:</u> Amoxicilline Enfant: 250mg à 500mg x 3 fois /j. Ad : 1g x 3/j / 8j Amoxicilline + acide clavulanique Enfant 50mg /Kg/J en 3 prise/jr pendant 8 jours. Adulte 1g/125 x 3/j / 8j <u>Antalgique voie orale:</u> Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j OU <u>AINS voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Diclofenac 50mg, Ad : 50mg X 2 fois/j Si écoulement de pus : Soins locaux : Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche au moins 3 fois par jour.
Traitement 4 Abcès dentaire ou carie dentaire	<u>Antibactérien voie orale :</u> Amoxicilline Enfant : 250mg à 500mg x 3 fois /j/ 14 j. Ad : 1g x 3/j/ 14 j OU Cotrimoxazole : Enfant : 480mg x 2 fois / 8j. Adulte : 960mg x 2 fois/j / 14 j Paracétamol: Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j ET REFERER
Traitement 5 Migraine	<u>Antalgique voie orale:</u> Paracétamol OU AAS : Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. OU <u>AINS voie orale :</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j / 3j OU Diclofénac 50mg, Ad : 50mg X 2 fois/j /3j Si non amélioré, REFERER

PARALYSIE DES MEMBRES

Définitions :

Paralyse : Perte de la fonction motrice de membres. La paralysie est dite flasque lorsqu'il y a hypotonie musculaire.

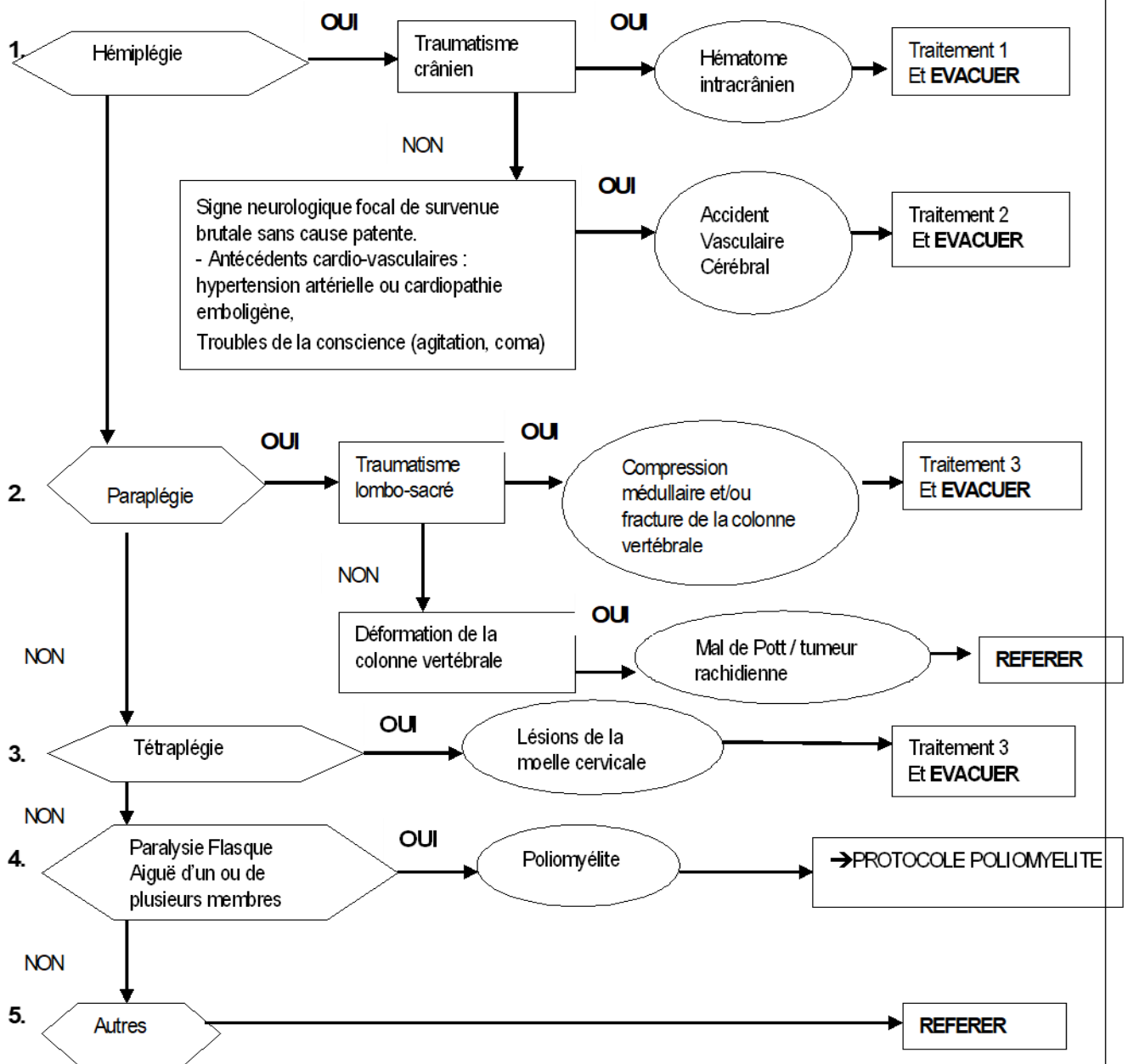
Hémiplégie : Paralysie d'une moitié droite ou gauche du corps

Paraplégie : Paralysie des deux membres inférieurs

Tétraplégie : Paralysie des quatre membres

Principales affections à rechercher :

Hématome intracrânien ; Accident vasculaire cérébral ; Compression médullaire et fracture de la colonne vertébrale ; Mal de Pott ; Tumeur rachidienne ; Lésions de la moelle épinière, poliomyélite.



PARALYSIE DE MEMBRES - TRAITEMENTS

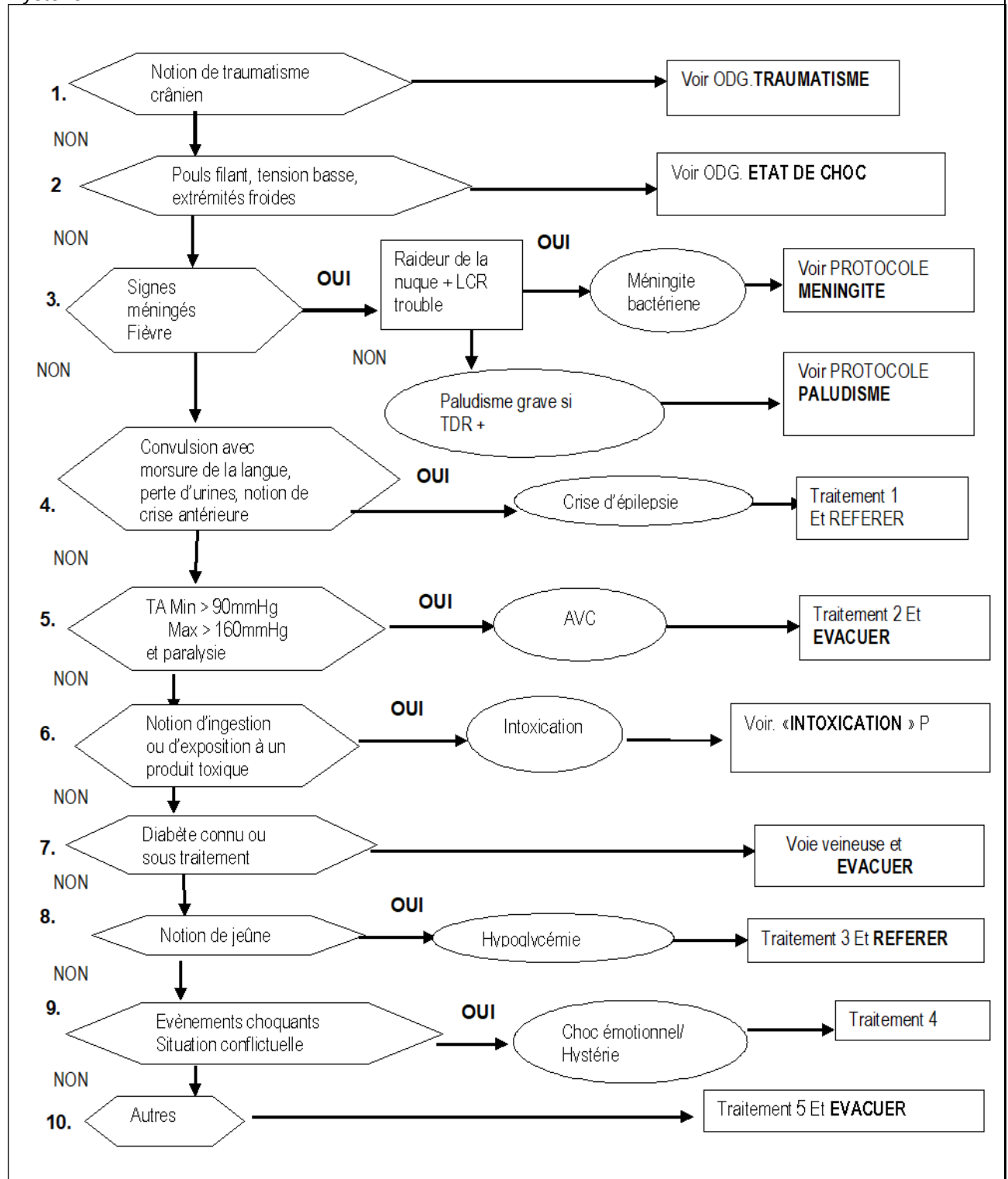
Traitement 1 Hématome intracrânien	Voie veineuse G18-20 avec Ringer lactate/SSI Sonde urinaire à demeure Position Latérale de Sécurité Et EVACUER
Traitement 2 Accident vasculaire cérébral	Voie veineuse veineuse G18-20 avec Ringer lactate Sonde urinaire à demeure Position latérale de sécurité si coma Et EVACUER
Traitement 3 Compression médullaire et/ou fracture de la colonne vertébrale	Voie veineuse veineuse avec Ringer lactate/SSI/SGI Sonde urinaire à demeure Eviter manipulations intempestives Immobiliser sur un plan dur Et EVACUER

PERTE DE CONNAISSANCE

Définition : C'est une suspension pathologique plus ou moins durable de l'état de conscience, ou rupture de contact pathologique entre la conscience et le monde extérieur, de durée variable.

Principales affections à rechercher :

Traumatisme crânien ; Éthylisme ; Intoxications ; États de choc ; Méningite ; Paludisme grave ; Épilepsie ; HTA ; Accident vasculaire cérébral ; Choc émotionnel ; Diabète ; Hypoglycémie ; Hystérie.



PERTE DE CONNAISSANCE - TRAITEMENTS

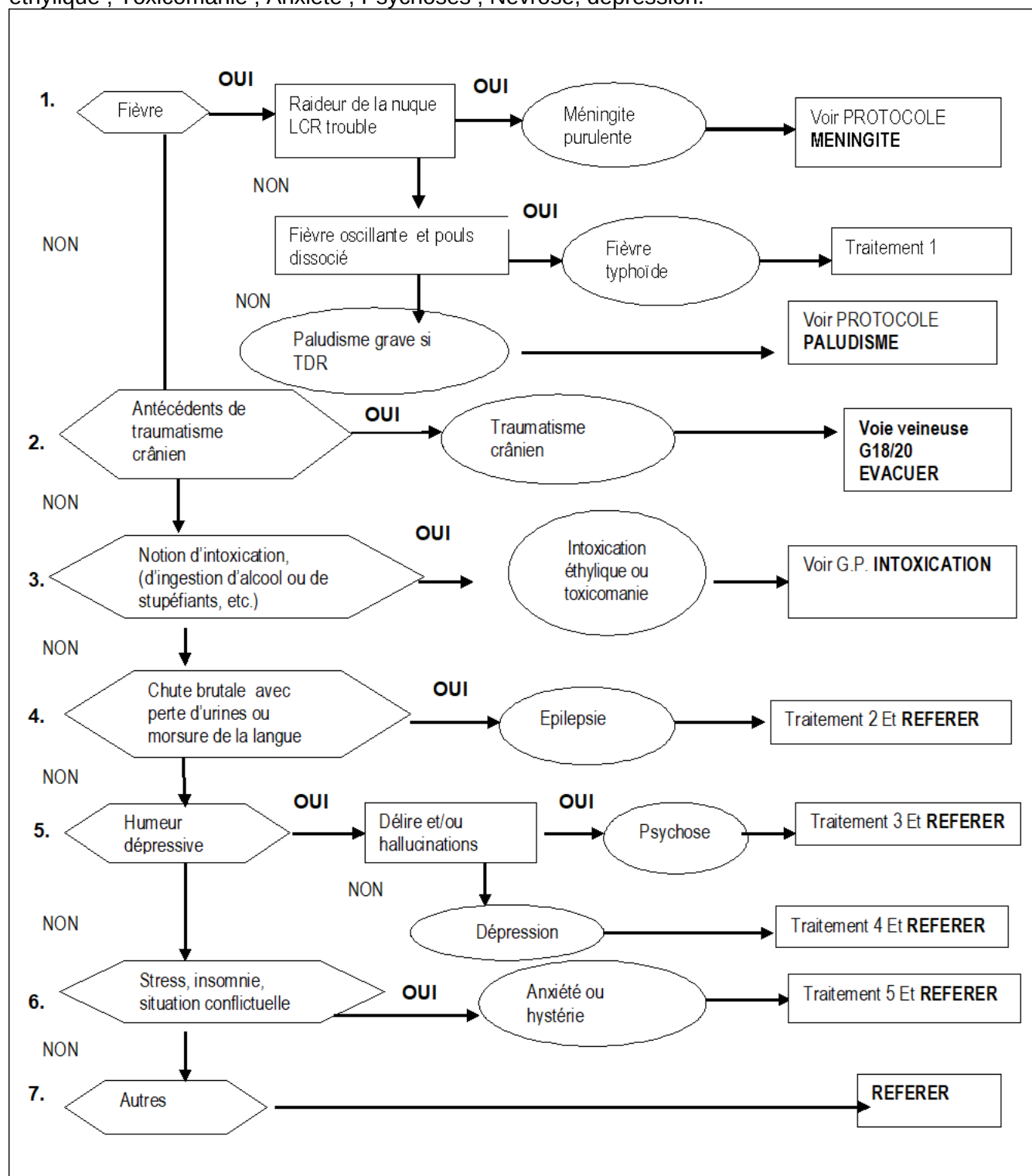
Traitement 1 Epilepsie	<u>En urgence, anticonvulsivant injectable :</u> Diazépam Adulte 10 à 20mg Enf: 0,5mg/kg ou 1mg par année d'âge répéter si nécessaire après 30 à 60 minutes. Et phénobarbital: 15 à 20 mg/kg iv.* jusqu'à une dose maximale de 1 g, à 100 mg/min *En l'absence d'une voie veineuse, administrer du phénobarbital en im (même dose qu'en iv) REFERER <u>En dehors de l'urgence, anticonvulsivant voie orale:</u> Phénobarbital Enfant : 4 à 8mg/kg/j Adulte 100mg/j le soir au coucher Adultes : démarrer à 60 mg par jour en 1 à 2 prises. Augmenter toutes les semaines de 2.5 à 5 mg (maximum 180 mg par jour). Enfants : démarrer de 2 à 3 mg/kg par jour en 2 prises distinctes. Augmenter toutes les semaines de 1 à 2 mg/kg par jour selon la tolérance (maximum 6 mg par jour
Traitement 2 Accident vasculaire cérébral (AVC)	EVACUER avec mesures de maintien des fonctions vitales 1. Position latérale de sécurité (PLS) si coma; 2. Liberté des voies aériennes ; 3. Oxygénation ; 4. Voie veineuse périphérique (VVP) avec Ringer lactate ou SSI 5. Sonde urinaire à demeure 6. Sédation si agitation importante : Diazépam injectable : 10mg à renouveler en cas de besoin 7. Maintenir une tension artérielle stable 8. Recherche étiologique ; antécédents facteurs de risque vasculaire : HTA, diabète, tabac si HTA maligne cf. maintenir une TA stable à plus ou moins 20% des valeurs habituelles. Ce qu'il ne faut pas faire : - anticoagulant avant diagnostic (ischémique ou hémorragique) ; - anticoagulant dans les AVC ischémiques massifs. Conduite ultérieure : - nursing et alimentation ; - traiter les facteurs de risque ; - rééducation.
Traitement 3 Hypoglycémie	Sucre alimentaire : faire sucer deux carreaux de sucre Si non amélioré au bout de 30 minutes : voie veineuse G18-20 avec sérum glucosé hypertonique 10 % ET EVACUER
Traitement 4 Choc émotionnel / Hystérie	<u>Anxiolytique voie orale :</u> Diazépam Adulte 5mg le soir/j/5 j Soutien psycho thérapeutique,
Traitement 5 Autres pertes de connaissance	Voie veineuse G18-20 avec du Ringer lactate Sonde urinaire à demeure Position Latérale de Sécurité si coma ET EVACUER

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Définition : entourage (agitation, agressivité, langage incohérent, mutisme)

Principales affections à rechercher :

Paludisme grave ; Fièvre typhoïde ; Méningite ; Traumatisme crânien ; Intoxication éthylique ; Toxicomanie ; Anxiété ; Psychoses ; Névrose, dépression.



TROUBLES DU COMPORTEMENT- TRAITEMENT

Traitement 1 Fièvre typhoïde	<u>Antibactérien voie orale/14 j:</u> Ciprofloxacine Enfant: 250mg x 2 fois/j Adulte 500mg x 2 fois/j 14j OU Cotrimoxazole : Enfant : 240 à 480mg x 2 fois / 14j. Adulte : 960mg x 2 fois/j /14 j OU Amoxicilline + Acide clavulanique Enfant 80mg/kg/j en 2 prises /8j Adulte 1g X 3 fois/j/8j <u>Antipyrétique voie orale :</u> Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. Conseils : mesures d'hygiène alimentaire, lavage des mains au savon avant et après les repas et après les selles. Consommer des repas chauds, éviter les aliments lourds et gras,
Traitement 2 Epilepsie	<u>En urgence, anticonvulsivant inj:</u> Diazépam Adulte 10 à 20mg Enfant: 0,5mg/kg ou 1mg par année d'âge répéter si nécessaire après 30 à 60 minutes si nécessaire. Et REFERER <u>En dehors de l'urgence, anticonvulsivant voie orale:</u> Phénobarbital Enfant : 4 à 8mg/kg/j Adulte 100mg/j le soir au coucher
Traitement 3 Psychose	<u>En urgence, anticonvulsivant inj:</u> Diazépam Adulte 10 à 20mg Enfant: 0,5mg/kg ou 1mg par année d'âge répéter si nécessaire après 30 à 60 minutes si nécessaire. <u>Chlorpromazine comp 100mg,</u> Adulte 75 mg à 300 mg/j Démarrer à 25 à 50 mg par jour Augmenter à 75 à 300 mg par jour (jusqu'à 1000 mg peuvent être nécessaires dans les cas graves). Administration : p.o Et REFERER
Traitement 4 Dépression	Amitriptyline Démarrer par 25 mg au coucher. Augmenter de 25-50 mg par semaine jusqu'à 100-150 mg par jour (maximum 300 mg). Personnes âgées/malades : démarrer par 25 mg au coucher jusqu'à 50-75 mg par jour (maximum 100 mg). Ou FLUOXETINE (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine – (ISRS)) Démarrer par 10 mg par jour pendant une semaine puis 20 mg par jour. En l'absence de réponse après 6 semaines, augmenter à 40 mg (maximum 80 mg). Personnes âgées/malades : choix de préférence. Démarrer par 10 mg par jour, puis augmenter à 20 mg (maximum 40 mg). Adolescents Démarrer par 10 mg par jour. En l'absence de réponse après 6 semaines, augmenter à 20 mg par jour (maximum 40 mg).
Traitement 5 Névrose / Anxiété	<u>Anxiolytique voie orale.</u> Diazépam Adulte 5mg le soir /j/ 5j Soutien psycho thérapeutique Si pas d'amélioration, REFERER

VERTIGES

Définition : Impression de rotation ou d'oscillation du corps ou du monde environnant avec tendance à la perte de l'équilibre.

Principales affections à rechercher :

Traumatisme crânien ; Intoxication ; choc ; Paludisme ; Anémie ; Parasitoses intestinales ; HTA ; hypotension artérielle ; surmenage ; otite interne chronique.

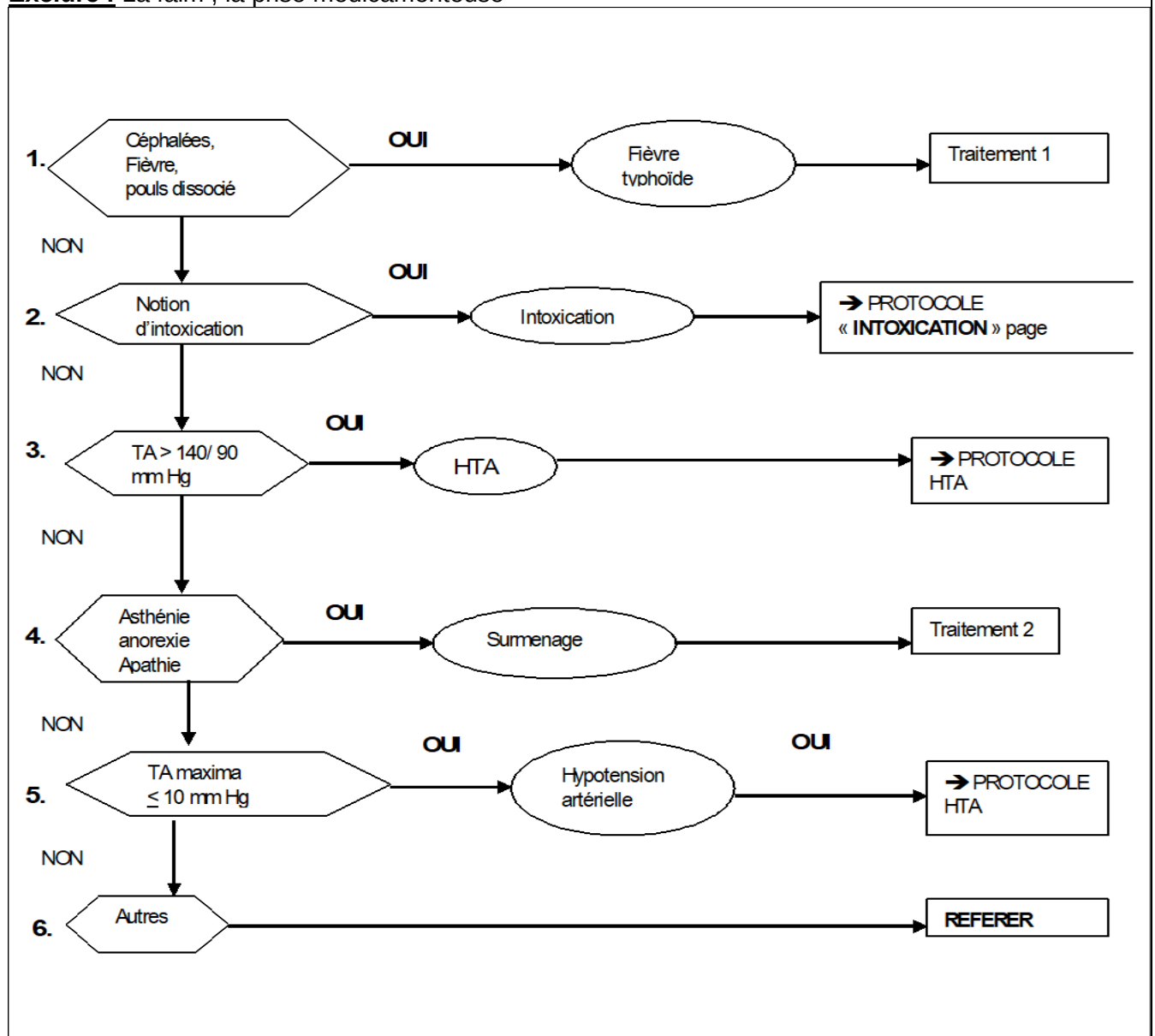
Rechercher signes associés et voir ordinogrammes correspondants :

Notion de traumatisme crânien → ODG « TRAUMATISME » page

Pâleur des muqueuses → ODG « ANEMIE » page

Emission de selles liquides très fréquentes → ODG « **DIARRHEE** » page

Exclure : La faim ; la prise médicamenteuse



VERTIGES - TRAITEMENTS

Traitement 1 Fièvre typhoïde OUI	<u>Antibactérien voie orale:</u> Ciprofloxacine Enfant : 250mg x 2 fois/j Adulte 500mg x 2 fois/j /14j OU Cotrimoxazole : Enfant : 480mg x 2 fois / 14j. Adulte : 960mg x 2 fois/j /14 j OU Amoxicilline + Acide clavulanique Enfant 80mg/kg/j en 2 prises /8j Adulte 1g X 3 fois/j/8j <u>Antipyrétique voie orale</u> : Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. Conseils : mesures d'hygiène alimentaire, lavage des mains au savon avant et après les repas et après les selles. Consommer repas chauds, éviter les aliments lourds et gras,
Traitement 2 Surmenage	Repos, activités physiques modérées, rassurer, Alimentation équilibrée, Si non amélioré au bout de 3 jours, REFERER

SECTION V. SYMPTOMES GENERAUX ET DIVERS

ABCES

Définitions :

Abcès : Collection purulente localisée dans une cavité néoformée, provoquant une tuméfaction fluctuante entourée d'érythème.

Panaris : infection de toute partie constitutive du doigt

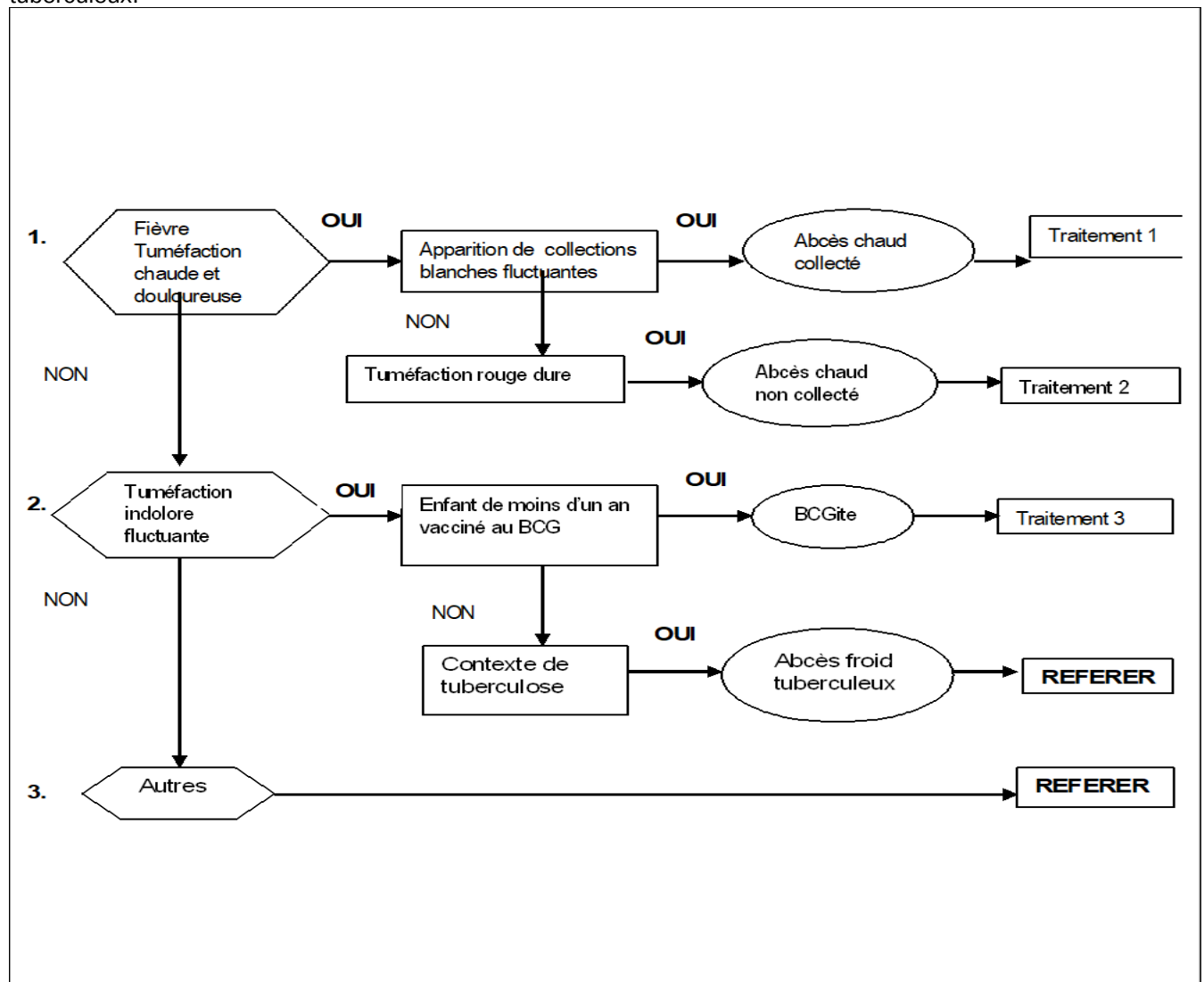
Furoncle : infection cutanée centrée sur un poil

Anthrax : plusieurs furoncles contigus

Furonculose : plusieurs furoncles non contigus

Principales affections à rechercher :

Abcès chaud non collecté ; Abcès chaud collecté ; Panaris ; Furoncle ; Anthrax ; BCGite ; Abcès froid tuberculeux.



ABCES- TRAITEMENTS

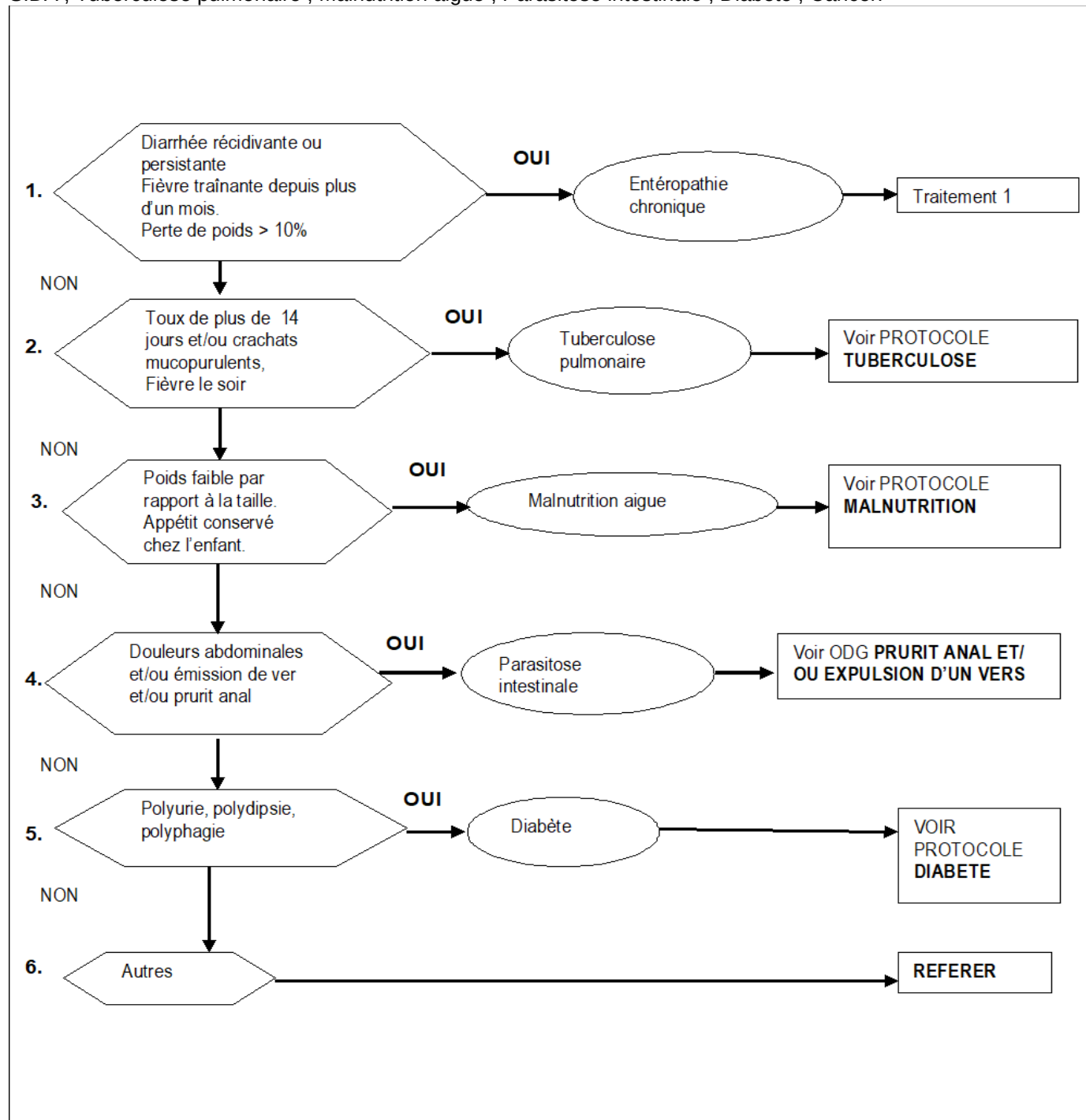
Traitement 1 Abscess chaud collecté	Soins locaux (Incision, drainage si nécessaire, Pansement) <u>Antibactérien voie orale/8j:</u> Cloxacilline Enfant 250mg x 4 fois/j / 8j. Adulte 500mg x 4 fois/j/8j OU Erythromycine Enfant 250mgx 4 fois /j/8j: Adulte 500mg x 4 fois/j/8j ➤ Siège difficilement accessible (yeux, bouche, anus) <u>Antalgique voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j/3j après les repas. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j. Et RÉFÉRER
Traitement 2 Abscess chaud non collecté	➤ Siège facilement accessible : <u>Antibactérien voie orale/8j:</u> Cloxacilline Enfant 250mg x 4 fois/j / 8j Adulte 500mg x 4 fois/j/8j OU Erythromycine 250mgx 4 fois /j: Adulte 500mg x 4 fois/j/8j <u>Antalgique voie orale :</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j. OU Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. ➤ Siège difficilement accessible (la bouche, l'oreille, l'anus) <u>Antalgique voie orale:</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j OU Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j /3 j. Et RÉFÉRER
Traitement 3 BCGite	➤ Si abcès fistulisé, soins locaux ➤ Si abcès surinfecté : Amoxicilline . : 125mg/5kg x 3 fois /j/ 8 j. ➤ Si abcès non fistulisé, rassurer la mère

AMAIGRISSEMENT

Définition : Perte de poids

Principales affections à rechercher :

SIDA ; Tuberculose pulmonaire ; Malnutrition aigue ; Parasitose intestinale ; Diabète ; Cancer.



AMAIGRISSEMENT- TRAITEMENTS

Traitement 1 Entéropathie chronique	Réhydrater selon la gravité (plan A, B ou C) <u>Antibactériens voie orale:</u> Amoxicilline : Enfant : 100mg/kg/j pendt 8j. Adulte : 1000mgx 2 fois/j / 8 j. ETMétronidazole : Enfant : 250 mg à 500mg x 3 fois/j. Adulte 500mg à 1g x 3/j / 7 j Conseils pour les soins locaux à la zone rectale, Régime alimentaire pour les patients atteints de diarrhée persistante (voir. PROTOCOLE DIARRHEE PERSISTANTE) Contrôle à J7: Si amélioré, compléter le traitement à 14 jours. Si non amélioré : <u>Antihelminthique voie orale</u> : Mé bendazole 100mg x 2/j / 3 j OU Albendazole 400mg dose unique Contrôle à J14: Si amélioré : effectuer un suivi régulier Si non amélioré, REFERER.
--	--

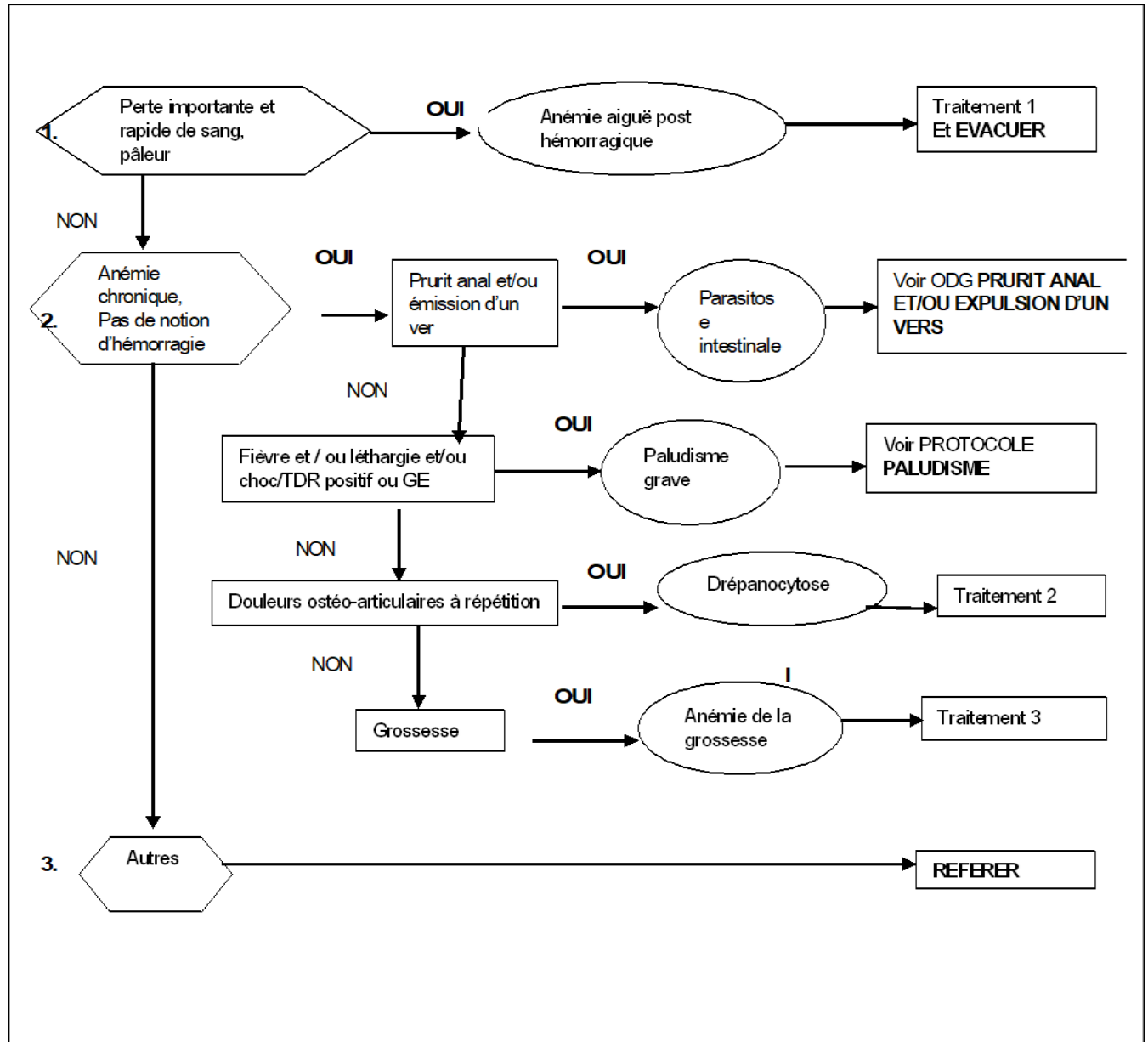
ANEMIE

Définition :

C'est la pâleur des muqueuses et des téguments remarquable surtout au niveau des conjonctives, de la paume des mains et la plante des pieds.

Principales affections à rechercher :

Anémie post hémorragique ; Parasitose intestinale ; Paludisme grave ; Drépanocytose ; Anémie de la grossesse.



ANEMIE - TRAITEMENTS

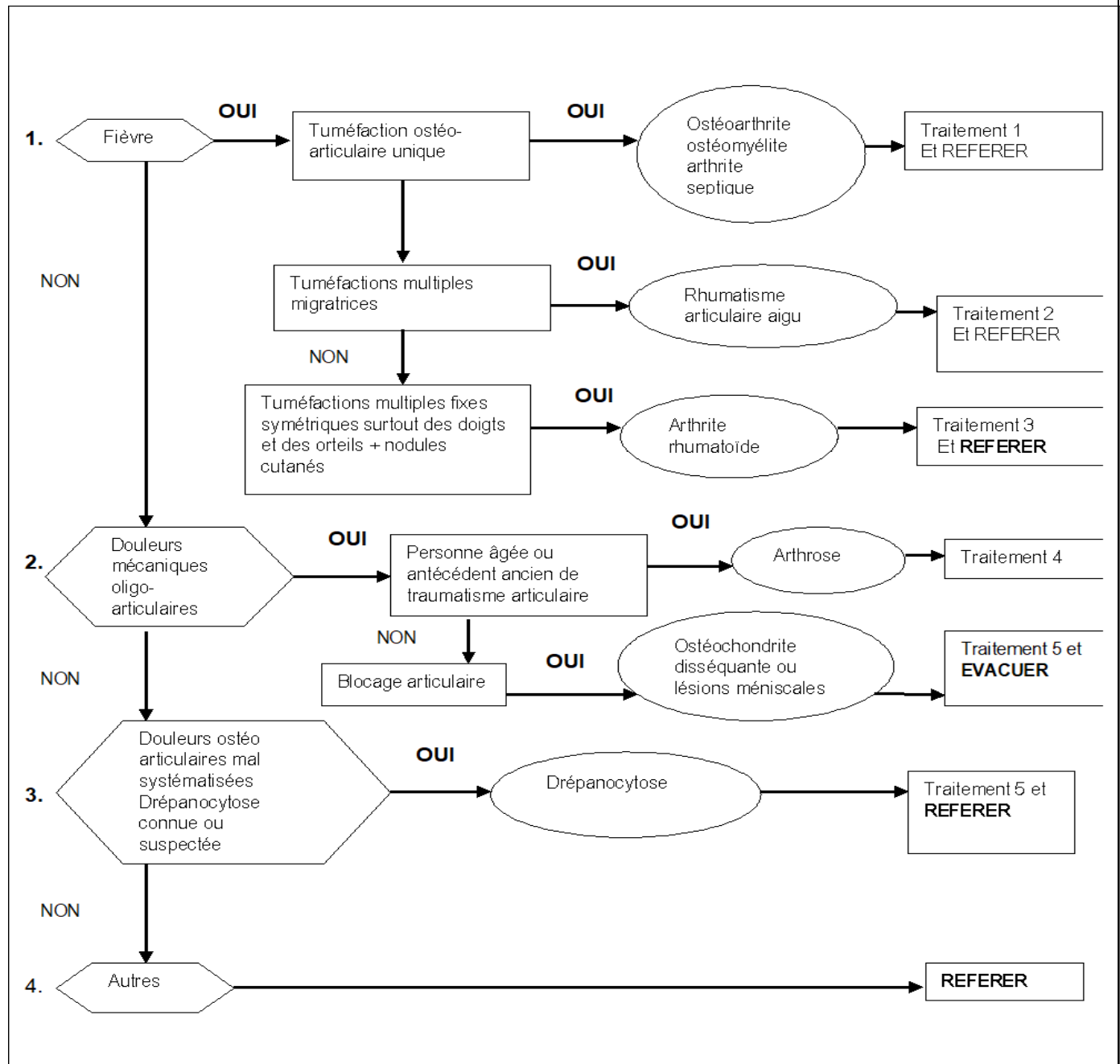
Traitement 1 Anémie aiguë post hémorragique	Pansement compressif si nécessaire Voie veineuse avec Soluté isotonique Et EVACUER
Traitement 2 Drépanocytose	<u>Hydratation</u> : par voie orale ou intraveineuse à raison de 2,5 à 3litres par mètre carré de surface corporelle ; <u>Antalgique inj</u> : utilisés de façon graduelle en fonction de l'intensité de la douleur ; allant du paracétamol à la dose de 15 mg/kg toutes les 6 heures aux AINS Ad : 0 ,5 à 1 g par injection, sans dépasser 3 g/j. Et REFERER <u>Traitement des complications aiguës si possible et référer</u> : - Le priapisme aigu : drainage du corps caverneux si possible et référer - Les infections : antibiothérapie rigoureuse à larges spectres et référer - Anémie : acide folique comprimé et référer
Traitement 3 Anémie de la grossesse	<u>Antianémique voie orale</u> : Fer sulfate + acide folique 2 comp /j/30j <u>Anthelminthique voie orale</u> : Albendazole 400mg dose unique si après le 1 ^{er} trimestre de grossesse (ne pas donner du Mé bendazole aux femmes enceintes) Conseils nutritionnels (Voir PROTOCOLE MALNUTRITION) Si améliorée ; continuer Fer sulfate + acide folique pendant 2 mois. Et assurer la prévention antipalustre avec la sulfadoxine/pyriméthamine Si non améliorée, REFERER

DOULEURS OSTEO ARTICULAIRES

Définition : Douleurs aiguës ou chroniques ressenties dans les os et/ou dans les articulations sans notion de traumatisme.

Principales affections à rechercher :

Ostéoarthrite ; Ostéomyélite ; Arthrite septique ; Rhumatisme articulaire aigu ; Arthrite rhumatoïde ; Arthrose ; Ostéochondrite disséquante ; Lésions méniscales ; Drépanocytose.



DOULEURS OSTEO-ARTICULAIRES TRAITEMENTS

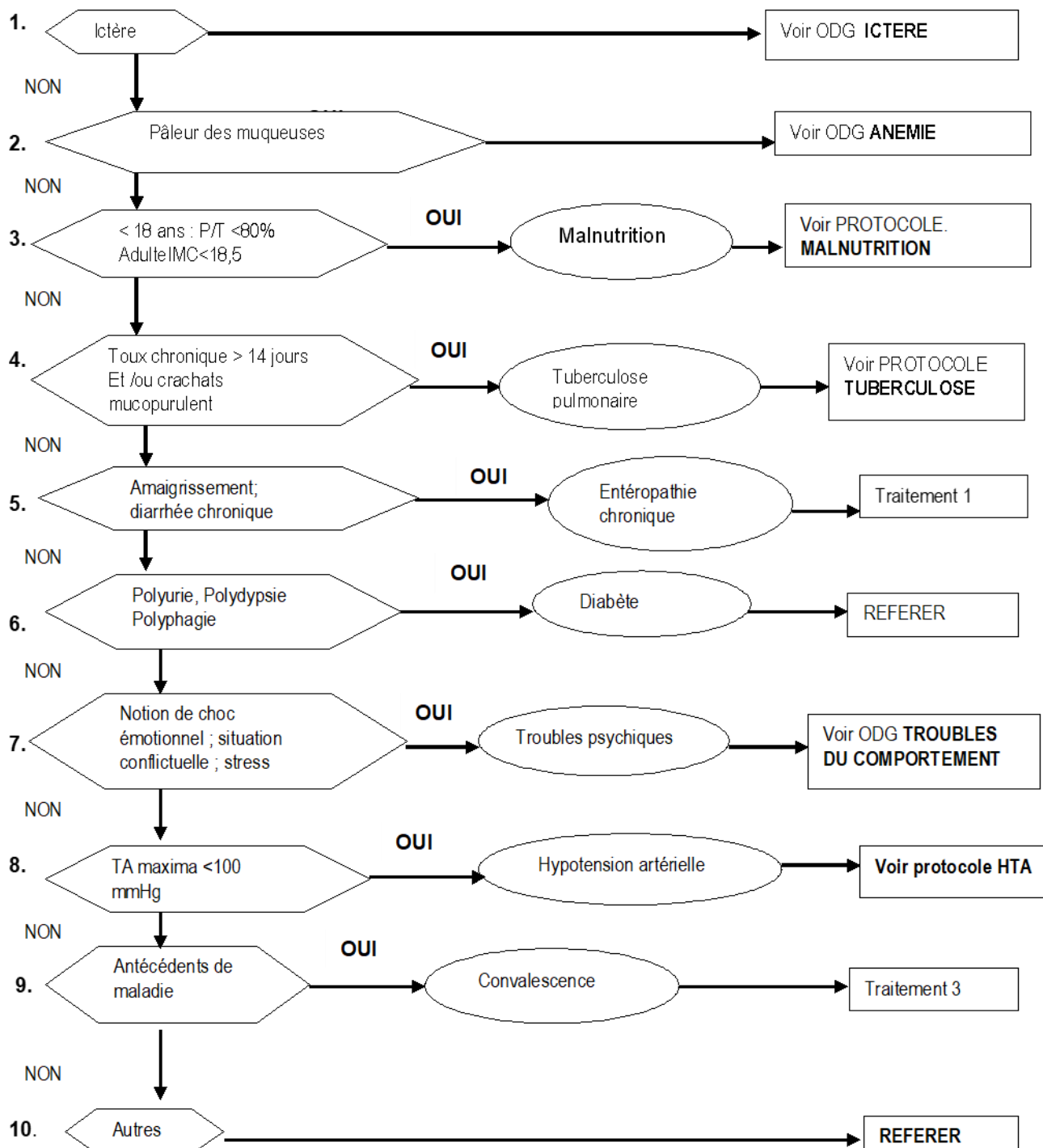
Traitement 1 Ostéoarthrite Ostéomyélite Arthrite septique	Immobilisation par une attelle <u>Antibactérien inj et voie orale :</u> Gentamicine IM 3mg/kg une dose ET Cloxacilline Enfant 125mg/kg. Adulte 500mg une dose Et REFERER
Traitement2 Rhumatisme articulaire aigu	Si anomalies à l'auscultation cardiaque EVACUER Si pas d'anomalies à l'auscultation cardiaque : Repos total <u>Antibactérien inj:</u> Benzathine benzyl pénicilline 2,4MUI <u>AINS voie orale :</u> AAS 500mg : 1gx3 (enfant à compléter)et REFERER
Traitement 3 Arthrite rhumatoïde	<u>AINS voie orale :</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j/ 5 j. Et REFERER
Traitement 4 Arthrose	<u>AINS voie orale :</u> Ibuprofène: Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j/ 5 j. OU Diclofénac Adulte 50 à 75mg x 2 à 3 fois/j. Conseiller de mouvoir l'articulation concernée, même au repos Continuer exercices physiques selon tolérance Si localisation au rachis, mesures d'épargne dorso-lombaire
Traitement 5 Drépanocytose	Voie veineuse avec ringer lactate <u>Antalgique inj :</u> ASL et inj OU paracétamol inj 15mg/kg/jr. Ad : 1 g par injection, toutes les 6heures sans dépasser 3 g/j.et référer

FATIGUE / ASTHENIE

Définition : État de faiblesse généralisée de l'organisme accompagné d'un désir de repos.

Principales affections à rechercher

Paludisme ; Hépatite virale ; Anémie ; Malnutrition ; Tuberculose ; Entéropathie chronique ; Troubles psychiques ; Diabète ; Hypotension ; Hypertension artérielle, Convalescence.



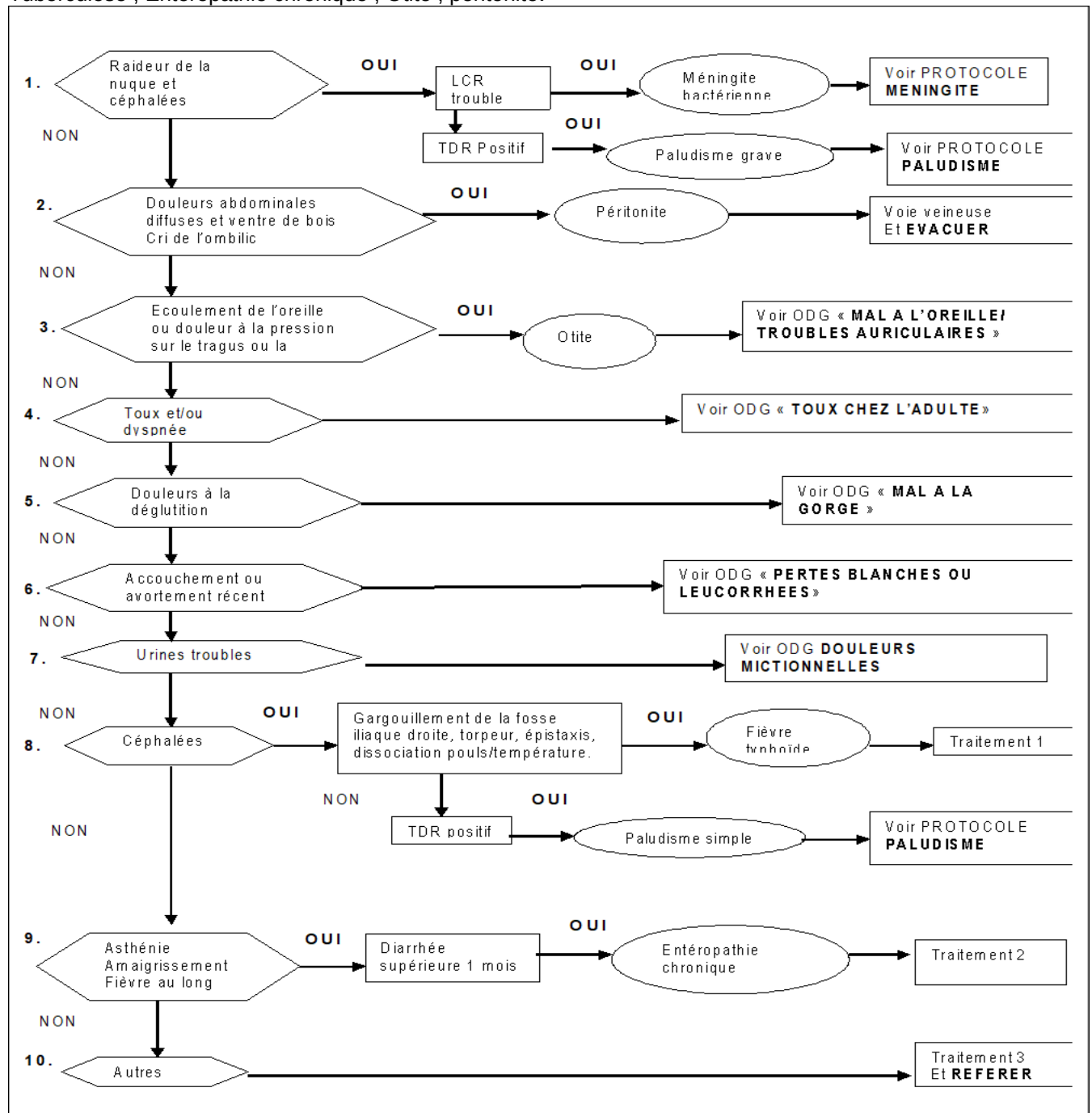
FATIGUE / ASTHENIE - TRAITEMENTS

Traitement 1 Entéropathie chronique	Réhydrater selon la gravité (plan A, B ou C) Antibactériens voie orale / 7 j : Cotrimoxazole Enfant 240mg à 480mg x 2 fois / j. Adulte 960mg x 2 fois/j. ET Métronidazole : Enfant : 250 mg à 500mg x 3 fois/j. Adulte 1g x 3 Conseils pour les soins locaux à la zone rectale, Régime alimentaire pour les patients atteints de diarrhée persistante (cf. PROTOCOLE DIARRHEE PERSISTANTE) Contrôle à J7 : Si amélioration, compléter le traitement à 14 jours. Si non amélioré : Antihelminthique oral : Mé bendazole 100mg x 2 fois/j / 3 j OU Albendazole 400mg dose unique Contrôle à J14 : Amélioration : effectuer un suivi régulier Si non amélioré, REFERER .
Traitement 2 Hypotension artérielle	Algorithme HTA Réhydrater au besoin avec ringer lactate et évacuer (confère groupe)
Traitement 3 Convalescence	Rassurer Vitamine voie orale : Vitamine C Enfant 125mg matin et midi Adulte 500mg à 1g matin et midi /j/ 5 j Si non amélioré au bout de 5 jours, REFERER

FIEVRE

Définition : Elévation de la température du corps au-dessus de 38° C au repos. Il est nécessaire de l'objectiver par la mesure au thermomètre prise axillaire (Pour avoir la température centrale, corriger en ajoutant 0,5°C à température axillaire).

Principales affections à rechercher : Paludisme grave ; Méningite ; Broncho-pneumonie ; Angine ; Grippe ; Covid-19 ; Endométrite ; Salpingite ; Infection urinaire ; Paludisme simple ; Fièvre typhoïde ; Tuberculose ; Entéropathie chronique ; Otite ; péritonite.



FIEVRE- TRAITEMENTS

Traitement symptomatique de la fièvre avec un antipyrétique :

Si la voie orale est possible :

Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j

Si la voie orale n'est pas possible :

ASL : 15mg/kg toutes les 6 heures. NB : Eviter l'utilisation des AINS en cas de dengue

OU **Paracétamol inj** 15mg/kg toutes les 6 heures. Ad : 0,5 à 1 g par injection, sans dépasser 3g g/j.

Et moyens physiques (enveloppements tièdes, boissons fraîches). Jusqu'à disparition de la fièvre

Ensuite donner les autres traitements nécessaires

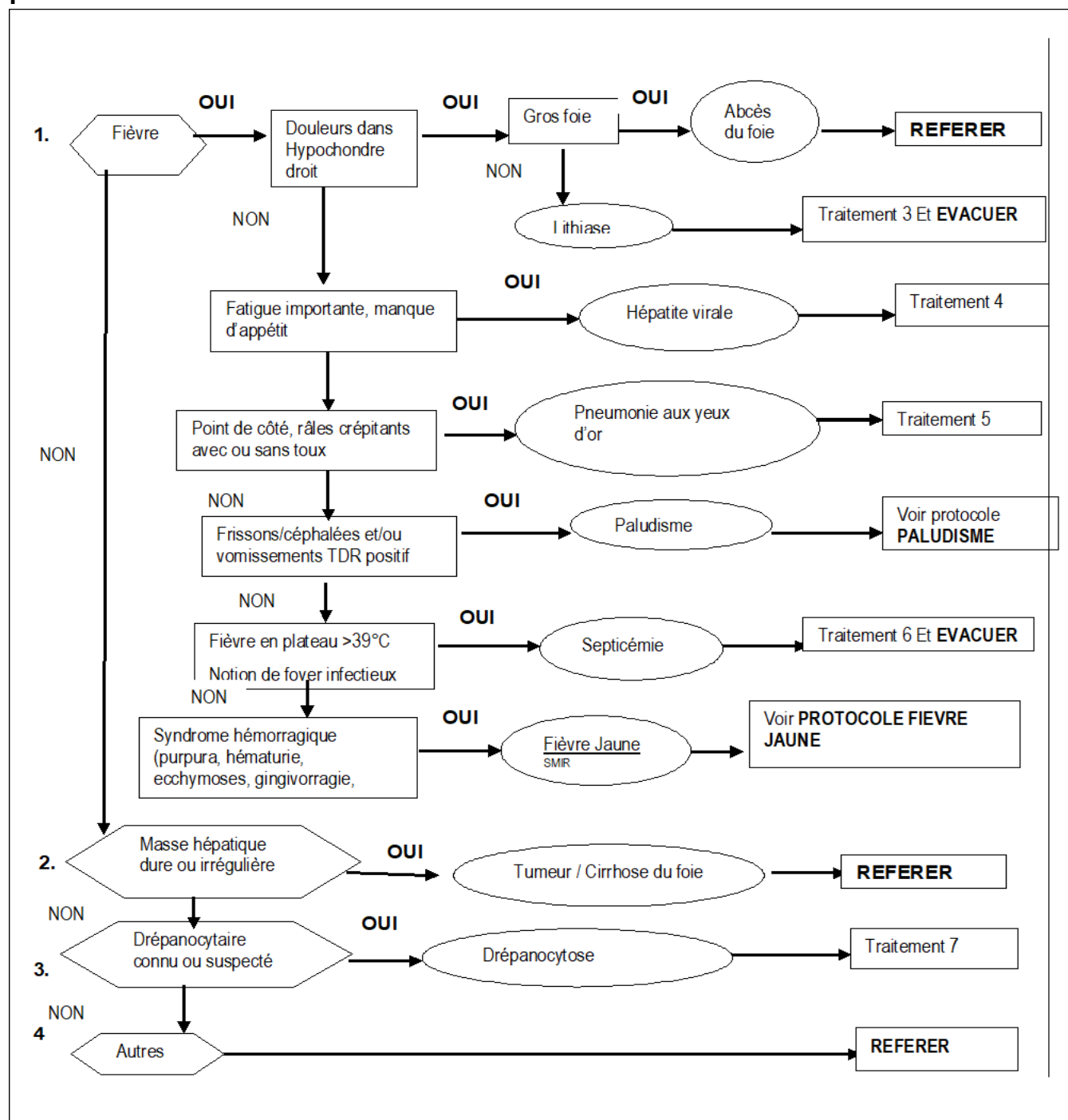
Traitement 1 Fièvre typhoïde	<u>Antibactérien voie orale/ :</u> Ciprofloxacine Enfant : 250mg x 2 fois/j Adulte 500mg x 2 fois/j pendant <u>14 j</u>
Traitement 2 Entéropathie chronique	Réhydrater selon la gravité (plan A, B ou C) <u>Antibactériens voie orale / 7 j :</u> Amoxicilline : Enfant : 100mg/kg/j pendt 8j. Adulte : 1000mgx 2 fois/j / 8 j. ET Métronidazole : Enfant : 250 mg à 500mg x 3 fois/j.7j Adulte 500mgx3j /7j Conseils pour les soins locaux à la zone rectale, Régime alimentaire pour les patients atteints de diarrhée persistante (cf. PROTOCOLE DIARRHEE PERSISTANTE) Contrôle à J7 : Si amélioration, compléter le traitement à 14 jours. Si non amélioré : <u>Anthelminthique oral :</u> Mé bendazole 100mg x 2 fois/j / 3 j OU Albendazole 400mg dose unique Contrôle à J14 : Amélioration : effectuer un suivi régulier Si non amélioré, REFERER .
Traitement 3 Autres cas de fièvre	Enveloppement froid ou paracétamol inj 15mg /kg voie veineuse avec ringer lactate et REFERER

ICTÈRE

Définition : C'est la coloration jaune des téguments et des muqueuses.

Principales affections à rechercher :

Abcès du foie ; Lithiase vésiculaire ; Hépatite virale ; Pneumopathie aux yeux d'or ; Paludisme grave ; Septicémie ; Fièvre jaune ; Tumeurs du foie ; Cirrhose du foie ; Drépanocytose.



ICTERE - TRAITEMENTS

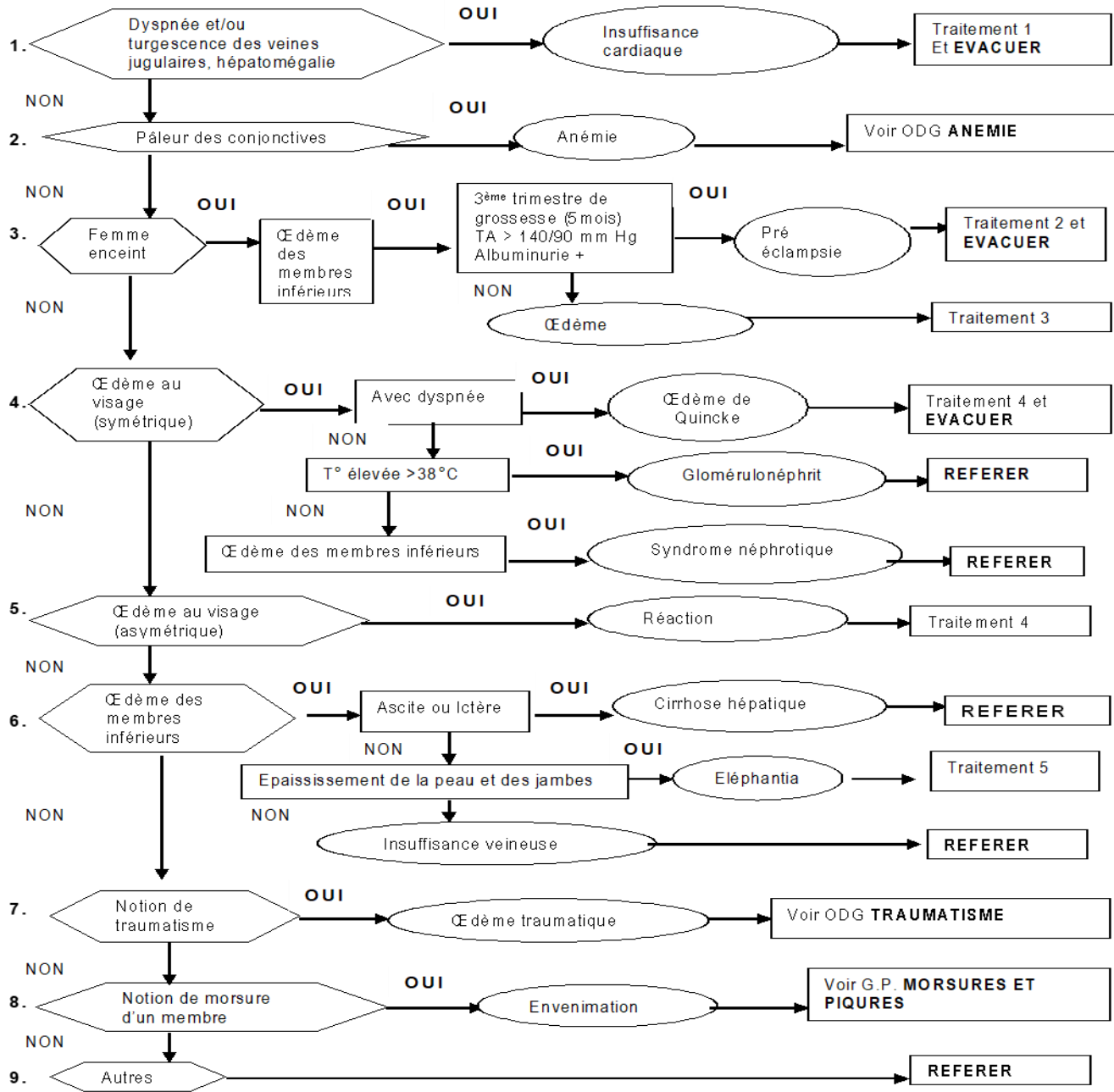
Traitement 3 Lithiase vésiculaire	<u>Antibactérien inj. :</u> Ampicilline IM 100mg/kg Ad : 1g <u>Antipyrétique inj. :</u> paracétamol inj OU ASL : 15mg/kg. Ad : 0 ,5 à 1 g par injection, une dose. Voie veineuse avec un soluté isotonique. Et EVACUER
Traitement 4 Hépatite virale	Repos Régime enrichi en protéines Eviter l'alcool et aliments gras Si non amélioré au bout de 7 jours, REFERER
Traitement 5 Pneumonie aux yeux d'or	<u>Antibactérien voie orale :</u> Erythromycine Enfant 125 mg/5kg x 4fois/j/8j Adulte 500mg x 4 fois/j/ 8j OU Amoxicilline Enf: 125mg/5kg x 3 fois /j/ 8 j. Ad : 1g x 3/j/ 8 j <u>Antalgique voie orale :</u> Ibuprofène: Enfant : 200 mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg mg x 3 à 4 fois/j/3 j au cours des repas
Traitement 6 Septicémie	Voie veineuse avec un soluté isotonique <u>Antibactérien inj. :</u> Ampicilline IM 100mg/kg ne pas dépasser 6g/j chez l'Adulte ET Gentamicine IM 3mg/kg toutes les 12 heures. <u>Antipyrétique inj.</u> Paracétamol OU ASL : 15mg/kg toutes les 6heures. Ad : 0 ,5 à 1 g par injection, sans dépasser 3 g/j. et évacuer
Traitement 7 Drépanocytose	<u>Antalgique voie orale :</u> AAS : 10mg/kg/j toutes les 8 heures. Ad 500mg à 1g x 3/j/3 j Boire beaucoup d'eau, sinon REFERER

ŒDEMES

Définition : Gonflement tissulaire localisé ou généralisé par infiltration liquidienne.

Principales affections à rechercher

Insuffisance cardiaque décompensée ; Toxémie gravidique ; Œdème mécanique ; Œdème de Quincke ; Glomérulonéphrite ; Syndrome néphrotique ; Anémie ; Réaction allergique ; Cirrhose hépatique ; Eléphantiasis ; Insuffisance veineuse ; Œdème traumatique ; Envenimation ; Lymphangite.



ŒDEMES- TRAITEMENTS

Traitement 1 Insuffisance cardiaque décompensée	<u>Diurétique inj.</u> : Furosémide : 20 à 40mg/inj. une dose en IVL et EVACUER
Traitement 2 Pré éclampsie	1. La TA est comprise entre 130/80 et 140/90mmHg Mettre la gestante sous Diazépam 5mg le soir et repos et surveiller la TA : - Si améliorée, continuer le traitement, et surveillance rapprochée - Si non améliorée (TA instable ou en augmentation) : continuer le Diazépam et REFERER 2. TA > 140/90mmHg avec œdèmes et protéinurie Mettre la gestante sous Diazépam et EVACUER
Traitement 3 Œdème mécanique	Repos et conseils : - Eviter la station assise ou debout prolongée - Surélever les jambes la nuit par un coussin - Pratiquer une activité physique modérée régulièrement (marche)
Traitement 4 Œdème de Quincke / Réaction allergique	<u>Voie veineuse</u> avec un soluté isotonique <u>Antiallergique inj.</u> Hydrocortisone 200 mg en IVD - EVACUER si Œdème de Quincke ; - si Réaction allergique simple, observer et si pas d'amélioration au bout de 2heures, EVACUER.
Traitement 5 Filariose lymphatique	L'élimination de la filariose fymphatique repose sur la lutte contre la transmission du parasite et sur la prévention ou l'amélioration des effets de la maladie. <u>Microfilaricides</u> : Ivermectine (150 mg/kg), en dose unique une fois par an. associée à une dose unique ET Albendazole (400 mg) en dose unique. La promotion des matériaux imprégnés d'insecticide dans la lutte contre le paludisme a un impact important sur les vecteurs

PLAIES

Définitions :

Plaie : C'est toute solution de continuité du revêtement cutané ou muqueux avec ou sans atteinte des parties molles sous-jacentes. Elle peut être profonde ou superficielle.

Plaie profonde : Plaie de plus d'un centimètre de profondeur pouvant entraîner des lésions musculaires, nerveuses, vasculaires et nécessitant une exploration pour s'en assurer.

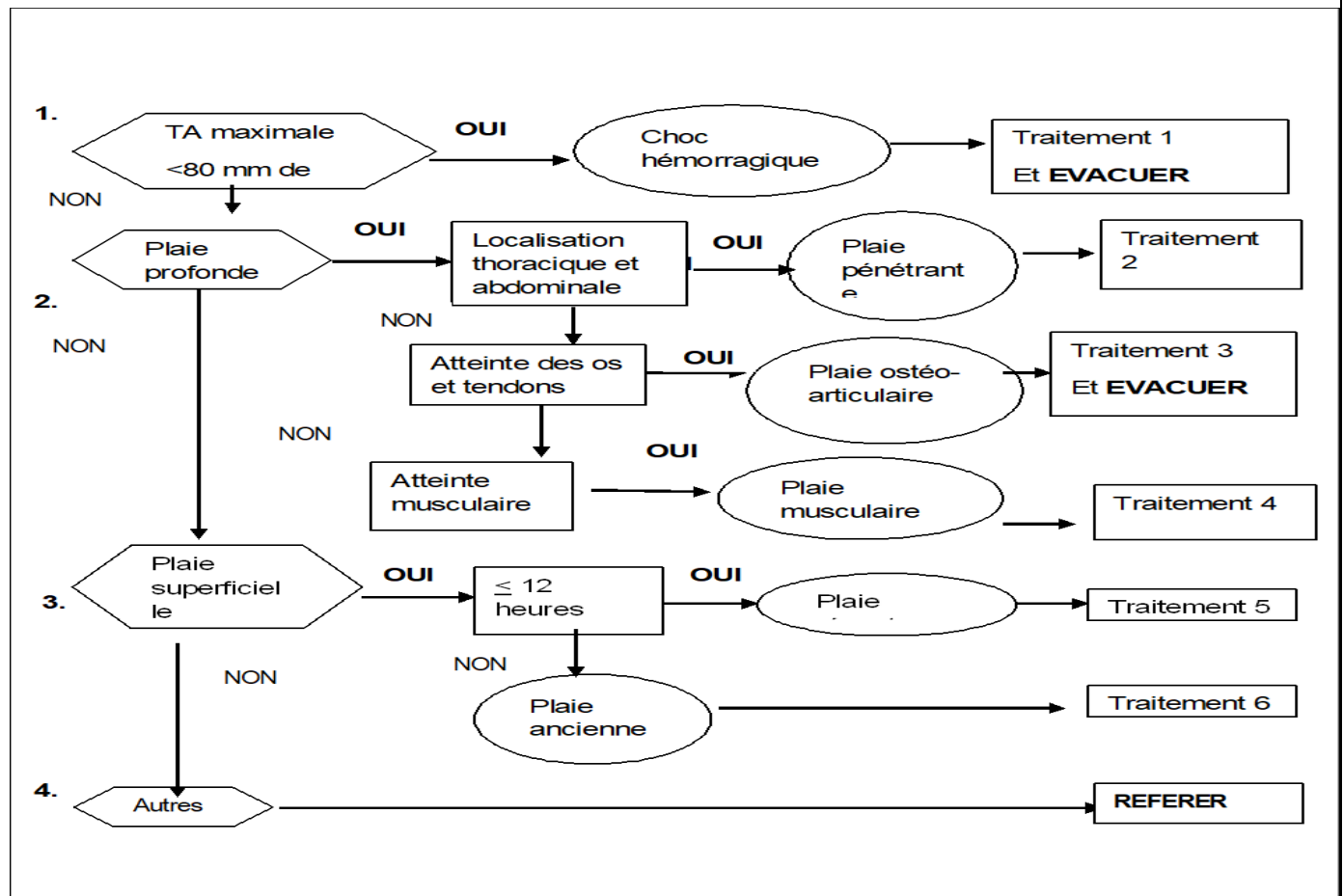
Plaie superficielle : Plaie touchant la peau sans atteinte des muscles, nerfs et vaisseaux.

Attention :

- Devant toute plaie, s'enquérir de l'état vaccinal, et administrer le SAT et éventuellement le VAT.
- Pour les plaies sur les organes génitaux voir PROTOCOLES IST **ULCERATION GENITALE**

Principales affections à rechercher :

Choc hémorragique ; Plaie pénétrante ; Plaie ostéoarticulaire ; Plaie musculaire ; Plaie récente ; Plaie ancienne.



PLAIES- TRAITEMENTS

Traitement 1 Choc hémorragique	<u>Soins locaux:</u> Polyvidone iodée appl. locale. Pansement compressif propre <u>Vaccin et Sérum inj. :</u> SAT/VAT si nécessaire Voie veineuse avec ringer lactate Et EVACUER
Traitement 2 Plaie pénétrante	Ampicilline inj. 100mg/kg ET Gentamycine 3mg/kg en IVD Paracétamol 15mg/kg Pansement protecteur SAT/VAT Voie veineuse avec avec ringer lactate. Et EVACUER
Traitement 3 Plaie ostéo-articulaire	Pansement protecteur stérile ; Immobilisation <u>VAT au besoin</u> Antibactérien inj : Ampicilline IVD : 100mg/kg <u>Antalgique voie orale :</u> Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1 g x 3 à 4 fois /j. Et EVACUER
Traitement 4 Plaie avec lésion musculaire	Ampi inj.100mg/kg et Gentamycine 3mg/kg en IVD Paracétamol inj 15mg/kg <u>VAT au besoin</u> <u>Antiseptique en appl. locale :</u> Pansement au Polyvidone iodée. Suturer si possible, si non EVACUER
Traitement 5 Plaie récente	<u>Ibuprofene comp :</u> Enfant 200mg X3/j ; Ad 400mg X3/j <u>Amoxicilline voie orale</u> <u>VAT au besoin</u> <u>Antiseptique en appl. locale :</u> Polyvidone iodée Pansement protecteur tous les 2 jours jusqu'à cicatrisation
Traitement 6 Plaie ancienne	<u>Antiseptique en appl. locale :</u> Polyvidone iodée Pansement protecteur tous les 2 jours jusqu'à cicatrisation <u>Antibactérien voie orale :</u> Cloxacilline Enfant 250mg x 4 fois/j/ 8j Adulte 500mg x 4 fois /j/8j OU Erythromycine 250mg4 fois /j: Adulte 500mg x 4 fois/j/8j Si non amélioré, REFERER

PRURIT/ LESIONS DE LA PEAU AVEC FIEVRE

Définitions :

Lésions de la peau : Modifications anormales visibles de la peau, à l'exclusion des brûlures et traumatismes.

Prurit : Démangeaison de la peau avec ou sans lésions.

Principales affections à rechercher :

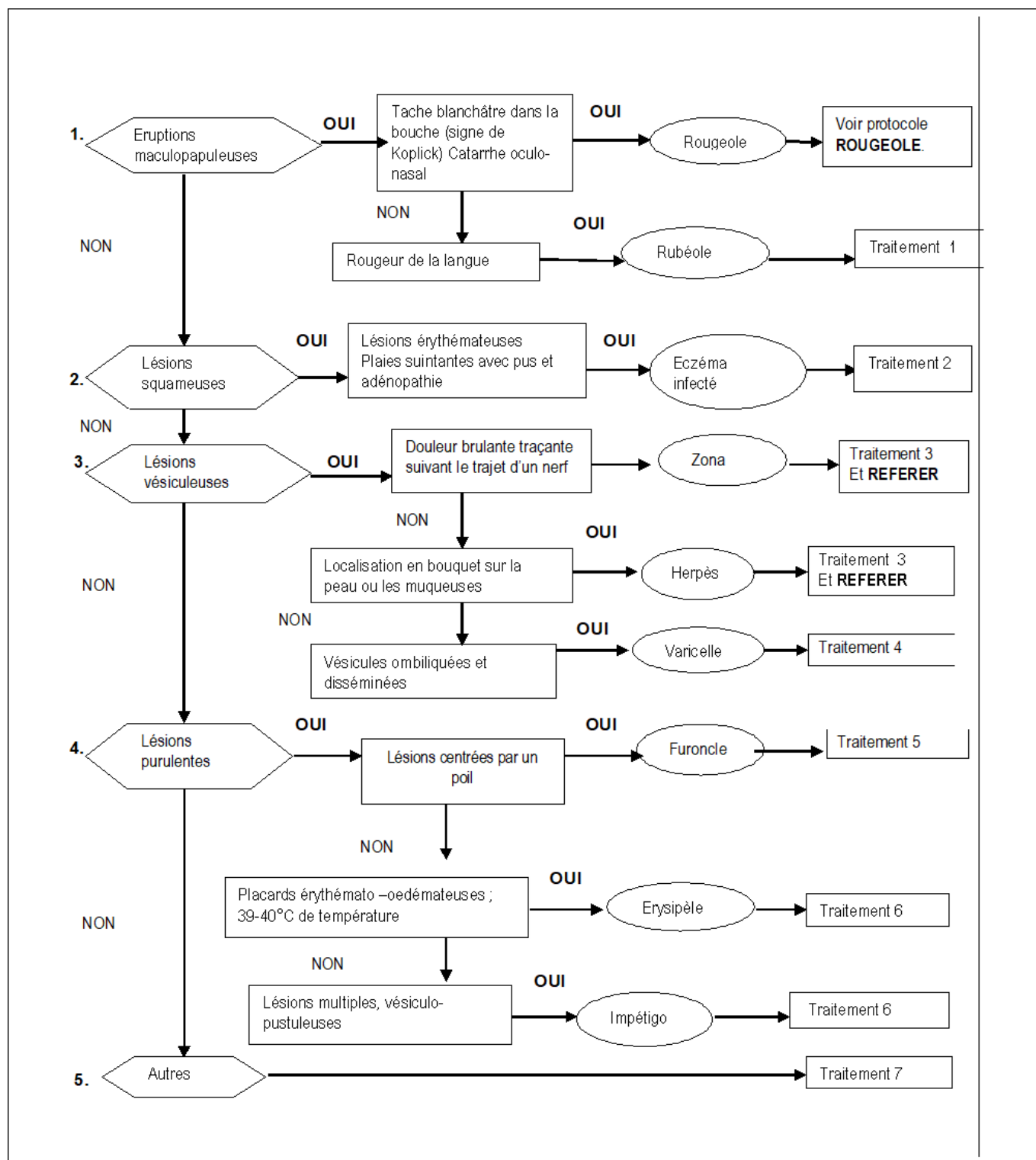
Bourbouille ; Prurigo ; Urticaire ; Lèpre ; Vitiligo ; Gale ; Onchocercose ; Leishmaniose cutanée ; Ulcère chronique ; Larva migrans.

Dermatophytoses de la peau glabre : Pityriasis versicolor, Herpès circiné, Eczéma marginé de Hebra, Pied d'athlète

Attention pour les lésions sur les organes génitaux voir PROTOCOLES IST **ULCERATION GENITALE**

Description des principales lésions élémentaires de la peau :

- La macule : tâche aplatie de couleur différente de celle de la peau normale, de formes variées, de diamètre <10 mm
- La papule : lésion surélevée, de consistance ferme, de diamètre habituellement <10 mm
- Le placard : Lésion en relief de diamètre >10 mm ou papules confluentes
- Le nodule : lésion solide, palpable sous forme de grosseur profondément enchâssée dans la peau, de diamètre de 5 à 10 mm, il peut être en relief ou non. Les nodules de diamètre >20 mm sont appelés tumeurs.
- La bulle : soulèvement de l'épiderme (phlyctène) rempli de liquide clair.
- La vésicule : petite bulle, diamètre <5 mm
- La pustule : phlyctène remplie de pus
- La squame : Ecaille de cellules détachées de la couche cornée de l'épiderme.
- L'érythème : rougeur plus ou moins intense des téguments disparaissant à la pression, due à une dilatation des vaisseaux sanguins.
- La plaque : épaissement uniformément surélevé d'une partie de la peau, dont le bord est bien défini et dont la surface est plate et rugueuse.



PRURIT / LESIONS DE LA PEAU AVEC FIEVRE- TRAITEMENTS

Traiter symptomatique :

Traiter la fièvre avec un antipyrétique: Paracétamol comprimé

Rougeole	Voir protocole de PEC Rougeole
Traitement 1 Rubéole	Antibactérien voie orale : Amoxicilline Enfant : 125mg/5kg x 3 fois /j/8j. Ad: 1g x 3 fois/j/8j Instillation oculo-nasale de SSI. Si amélioré au bout de 4 jours continuer, si non RÉFÉRER
Traitement 2 Eczéma infecté	Antiallergique voie orale/ 7 j: Chlorphéniramine Enfant : 2mg x 2 fois/j. Adulte 4mg x 2 fois Antibactérien voie orale: Enfant : Cloxacilline 250mg Sp : 125mg/5kg x 4 fois/j/ 7 j. Adulte 1g x 2fois/j; 8j ou Erythromycine sirop pour les enfants et comp 500mg 3 à 4 fois /J en 8 jours. Conseils pour l'éviction de l'allergène Si amélioré au bout de 8 jours, continuer le traitement pendant 8 jours encore, si non amélioré REFERER.
Traitement 3 Zona, herpès	Ibuprofène: Enfant 200mgX3/j ; Ad 400mgX3/j / 4j Antiseptique appl. locale : Polyvidone iodée 2 fois par jour jusqu'à guérison Si surinfection, faire une antibiothérapie Proposer le test VIH
Traitement 4 Varicelle	Antiallergique voie orale: Chlorphéniramine Enfant : 2mg x 2 fois/j/3 j. Adulte 4mg x 2 fois/j/3j Application locale d'antiseptique x 2 /J : Eosine
Traitement 5 Furoncle	Enfant : Cloxacilline 250mg Sp: 125mg/5kg x 4 fois/j/ 7 j. Adulte 1g x 2fois/j; 7j Soins locaux : Incision si nécessaire, Pansement Si siège au-dessus de la lèvre supérieure, œil, parties inaccessibles : RÉFÉRER sans incision
Traitement 6 Impétigo / Erysipèle	Antibactérien voie orale: Cloxacilline Enfant 125mg/5kg x 4 fois/j/ 8j Adulte 500mg x 4 fois /j/8j OU Erythromycine Enfant 125 mg/5 kg x 4fois/j/8j Adulte 500mg x 4 fois/j/ 8j Antiseptique appl. locale: Polyvidone iodée 2 fois par jour jusqu'à guérison / 7 jours. Si non amélioré REFERER
Traitement 7 Autres lésions de la peau	Antiseptique appl. locale: Polyvidone iodée 2 fois par jour jusqu'à guérison / 7 jours. Si non amélioré REFERER

Désinfecter les lésions avec un antiseptique appl. locale : **Polyvidone iodée** : 2 fois par jour / 7 jours

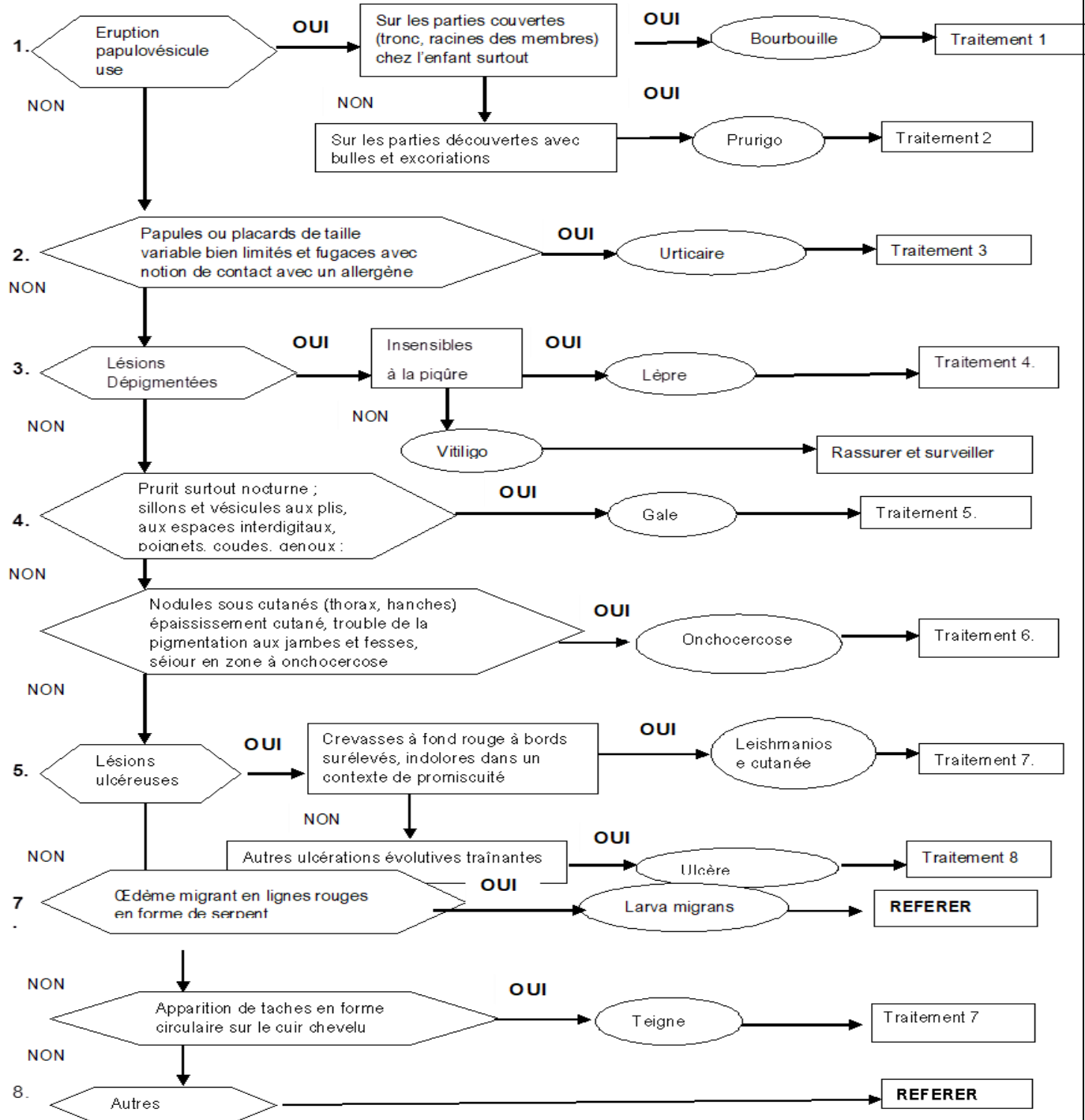
PRURIT/ LESIONS DE LA PEAU SANS FIEVRE

Définition : Conséquences des violences externes sur l'organisme par le choc, le frottement, la pression d'un corps contondant et/ou tranchant.

Attention : Devant toute plaie, s'enquérir de l'état vaccinal, et administrer le SAT et éventuellement le VAT.

Principales affections à rechercher :

Choc hémorragique ; Traumatisme crânien ; Plaie ; Fractures ; Luxation ; Entorse ; Contusion ; Hématome.



PRURIT / LESIONS DE LA PEAU SANS FIEVRE - TRAITEMENTS

Traitement 1 Bourbouille	Application locale de talc																	
Traitement 2 Prurigo	<u>Antiseptique appl. locale</u> : Polyvidone iodée : 2 fois <u>Antiallergique voie orale/ 8 j</u> : Chlorphéniramine Enfant : 1 à 2mg x 2 fois/j. Adulte 4mg x 2 fois/j <u>Antibactérien voie orale</u> : Cloxacilline Enfant 125 à 250mg x 4/j Adulte 500mg x 4/j/ 8j Conseils pour l'éviction de l'allergène Si amélioré au bout de 8jours, continuer le traitement pendant 8 jours encore, Si non amélioré REFERER																	
Traitement 3 Urticaire	<u>Antiallergique voie orale</u> : Chlorphéniramine Enfant : 1 à 2mg x 2 fois/j / 7 j. Adulte 4mg x 2 fois/j/8j Conseils pour l'éviction de l'allergène Si persistance au-delà de 8joursréférer																	
Traitement 4. lèpre	- Lèpre paucibacillaire (PB) : une (1) à cinq (5) taches cutanées. Polychimiothérapie PB (PCT/PB): six (6) plaquettes de médicaments (PCT/PB) comportant de la rifampicine en prise mensuelle et de la dapsone en prise quotidienne. - Lèpre multibacillaire (MB) : plus de cinq (5) taches cutanées. Polychimiothérapie MB (PCT/MB): douze (12) plaquettes de médicaments (PCT/MB) comportant de la rifampicine et de la clofazimine en prise mensuelle et de la dapsone et de la clofazimine en prise quotidienne.																	
Traitement 5. Gale	<u>Scabicide appl. locale</u> : Benzoate de benzyl (BBL) Badigeonner tout le corps avec sauf le visage et les organes génitaux. Laisser le produit en contact 24heures (12 heures chez les enfants de moins de 2 ans).Laver le malade. Porter les habits propres. Répéter le traitement le lendemain. <u>OU Ivermectine</u> comp : cf. traitement 6. Si signes de surinfection : <u>Antibactérien voie orale</u> : Cloxacilline : Enfant 250mg x 4 fois /j/ 8 j. Ad : 500mg x 4 fois /j /8 j Les vêtements et la literie doivent être lavés et plongés dans l'eau bouillante. Tous les sujets contacts doivent être traités de la même manière.																	
Traitement 6 onchocercose	<u>Microfilaricide</u> : Ivermectine : <table><tr><td>Poids en kg</td><td>Taille en cm</td><td>nombre de comprimés d'Ivermectine 3 mg</td></tr><tr><td>15-25</td><td>90-119</td><td>1</td></tr><tr><td>16-44</td><td>120-140</td><td>2</td></tr><tr><td>45-64</td><td>141-158</td><td>3</td></tr><tr><td>65 et plus</td><td>159 et plus</td><td>4</td></tr></table>			Poids en kg	Taille en cm	nombre de comprimés d'Ivermectine 3 mg	15-25	90-119	1	16-44	120-140	2	45-64	141-158	3	65 et plus	159 et plus	4
Poids en kg	Taille en cm	nombre de comprimés d'Ivermectine 3 mg																
15-25	90-119	1																
16-44	120-140	2																
45-64	141-158	3																
65 et plus	159 et plus	4																
Traitement 7 Leishmaniose cutanée	<u>Soins locaux</u> : Polyvidone iodée et pansement tous les 2 jours. Et REFERER																	
Traitement 8 Ulcère chronique	<u>Soins locaux</u> : Polyvidone iodée et pansement tous les 2 jours <u>Antibactérien inj</u> : Benzathine benzylpénicilline inj Ad : 2, 4 M UI Enf 1, 2 MUI REFERER																	

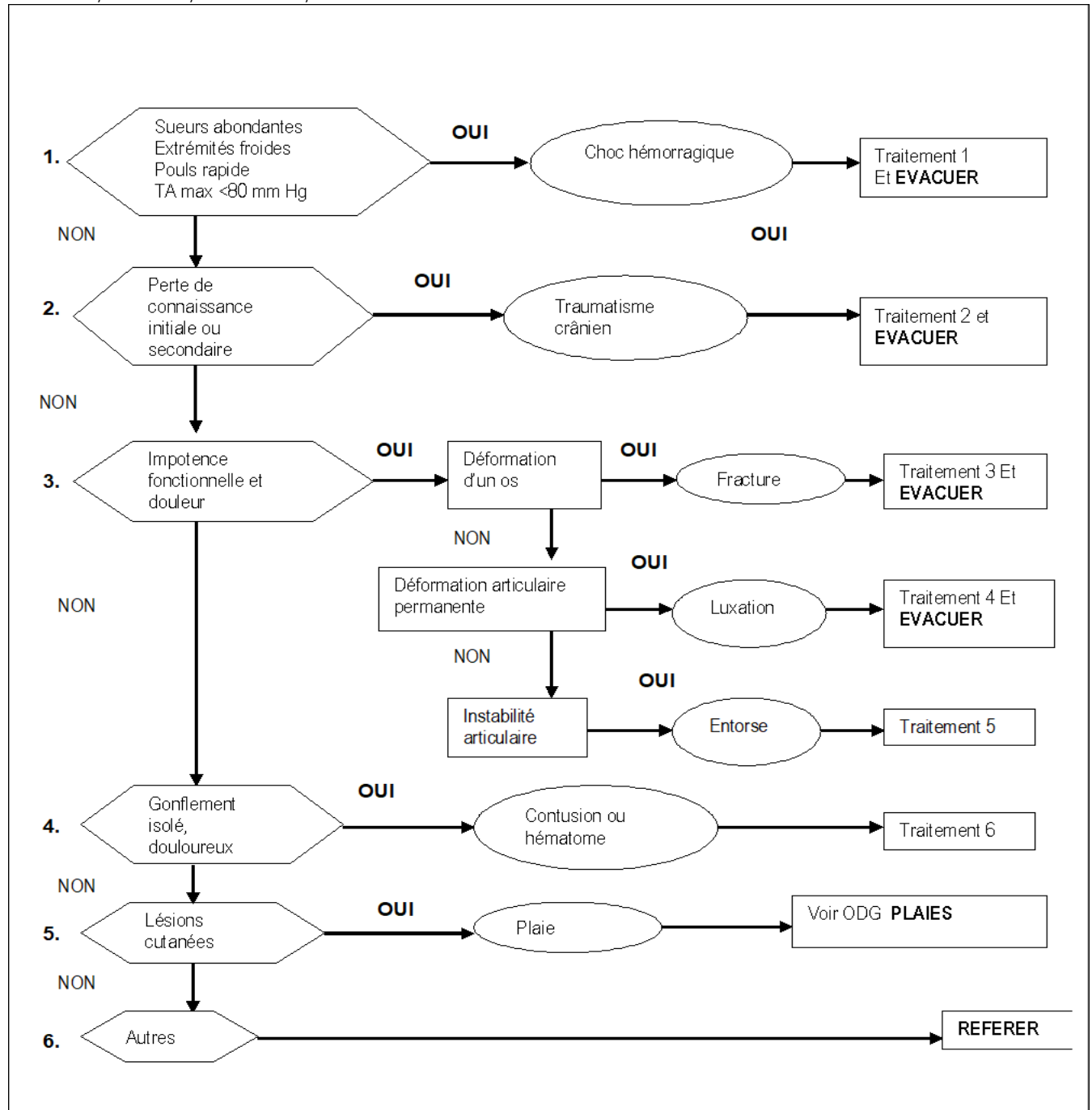
Traitement 9 Teigne	<u>Antifongique voie orale</u> : Griséofulvine comp Enfant 10 à 20mg/kg ; Ad 500mg à 1g/j en 2 prises / 8 semaines <u>Appl. Locale</u> : Miconazole pommade 1appl X 2/j 8 semaines
-------------------------------	---

TRAUMATISMES

Définition : Conséquences des violences externes sur l'organisme par le choc, le frottement, la pression d'un corps contondant et/ou tranchant.

Attention : Devant toute plaie, s'enquérir de l'état vaccinal, et administrer le SAT et éventuellement le VAT.

Principales affections à rechercher : Choc hémorragique ; Traumatisme crânien ; Plaie ; Fractures ; Luxation ; Entorse ; Contusion ; Hématome.



TRAUMATISMES - TRAITEMENTS

Traitement 1 Choc hémorragique	Soins locaux: Polyvidone iodée appl. locale. Pansement compressif propre si nécessaire Immobilisation en cas de fracture <u>Vaccin et Sérum inj.</u> : SAT/VAT si nécessaire <u>Voie veineuse</u> avec ringer lactate Et EVACUER
Traitement 2 Traumatisme crânien	<u>Soins locaux</u> si nécessaire <u>Voie veineuse</u> avec ringer lactate Et EVACUER
Traitement 3 Fracture	<u>Voie veineuse</u> <u>Antalgique</u> <u>Immobilisation.</u> Pansement stérile si nécessaire. Et EVACUER
Traitement 4 Luxation	Antalgique si nécessaire Immobilisation Et REFERER
Traitement 5 Entorse	Immobilisation <u>AINS voie orale</u> : Ibuprofène : Enfant : 200 à 400mg x 3 à 4 fois/j. Ad 400mg à 800mg x 3 à 4 fois/j/ 3 jours au cours des repas Si non amélioré, REFERER
Traitement 6 Contusion ou hématome	Vessie de glace <u>Antalgique voie orale</u> : Paracétamol Enfant 250 à 500mg x 3 à 4 fois/j. Adulte 500mg à 1g x 3 à 4 fois /j /3 j. Si aggravation (état de choc, perte de connaissance, céphalées ...) EVACUER

NB/ Limiter la mobilisation de la partie atteinte lors du transport et de l'évacuation.

2^{ème} partie :

**PROTOCOLES DE TRAITEMENT DES MALADIES
PRIORITAIRES AU BURKINA FASO**

Introduction sur la surveillance intégrée de la maladie et la riposte et au Règlement sanitaire international

Le règlement sanitaire international(RSI) est exécutoire pour tous les 47 Etats membres de l'OMS dans la Région Africaine. Le RSI couvre une vaste étendue de maladies et est applicable à « toute urgence de santé publique de portée internationale, y compris l'émergence et/ou la réémergence de maladies à potentiel épidémique, les maladies d'origine nutritionnelle, les catastrophes naturelles et les événements chimiques ou radionucléaires causés de manière accidentelle ou délibérée ».

En septembre 1998, le Burkina Faso, à l'instar des autres Etats membres de l'OMS, a participé à l'adoption de la résolution AFR/RC48/R2 sur la surveillance intégrée de la maladie (SIM). Le but de cette résolution était de lutter efficacement contre les maladies identifiées comme problèmes de santé publique.

En 2001, la SIM a pris le nom de Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR) intégrant ainsi la notion de « riposte » du fait du lien étroit et essentiel qui existe entre la surveillance et la riposte.

Par ailleurs, le Burkina Faso a participé activement à la révision et à l'adoption du Règlement sanitaire international RSI au cours de la cinquante-et-huitième Assemblée mondiale de la santé à Genève en mai 2005. Le RSI 2005 exige aux Etats parties la surveillance et le contrôle non seulement des maladies prioritaires (le choléra, la fièvre jaune, la peste...) mais aussi des événements de santé publique de portée internationale (événements zoonotiques, chimiques, nucléaires, radiologiques, sécurité sanitaire des aliments...).

Dans la région africaine de l'OMS, la mise en œuvre du RSI se fait dans le contexte de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte. Le but du RSI est d'améliorer aussi bien la prévention, la détection, la maîtrise des épidémies que la planification, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre les risques sanitaires. Pour renforcer les capacités de surveillance et de riposte de notre système de santé, le Guide SIMR édité en 2021 prend en compte les maladies émergentes et ré-émergentes, les maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que les événements de santé publique de portée internationale, les autres risques sanitaires, etc.

La SIMR offre pour l'application du RSI :

- une infrastructure et des ressources dédiées à la surveillance, l'investigation, la confirmation, la notification et la riposte ;
- des ressources humaines compétentes ;
- une procédure précise pour son application (sensibilisation, évaluation, plan d'action, mise en œuvre, contrôle et supervision) ;
- des guides génériques pour l'évaluation, des plans d'action, un guide technique, des outils et des procédures opérationnelles standardisées qui incorporent les composantes du RSI.

Le guide comprend une liste consensuelle de soixante-un (61) maladies, affections et évènements prioritaires. Ces maladies sont retenues dans le guide parce que :

- **Elles ont un potentiel épidémique élevé** et peuvent avoir un impact grave sur la santé publique, du fait de leur capacité à se propager rapidement au niveau international ; c'est le cas notamment du choléra, de la peste, de la fièvre jaune et des fièvres hémorragiques d'origine virale.
- **Elles font partie des principales causes de morbidité et de mortalité** dans la Région africaine ; c'est le cas, par exemple, du paludisme, des pneumonies, des maladies diarrhéiques, de la tuberculose, du VIH/Sida.
- Ce sont des maladies non transmissibles prioritaires dans la région (hypertension, diabète, santé mentale et malnutrition).
- Il est possible de contrôler et de prévenir efficacement ces maladies pour résoudre les problèmes de santé publique dont elles sont responsables ; c'est le cas par exemple de l'onchocercose et de la trypanosomiase.
- Il existe des stratégies d'interventions soutenues par l'OMS pour la prévention, l'éradication ou l'élimination de ces maladies [Programme élargi de vaccination (PEV), et la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'Enfant (PCIME)...].

Tableau 1: Liste révisée des maladies prioritaires, des affections et des événements d'importance en santé publique au Burkina Faso

Maladies à potentiel épidémique,	
1. Charbon	8. Méningite
2. Choléra	9. Maladie à virus Ebola
3. Covid-19	10. Fièvre de Lassa
4. Dengue	11. Maladie à virus Zika
5. Shigellose	12. Fièvre de la Vallée du Rift
6. Fièvre jaune	13. Fièvre de Crimée Congo
7. Brucellose	
Maladies affections et événements recommandés par le RSI	
14. Peste	
15. Variole	
16. SRAS	
Maladies à Eradiquer	
17. Dracunculose	18. Poliomyélite
Maladies à Eliminer	
19. Filariose lymphatique	22. Rougeole/Rubéole
20. Lèpre	23. Tétanos néonatal
21. Trypanosomiase	24. Trachome
Autres Maladies et Evénements d'Importance en Santé Publique	
25. Diarrhée chez les Enfants de moins de 5 ans	40. Drépanocytose
26. Infections Respiratoires Aigües sévères (Pneumonie grave) chez les Enfants de moins de 5 ans)	41. Malnutrition
27. VIH/Sida	42. Hépatite - B
28. Paludisme	43. Hépatite - C
29. Onchocercose	44. Hépatite E
30. Infections sexuellement transmissible (IST)	45. Rage
31. Envenimation (Morsures de serpent)	46. Leishmaniose
32. Schistosomiasis	47. Cancer du col de l'Utérus
33. Parasitoses intestinales	48. Cancer du sein
34. Tuberculose	49. Cataracte
35. Fièvre typhoïde	50. Noma
36. Asthme	51. Décès maternels
37. Diabète	52. Décès néonataux
38. Epilepsie	53. Tréponématoses endémiques (Pian et Bejel)
39. Hypertension artérielle	54. Ulcère de Buruli
	55. Traumatismes (accident de circulation)
	56. Décès périnatal
	57. Intoxications alimentaires
	58. Contamination chimique/radio-active
	59. Schizophrénie
	60. Dépression
	61. Chikungunya.

PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES

D'après l'annuaire statistique 2021 du Ministère de la santé les principaux motifs de consultations externes dans les formations sanitaires de base dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 2 : 10 les principaux motifs de consultations externes dans les formations sanitaires de base en 2018 à 2021

Numéros d'ordre	Nosologies	Total	Proportion (%)
1-	Paludisme	12 231 086	37,3
2-	IRA	742 5178	22,6
3-	Conjonctivites	1 404 349	4,3
4-	Diarrhée	1188010	3,6
5-	Parasitoses intestinales	878830	2,7
6-	Plaies	642132	2,0
7-	Affection de la peau	538 581	1,6
8-	Ulcère de l'estomac	475 623	1,5
9-	Malnutrition aigue	323 613	1,0
10-	HTA	240 787	0,7

Ce chapitre du GDT présente une sélection de protocoles de traitement correspondant aux maladies à forte morbidité et/ou mortalité et des maladies d'intérêt en santé publique :

1. Paludisme ;
2. Pneumonie ;
3. Rougeole ;
4. Méningites bactériennes ;
5. Diarrhées avec déshydratation ;
6. Tuberculose ;
7. Infection à VIH/Sida ;
8. Hypertension artérielle ;
9. Diabète sucré ;
10. Malnutrition ;
11. Dengue ;
12. Covid-19 .

INSTRUCTION SUR L'UTILISATION DES PROTOCOLES

Chaque protocole de traitement comprend deux sections :

- **Section 1. Définition de cas recommandée**

Constitue un rappel de la définition des critères utilisés pour déterminer si une personne est atteinte d'une maladie particulière ou si le cas peut être notifié et faire l'objet d'une enquête. Les définitions de cas s'appuient à la fois sur des critères cliniques et des critères liés à la surveillance.

- Cas suspect : une définition qui permet de suspecter soit un cas, soit une flambée de la maladie.
- Cas confirmé : une définition qui permet de considérer un cas comme confirmé par des examens de laboratoire.

- **Section 2 : Protocole de traitement des cas**

Constitue un rappel du protocole de traitement des cas recommandé par le programme national, avec les posologies des médicaments retenus.

Les aspects de la surveillance, sont développés dans le « Guide technique pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte (Guide SIMR) DPSP 2021).».

Le Guide SIMR 2021 est structuré en une partie introductive comportant des définitions et généralités sur la surveillance et onze (11) sections. Les 11 sections sont :

Section 1 : Détecter et enregistrer les cas de maladies, d'affections et d'évènements ;

- Section 2 : Notifier les maladies, affections et évènements prioritaires ;
- Section 3 : Analyser et interpréter les données ;
- Section 4 : Investiguer les flambées épidémiques et autres évènements de santé publique ;
- Section 5 : Se préparer à riposter aux épidémies et autres évènements de santé publique ;
- Section 6 : Riposter aux épidémies et autres évènements de santé publique ;
- Section 7 : Communiquer sur les risques ;
- Section 8 : Surveiller, superviser, évaluer, et assurer la rétro-information pour améliorer la surveillance et la riposte ;
- Section 9 : Système électronique de surveillance intégrée de la maladie et la riposte (e SIMR) ;
- Section 10 : Adapter la SIMR aux situations d'urgence et aux systèmes de santé fragiles ;
- Section 11 : Résumer des directives relatives à des maladies et affections prioritaires spécifiques.

I. PALUDISME

1.1 DEFINITION DE CAS

1.1.1 Au niveau des formations sanitaires

Un cas de paludisme se définit comme suit :

Une **fièvre** (température axillaire non corrigée supérieure ou égale à 37,5°C) ou antécédent de corps chaud dans les soixante-douze (72) dernières heures,

Et

la mise en évidence du plasmodium à l'examen microscopique par la goutte épaisse/frottis sanguin ou par la positivité du test de diagnostic rapide (TDR).

1.1.2 Au niveau communautaire

Un cas de paludisme se définit comme suit : notion de corps chaud ou antécédent de corps chaud dans les 72 dernières heures ou fièvre (température axillaire non corrigée supérieure ou égale à 37,5°C) et la positivité du test de diagnostic rapide (TDR).

1.2 CLASSIFICATION DES CAS DE PALUDISME

De manière opérationnelle, il existe deux formes cliniques de paludisme : le paludisme **simple** et le paludisme **grave**.

1.2.1 Paludisme simple

Il se définit par :

- Une fièvre (température axillaire non corrigée supérieure ou égale à 37,5°C) ou un antécédent de corps chaud dans les 72 dernières heures

Et

- La mise en évidence du plasmodium à l'examen microscopique par goutte épaisse/frottis sanguin ou la positivité du test de diagnostic rapide (TDR).

Et

- Une absence de signes de gravité ou de signes généraux de danger (voir définition de paludisme grave).

N.B. : Le cas de paludisme simple doit être précocement et correctement pris en charge.

1.2.2 Paludisme grave

Il se définit comme étant un cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* avec au moins un (01) des signes de gravité suivants :

Signes cliniques :

- Troubles de la conscience ou léthargie ;
- Convulsions répétées : plus de deux épisodes en 24 h ;
- Pâleur sévère (anémie grave) ;
- Prostration (*faiblesse généralisée, de sorte que le patient soit incapable de s'asseoir, de se tenir debout ou de marcher sans assistance*) ;

- Détresse respiratoire (*association variable de modification de la fréquence respiratoire, de signes de lutte et de cyanose*)
- Œdème Aigu du Poumon (OAP) ;
- Choc ou Collapsus cardio-vasculaire (*hypotension, tension artérielle systolique < 80 mm Hg chez l'adulte et < 50 mm Hg chez l'Enfant, pouls rapide, extrémités froides,*) ;
- Hémoglobinurie (*Urines foncées ou coca cola*) ;
- Ictère franc ;
- Hémorragie spontanée .

Signes biologiques et radiologiques :

- Hypoglycémie (< 2,2 mmol/l ou < 40 mg/dl) ;
- Hyperlactatémie (> 5 mmol/L) ;
- Insuffisance rénale (créatinémie : > 265µmol/L chez l'adulte, > à la valeur normale pour l'âge chez l'Enfant) ;
- Hyperparasitémie (supérieur à 5% chez les sujets non immuns et inférieur à 10% ou >250000 formes asexuées/µL chez les sujets immuns) ;
- Anémie grave (taux d'hémoglobine < 5g/dl ou taux d'hématocrite <15%) ;
- Acidose métabolique (pH <7,25 mmol/L ou bicarbonates <15 mmol/L,...)
- Oedème pulmonaire (à la radiographie).

Chez les Enfants, un cas de paludisme associé à au moins un des signes généraux de danger suivants est considéré comme paludisme grave :

- Convulsions actuelles ou antécédents de convulsions ;
- Vomissements incoercibles (Vomit tout ce qu'il consomme) ;
- Léthargie / Inconscience ;
- Incapacité de boire ou de téter.

N.B. :

Pour standardiser la collecte de l'information, les appellations « accès pernicleux », « syndrome palustre », « accès palustre », « paludisme », « paludisme chronique », « neuropaludisme » ne devraient donc plus être évoquées dans les supports de collecte de données.

1.3 TRAITEMENT DU PALUDISME

Traitement du paludisme simple

A. Traitement du paludisme simple en général

Les médicaments recommandés pour le traitement du paludisme simple au Burkina

Faso sont les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) par voie orale :

- Artémether + Luméfantrine (AL) **ou**
- Artésunate + Amodiaquine (ASAQ) **ou**
- Dihydroartémisinine + Pipéraquine (DHA-PPQ).

Tableau 4: Posologie combinaison fixe Artémether + Luméfantrine par voie orale selon les dosages

Poids (âge)	Présentations	Jour 1	Jour 2	Jour 3
≥5 kg	Artémether 20 mg Luméfantrine 120 mg	1/2cp x 2/J	1/2cp x 2/J	1/2cp x 2/J
5 à 9 kg (<1 an)	Artémether 20 mg Luméfantrine 120 mg	1/2cp x 2/J	1/2cp x 2/J	1/2cp x 2/J
10 à 14 kg (1 - 4 ans)	Artémether 20 mg Luméfantrine 120 mg	1cp x 2/J	1cp x 2/J	1cp x 2/J
15 à < 24 kg (4 - 8 ans)	Artémether 40 mg Luméfantrine 240 mg	1cp x 2/J	1cp x 2/J	1cp x 2/J
25 à 34 kg (8 – 12 ans)	Artémether 60 mg Luméfantrine 360 mg	1cp x 2/J	1cp x 2/J	1cp x 2/J
≥35 kg (≥ 12 ans)	Artémether 80 mg Luméfantrine 480 mg	1cp x 2/J	1cp x 2/J	1cp x 2/J

NB :

- Il est souhaitable de l'administrer avec les aliments gras ;
- La deuxième dose du premier jour de traitement doit être administrée 8 heures après la première prise ;
- Les doses du deuxième et du troisième jour sont administrées en 2 prises avec un intervalle de 12 heures ;
- Dans les formations sanitaires le poids sera préféré à l'âge dans le traitement du malade.

Tableau 5: Posologie combinaison fixe Artésunate + Amodiaquine par voie orale selon les dosages

Poids (âge)	Présentations	Jour 1	Jour 2	Jour 3
<4,5 kg	Artésunate 25 mg Amodiaquine 67,5 mg	1 cp	1 cp	1 cp
≥4,5 à <9 kg (2 -11mois)	Artésunate 25 mg Amodiaquine 67,5 mg	1 cp	1 cp	1 cp
≥9 à <18 kg (1 -5 ans)	Artésunate 50 mg Amodiaquine 135 mg	1 cp	1 cp	1 cp
≥18à <36 kg (6 - 13 ans)	Artésunate 100 mg Amodiaquine 270 mg	1 cp	1 cp	1 cp
≥36 kg (≥ 14 ans)	Artésunate 100 mg Amodiaquine 270 mg	2 cp	2 cp	2 cp

N.B. : la dose journalière est administrée en prise unique.

Tableau 6 : Combinaison fixe Dihydroartémisinine + Pipéraquine (DHA-PPQ) selon le dosage

Poids (âge)	Présentation/dosage	Jour 1	Jour 2	Jour 3
<5 kg	Dihydroartémisinine 20mg + Pipéraquine 160mg	1cp	1cp	1cp
5 à <8 kg (6 -12 mois)	Dihydroartémisinine 20mg+ Pipéraquine 160mg	1cp	1cp	1cp
8 à <11 Kg (1-3 ans)	Dihydroartémisinine 20mg+ Pipéraquine 160mg	1+1/2cp	1+1/2cp	1+1/2cp
11 à <17 kg (3-5 ans)	Dihydroartémisinine 40mg+ Pipéraquine 320mg	1cp	1cp	1cp
17 à <25 kg (5-8 ans)	Dihydroartémisinine 40mg+ Pipéraquine 320mg	1+1/2cp	1+1/2cp	1+1/2cp
25 à <36 kg (8 -15 ans)	Dihydroartémisinine 40mg+ Pipéraquine 320mg	2cp	2cp	2cp
36 à <60 kg (≥15 ans)	Dihydroartémisinine 40mg+ Pipéraquine 320mg	3cp	3cp	3cp
60 à <80 kg (≥15 ans)	Dihydroartémisinine 40mg+ Pipéraquine 320mg	4cp	4cp	4cp
≥80kg (≥15 ans)	Dihydroartémisinine 40mg+ Pipéraquine 320mg	5cp	5cp	5cp

B. Traitement du paludisme simple chez la femme enceinte

Les médicaments utilisés pour le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte sont la quinine et les ACT en comprimé.

- La quinine est le médicament recommandé pour le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte quel que soit l'âge de la grossesse, à la posologie de 8 mg/Kg de quinine base (sans dépasser 480 mg par prise) toutes les 8 heures pendant 7 jours par voie orale.
- Les ACT sont aussi utilisables chez la femme enceinte après le premier trimestre de la grossesse.

Traitement du paludisme grave

A. Traitement Pré transfert

➤ Niveau communautaire

Les agents de santé à base communautaire (ASBC) administrent une dose d'artémisinine (artesunate) suppositoires chez les Enfants âgés de 6 mois à 6 ans pour le traitement pré transfert.

Tableau 7: Dosage de l'Artesunate rectal

Age	Poids	Artesunate rectal (10mg par Kg de poids corporel
6 mois à ≤ 3 ans	5 à ≤ 14kg	1 x 100 mg capsule
>3 à 6 ans	>14 à 20 kg	2 x 100mg capsule

En cas de fièvre, un enveloppement humide est indispensable avant le transfert du malade vers une formation sanitaire

➤ Niveau des formations sanitaires périphériques

Le paludisme grave est une urgence médicale. Il doit être pris en charge au sein d'une formation sanitaire de référence ou dans toute autre structure sanitaire disposant d'un plateau technique adéquat.

Avant tout transfert dans un centre de référence, un traitement pré-transfert doit être instauré :

- prendre la voie veineuse avec du SGI 5% ;
- administrer un antipaludique recommandé (artesunate/artemether/quinine par voie parentérale) ;
- prendre en charge les signes généraux de danger;
- orienter le patient vers un centre de santé offrant une gestion complète comportant, des examens complémentaires, l'administration d'antipaludiques et des mesures générales.

Posologie

- Artésunate injectable

Chez l'Enfant de moins de 20 kg : 3 mg/kg de poids corporel.

Chez l'adulte comme chez l'Enfant de 20 kg et plus : 2,4 mg/kg de poids corporel

Le traitement sera administré par voie intraveineuse de préférence ou en intramusculaire (si difficultés pour la prise de la voie veineuse) dès l'admission (temps zéro), puis au bout de 12 et 24 heures et ensuite une fois par jour jusqu'à possibilité de la voie orale. Ne pas dépasser sept (7) jours de traitement à l'artésunate injectable

- Artéméther injectable

Chez l'adulte comme chez l'Enfant : 3,2 mg/kg de poids corporel en intramusculaire dès l'admission, puis 1,6 mg/kg de poids corporel par jour jusqu'à possibilité de la voie orale. Ne pas dépasser sept (7) jours de traitement à l'artéméther injectable .

NB : la dose maximale est de 160 mg pour la dose de charge et de 80 mg pour la dose d'entretien.

- Quinine

La posologie pour la quinine est de 16 mg de Quinine base / kg de poids corporel en dose de charge puis 8 mg de Quinine base / kg de poids corporel en dose d'entretien toutes les 8 heures chez l'adulte et toutes les 12 heures chez l'Enfant.

Si la durée de la perfusion dépasse 48 heures, réduire la dose d'entretien à 4mg/kg de quinine base jusqu'à possibilité de la voie orale.

N.B. :

- Il faut toujours rechercher et traiter les complications (hypoglycémie, anémie grave, convulsions, oligurie, etc.).
- Ne pas dépasser sept (7) jours de traitement avec la quinine injectable

Précautions d'emploi

l'Artésunate injectable:

- Ne pas utiliser chez la femme enceinte au premier trimestre de la grossesse ;
- Pour la présentation en poudre pour solution injectable, bien s'assurer que le produit est totalement dissout et administrer sans délai après reconstitution.
- Jeter la préparation si elle apparait trouble ou avec un précipité.

l'artémether injectable:

- ne pas utiliser chez la femme enceinte au premier trimestre de la grossesse ;
- utiliser une seringue de 1 ml pour administrer la dose correcte chez l'Enfant vu les faibles volumes correspondant à cette tranche d'âge.

la quinine

- Il faut toujours tenir compte de la teneur en quinine base dans les différentes présentations de sels de quinine;
- il faut également avoir à l'esprit que la stabilité de la molécule de quinine en perfusion est compromise au-delà de quatre (04) heures. Chaque dose de quinine doit donc être passée en quatre (04) heures ;
- ne pas dépasser 960 mg de quinine base en dose de charge et 480 mg pour les doses d'entretien ;
- dès que la voie orale est possible après les 48 heures de traitement avec la quinine injectable, compléter le traitement avec la quinine comprimé à la posologie de 8 mg /kg toutes les 8 heures (sans dépasser 480 mg par prise) pour compléter le traitement à sept (07) jours, ou avec des ACT pendant 3 jours (cf. protocole de traitement du paludisme simple) ;
- si le malade a pris de la quinine dans les 24 heures ou de la méfloquine au cours des 7 jours précédents, ne pas faire de dose de charge. Administrer directement la dose d'entretien à 8

mg/kg de quinine base en perfusion dans du soluté glucosé à 5% et 10% chez l'Enfant, à passer en quatre (4) heures ;

- si la durée de la perfusion dépasse 48 heures, réduire la dose d'entretien à 4 mg/kg de quinine base ;
- utiliser la formule suivante pour calculer le débit (volume à perfuser par unité de temps) en fonction de la quantité de soluté à perfuser :
 - Débit (D) = $Q / (3 \times H)$ o D = nombre de gouttes/mn
 - o Q = quantité de soluté à perfuser (en ml) o H = durée prévue (en heure)
 - Exemple : perfuser 500 ml de SGI en 4 heures o D = $500 / 3 \times 4 = 500 / 12 = 42$ gouttes de SGI par minute.
- l'administration de la quinine en IM est fortement déconseillée à cause des multiples risques (atteinte nerveuse, douleur, abcès, contaminations diverses, etc.).

Cependant si malgré vos efforts la voie veineuse n'est pas accessible

- administrer le traitement en IM à la dose de 8 mg /kg toutes les 12 heures chez l'Enfant et toutes les 8 heures chez l'adulte en prenant les mesures suivantes: diluer la dose de quinine à administrer dans du sérum salé isotonique (SSI) à la concentration de 60 % (60 mg/ml), administrer la moitié de la dose dans la face antéro-externe d'une cuisse, et l'autre moitié dans la face antéro-externe de la seconde cuisse. Pour la voie IM, il n'y a pas de dose de charge
- alimenter le malade par une sonde naso-gastrique pour prévenir l'hypoglycémie.
- aux doses normales, la quinine est habituellement bien supportée par les patients. Cependant, la marge entre la concentration plasmatique thérapeutique (8 à 15 mg/l) et la concentration plasmatique pouvant donner lieu à des effets secondaires (à partir de 20 mg/l) étant faible, il est indispensable de respecter scrupuleusement les conditions d'utilisation de la quinine.
- en cas de surdosage, les symptômes et signes suivants peuvent apparaître : acouphènes, hypoacousie, voire surdité, amblyopie, nausées, douleurs abdominales, céphalées, vertiges, fièvre, urticaires, bronchospasme, hémolyse, thrombopénie, agranulocytose, hypoglycémie parfois sévère, complications cardiaques, etc. Selon la gravité des signes, prendre les mesures adéquates : diminuer les doses, arrêter le traitement, réanimer le malade ou référer le malade.
- les doses doivent être répétées toutes les 8 heures chez l'adulte et toutes les 12 heures chez l'Enfant car la demie vie de la molécule est de huit (8) heures en moyenne (entre 5 et 10 h) quel que soit l'excipient et quelle que soit la formule ;
- en aucun cas une seule injection ou une seule prise de quinine par 24 heures ne doit être prescrite pour un traitement de paludisme ;

- la quinine est tout à fait utilisable chez la femme enceinte : elle n'a pas d'action sur le déclenchement du travail notamment. Mais l'hypoglycémie induite par la quinine est particulièrement à craindre chez la femme enceinte comme chez l'Enfant.

Les mesures suivantes doivent être respectées lors de la prise en charge du paludisme grave :

- 1)** mettre en route une perfusion intraveineuse ;
- 2)** en cas de convulsions, arrêter d'abord la crise convulsive par une administration de diazépam. Chez l'Enfant, administrer 0,5 mg/kg de diazépam dilué dans 2ml de sérum physiologique en intra-rectal. En cas de convulsions répétées, administrer une seconde dose de diazépam puis du Phénobarbital à raison de 5-10mg/kg/24heures en IM en une dose ; Puis rechercher et traiter éventuellement une cause décelable (hypoglycémie, hyperthermie etc.) ;
- 3)** Corriger l'hypoglycémie au cas où elle existe :
 - Soluté glucosé hypertonique à 30% par voie IVD en 10 à 15 mn : chez l'Enfant comme chez l'adulte : 1 ml/kg de poids corporel ;
 - A défaut du glucosé à 30%, utiliser = un soluté glucosé hypertonique à 10 % par voie IVD, en 20 à 30 mn chez l'Enfant comme chez l'adulte : 5ml/kg de poids corporel ;
 - Contrôler la glycémie au bout de 30 mn si possible ;
 - Continuer avec une perfusion de dextrose ou de glucose à 5 % pour maintenir la glycémie.
- 4)** Evaluer la quantité de soluté glucosé isotonique (10 ml/kg de sérum glucosé à 5% ou du dextrose à 5%, ou tout autre soluté équivalent disponible) nécessaire sur la base du poids corporel et placer le volume à passer au cours des 4 premières heures en cas d'utilisation de la quinine. Attention aux perfusions à dose excessive ou à débit incontrôlé, qui peuvent favoriser la survenue d'un œdème aigu du poumon.
- 5)** Ajouter dans le soluté glucosé isotonique la quinine, à la dose correcte calculée selon le poids du malade.
- 6)** Faire baisser éventuellement la température : paracétamol ou acide acétyl salicylique par voie orale, veineuse ou rectale, enveloppement humide ou bain tiède.
- 7)** Apprécier la nécessité d'une transfusion sanguine (taux d'hémoglobine < 5g/dl ou la présence de signes d'intolérance tels que dyspnée, tachycardie, troubles de la conscience...).
- 8)** Dans tous les cas, la corticothérapie est déconseillée dans le traitement du paludisme grave.
- 9)** La surveillance du malade doit être très étroite : débit d'écoulement de la perfusion, état de conscience, constantes, diurèse, etc.

10) Entre deux cures de quinine, maintenir la voie veineuse en plaçant un soluté glucosé isotonique. Adjoindre des électrolytes au traitement (NaCl, KCl, Ca).

11) Utiliser le score de Glasgow (chez les 3 ans et plus) ou de Blantyre (chez les moins de 3 ans) pour la surveillance de l'état de conscience

➤ NB : Echec thérapeutique

L'échec thérapeutique est l'impossibilité d'avoir la réponse thérapeutique souhaitée après l'administration d'un traitement antipaludique pour un paludisme confirmé biologiquement. On pourrait envisager un échec thérapeutique si la fièvre ou les autres signes persistent plus de trois jours après un traitement adéquat avec une posologie correcte.

Un patient dont l'état se dégrade malgré un traitement antipaludique correct doit être réévalué et son traitement ajusté.

Traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse

La détermination de l'âge gestationnel par un examen clinique, en particulier au début de la grossesse, peut être difficile.

Le TPI débute le plus tôt possible au deuxième trimestre de la grossesse (à partir de 16 semaines d'aménorrhée).

Selon le niveau de soins et la disponibilité du plateau technique, l'agent de santé, pour administrer la première dose de SP se basera sur :

- L'échographie ;
- La date des dernières règles (16^{ème} semaine d'aménorrhée) ;
- La hauteur utérine (18 cm) ou ;
- Le Mouvements actifs du fœtus (MAF) .

Le médicament recommandé pour le TPI chez la femme enceinte est la sulfadoxine 500mg-pyriméthamine 25 mg (SP).

- Le traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg) avec la SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes lors de chaque consultation prénatale programmée jusqu'au moment de l'accouchement, à condition que les doses soient administrées à au moins un mois d'intervalle.

- La dernière dose de SP peut être administrée jusqu'à l'accouchement sans que cela ne pose un problème de sécurité ;
- Avec le nouveau calendrier SPN, il est possible d'administrer 6 doses de SP pendant la grossesse ;
- Il est recommandé toutefois d'administrer au moins 3 doses de SP durant la grossesse ;
- La prise de la SP doit être supervisée au niveau de la formation sanitaire ;
- En plus du TPI, il est fortement recommandé aux femmes enceintes de dormir sous MILDA toutes les nuits, tous les jours et toute l'année.

N.B. : La SP peut être prise même à jeun.

Contre-indications de la SP chez la femme enceinte

La SP est contre indiquée :

- au premier trimestre de la grossesse;
- en cas de prise de SP ou autre sulfamide dans les 4 semaines précédentes ;
- en cas allergie aux sulfamides ;
- chez les femmes sous prophylaxie au cotrimoxazole.

II. PNEUMONIE

SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE PNEUMONIE

Cas suspect :

Définition du cas clinique de pneumonie :

Tout enfant de moins de 5 ans qui tousse et qui a une respiration rapide ou des difficultés respiratoires.

Définition du cas clinique de pneumonie grave :

Toux ou des difficultés à respirer et avec signe général de danger, un tirage sous costal ou stridor au repos, incapacité à boire, vomissements persistants, convulsions, léthargie ou perte de connaissance.

Cas confirmé :

La confirmation d'une pneumonie par radiographie ou en laboratoire n'est pas toujours possible dans la plupart des districts sanitaires.

SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE PNEUMONIE

2.1 Pour les pneumonie grave :

Donner la première dose d'antibactérien approprié en intramusculaire (**Ampicilline + Gentamicine**) avant l'évacuation.

Tableau 9: posologie de l'ampicilline et gentamicine selon l'âge ou le poids

âge ou poids	Ampicilline amp.500mg / 5 ml Dose 100mg / kg /j Donner toutes les 12 heures	Gentamicine ampoule 80mg/2ml ou 10mg/1ml Dose : 3 mg/ kg/jour Donner toutes les 12 heures
20 - <50 kg (>6-12 ans)	500mg	80 mg
Adulte< 60kg	1g	160 mg

2.2 Pour la pneumonie simple :

Tableau 9 : posologie de l'ampicilline injectable et la Gentamicine injectable selon le poids et l'âge

Donner un antibiotique approprié par voie orale :

Chez l'adulte

Cotrimoxazole.

Adulte : 800 mg + 160 mg deux fois par jour (soit deux comprimés deux fois par jour) pendant 8 jours, OU

En seconde intention : **Amoxicilline** Adulte : 1g trois fois par jour (toutes les 8 heures) pendant 8 jours

Enfant de 6 à 12 ans :

Antibactérien voie orale : **Amoxicilline + acide clavulanique** comprimé 500 mg (50 mg/kg/j) : 500 mg x 2 à 3 fois/ j pendant 8j **OU**

Amoxicilline comprimé 250 mg dispersible ou gélules 500 mg (50 mg/kg/j) : 500 mg x 2 à 3 fois/ j

Si non amélioré au bout de 3 jours, REFERER

500mg trois fois par jour (toutes les 8 heures) pendant 8jours

Traiter la fièvre avec un antipyrétique : ***Paracétamol***

Chez les adultes, le paracétamol est à administrer toutes les 4 heures à 6 heures à la dose de 500 mg à 1 000 mg par prise (soit un à deux comprimés par prise), avec une dose maximale de 4 000 mg par jour dans le cas général.

Chez les enfants, 10 mg/kg à 15 mg/kg par prise avec une posologie maximale recommandée de 60 mg/kg par jour.

III. ROUGEOLE

SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE ROUGEOLE

Cas suspect :

Toute personne qui présente une Fièvre et une Eruption maculo-papuleuse généralisée

Ou

Toute personne chez laquelle le praticien suspecte la rougeole ou la rubéole

Cas confirmé : Cas présumé confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou provenant d'une zone épidémique.

SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE ROUGEOLE

Prendre en charge et traiter les cas par réhydratation orale :

Administrer de la **Vitamine A** : 3 doses à J1, J2 et J8.

Enfant de 6 mois à 1 an : 100 000 UI (soit une capsule de 100 000 UI ou la moitié d'une capsule 200 000 UI)

Enfant de plus d'1 an : 200 000 UI

Antibactériens pour prévenir la surinfection bactérienne : **Tétracycline** pommade ophtalmique 1% deux fois par jour dans les deux yeux pendant 5 jours.

En cas d'infection respiratoire :

Ampicilline injectable 100 mg/kg toutes les 12 heures pendant 8 jours

OU Amoxicilline voie orale : Enfant 125 mg/5kgx3 fois/jr pendant 8 jours.

Adulte 1gx3fois/jr pendant 8 jours

Prendre des précautions d'isolement, et éviction scolaire de 15 jours, si possible.

Investiguer le cas pour en déterminer les causes.

IV. MENINGITES BACTERIENNES

SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE MENINGITES BACTERIENNES

Cas suspect de méningite

Tout Enfant de plus de 30 mois ou toute personne adulte avec apparition brutale d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ avec un des signes suivants : raideur de la nuque, trouble neurologique ou tout autre signe méningé.

Tout nourrisson avec apparition brutale d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ avec un des signes suivants : raideur de la nuque ou nuque molle, bombement de la fontanelle, plafonnement du regard, convulsion ou tout autre signe méningé.

Cas probable de méningite

Tout cas suspect chez qui la ponction lombaire (PL) ramène un liquide céphalorachidien (LCR) d'aspect macroscopique louche, trouble, purulent ou xanthochromique (jaune citrin) ou avec la présence de diplocoques à Gram négatif, diplocoques à Gram positif, bacilles à Gram négatif à l'examen microscopique, ou si le compte de leucocytes est supérieur à 10 cellules/mm³.

Cas confirmé de méningite

Tout cas suspect ou probable chez qui l'agent causal (*N. meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae b...*) a été mis en évidence à partir du LCR par culture ou par polymérase chain reaction (PCR) ou par la détection de l'antigène spécifique dans le LCR (latex, bandelettes réactives).

SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE MENINGITES BACTERIENNES

. Au niveau des formations sanitaires

- 1. Connaître et comprendre les définitions de cas standard ;**
- 2. Détecter et notifier tous les cas au niveau supérieur ;**
- 3. Remplir correctement la fiche individuelle de notification et la liste descriptive des cas ;**
- 4. Faire des prélèvements pour tout cas suspects et envoyer les échantillons de LCR au laboratoire pour confirmation. S'assurer que chaque échantillon est correctement étiqueté et qu'une fiche individuelle de notification des cas accompagne chaque échantillon ;**
- 5. Après avoir pratiqué une ponction lombaire, administrer aussitôt que possible des antibiotiques appropriés selon le protocole national sans attendre les résultats de laboratoire chez tout cas suspect de méningite ;**
- 6. Acheminer les échantillons dans des milieux de transport adéquats (tube sec, trans isolate, cryotube) ;**
- 7. Utiliser des tests de diagnostic rapide pour donner une première indication de(s) l'agent(s) pathogène(s) et du sérotype en cause ;**
- 8. Analyser tous les échantillons pour identifier les agents pathogènes bactériens ;**
- 9. Poursuivre l'analyse des données et leur représentation graphique et cartographique.**

NB : La mise en évidence d'une prédominance de *Neisseria meningitidis* parmi les agents étiologiques permet de suspecter une flambée épidémique.

Traitement des cas

Tableau 10: Traitement des cas de méningite en « SITUATION D'ÉPIDÉMIE »

Groupe d'âge	Traitement
Chez les Enfants de 0–2 mois	Céfotaxime - pour le nouveau-né de moins d'une semaine : 200mg/kg/jour en IV répartis en 2 administrations pendant 10 jours - pour le bébé de plus d'une semaine : 300mg/kg/jour en IV répartis en 3 administrations pendant 10 jours En l'absence de la Céfotaxime utiliser la ceftriaxone. Ceftriaxone 100 mg/kg/jour une fois par jour pendant 7 jours en IV ou IM.
Chez les Enfants de plus de 2 mois	Ceftriaxone 100 mg/kg/jour une fois par jour sans dépasser 2g IM ou IV pendant 5 jours
Chez les Enfants de plus de 14 ans et les adultes	Ceftriaxone 2 g/ jour une fois par jour IM ou IV pendant 5 jours

Evacuer à un niveau de soins supérieur en l'absence d'amélioration dans les 48 heures ou en présence d'un coma ou de convulsions.

Pour les nouveau-nés, évacuer après l'administration de la première dose en milieu hospitalier.

- Le traitement en dose unique de la ceftriaxone n'est plus recommandé.
- En cas de traitement avec la ceftriaxone, l'administration de soluté contenant du calcium (Gluconate de Ca, Ringer lactate, ...) utilisé comme excipient dans certaines préparations pharmaceutiques est à l'origine d'interaction médicamenteuse parfois mortelle surtout chez les nouveaux nés.

En dehors de l'épidémie, la durée du traitement est de 7-10 jours pour tous les âges avec la ceftriaxone ou la céfotaxime et selon les mêmes posologies qu'au cours d'épidémie

Traitement adjuvant

Il fait appel à :

- une corticothérapie de 3 jours : à débiter immédiatement avant ou de façon concomitante à la première injection d'antibiotique.
 - o Chez l'adulte : dexaméthasone 10 mg toutes les 6 heures ou hydrocortisone 500mg/J en une seule injection ;
 - o Chez l'Enfant : dexaméthasone 0,5 à 1mg/kg/j en deux injections ou hydrocortisone 10 mg/kg/j en deux injections.
- une hydratation et une correction des troubles hydro électrolytiques ;
- un remplissage vasculaire si nécessaire ;
- un traitement antipyrétique en cas de fièvre;

un traitement des crises convulsives et une prévention des récides .

V. DIARRHEE AVEC DESHYDRATATION

SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DIARRHEE

Cas suspect :

Emission d'au moins 3 selles molles ou liquides au cours des dernières 24 heures, avec ou sans déshydratation.

Déshydratation légère – au moins 2 des signes suivants : agitation, irritabilité, yeux Enfoncés/creux, soif intense, peau qui se détend lentement après pincement, OU

Déshydratation grave – au moins 2 des signes suivants : léthargie ou perte de connaissance, yeux Enfoncés/creux, incapacité ou difficulté à boire, peau qui se détend très lentement après pincement.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par coproculture pour la mise en évidence des agents entéropathogènes ou par recherche d'antigène viraux.

Remarque : la confirmation par le laboratoire de l'agent pathogène spécifique à l'origine de l'épidémie n'est pas systématiquement recommandée à des fins de surveillance.

SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE DIARRHEE

2.1 Recherche des signes de déshydratation

Tableau 11: résumé de la recherche des signes de déshydratation

Action	Critères	A	B	C
1. Observer	Etat général	Normal	Agité et irritable	Léthargie ou inconscience
	Yeux	Normaux	Enfoncés	Enfoncés
	Soif	Boit normalement, pas soif	Assoiffé, boit avec avidité	Boit difficilement, incapable de boire
2. Palper	Pli cutané	S'efface rapidement	S'efface lentement	S'efface très lentement (plus de 2 secondes)
3. Conclure			Au moins 2 des signes de déshydratation	Au moins 2 des signes de déshydratation sévère
4. Agir		Plan A	Plan B	Plan C

2.2- Pour les Plans de Réhydratation

➤ Plan A: Traiter la diarrhée à domicile

Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile:

Donner davantage de liquides, continuer l'alimentation, donner du sulfate de zinc et quand revenir

1. DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES (autant que l'Enfant veut bien prendre)

☐ EXPLIQUER À LA MÈRE:

- Qu'il faut allaiter plus fréquemment au sein et prolonger la durée de la tétée..
- Que si l'Enfant est nourri uniquement au sein, il faut lui donner une solution de SRO ou de l'eau propre en plus du lait maternel.
- Que si l'Enfant n'est pas nourri uniquement au sein, il faut lui donner une ou plusieurs fois: solution de SRO, aliments liquides (potage, eau de riz, yaourt liquide), ou eau propre.

Il est crucial de donner une solution de SRO à domicile si:

- *l'Enfant était sous traitement par plan B ou C pendant la visite.*
- *l'Enfant ne peut pas être ramené au dispensaire si la diarrhée s'aggrave.*

☐ APPRENDRE À LA MÈRE COMMENT MÉLANGER ET ADMINISTRER LA SOLUTION SRO. DONNER À LA MÈRE 2 PAQUETS DE SOLUTION SRO À UTILISER À DOMICILE.

☐ MONTRER À LA MÈRE QUELLE QUANTITE DE LIQUIDE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE:

Jusqu'à 2 ans 50 à 100 ml après chaque selle liquide

2 ans et plus 100 à 200 ml après chaque selle liquide

Expliquer à la mère qu'il faut:

- Donner fréquemment à boire dans une tasse, par petites gorgées.
- Si l'Enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Continuer à donner davantage de liquides jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

2. CONTINUER L'ALIMENTATION

3. DONNER DU SULFATE DE ZINC

4. EXPLIQUER QUAND REVENIR

Plan B: Traiter les signes évidents de déshydratation avec une solution de SRO

Administrer, au dispensaire et sur une période de 4 heures, la quantité de solution de SRO recommandée

DÉTERMINER LA QUANTITÉ DE SRO À ADMINISTRER PENDANT LES 4 PREMIÈRES HEURES.

** N'utiliser l'âge de l'Enfant que si son poids n'est pas connu. La quantité approximative de solution de SRO nécessaire (en ml) peut aussi être calculée en multipliant le poids de l'Enfant (en kg) par 75.*

Tableau 12 estimation de la quantité de SRO selon l'âge et le poids

ÂGE*	Jusqu'à 4 mois	de 4 mois à 12 mois	de 12 mois à 2 ans	de 2 ans à 5 ans
POIDS	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - 19 kg
En ml	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

- Si l'Enfant veut davantage de solution de SRO, lui en donner plus.
Pour les Enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 100 - 200 ml d'eau propre pendant cette période.

MONTRER À LA MÈRE COMMENT DONNER LA SOLUTION DE SRO.

- Faire boire fréquemment l'Enfant à la tasse, par petites gorgées.
- Si l'Enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.
- Continuer à allaiter au sein quand l'Enfant réclame.

APRÈS 4 HEURES :

- Réexaminer l'Enfant et classer la déshydratation.
- Choisir le plan approprié pour continuer le traitement.
- Commencer à alimenter l'Enfant au dispensaire.

SI LA MÈRE DOIT PARTIR AVANT LA FIN DU TRAITEMENT :

- Lui montrer comment préparer la solution de SRO à domicile.
- Lui montrer combien de SRO elle doit donner pour finir le traitement de 4 heures à domicile.
- Lui donner assez de paquets de SRO pour terminer le traitement de réhydratation. Lui donner également 2 paquets, comme recommandé dans le Plan A.
- Expliquer les 4 règles du traitement à domicile :

1. DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES

Voir Plan A pour les liquides recommandés

2. CONTINUER L'ALIMENTATION

3. DONNER DU SULFATE DE ZINC :

1. Enfants de moins de 6 mois : 10 mg par jour pendant 14 jours
2. Enfants de plus de 6 mois : 20 mg par jour pendant 14 jours.

4. EXPLIQUER QUAND REVENIR

Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère.

SUIVRE LES FLECHES. SI LA REPONSE EST « OUI » FAIRE CE QUI EST INDIQUE A DROITE. SI LA REPONSE EST « NON » PASSER A LA QUESTION SUIVANTE :

COMMENCER

Commencer immédiatement la perfusion intraveineuse. Si l'Enfant est capable de boire, lui donner une solution de SRO par voie orale pendant que la perfusion est mise en place. Donner 100 ml/kg de solution de Ringer au lactate (ou si elle n'est pas disponible, une solution salée isotonique) comme suit

Tableau 13 :évaluation de la quantité de soluté à perfuser selon l'âge et la poids

Etes-vous en mesure de placer immédiatement une perfusion intraveineuse (IV) ?

NON

Le traitement IV est-il disponible dans les environs (dans les 30 minutes) ?

NON

Etes-vous formés pour utiliser une sonde nasogastrique pour la réhydratation ?

NON

Est-ce que l'Enfant est capable de boire ?

NON

Transférer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion intraveineuse ou traitement par sonde nasogastrique

AGE	Donner d'abord 30 ml/Kg en :	Puis donner 70 ml/Kg en :
Nourrissons (moins de 12 mois)	1 heure*	5 heures
Enfants (12 mois à 5 ans)	30 minutes*	2 ½ heures

* Renouveler une fois si le pouls est encore très faible ou imperceptible.

- Réexaminer l'Enfant toutes les 1-2 heures. Si l'hydratation ne s'améliore pas, accélérer la perfusion.
- Donner également une solution de SRO (environ 5 ml/Kg/h) aussitôt que l'Enfant est capable de boire (normalement après 3-4 heures pour les nourrissons ou 1-2 heures pour les Enfants).
- Réexaminer un nourrisson après 6 heures et un Enfant après 3 heures. Classer la
- Transférer d'URGENCE à l'hôpital pour perfusion intraveineuse.
- Si l'Enfant est capable de boire, donner à la mère une solution de SRO et lui apprendre à donner fréquemment des gorgées à l'Enfant en cours de route.

- Commencer la réhydratation à l'aide d'une sonde (ou par voie orale) et la solution de SRO : administrer 20 ml/kg pendant 6 heures (total : 120 ml/kg).
- Réexaminer l'Enfant toutes les 1-2 heures.
- En cas de vomissements répétés ou de distension abdominale. Administrer le liquide plus lentement.
- Si l'hydratation n'améliore pas l'état de l'Enfant après 3 heures, transférer l'Enfant pour perfusion intraveineuse
- Après 6 heures, réévaluer l'Enfant, classer la déshydratation. Ensuite, choisir le plan approprié (A, B, ou C) pour continuer le traitement.

REMARQUE :

- Si possible : garder l'Enfant en observation pendant 6 heures au moins après la réhydratation pour s'assurer que la mère peut maintenir l'hydratation en administrant à l'Enfant la solution de SRO par voie orale.

NB: Pour un Enfant qui passe du plan C au plan A n'administrer que le SRO pas d'autres liquides mais des aliments solides

VACCINER TOUT ENFANT MALADE, ET LUI DONNER DE LA VITAMINE A SI NECESSAIRE

2.3- Conseils d'hygiène pour rompre la chaîne de transmission des maladies diarrhéiques :

1. Lavage des mains avec de l'eau et du savon après avoir été à la selle, avant de préparer les repas, de manger ou de faire manger les Enfants.
2. Elimination des excréments : Chaque famille doit avoir accès aux latrines que tous les membres utilisent et maintiennent propres, les latrines doivent être distant d'au moins 15 m de la source d'eau. Contrairement à certaines croyances, les excréta des jeunes Enfants peuvent être source importante de contamination, d'où la nécessité d'éduquer les mères à ce sujet.
3. Elimination des ordures ménagères qui doivent être collectées dans des récipients fermés et transportées au dépotoir public loin des habitations et des sources d'eau.
4. Elimination des vecteurs : mouches et cafards doivent être éliminés par désinsectisation. Protéger également les aliments par un couvercle.
5. Encouragement de l'allaitement maternel exclusif chez les Enfants de moins de 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 24 mois.
6. Approvisionnement en eau saine : se procurer de l'eau traitée ou assainir l'eau
7. Stockage de l'eau : protéger l'eau stockée de toute contamination par des insectes en couvrant toujours les récipients et en évitant un contact avec mains lors du prélèvement.
8. Conseils diététiques

La diarrhée liquide aiguë est cause de déshydratation et contribue à la malnutrition. La raison de la mort d'un Enfant souffrant de diarrhée est souvent la déshydratation. Traiter l'Enfant avec une solution de SRO. En l'absence de cette solution, on peut également conseiller la préparation domestique d'une solution de réhydratation par voie orale selon la formule suivante :

- 1 litre d'eau potable
- 8 morceaux de sucre
- 1 cuillère à café rase de sel

(On peut ajouter du jus de citron ou de fruit)

Conseiller à la mère d'augmenter la consommation de liquides pendant toute la maladie :

Par exemple, donner du potage, de l'eau de riz, des yaourts liquides, du lait caillé ou de l'eau propre et de l'eau de t₀ délayé.

Continuer parallèlement l'alimentation qui doit être enrichie

Continuer l'allaitement au sein

Alimenter l'Enfant toutes les 3-4 heures (6 fois/jour)

Revoir l'Enfant pour une visite de suivi après 2 jours. **Si la diarrhée ne s'est pas arrêtée (l'Enfant a encore 3 selles liquides ou plus par jour)** : donner le traitement nécessaire, puis transférer l'Enfant à l'hôpital

2-4 Traiter la diarrhée persistante

2.4.1 diarrhée persistante chez l'enfant

Si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus. Rechercher les signes de déshydratation :

- Déshydratation présente. **DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE** : Traiter la déshydratation et REFERER l'Enfant
- Pas de déshydratation. **DIARRHÉE PERSISTANTE** : Donner des recommandations pour l'alimentation de l'Enfant :

Si l'Enfant est encore allaité au sein, allaiter plus fréquemment et plus longtemps, jour et nuit.

Si l'Enfant consomme un autre lait:

- remplacer ce lait en augmentant l'allaitement au sein OU
- remplacer ce lait par des produits laitiers fermentés, tels que le yaourt OU
- remplacer la moitié de ce lait par des aliments semi-solides très nutritifs.

Donner d'avantage de liquide (SRO), eau, eau de riz, bouillie liquide, pain de singe délayé

Donner un repas supplémentaire durant 1 semaine après l'arrêt de la diarrhée

Pour les autres aliments, suivre les recommandations pour l'alimentation de L'Enfant selon son âge.

Donner des multi vitamines plus aliments riches en sels minéraux pendant 14 jours

Donner des préparations traditionnelles (bouillies, jus de pain de singe, soupe de carotte, farine de néré délayé, bouillie de riz)

Donner des multivitamines et des sels minéraux

Donner du sulfate de zinc pendant 14 jours

Expliquer quand revenir immédiatement

Revoir dans 5 jours. Après 5 jours :

Si la diarrhée ne s'est pas arrêtée (l'Enfant a encore 3 selles liquides ou plus par jour), refaire une évaluation complète de l'Enfant. Donner le traitement nécessaire. Puis transférer l'Enfant à l'hôpital pour diarrhée persistante.

Si la diarrhée s'est arrêtée (l'Enfant a moins de 3 selles liquides par jour), dire à la mère de suivre les conseils d'alimentation appropriés pour l'âge de l'Enfant.

Dire à la mère de continuer à donner les multivitamines, les sels minéraux et le sulfate de zinc pour la diarrhée persistante.

DIARRHÉE PERSISTANTE CHEZ L'ADULTE

1. Augmenter la prise de liquides pour éviter la déshydratation. **(plan A, B ou C)**

2. Si absence de sang dans les selles et de fièvre :

- Traitement antibactérien empirique :

Cotrimoxazole ET Métronidazole :20mg/kg deux fois par jour. Consultation de contrôle après 7 jours.

- Si la réponse aux antibactériens est bonne, poursuivre sur 2 semaines la totalité du traitement.
- Si absence de réponse : Traiter avec : **Albendazole OU Mébendazole**.
- Si la diarrhée ne disparaît pas au bout de 2 semaines ou après le second traitement, Conseiller le test de dépistage du VIH.

Traitement antidiarrhéique si le patient est âgé.

Lopéramide 4mg, dose unique, puis 2mg après chaque selle liquide jusqu'à 16 mg/jour maximum.

- Conseils pour les soins spéciaux à apporter à la zone rectale :
 - En cas de douleur ano-rectale locale appliquer de la vaseline ou une pommade anesthésiante locale (gel de xylocaine)
 - En cas d'incontinence :
 - Utiliser de la vaseline ou du beurre de karité pour protéger la peau péri anale
 - Nettoyer la région ano-rectale après les selles avec du papier hygiénique doux humidifié
 - Si nécessaire, nettoyer la région ano-rectale à l'eau et au savon
 - Faire un bain de siège avec de l'eau tiède salée, à renouveler deux fois par jour.
- Conseils sur la nature du régime alimentaire pour les patients atteints de diarrhée :
 - La soupe de carottes aide à remplacer les vitamines et les sels minéraux. La soupe de carottes contient de la pectine. Elle calme l'intestin et stimule l'appétit.
 - Les tubercules (ignames, patates, manioc, taro...) et les céréales (riz, maïs, mil) peuvent aider à diminuer les diarrhées.
 - Manger des bananes et des tomates (pour le potassium)
 - Fractionner les repas au cours de la journée (5-6 petits repas plutôt que 3 gros)
 - Ajouter de la noix de muscade aux aliments
 - Éviter :
 - Le café, le thé, l'alcool et les épices
 - Les aliments crus, les aliments froids, les aliments riches en fibres, les aliments gras
 - Le lait et le fromage (le yaourt est mieux toléré).
- Surveiller le poids (le patient peut lui-même suivre la modification de poids avec ses vêtements).
- Effectuer un suivi régulier.

Si le patient est sous TARV, et la diarrhée persistante apparaît, s'assurer qu'il est **observant**. Le prendre en charge ou le référer l'échelon supérieur : Cela peut indiquer une toxicité du traitement ou que le TARV n'est pas efficace. Envisager la Tuberculose (TB si fièvre ou perte de poids : cela peut nécessiter une référence vers l'échelon supérieur

2-5 Diarrhée sanguinolente (Shigellose)

2-5-1 Définition de cas recommandée de diarrhée sanguinolente (shigellose)

Cas suspect :

Toute personne souffrant de diarrhée fébrile ($>37,5^{\circ}\text{C}$) avec présence de sang visible dans les selles

Cas confirmé :

Cas suspect avec coproculture positive pour *Shigella dysenteriae* type 1 (SD1).

2-5-2 Protocole de traitement des cas de diarrhée sanguinolente

- **Evaluer le degré de déshydratation, et réhydrater selon le tableau**

Administrer pendant 5 jours un Antibactérien oral, en tenant compte du niveau de sensibilité locale. Il existe de nombreuses résistances.

- **Obtenir un échantillon de selles** ou faire un prélèvement rectal pour confirmer l'épidémie de dysenterie à Sd1.
- **Administrer un antibiotique par voie orale :**

Ciprofloxacin 10 à 20 mg / kg / jour en 2 prises pendant 5 jours.

Si la réponse n'est pas favorable au bout des 5 jours associer

Métronidazole : Enfant. > 1 an : 125 mg toutes les 8 heures / 5 jours. Enfant. > 5 ans 125 à 375mg x 3 fois/j / 5 j. Ad. 500mg à 1g x 3 fois /j/5 j

Tableau 14: posologie de la *Ciprofloxacin* et du *Métronidazole* selon l'Age ou et le poids

Age ou poids	<i>Ciprofloxacin</i> 20 mg/kg x 2 fois par jour / 5 j	<i>Métronidazole</i> 20 mg/kg x 2 fois par jour / 5 j
< 6 kg (2 mois à 4 mois)	62,5mg	125mg
6 à 9 kg (4 mois à 12 mois)	125mg	200mg
9 à 13 kg (12 mois à 30 mois)	250mg	250mg
13 à 18 kg (30 mois à 5 ans)	375mg	375mg

VI. TUBERCULOSE

SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE TUBERCULOSE

Cas présumé de tuberculose

Il s'agit d'un patient qui présente un ou plusieurs symptômes ou signes évocateurs de la tuberculose.

Ce sont :

- une toux d'une durée supérieure à 14 jours (symptôme le plus fréquent) ;
- un amaigrissement ;
- une fièvre ;
- des sueurs nocturnes.

Pour la tuberculose extra pulmonaire, les signes varient en fonction du siège de la maladie.

- **Cas de tuberculose** : Tout patient pour lequel la tuberculose a été bactériologiquement confirmée ou a été diagnostiquée par un médecin.
- **Cas de tuberculose confirmée bactériologiquement**

Il s'agit d'un malade dont la positivité de l'échantillon biologique a été établie par examen microscopique de frottis, la culture ou les tests de diagnostic rapide (TDR) par exemple le Xpert MTB/RIF (confère diagnostic bactériologique de la TB).

- **Cas de tuberculose diagnostiquée cliniquement**

C'est un sujet qui ne remplit pas les critères de confirmation bactériologique, mais chez qui la forme évolutive a été diagnostiquée par un médecin, lequel a décidé de mettre en place un traitement antituberculeux complet.

Cette définition englobe les cas diagnostiqués sur la base d'anomalies radiographiques ou d'une histologie évocatrice et les cas extrapulmonaires non confirmés en laboratoire.

Les cas diagnostiqués cliniquement dont la positivité bactériologique est établie par la suite (avant ou après la mise en route du traitement) doivent être reclassés comme cas confirmés bactériologiquement

SECTION 2. PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES CAS DE TUBERCULOSE

Le seul traitement efficace de la tuberculose est une poly chimiothérapie adéquate, les médicaments utilisés par le protocole national sont au nombre de 5.

Tableau 15 : présentation des antituberculeux en fonction de forme galénique et du dosage

Médicaments	Code international	Présentation et dosage
Streptomycine	S	Poudre pour préparation Injectable : 1g
Rifampicine	R	Comprimé 150 mg, 300 mg
Isoniazide	H	Comprimé 100 mg, 150 mg
Pyrazinamide	Z	Comprimé 400mg, 500 mg
Ethambutol	E	Comprimé 400 mg

Plusieurs de ces médicaments se présentent sous forme d'association. La posologie des médicaments pour le traitement des cas ci-dessus cités est indiquée dans le tableau ci-dessous [12].

Tableau VII : Posologie des médicaments pour le régime de traitement des cas de TB pharmacosensible chez l'adulte et l'enfant de 25 kg et plus

Poids du malade	Tous les jours le 1 ^{er} et le 2 ^{em} mois	Tous les jours du 3 ^{em} au 6 ^{em} mois
	RHZE 150/75/400/275 mg	RH 150/75 mg
25-39 kg	2 cp	2 cp
40-54 kg	3 cp	3 cp
55-70 kg	4 cp	4 cp
> 70 kg	5 cp	5 cp

2.1 Traitement des patients atteints de TB extrapulmonaire pharmacosensible chez l'adulte et l'enfant de 25 kg et plus

Le régime de traitement des TEP est en principe le même que celui de la forme pulmonaire.

Cependant, certains cas de TEP peuvent demander une modification dans la durée comme indiqué dans le tableau VII.

Le régime de traitement des formes extrapulmonaires varie en fonction de la localisation. N'importe quel organe peut être atteint. En plus du traitement antituberculeux, les formes graves doivent faire l'objet d'une prise en charge particulière. L'utilisation des corticostéroïdes comme thérapie adjuvante de la chimiothérapie antituberculeuse est recommandée en cas de péricardite, de méningite tuberculeuse ou de tuberculose endo-bronchique.

Tableau VIII : Régimes de traitement pour certains cas de TEP pharmacosensible

Forme de TEP	Régime recommandé	Traitement adjuvant
Tuberculose pleurale	2(RHZE) /4(RH)	Corticothérapie possible
Tuberculose ganglionnaire	2(RHZE) /4(RH)	
Tuberculose abdominale	2(RHZE) /4(RH)	Hospitalisation
Méningite tuberculeuse	2(RHZE)/10(RH)	Hospitalisation + corticothérapie
Mal de Pott et autres formes osseuses	2(RHZE)/10(RH)	Pas de corticothérapie
Péricardite tuberculeuse	2 (RHZE)/4(RH)	Hospitalisation + corticothérapie

Dans tous les cas, le médecin traitant devrait prendre l'avis d'un spécialiste.

2.2 Traitement des nouveaux cas. « Traitement de première ligne ».

Doivent bénéficier du régime de première ligne les patients classés comme nouveaux cas, transfert de première ligne et autres cas de première ligne.

Le schéma de traitement est identique quelle que soit la forme de tuberculose et doit être adapté en fonction de l'âge et du poids des malades :

- Adulte et Enfant de plus de 20 kg De 25 kg et plus : 2 RHZE / 4 RH
- Enfant de moins de 25 kg 20 kg : 2(RHZ)E / 4(RH) 2(RHZ)E \ 4 RH

Cette codification internationale signifie qu'il existe une première phase de deux (2) mois, avec quatre (4) antituberculeux (RHZE), et une deuxième phase de quatre (4) mois avec deux antituberculeux (RH).

La stratégie thérapeutique est la DOTS (Directly Observed Treatment of Short course) c'est-à-dire une supervision quotidienne de la prise des médicaments pendant toute la durée du traitement. Les médicaments doivent être donnés chaque jour et avalés devant le personnel de santé au moins pendant les 2 premiers mois. L'hospitalisation ou l'hébergement sera donc nécessaire pour les malades qui ne peuvent pas se rendre quotidiennement au centre de traitement pour y prendre leurs médicaments.

Le passage en deuxième phase se fait à la fin du deuxième mois. Pour les patients qui présentent encore une expectoration positive en fin de première phase, on poursuit le traitement de première phase encore un mois, puis on fait le contrôle bacilloscopique (fin du 3^{ème} mois) et on passe en deuxième phase quel que soit le résultat de cette bacilloscopie.

2.3 Régime de retraitement ou « Traitement de deuxième ligne »

Doivent bénéficier du régime de retraitement les patients classés comme rechute, échec, reprise après abandon, transfert de deuxième ligne et autre cas de deuxième ligne. Ces patients étant fortement suspectés de porter des bacilles résistants, le régime associé : 2 S (RHZE) /1RHZE/ 5 [(RHE)] (8 mois sous supervision).

Cette codification internationale signifie qu'il existe une première phase de trois mois dont deux mois avec 5 antituberculeux S, (RHZE) et un mois avec quatre antituberculeux (RHZE) ; et cinq mois avec trois antituberculeux dont RHE :

- Femmes enceintes (retraitement) : 3 (RHZE) / 5 [(RH)]
- Chez l'Enfant : 2 S(RHZE) / 1 (RHZE) / 5 (RH)

NB : Proposez un test de dépistage du VIH à tout patient tuberculeux.

Tous les patients co-infectés Tuberculose/VIH doivent bénéficier d'un traitement prophylactique par *Cotrimoxazole* (960 mg) par jour.

2.4 PREVENTION PAR L'ISONIAZIDE

La chimioprophylaxie par Rifampicine et a l'Isoniazide (RH) consiste à donner à un individu à risque de faire la tuberculose maladie, tous les jours pendant 3 mois. Ceci lui évite de développer une tuberculose maladie lorsqu'il s'infecte ou lorsqu'il héberge des BK quiescents.

Les cibles pour la chimioprophylaxie par Rifampicine et a l'Isoniazide sont les Enfants âgés de moins de 5 ans en contact avec un cas TPM+ (mg/kg/jour) et les PvVih en contact avec un cas TPM+ (5 mg/kg/jour).

La chimioprophylaxie peut aussi Doit être prescrite selon décision d'un médecin après avoir éliminé une TB active.

2.5 RECHERCHE DES CAS CONTACTS

La recherche active de la tuberculose doit se faire chez les personnes à haut risque de tuberculose suivantes : les personnes en contact avec un tuberculeux pulmonaire à microscopie positive et les PvVIH et les prisonniers tousseurs. Elle consiste à identifier activement les suspects de tuberculose et leur proposer un examen de crachats.

2.6 CONTRÔLES BASCILLOSCOPIQUES

- Contrôle à la fin du deuxième mois (M2)

C'est le premier contrôle à effectuer pour tous les cas frottis positifs en traitement de première ligne et les cas de tuberculose pulmonaire diagnostiques cliniquement P\DC. Quel que soit le résultat le malade passe en deuxième phase de traitement. S'il est positif au contrôle de deuxième mois, le malade passe en deuxième phase mais il fera un nouveau contrôle au 3ème mois.

- Contrôle à la fin du troisième mois (M3)

Il est effectué chez les malades qui suivent le régime de 1ere ligne et qui sont encore positifs à M2.

Le M3 est le premier pour les malades en retraitement. Quel que soit le résultat, le malade passe à la deuxième phase avec le RHE.

- Le contrôle à M5 se fait aussi bien pour les nouveaux malades que pour ceux en retraitement. Les nouveaux malades positifs (confirmés par une deuxième bacilloscopie positive) sont considérés comme échecs et doivent passer en régime de retraitement.

- Chez les cas de retraitement, deux frottis positifs au 5ème mois signifient que le malade est maintenant un échec au retraitement.
 - Contrôle en fin de traitement (M6 ou M8)
- Pour les nouveaux cas de tuberculose Confirmer bacteriologiquement à microscopie positive ce contrôle est fait au 6ème mois. S'il est négatif, le malade est déclaré guéri et on arrête le traitement.
 - Si l'examen du 6ème mois est positif (confirmé par une deuxième bacilloscopie positive), il s'agit d'un cas d'échec au traitement.

- Contrôle en fin de traitement (M6 ou M8)
- Chez les cas de retraitement, un contrôle positif au 8ème mois (confirmé par une deuxième bacilloscopie positive) signifie que le malade est devenu un échec au retraitement.

Un cas d'échec au retraitement est un malade suspect de TB-MR et il doit être pris en charge en concertation avec les services de pneumo-phtisiologie.

VII. L'INFECTION A VIH /SIDA

SECTION 1 : DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE L'INFECTION A VIH /SIDA

La Classification du SIDA OMS 2006 tableau ci-dessous

Tableau 16: Classification OMS 2006 pour les adultes, les adolescents et les Enfants

Adulte et adolescent	Enfant
Stade clinique 1	
- Asymptomatique - Lymphadénopathie généralisée persistante	- Asymptomatique - Lymphadénopathie généralisée persistante
Stade clinique 2	
- Perte de poids modérée inexpliquée (<10 % du poids du corps estimé ou mesuré) - Infections récurrentes des voies respiratoires (sinusite, amygdalite, otite moyenne, pharyngite) - Zona - Chéilite angulaire - Ulcérations buccales récurrentes - Éruption papulaire prurigineuse - Infections fongiques de l'ongle - Dermite séborrhéique	- Hépto splénomégalie persistante inexpliquée - Infections récurrentes ou chroniques des voies respiratoires supérieures (otite moyenne, otorrhée, sinusite, amygdalite) - Zona - Érythème gingival linéaire - Ulcérations buccales récurrentes - Éruption papulaire prurigineuse - Infections fongiques de l'ongle - Infection verruqueuse extensive d'origine virale - Molluscum contagiosum extensif - Augmentation du volume des parotides persistante et inexpliquée
Stade clinique 3	
- Perte de poids sévère inexpliquée (>10 % du poids du corps estimé ou mesuré) - Diarrhée chronique inexpliquée depuis plus d'un mois - Fièvre persistante inexpliquée (intermittente ou constante, depuis plus d'un mois) - Candidose buccale persistante - Leucoplasie chevelue de la cavité buccale - Tuberculose pulmonaire - Infections bactériennes graves (par exemple pneumonie, empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, bactériémie) - Stomatite, gingivite ou parodontite aiguë nécrosante - Anémie (<8 g /dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹ /l) et / ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10⁹ /l) inexpliquées	- Malnutrition modérée inexpliquée ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard - Diarrhée persistante inexpliquée (14 jours ou plus) - Fièvre persistante inexpliquée (supérieure à 37,5°C, intermittente ou constante, depuis plus d'un mois) - Candidose buccale persistante (après les six premières semaines de vie) - Leucoplasie chevelue de la cavité buccale - Tuberculose ganglionnaire - Tuberculose pulmonaire - Pneumonies bactériennes sévères récurrentes - Gingivite ou parodontite aiguë nécrosante ulcéral - Anémie (<8 g /dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹ /l) ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10⁹ /l) inexpliquées - Pneumonie interstitielle lymphocytaire symptomatique - Pathologie pulmonaire chronique associée au VIH, notamment la bronchiectasie
Stade clinique 4	
- Syndrome cachectique dû au VIH Pneumonie à <i>pneumocystis (jirovecii)</i> - Pneumonies bactériennes sévères récurrentes - Infection chronique à herpès simplex (bucco-labiale, génitale ou ano-rectale d'une durée supérieure à un mois, ou viscérale quelle que soit la localisation)	- Émaciation sévère inexpliquée, retard de croissance sévère inexpliqué ou malnutrition sévère inexpliquée ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard - Pneumonie à <i>Pneumocystis (jiroveci)</i>

▪ Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire) ▪ Tuberculose extra pulmonaire ▪ Sarcome de Kaposi ▪ Infection à cytomégalo­virus (rétinite ou infection d'autres organes) ▪ Toxoplasmose du système nerveux central ▪ Encéphalopathie à VIH ▪ Cryptococcose extra pulmonaire, y compris la méningite ▪ Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée ▪ Leuco encéphalopathie multifocale progressive ▪ Cryptosporidiose chronique ▪ Isosporose chronique ▪ Mycose disséminée (histoplas­mose extrapulmonaire, coccidioïdomycose) ▪ Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B) ▪ Néphropathie ou myocardiopathie symptomatique associée au VIH ▪ Septicémie récurrente (y compris à <i>Salmonella</i> non typhoïdique) ▪ Carcinome invasif du col de l'utérus ▪ Leishmaniose atypique disséminée	▪ Infections bactériennes sévères récurrentes (par exemple : empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, mais ne comprenant pas la pneumonie) ▪ Infection chronique à herpès simplex (bucco-labiale ou cutanée d'une durée supérieure à un mois, ou viscérale quelle que soit la localisation) ▪ Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire) ▪ Tuberculose extra pulmonaire autre que ganglionnaire ▪ Sarcome de Kaposi ▪ Infection à cytomégalo­virus (rétinite ou infection d'autres organes, débutant après l'âge d'un mois) ▪ Toxoplasmose du système nerveux central (après la période néonatale) ▪ Encéphalopathie à VIH ▪ Cryptococcose extra pulmonaire, y compris la méningite ▪ Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée ▪ Leuco encéphalopathie multifocale progressive ▪ Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée) ▪ Isosporose chronique ▪ Mycose endémique disséminée (histoplas­mose extrapulmonaire, coccidioïdomycose, pénicillino­se) ▪ Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B) ▪ Néphropathie ou myocardiopathie associée au VIH
--	---

**** Syndrome cachectique du VIH** = Perte de poids involontaire inexplic­quée (>10%) avec cachexie évidente ou IMC < 18,5.

Ainsi que Diarrhées chroniques inexplic­quées (pertes aqueuses ou selles liquides 3 fois /jour ou plus) sur une période > 1 mois.

Ou Fièvre ou sueurs nocturnes pendant plus d'un mois sans autres causes identifiées et ne répondant pas au traitement antibiotique ou antipaludique. Le diagnostic ou paludisme doit être éliminé dans les zones impaludées.

Ou Une perte de poids documentée (plus de 10% du poids du corps) associée à deux selles non-moulées ou plus, pour lesquelles la recherche de germes est négative,

Ou Une température documentée dépassant les 37,6° Celsius sans autres causes, avec hémoculture négative, goutte épaisse négative et une radio pulmonaire normale ou inchangée.

1-1 DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH

1-1-1 Diagnostic Chez le nourrisson ou enfant de moins de 18 mois

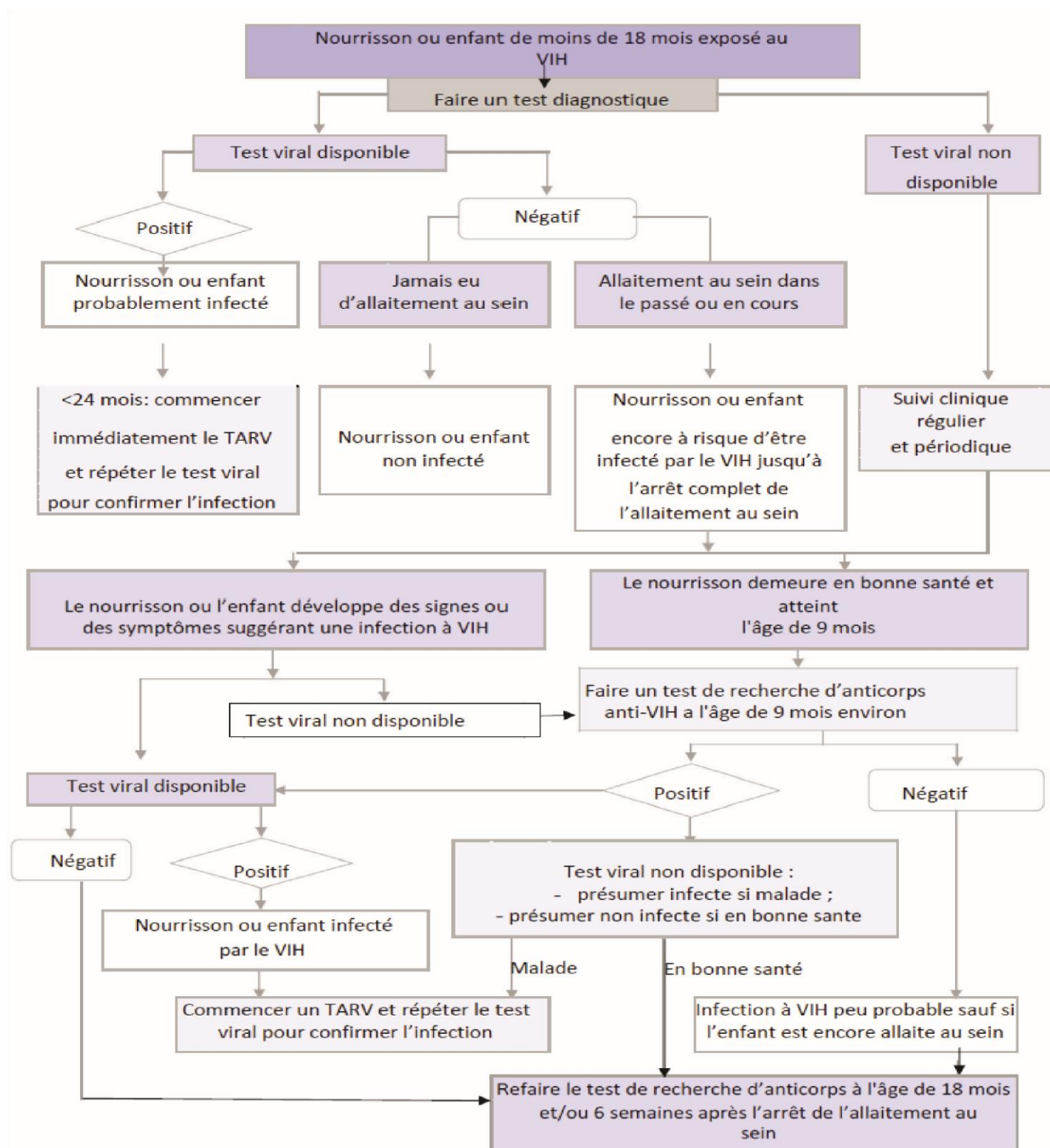


Figure 1 : algorithme de diagnostic de l'infection à VIH chez l'Enfant de moins de

1-1-2 Diagnostic Chez l'adulte

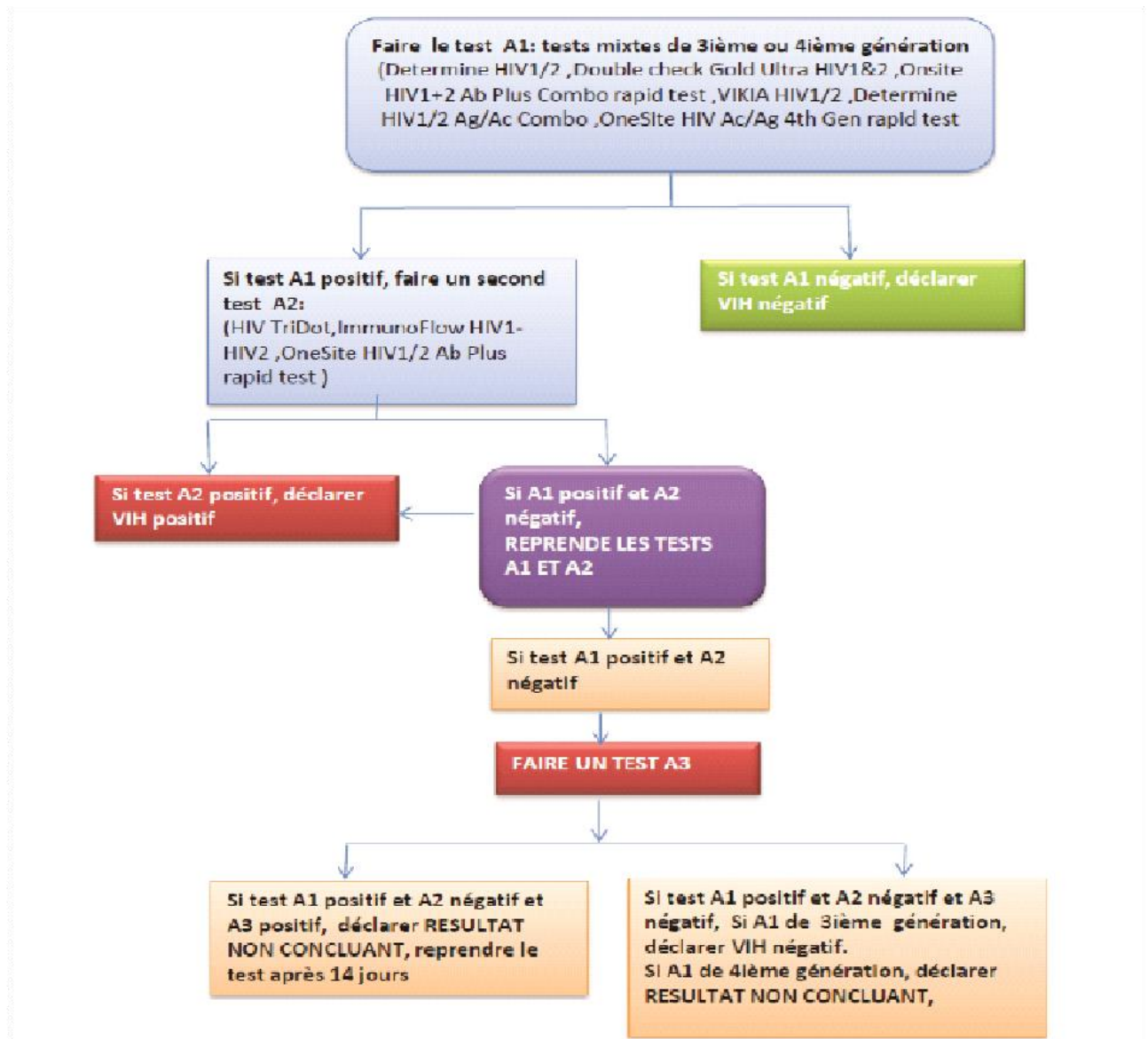


Figure 2 : algorithme pour le diagnostic du VIH

SECTION 2 : TRAITEMENT AUX ARV

2-1 Les conditions d'initiation du traitement ARV

Il est nécessaire de :

- S'assurer de la sérologie VIH (type 1 ou 2 ou 1+2) ;
- Faire un bilan clinique et biologique ;
- Traiter et stabiliser les infections opportunistes ;
- Préparer le patient avant la mise en route du traitement pour réunir les conditions optimales en vue d'une observance adéquate et d'une efficacité prolongée. L'équipe de prise en charge organise deux à trois consultations d'observance d'éducation thérapeutique (ETP) pour une discussion avec le patient.

Elle doit notamment :

- lui donner des explications simples en adaptant son vocabulaire ;
- présenter les différentes options thérapeutiques ;
- apprécier la motivation du patient à être traité, son degré de compréhension, son propre projet thérapeutique, ses craintes éventuelles ;
- parler des contraintes du traitement et des modalités de surveillance ;
- expliquer les conséquences d'une mauvaise observance.

2-2 Critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV

Initier le traitement ARV chez tout patient dépisté séropositif au VIH* quel que soit le taux de CD4 et le stade clinique OMS.

* Tester à nouveau pour vérifier un diagnostic positif du VIH

2-3 Choix des ARV

Tableau 17: Choix des molécules de première ligne pour le VIH1.

Première ligne ARV	Schémas
Schéma recommandé	TDF / FTC / EFV
Schémas alternatifs	AZT / 3TC + EFV (ou NVP) TDF / FTC + NVP TDF / FTC + DTG TDF / 3TC / DTG AZT / 3TC + DTG

NB : Le TDF peut être remplacé par le TAF si disponible

Première ligne ARV	Schémas
Schéma recommandé	TDF / FTC + LPV/r
Schémas alternatifs	AZT / 3TC + LPV/r

2-3-1 Posologie des ARV et précautions à prendre

Tableau 18: posologie des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse(INTI)

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	
Abacavir (ABC)	300 mg deux fois par jour ou 600 mg une fois par jour
Emtricitabine (FTC)	200 mg une fois par jour
Lamivudine (3TC)	150 mg deux fois par jour ou 300 mg une fois par jour
Zidovudine (AZT)	200-300 mg deux fois par jour
Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INTI)	
Ténofovir (TDF)	300 mg une fois par jour
Ténofovir alafénamide (TAF)	25 mg une fois par jour
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	
Éfavirenz (EFV)	600 mg une fois par jour
Névirapine (NVP)	200 mg une fois par jour pendant 14 jours, puis 200 mg deux fois par jour
Étravirine(ETV)	200 mg deux fois par jour
Rilpivirine*(RPV)	25 mg une fois par jour
Inhibiteurs de la protéase (IP)	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100mg deux fois par jour
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	800 mg+100 mg une fois par jour ou 600 mg+100mg deux fois par jour
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	300 mg+100mg une fois par jour
Ritonavir (RTV)	100 mg posologie fonction de l'association
Fosamprenavir(FPV/r)	700 mg+100 mg deux fois par jour
Inhibiteur de l'intégrase (II)	
Raltégravir (RAL)	400 mg deux fois par jour
Dolutégravir (DTG)	50 mg deux fois par jour
Inhibiteur de la fusion/CCR5	
Enfuvirtide* (T20)	90 mg 2 fois par jour Injectable voie sous cutanée
Maraviroc*(MVC)	150 à 600 mg 2 fois par jour

*Les molécules en astérisque sont celles qui ne sont pas disponibles au Burkina Faso

Tableau 19 : Posologies, principales précautions d'emploi et principaux effets secondaires des antirétroviraux

DCI	Posologies	Précautions	Effets indésirables
Zidovudine (ZDV ou AZT)	300 mg x 2 / j	CI si Hb < 7,5 g/dl ou PN < 750/mm ³	Toxicité hématologique, Myopathies mitochondriales
Lamivudine (3TC)	150 mg x 2 / j Ou 300 mg en une prise	Tenir compte d'une éventuelle co-infection par le VHB en l'associant avec le Ténofovir	Effets indésirables de faible intensité et transitoires
Abacavir (ABC)	300 mg x 2 / j ou 600 mg x 1/j	Au repas	Réactions d'hypersensibilité
Emtricitabine (FTC)	200 mg x 1/J	Tenir compte d'une éventuelle co-infection par le VHB en l'associant avec le Ténofovir	Effets indésirables de faible intensité et transitoires
Ténofovir (TDF)	300 mg/j au cours d'un repas	Prise régulière de la TA Dosage de la créatinine et de la clairance Contre-indication : clairance < 50 ml/mn, diabète ancien, HTA non contrôlée, insuffisance rénale.	Hypophosphorémies, Syndrome de Fanconi (exceptionnel)
Ténofovir alafénamide (TAF)	25 mg une fois par jour	Contre-indiquée si clairance de la créatinine < 30 ml/min. Interactions médicamenteuses avec le cobicistat	Augmentation significativement plus importante des paramètres lipidiques (cholestérol total, fractions LDL et HDL et triglycérides) sous TAF que sous TDF
Efavirenz (EFV)	600 mg en une prise	A prendre de préférence au coucher	Rash, Atteintes neurosensorielles
Névirapine (NVP)	200 mg en une prise pendant 14 jours puis 200 mg 2fois/j	Introduire une demi dose de NVP pendant 2 semaines puis passer à la dose normale après contrôle des transaminases	Toxicité cutanée y compris des formes sévères (Stevens-Johnson ; Lyell), Hépatites d'hypersensibilité
Etravirine (ETV)	200 mg deux fois par jour	Contre-indications : Patient de plus de 65 ans, insuffisance hépatique sévère	Toxicité cutanée, réaction d'hypersensibilité sévère.
Ritonavir (RTV)	100 mg deux fois par jour	Uniquement comme booster	Manifestations digestives parfois intenses, Paresthésies péri-buccales

Tableau 20 : Posologies, principales précautions d'emploi et principaux effets secondaires des antirétroviraux(suite)

Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)	400/100 mg x 2/j	Au repas	Troubles digestifs
Darunavir (DRV) +Ritonavir (DRV/r)	600 mg/100 mg deux fois par jour	au repas	Troubles digestifs, rash cutané, troubles lipidiques
Atazanavir (ATV) + Ritonavir (RTV)	300 mg/100 mg une fois par jour	au repas	Symptômes neurologiques périphériques, maux de tête, insomnie, vomissement, diarrhée, douleur abdominale, nausée, dyspepsie, ictère, rash, syndrome lipodystrophique, asthénie
Raltégravir (RAL)	400 mg deux fois par jour	A jeun de préférence	Vertiges, arthralgie, asthénie, douleurs abdominales, prurit, cytolysé hépatique
Dolutégravir (DTG)	50 mg une fois par jour si le patient est naïf d'INI 50 mg deux fois par jour dans les situations à risque de résistance aux autres INI	Adultes et adolescents à partir de 12 ans Innocuité non prouvée chez la femme enceinte	Vertiges, hypersensibilité à type d'éruption cutanée, atteinte hépatique sévère

2-4 DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS OPPORTUNISTES

Le diagnostic des affections opportunistes répond au tableau ci-dessous :

Tableau 21: Diagnostic et traitement des infections et affections opportunistes chez l'adulte infecté par le VIH.

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Affections pulmonaires				
Tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée	Toux persistante, fièvre, expectoration muco-purulente, amaigrissement, sueurs nocturnes, autres symptômes respiratoires ou généraux.	Xpert Crachat BAAR Culture	Protocole national : Patient pharmaco-sensible : 2 (RHZE)/4 (RH) (confère co infection TB-VIH, chapitre VII)	CSPS* CM** CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Tuberculose pulmonaire cliniquement diagnostiquée	Toux persistante, fièvre, expectoration muco-purulente, amaigrissement, sueurs nocturnes, autres symptômes respiratoires ou généraux.	Crachat BAAR (2 séries négatives) Radiographie pulmonaire	Protocole national : Patient pharmaco-sensible : 2 (RHZE)/4 (RH) (confère co infection TB-VIH chapitre VII)	CSPS* CM** CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Tuberculose extrapulmonaire (TEP)	Fièvre, amaigrissement, autres symptômes généraux liés à la localisation.	Recherche de BAAR et culture dans les liquides pathologiques (pleural, ascite, pus ganglionnaire) Radiographie Echographie (rechercher une forme Pulmonaire bactériologiquement confirmée) Examen anatomopathologique	Protocole national : Patient pharmaco-sensible : 2 (RHZE)/4 (RH) (confère co infection TB-VIH chapitre VII)	CSPS* CM** CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Pneumonie à Pneumocystis jiroveci (PCP)	Dyspnée et/ou toux sèche, fièvre	Lavage broncho alvéolaire, coloration au GIEMSA Radiographie pulmonaire LDH	Traitement de 1er choix : - CTX cp 800/160 mg: 6 cp/j en 3 prises, pdt 21j ou	CM** CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

			- CTX inj. : 25/5 mg/kg en perfusion toutes les 8 heures (sans dépasser 12 ampoules/j) Prendre le relais avec la voie orale dès que possible Alternative : Atovaquone suspension buvable : 750 mg x 2/j, pdt 21 jours En cas de dyspnée sévère : Une corticothérapie est recommandée	
Affections systémiques				
Mycobactérioses atypiques	Fièvre, amaigrissement, autres symptômes généraux liés à la localisation.	Culture	Traitement en fonction du germe isolé	CSPS* CM** CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Affections dermatologiques				
Leishmaniose cutanée diffuse	Lésions nodulaires ulcérées	Frottis pour examen parasitologique Examen anatomopathologique	Molécule: antimoniate de méglumine Posologie: J1 = 15 mg/Kg J2 = 30 mg/Kg J3 = 45 mg/kg J4 à J30 = 60 mg/Kg 3 cures espacées de 2 semaines chacune. Surveillance: Clinique: évolution des lésions cutanées Biologique: les transaminases hépatiques (GOT/GPT) ; la créatininémie ; NFS ; ECG.	CM** CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

Tableau 22: Critères d'initiation, molécules indiquées et niveau de soins pour l'application de la prévention primaire des infections opportunistes au CTX / Dapsone

Critères	Molécules		Niveaux de soins			
	1 ^{er} choix	Alternatif	CSPS/ Cabinet de soins infirmier	CM, CMA/ Clinique	CHR/ Polycli nique	CHU
si CD4 non disponibles: - stade clinique 2, 3 ou 4 si CD4 disponibles - stade clinique 1 ou 2 : CD4 < 350/mm ³ - stade clinique 3 ou 4 quel que soit le taux de CD4 - en cas de co-infection TB/VIH quel que soit le taux de CD4 durant le traitement antituberculeux.	Cotrimoxazole (CTX) 800/160 mg/j (en 1 prise)	Dapsone * 100 mg/j	+	+	+	+

*La Dapsone protège uniquement contre la pneumocystose.

Tableau 23: Prophylaxie secondaire des infections opportunistes

Indications	Traitement		Niveaux			
	1er choix	Alternatif	CSPS/ Cabinet de soins infirmiers	CM, CMA/ Clinique/ centres médicaux des armées	CHR/ Poly- clinique	CHU/ Hôpital privé
Episode antérieur de pneumocytose	CTX 800/160 mg/j	Dapsone : 100mg/j	-	+	+	+
Episode antérieur de toxoplasmose	Pyriméthamine 25 mg/j + sulfadiazine 2 g/j + acide folinique 25 mg x 3 /s ou Pyriméthamine 25 mg/j + clindamycine 600 mg x 2/j + acide folinique 25 mg x 3 /s	CTX : 800/160 mg/j	-	+	+	+
Episode antérieur de cryptococcose	Fluconazole 200-400 mg/j	Itraconazole : 200 mg/j	+	+	+	+
Lésions herpétiques Sévère (herpès génital géant invalidant chez un patient avec des lymphocytes CD4 < 100/mm3) ou fréquemment récurrentes (> 4 à 6 épisodes /an) ou chroniques	Acyclovir 200mg x 4/j	Valaciclovir: 500 mg x 2 /j	-	+	+	+
Episode antérieur d'Isosporose	CTX 800/160 mg/j	Pyriméthamine 25 mg/j+ acide folinique 5 mg/j	-	+	+	+

Algorithme de diagnostic et traitement de certains symptômes liés au VIH

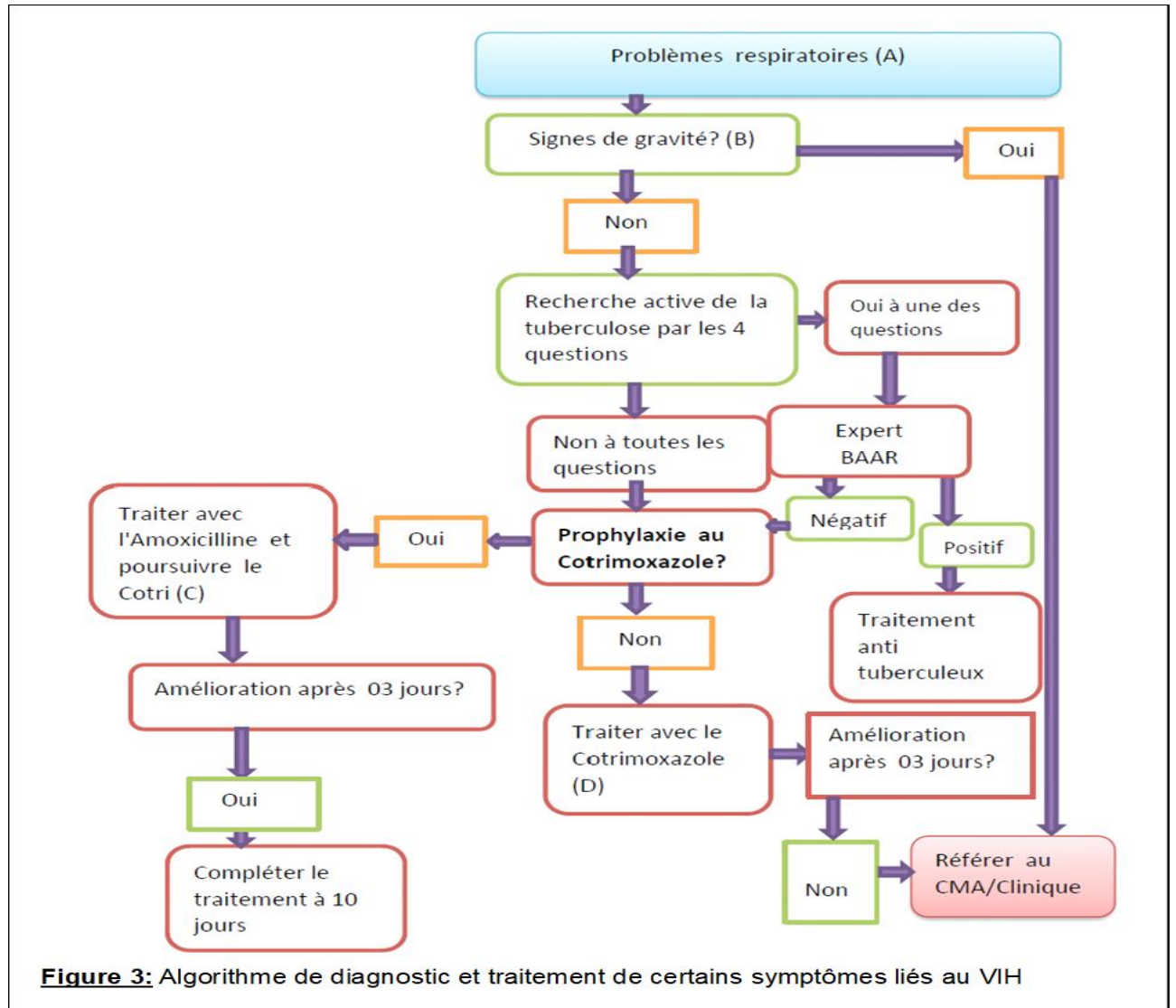


Figure 3: Algorithme de diagnostic et traitement de certains symptômes liés au VIH

ARBRE DECISIONNEL DEVANT UNE DIARRHÉE CHRONIQUE CHEZ UN SUJET INFECTÉ PAR LE VIH AU CSPS/CABINET DE SOINS

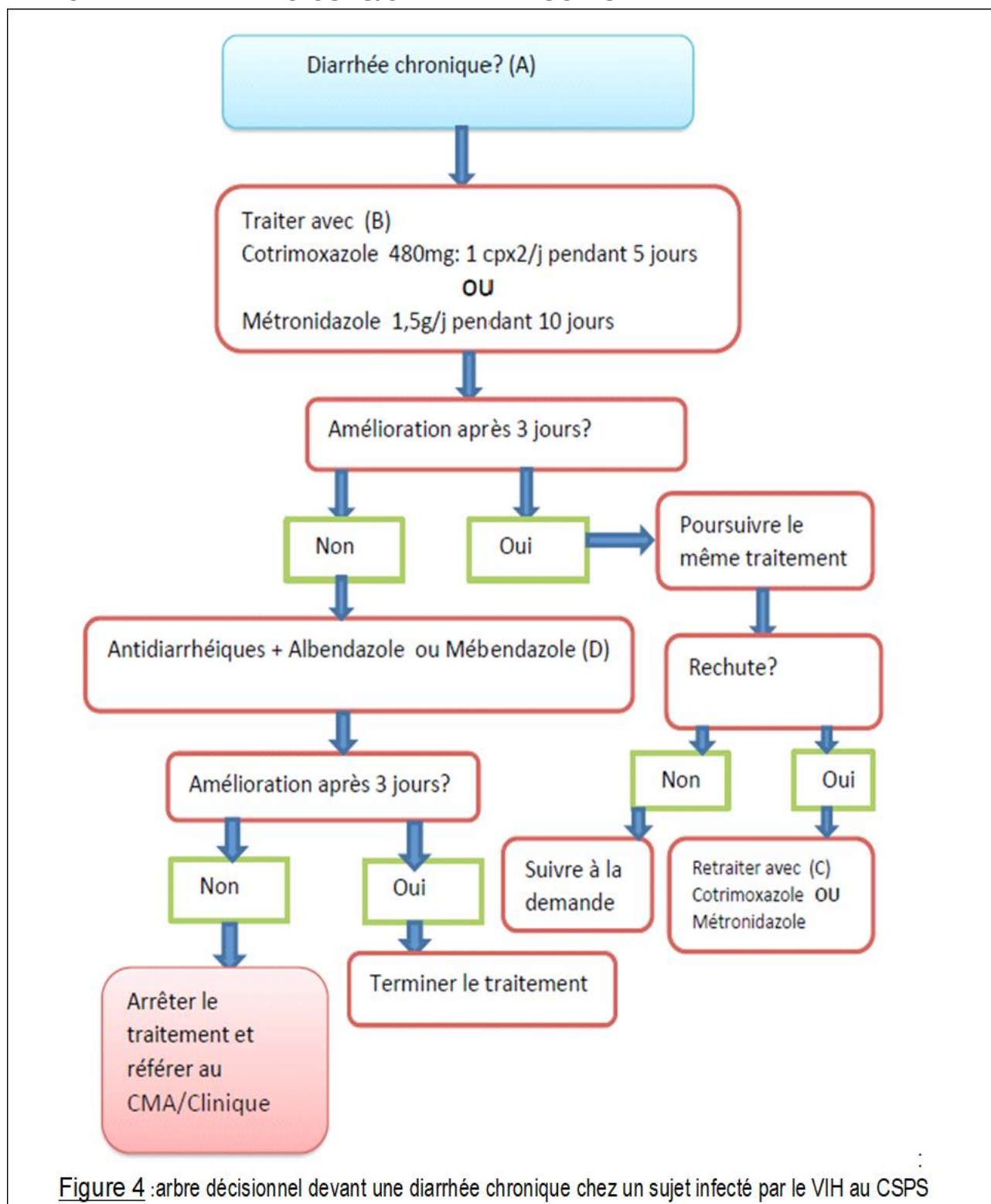


Figure 4 : arbre décisionnel devant une diarrhée chronique chez un sujet infecté par le VIH au CSPS

ARBRE DECISIONNEL DEVANT DES CEPHALEES CHEZ UN SUJET INFECTE PAR LE VIH AU CSPS/CABINET DE SOINS

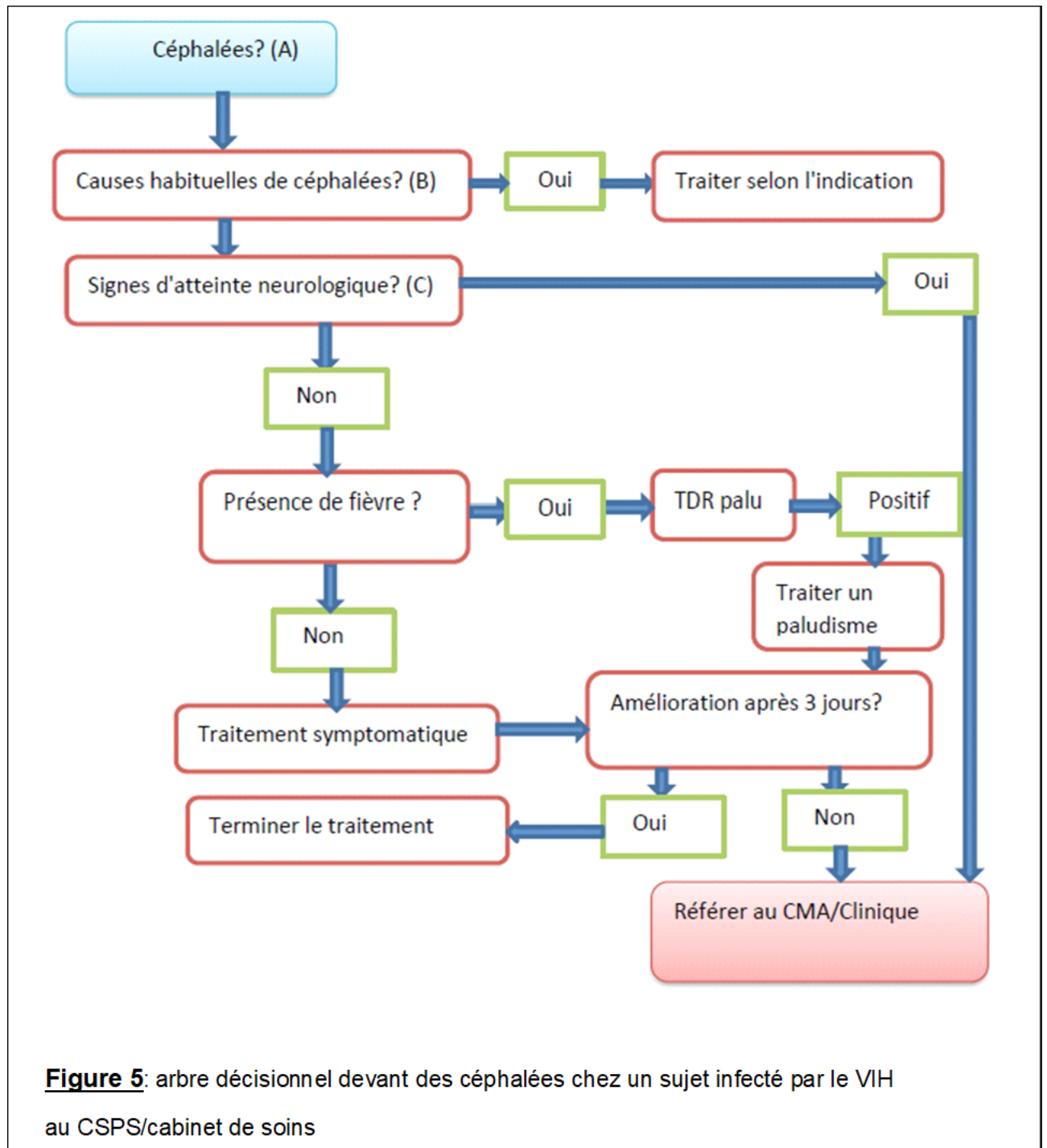


Figure 5: arbre décisionnel devant des céphalées chez un sujet infecté par le VIH au CSPS/cabinet de soins

ARBRE DECISIONNEL DEVANT UNE FIEVRE D'ORIGINE INDETERMINEE AU CSPS/CABINET DE SOINS

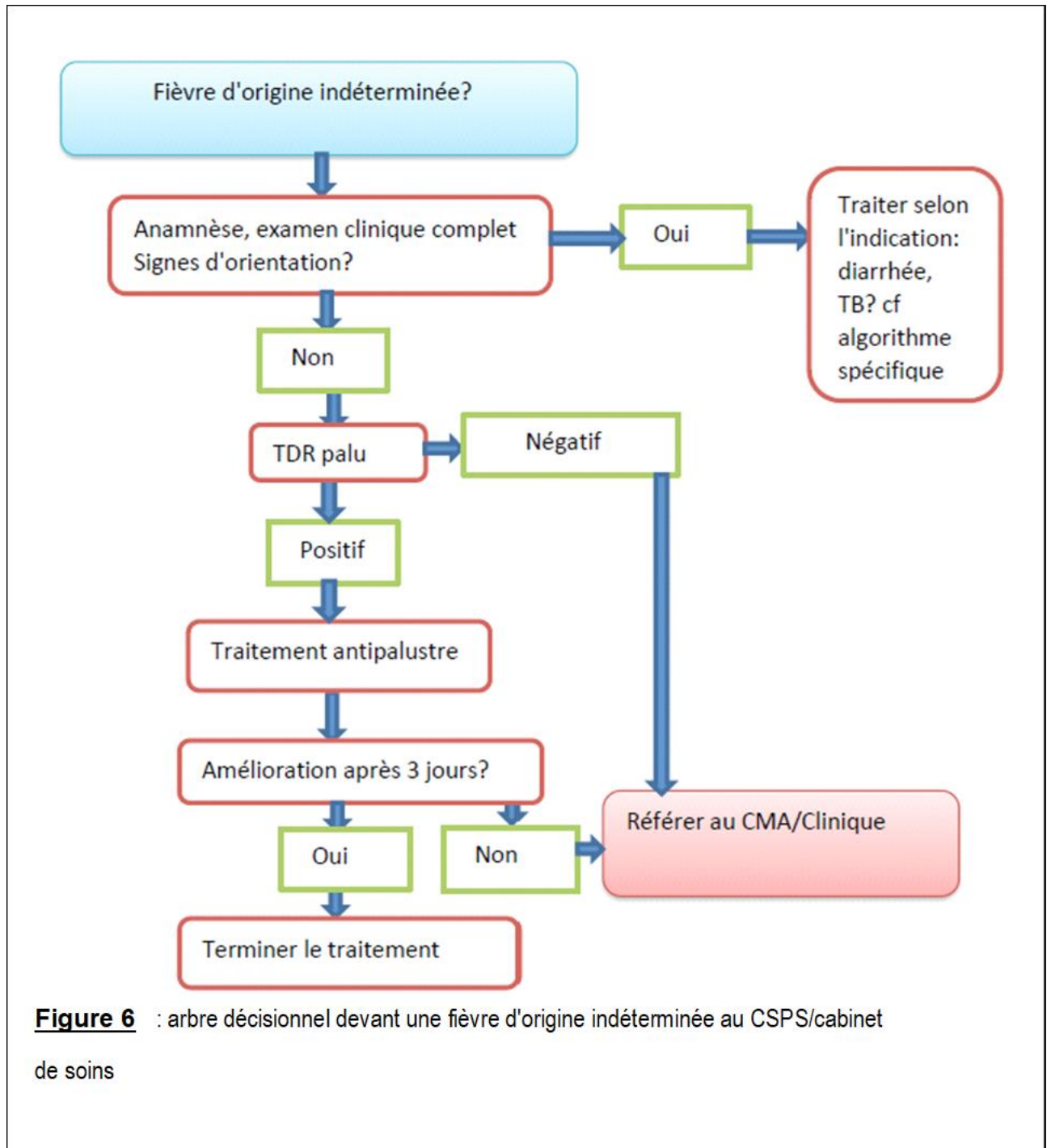


Figure 6 : arbre décisionnel devant une fièvre d'origine indéterminée au CSPS/cabinet de soins

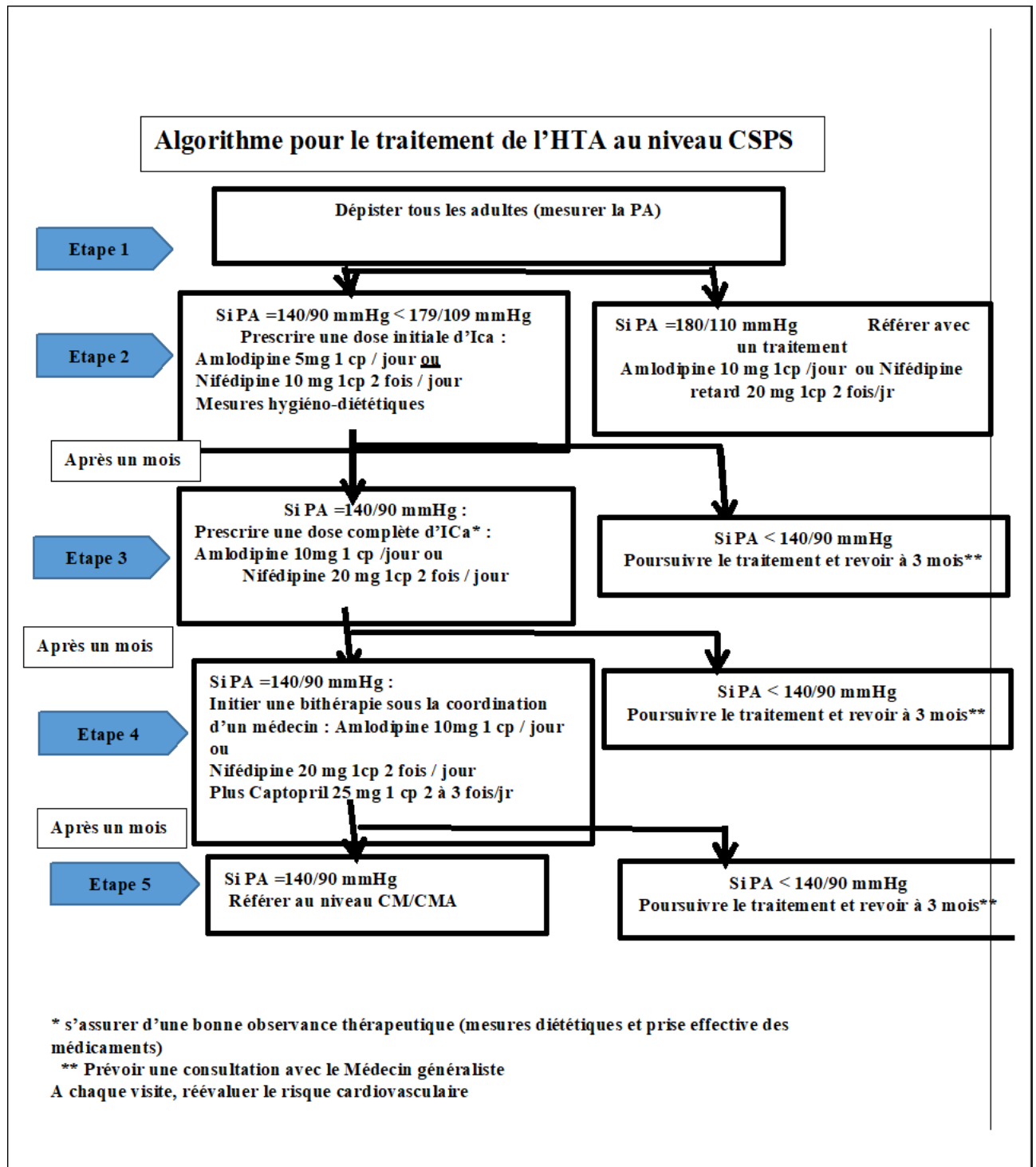
VIII. L'HYPERTENSION ARTERIELLE AU CSPS

SECTION 1. DEFINITION DE CAS RECOMMANDEE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Définition

L'hypertension artérielle (HTA) se définit par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg, de façon permanente, mesurée au centre de santé et confirmée au minimum par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois (OMS 2003, JNC 2014).

SECTION 2 : TRAITEMENT



IX- LA MALNUTRITION AIGUE AU CSPS/CM

SECTION 1 DEFINITION ET DIGNOSTIC DE LA MALNUTRITION

A. GENERALITES SUR LA MALNUTRITION

1. Définitions

1.1. Malnutrition

Selon la définition de l'OMS, la malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence, de l'excès ou du déséquilibre d'un ou de plusieurs nutriments. Cet état peut se manifester cliniquement ou n'être décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques » (OMS, 1982).

Ce document oriente sur la prise en charge de la malnutrition aiguë.

1.2. Malnutrition aiguë ou émaciation

La malnutrition aiguë ou émaciation se traduit par un poids insuffisant par rapport à la taille. Elle résulte d'un problème conjoncturel d'alimentation dû à des déficits alimentaires ponctuels (faibles disponibilités alimentaires suite aux aléas climatiques ou aux périodes de soudure) ou à des maladies (diarrhées, rougeole, paludisme).

1.3. Malnutrition chronique ou retard de croissance

La malnutrition chronique ou retard de croissance se traduit par une taille insuffisante par rapport à l'âge. Elle est le plus souvent la résultante d'une combinaison de facteurs tels que les soins et pratiques alimentaires inappropriés, un environnement insalubre, l'insuffisance d'hygiène et le faible accès aux services de santé.

B. PROCEDURES DE TRIAGE DES CAS DE MAM ET MAS

Les enfants qui ont été dépistés dans la communauté sont référés au centre de santé de premier niveau pour confirmation et prise en charge. C'est à ce niveau que se fait le triage afin de décider si le patient est MAM, MAS ou non malnutri. La figure 2 montre l'algorithme de décision pour la prise en charge des malnutris et le tableau 2, les critères d'orientation.

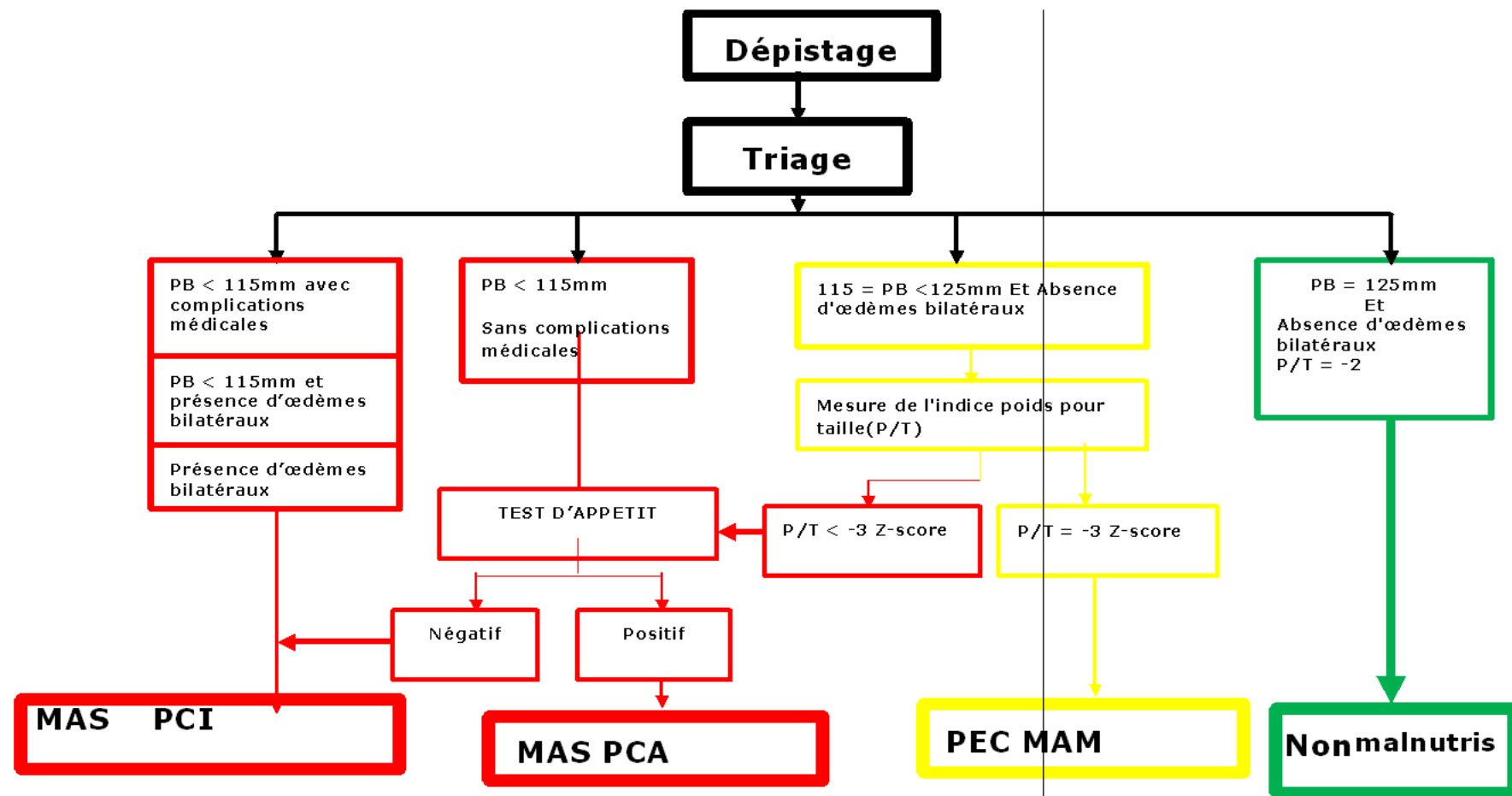


Figure 7: Algorithme de prise de décision

Examen clinique systématique

Après avoir effectué les mesures anthropométriques, recherché les œdèmes et fait le test de l'appétit, il faut:

- ❖ Examiner les patients pour détecter les complications qui requièrent un traitement avant la référence vers une PCI ;
- ❖ Se renseigner sur l'histoire de l'enfant et de sa maladie avec la mère ou l'accompagnant.
- ❖ Effectuer un examen clinique complet afin d'évaluer l'état de l'enfant, suivant les paramètres classiques de la PCIME. Parmi tous les critères PCIME, il est important de rechercher les paramètres de maladies graves suivantes :
 - Diarrhée et déshydratation ; o Vomissements incoercibles ; o Pneumonie grave; o Lésions cutanées ouvertes; o Hypothermie < 35,5°C (rectal) ou < 35°C (axillaire); o Fièvre > 39°C (rectal) ou >38,5°C (axillaire);
 - Pâleur extrême (anémie sévère); o Hypoglycémie;
 - Faiblesse, apathie ou inconscience;
 - Convulsions;
 - Signes cliniques de carence en vitamine A;
- ❖ Conditions nécessitant une perfusion ou une alimentation par Sonde naso-gastrique (SNG);
- ❖ Tout autre signe que le clinicien juge important pour décider de la référence des patients du traitement en ambulatoire à l'hospitalisation.

NB. Au cas où le patient est référé en PCI, il doit être enregistré en PCA (Registre et fiche individuelle) avant d'être référé. Le CSPS doit s'assurer que:

- 1) l'enfant soit effectivement parti ;**
- 2) l'enfant revienne au CSPS après le séjour en PCI.**

l'enfant revienne au CSPS après le séjour en PCI.

Tableau 24: Résumé des critères d'orientation pour une prise en charge en PCI ou en PCA

FACTEURS	PRISE EN CHARGE EN PCI	PRISE EN CHARGE EN PCA
Accompagnant	L'accompagnant choisit de commencer, continuer ou d'être référé vers une structure de PCI. Le souhait de l'accompagnant doit être respecté.	L'accompagnant choisit de commencer, continuer ou d'être orienté vers une PCA. Le souhait de l'accompagnant doit être respecté.
	Accompagnant incapable ou refusant une prise en charge en ambulatoire	Environnement à domicile correct et accompagnant prêt à une prise en charge en ambulatoire
Test appétit	Echec du test de l'appétit (faible)	Test de l'appétit bon
Œdèmes bilatéraux	Œdèmes bilatéraux (+, ++ et +++). Les formes mixtes: kwashiorkor-marasmique (P/T<-3 z-score et œdèmes bilatéraux)	Absence d'œdèmes bilatéraux
Lésion cutanée	Lésions cutanées ouvertes	Pas de lésions cutanées ouvertes
Complications médicales	Toutes maladies graves, selon les critères PCIME –infection respiratoire aiguë, anémie sévère; signes cliniques de carence en Vitamine A, déshydratation, fièvre, léthargie –rougeole etc.	Absence de complications médicales
Candidose	Présence de candidose sévère ou autres signes d'immunodéficience sévère	Absence de candidose sévère

SECTION 2 : PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION

A. LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODERÉE (PECMAM)

La prise en charge des malnutris aigus modérés est basée sur une supplémentation nutritionnelle à laquelle s'ajoutent un traitement systématique et un paquet d'activités préventives et promotionnelles. Elle se fait dans toute structure de santé de premier niveau ou dans une organisation communautaire disposant de suppléments alimentaires appropriés.

Critères d'admission

Les critères d'admission à la PECMAM sont listés dans le Tableau 25, chaque critère d'admission est indépendant et un seul critère est suffisant pour admettre un cas dans la prise en charge.

Tableau 25: Critères d'admission à la PECMAM

GROUPES CIBLES	CRITERES D'ADMISSION
Enfants âgé de 6 à 59 mois	- PB $\geq$ 115 et < 125 mm ou - P/T $\geq$ -3 et < -2 z-score
Femmes enceintes	PB < 230 mm
Femmes allaitantes avec enfant de moins de 6 mois	- PB < 230 mm ou - IMC < 18,5 ou - Enfant de moins de 6 mois malnutri
Suivi guéris de MAS	Guéris après une prise en charge MAS

Procédures d'admission

Le prestataire au moment de l'admission des MAM, inscrit tous les patients dans le registre de malnutrition aiguë. En plus des éléments d'identification et cliniques qui doivent être reportés, les enfants et les femmes malnutris modérés admis à la prise en charge MAM (PECMAM) doivent également être identifiés par un numéro unique qu'ils conservent même en cas de réadmission, de transfert, référence / contre-référence et de rechute. Ce numéro unique leur est propre et doit figurer dans tous les documents les concernant (carnet de santé, carnet CPN, carte de ration, fiche individuelle...). Voir le chapitre suivi – évaluation pour la définition du numéro unique.

NB. Les admissions et la prise en charge doivent se faire tous les jours.

Traitement nutritionnel

Le principe de base du traitement nutritionnel en PECMAM est la supplémentation alimentaire qui vise à compléter l'alimentation habituelle du patient en lui apportant un complément alimentaire.

. Rations: quantité et qualité

Les bénéficiaires reçoivent des rations sèches de supplémentation ou des Aliments Supplémentaires Prêts à l'Emploi (ASPE) qui correspondent aux besoins des patients modérément malnutris. Pour ce qui concerne les rations sèches, la quantité de supplément à distribuer prend en compte le fait que le supplément est souvent partagé avec les autres membres de la famille, par conséquent la quantité doit être doublée, représentant **1000 à 1500 Kcal/patient/jour**.

La ration de supplémentation doit être équilibrée de sorte que l'apport énergétique soit composée de :

- 50 à 55% de glucides.
- 30 à 35% de lipides
- 10 à 15% de protéines.

Types d'aliments utilisés dans la PECMAM

Les rations sont généralement composées d'une farine constituée d'un mélange de céréales, légumineuses, du sucre pour améliorer le goût, et d'huile pour augmenter la densité énergétique. On ajoutera des minéraux et des vitamines à la ration selon les besoins recommandés au niveau international

Les aliments de supplémentation utilisés dans la PECMAM peuvent être à base de:

- ❖ **Farine industrielles améliorées et enrichies** en complexes minéralo-vitaminiques répondant aux normes internationales (Supercereale ou CSB+, Supercereale + ou CSB++) ;
- ❖ **Les ASPE** (exemple: « ©Supplementary Plumpy » ou « ©PlumpySup ») ;
- ❖ **Farines** à base des produits **locaux enrichies** en complexes minéralo-vitaminiques répondant aux normes internationales.

La ration supplémentaire s'ajoute à l'alimentation qui est normalement consommée par le malnutri, afin de permettre sa réhabilitation nutritionnelle. Ces rations ne doivent pas coïncider avec les repas familiaux normaux.

La distribution sous forme de ration sèche doit s'effectuer de préférence une fois toutes les deux semaines. Il faut expliquer comment préparer la bouillie à la maison le jour de l'admission et vérifier lors des suivis. Il est aussi important de faire des démonstrations de la préparation avec dégustation lors des séances d'éducation.

Les tableaux 4, 5 et 6 donnent respectivement les quantités de suppléments alimentaires à distribuer en fonction du type de supplément et de la cible.

Tableau 26: Exemple de ration à base de Super céréale Plus pour les enfants malnutris aigus modérés de 6 - 59 mois

ALIMENTS	QUANTITE			COMPOSITION NUTRITIONNELLE
	g/PERS/JOUR	g/PERS/SEMAINE	Kg/PERS/2 SEMAINES	ENERGIE (KCAL/JOUR) PERS/JOUR)
SUPER CEREALE PLUS	200	1400	2,8	787

NB : dans la pratique deux sachets de 1,5 Kg sont donnés toutes les deux semaines.

Tableau 27: Exemple de ration à base de Mélange Maïs Soja Fortifié (CSB++ ou Supercéréale Plus) pour les enfants de 6-59 mois

Cibles	Ration journalière (g/jour /pers)		Total	
	CSB + (gr)	Huile (gr)	Poids en gr par jour	Energie (Kcal) par jour
Enfants 6 à 59 mois	200	20	220	1051

NB : Pour le traitement de la MAM chez les 6-59 mois, le Super Céréale Plus est privilégiée par rapport au Super Céréale .Le Super Céréale doit rester une alternative provisoire.

Tableau 28: Ration sèche à base de Supercéréale (CSB+) pour les femmes enceintes

ALIMENTS	QUANTITE			COMPOSITION NUTRITIONNELLE
	G/PERS/JOUR	G/PERS/SEMAINE	Kg/PERS/2 SEMAINES	ENERGIE (KCAL/PERS/JOUR)
SUPERCEREALE	200 - 250	1400 - 1750	2,8 - 3,5	1000 -1200
Huile	15-20	105-140	0,210-0,280	752-939
Total prémix	215 - 270	1505 - 1890	3,01 - 3,8	887-1119

En l'absence de farines fortifiées, on peut utiliser des mélanges de produits locaux à base de céréales, de légumineuses, d'oléagineux et de sucre comme indiqué à titre d'exemple dans le tableau 29. Néanmoins, ces mélanges locaux doivent être enrichis avec de la poudre de micronutriments spécialement prévue pour cet usage.

Tableau 29: Farines à base de produits locaux

ALIMENTS	QUANTITE			COMPOSITION NUTRITIONNELLE		
	G/PERS/JOUR	G/PERS/SEMAINE	KG/PERS/2 SEMAINES	ENERGIE (KCAL/PERS/JOUR)	PROTEINE (G/PERS/JOUR)	LIPIDE (G/PERS/JOUR)
Mil	200	1400	2.8	708	11,6	3,4
Niébé	90	630	1,26	246	21,2	1,3
Huile	25	175	0,35	225	0	25
Sucre	10	70	0.14	40	0	0
Total	325	2275	4,45	1219	32,8	29,7
%					10,8	21,9

Pour les ASPE à base de pâte de lipides : se référer au Tableau 8.

Tableau 30: Ration d'ASPE (Plumpy'sup) pour les enfants de 6-59 mois

Aliments	Quantité journalière (sachet de 92g)	Quantité/semaine (sachet de 92g)	Quantité/2 semaines (sachet de 92g)
©Plumpy'sup	1	7	14

Éducation nutritionnelle

L'éducation nutritionnelle est une composante importante de la PECMAM. Elle est obligatoire et combinée à la distribution des rations.

Les activités d'éducation visent à promouvoir :

- ❖ une alimentation variée et équilibrée de la femme enceinte et allaitante ;
- ❖ l'allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois de la vie et la poursuite de l'allaitement au moins jusqu'aux 24 mois de l'enfant ;
- ❖ une alimentation de complément variée et des repas respectant la fréquence minimale recommandée pour les enfants à partir du 6ème mois ;
- ❖ une alimentation fréquente et stimulée pendant et après la maladie de l'enfant ;
- ❖ la supplémentation en Vitamine A des femmes dans les 6 semaines qui suivent l'accouchement ;
- ❖ la supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois;

- ❖ le déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois;
- ❖ la supplémentation en fer acide folique et le déparasitage chez les femmes enceintes et allaitantes;
- ❖ la consommation de sel iodé dans les ménages ;
- ❖ la consommation de fruits et légumes produits et disponibles localement ;
- ❖ les bonnes pratiques d'hygiène ;
- ❖ le suivi de la croissance des enfants ;
- ❖ le respect du calendrier vaccinal ;
- ❖ la planification familiale.

NB: Un accent doit être mis sur l'utilisation des aliments locaux pour la démonstration culinaire.

B. TRAITEMENT MEDICAL

1- Traitement systématique

Supplémentation en Vitamine A

- ❖ Interroger la mère et vérifier dans le carnet de santé de l'enfant, sa fiche de suivi de croissance, fiche de référence ou tout autre document tel que le carnet de vaccination, si l'enfant a reçu une supplémentation en Vitamine A, au cours des 6 derniers mois. ☐ Si oui, ne pas administrer de Vitamine A.
- ❖ Si l'enfant n'a pas reçu de supplément en Vitamine A ou si l'information n'est pas documentée, lui administrer en une seule dose de Vitamine A selon les directives nationales:
 - Nourrissons de 6 à 11 mois: 100 000 UI o Enfants de 12 à 59 mois: 200 000 UI ;
 - Pour les femmes en post-partum immédiat (dans les 6 semaines qui suivent l'accouchement): 200 000 UI à administrer le plus tôt possible après l'accouchement et 200 000 UI le lendemain.

Déparasitage :

Avant de déparasiter, il faut interroger et vérifier dans le carnet de santé si l'enfant n'a pas été déparasité au cours des 6 derniers mois, sinon il faut faire le déparasitage dès l'admission avec la posologie suivant dans le tableau 9.

NB : Ne pas administrer le mébendazole aux femmes enceintes.

Supplémentation en Fer-Acide folique

Donner du Fer-Acide folique pendant toute la période de PECMAM suivant les doses inscrites dans le tableau 9.

Vaccination

Vérifier systématiquement le statut vaccinal de l'enfant et de la mère dès l'admission et compléter si nécessaire.

Le traitement systématique chez l'enfant souffrant de MAM est résumé dans le tableau 31.

Tableau 31: Résumé du traitement systématique pour les enfants et des FEFA en PECMAM

Médicament	Quand	A qui	Combien de temps	Dosage
Fer-Acide folique (200mg sulfate de fer et 0,4 mg acide folique)	A l'admission	<10kg	1 comprimé toutes les 2 semaines	
		≥10Kg	2 comprimés toutes les 2 semaines	
		Femme enceinte et allaitante	1 comprimé par jour jusqu'à 3 mois après accouchement	
Vitamine A	A l'admission	Tous les patients qui n'ont pas reçu de vitamine A au cours des 6 derniers mois	Dose unique	Patient 6-11 mois 100.000UI
				Patients > 12 mois : 200.000UI
		Femme allaitante dans les 45 jours qui suivent l'accouchement		200.000UI
ACT	A l'admission	Patients avec signe clinique et test positif	Selon protocole national PNLP	Selon protocole national PNLP
Si Mebendazole*	A l'admission	Patient > 12 mois	1 cp de 500mg en dose unique Ou 1cp de 100 mg 2 fois par jour pendant 3 jours	
Si Albendazole* 400mg	A l'admission	12 - 23 mois	1/2 comprimé (200mg) en prise unique	
		>2 ans	1 comprimé (400 mg) en prise unique	
		Femme enceinte	1 comprimé au 2ème et au 3ème trimestre	
		Femme allaitante	1 comprimé (400 mg) en prise unique	
Vaccination	A l'admission	Tous les patients qui n'ont pas leur vaccination à jour	Selon PEV	Selon PEV

* : si le patient n'a pas été déparasité dans les 6 derniers mois, il reçoit l'un ou l'autre déparasitant (Mebendazol ou albendazole)

2. Examen médical et traitement spécifique

- ❖ En cas de problème de santé ou si l'enfant n'est pas à jour dans le calendrier vaccinal, il doit être vu par un agent de santé ;

- ❖ De même, quand la femme enceinte n'a pas fait ses visites prénatales ou a des problèmes de santé, elle doit être envoyée à la consultation prénatale (CPN) ;
- ❖ En cas de pathologies mineures, se référer aux protocoles spécifiques existants (PCIME, GDT, etc..) ;
- ❖ Le traitement anti palustre ne doit être administré qu'en présence de signes cliniques patents et de test positif.

C. LE SUIVI DES PATIENTS

1. Suivi nutritionnel

- ❖ Pendant le traitement, le suivi de l'état nutritionnel se fait systématiquement une fois toutes les deux semaines, le jour de la distribution des rations ;
- ❖ Pour les guéris de MAS, le suivi se fait également une fois toutes les deux semaines pendant trois mois.

A chaque visite, les éléments d'évaluation sont les suivants:

- ❖ Examens cliniques
 - l'interrogatoire de la mère ;
 - l'examen général ;
 - la recherche de œdèmes .
- ❖ Paramètres anthropométriques
 - Le poids;
 - Le Périmètre brachial à mi-hauteur;
 - La taille (toutes les 4 semaines) ;
 - L'évolution du poids ;
 - la détermination du rapport P/T.

Diagnostic d'échec au traitement

Critères d'échec

Les patients suivis peuvent être considérés comme non répondants au traitement dans les conditions suivantes :

- ❖ Absence de gain de poids après 5 semaines ou à la troisième visite ;
- ❖ Perte de poids pendant plus de 4 semaines dans le programme ou à la deuxième visite ;
- ❖ Perte de plus de 5 % du poids corporel par rapport au poids à l'admission à n'importe quel moment ;
- ❖ Non atteinte des critères de sortie après 3 mois de suivi en PECMAM.

6.2.2. Causes d'échec au traitement

Les causes de cette non-réponse au traitement peuvent être dues aux :

- ❖ Problèmes d'application ou de mise en œuvre du protocole de prise en charge ;
- ❖ Carences nutritionnelles qui n'ont pas été corrigées par la ration de supplémentation donnée en PECMAM ;
- ❖ Circonstances à domicile et/ou sociales du patient ;
- ❖ Conditions physiques médicales sous-jacentes ; ☐ Pathologies chroniques (TB, VIH) ; ☐

Autres causes.

NB : Faire une investigation (Conseiller le test de dépistage de VIH) et si besoin référer le patient en consultation.

3. Outils de suivi

Plusieurs types de supports ont été conçus pour le suivi et le rapportage des données du traitement de la malnutrition aiguë modérée et sont annexés au protocole :

- ❖ Registre de prise en charge de la malnutrition aiguë ;
- ❖ Fiche de suivi thérapeutique de MAM;
- ❖ Carte de référence/Contre-référence/Transfert ;
- ❖ Carte de ration MAM;
- ❖ Fiche de rapport mensuel de la PECMAM ;
- ❖ Fiche de gestion de stock.

D- CRITERES DE GUERISON

Tableau 32: Critères de sortie de la PECMAM

GROUPES CIBLES	CRITERES D'ADMISSION	CRITERES DE GUERISON
6 à 59 mois	PB ≥ 115 mm et < 125 mm	PB ≥ 125 mm pendant deux visites consécutives
	P/T ≥ -3 et < -2 Z score	P/T ≥ -2 Z score pendant deux visites consécutives
Enfants guéris de MAS pour suivi	Guéris après une prise en charge MAS	-Fin Suivi guéris de MAS (déchargé après 3 mois et pas de perte de poids)
Femmes enceintes	PB < 230 mm	- Guérie : si PB ≥ 230 mm pendant 2 visites consécutives en PECMAM
Femmes allaitant un enfant de moins de 6 mois	• PB < 230 mm ou • IMC < 18,5 • Enfant de moins de 6 mois malnutri et allaité*	• PB ≥ 230 mm pendant deux visites consécutives et • IMC ≥ 18,5 pendant deux visites consécutives. • Enfant ayant atteint les critères de sortie

F- PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DE LA MALNUTRITION AIGÜE SEVERE (PCA)

Les enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aigüe sévère sans complication médicale et ayant un appétit conservé sont pris en charge en ambulatoire.

Critères d'admission

Les critères d'admission sont résumés dans le tableau ci-dessous

Tableau 33: Critères d'admission en PCA

Tranche d'âge	Critères d'admission
Enfants 6 – 59 mois	PB < 115 mm et sans complication médicale ou
	P/T < -3 Z score et sans complication médicale
5-19 ans	IMC pour âge < -3 Z scores et sans complication médicale
19 ans et plus	PB < 180 mm
	IMC < 16

NB : tout cas d'œdèmes bilatéraux est référé pour une prise en charge en interne

Types d'admission

Tableau 34: Types d'admission en PCA

Types		DEFINITION
NOUVELLES ADMISSIONS	PB ou P/T	Patient qui remplit les critères d'admission mentionnés dans le tableau ci-dessus
	Rechutes	- Patient ayant été traité en PCA ou PCI et sorti guéri et qui revient pour un nouvel épisode de MAS. - Patient qui a abandonné depuis plus de 2 mois et revient MAS dans le programme
AUTRES ADMISSIONS	Contre-référence d'une structure de PCI	Patient qui pendant son séjour en PCI présente les critères de contre-référence en PCA (contre-référence de la PCI vers la PCA)
	Transfert d'une autre PCA ou de PECMAM	- Patient qui était pris en charge dans une autre PCA et qui est transféré dans cette PCA - Patient qui était pris en charge en PECMAM et qui devient MAS sans complications au cours de son suivi. Il est transféré en PCA (même niveau de soins)
	Réadmission	Patient ayant abandonné et qui revient à la PCA dans les deux mois (≤ 2 mois) qui suivent son abandon.

Traitement nutritionnel

Le traitement nutritionnel en PCA se fait à base d'ATPE (ex. Plumpynut®, BP100®). L'ATPE doit être administré aux patients tel quel, sans le mélanger avec de l'eau ou d'autres ingrédients.

Messages-clé pour l'utilisation de l'ATPE à domicile

- ❖ L'ATPE est un aliment médicament destiné uniquement aux patients très maigres. Il ne doit pas être partagé avec les autres enfants ou la famille.
- ❖ Souvent, les enfants malades n'ont pas envie de manger. Donner fréquemment et régulièrement des petites quantités d'ATPE et encourager l'enfant à manger 5 à 8 fois par jour. Votre enfant doit recevoir _____ sachets par jour.
- ❖ L'ATPE est le seul aliment dont l'enfant MAS a besoin pour guérir pendant la durée de la prise en charge ambulatoire (PCA). Si l'enfant demande, d'autres aliments peuvent être donnés lorsque sa ration quotidienne d'ATPE a été consommée.
- ❖ Les jeunes enfants doivent continuer à être régulièrement allaités au sein.
- ❖ Offrir de l'eau propre ou du lait maternel à l'enfant pendant qu'il mange l'ATPE. Les enfants ont besoin de boire avec l'ATPE. Les besoins en eau augmentent avec ce produit et à cause de sa maladie.
- ❖ Lavez les mains de l'enfant avec du savon avant de le nourrir.
- ❖ Gardez l'ATPE dans de bonnes conditions hygiéniques et dans des récipients couverts.

NB : Demander à l'accompagnant de rapporter les sachets vides d'ATPE lors des prochaines visites afin d'apprécier la consommation d'ATPE par le patient. Après avoir donné tous ces messages à l'accompagnant, demandez-lui de répéter afin de vérifier sa bonne compréhension.

Ration d'ATPE à donner

Les quantités d'ATPE à donner par classe de poids sont dans le Tableau 14.

Tableau 35: ration d'ATPE à donner par jour et par semaine aux patients soignés en PCA

CLASSE DE POIDS (KG)	ATPE – PATE		ATPE – SACHETS (92G)		BP100®	
	GRAMMES PAR JOUR	GRAMMES PAR SEMAINE	SACHET PAR JOUR	SACHET PAR SEMAINE	BARRES PAR JOUR	BARRES PAR SEMAINE
3.0-3.4	105	750	1 ¼	8	2	14
3.5 – 4.9	130	900	1 ½	10	2 ½	18
	200	1400	2	15	4	28
	260	1800	3	20	5	35

5.0 – 6.9	400	2800	4	30	7	49
7.0 – 9.9						
10.0 – 14.9						
15.0 – 19.9						
	450	3200	5	35	9	63
20.0 – 29.9	500	3500	6	40	10	70

Traitement médical systématique

Tous les patients admis directement avec malnutrition aiguë sévère sans complications et pris en charge en PCA doivent recevoir systématiquement le traitement médical suivant :

Les antibiotiques

- ❖ Administrer systématiquement des antibiotiques aux patients souffrant de malnutrition sévère, même s'ils ne présentent pas des signes cliniques d'infection systémique. Malgré l'absence de signes cliniques, ils **souffrent pratiquement tous de prolifération bactérienne au niveau de l'intestin grêle** et d'autres infections mineures.

L'antibiotique de première intention doit être **l'amoxicilline** à donner selon les dosages indiqués dans le tableau 36.

- ❖ Ne pas administrer d'antibiotiques systématiquement aux enfants transférés ou contreréférés à la PCA par la PCI ou qui ont fait l'objet d'un transfert par une autre PCA après avoir reçu auparavant une série d'antibiotiques ;
- ❖ Ne pas donner les antibiotiques de seconde ligne à la PCA : tout patient qui nécessite un tel traitement ou qui souffre d'infections significatives doit être traité à la PCI. Dans ce cas la première dose d'Amoxicilline doit être donnée au CSPS. Il est important de commencer à traiter l'enfant en attendant que la famille s'organise pour le transfert ;
- ❖ Administrer la première dose sous supervision et informer la mère que le traitement doit continuer pendant une durée de 7 jours.

Traitement Antipaludéen

- ❖ Faire systématiquement le test de diagnostic rapide chez tous les patients présentant les signes cliniques de paludisme ;
- ❖ Si le test est positif, se référer au protocole national de prise en charge du paludisme, pour donner le traitement adéquat ;
- ❖ Référer les cas de paludisme grave pour prise en charge dans les centres disposant d'une PCI ;
- ❖ Distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticides à titre préventif.

4Déparasitage

- ❖ Administrer un anti-helminthique aux patients de plus d'un an, admis directement en PCA à la 2^{ème} semaine ;

- ❖ Administrer un anti-helminthique à l'admission aux patients de plus d'un an, contreréférés d'une PCI vers une PCA après s'être assuré qu'ils n'ont pas déjà été déparasités.

Vaccination Rougeole

- ❖ Administrer le vaccin contre la rougeole au cours de la 4^{ème} semaine pour tous les enfants âgés de 6 à 59 mois et n'ayant pas de carte de vaccination;
- ❖ Donner une 2^{ème} injection aux enfants contre-référés de la PCI ayant déjà reçu une 1^{ère} injection à l'admission en PCI.

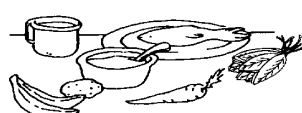
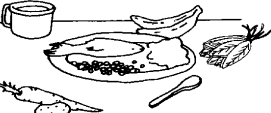
NB : le vaccin contre la rougeole administré à l'admission à la PCA n'est pas indiqué, sauf en présence d'une épidémie de rougeole, parce que la réponse des anticorps est diminuée ou est absente en cas de MAS. Le vaccin contre la rougeole est à administrer au moment où le patient est suffisamment rétabli pour que le vaccin produise des anticorps protecteurs.

Tableau 36: résumé du traitement systématique

MÉDICAMENT	Quand	A QUI	Combien de temps	Posologie
Amoxicilline	A l'admission	Toutes les nouvelles admissions	7 jours	50-100 mg/kg/ jour en 2 prises
ACT	A l'admission	Patients avec test positif	Selon protocole national	Selon protocole national PNL
Mebendazole	A l'admission (patients venant de PCI)	Patient ≥ 12 mois	Dose unique	1 comp de 500mg
	Ou à la deuxième semaine (PCA directe)		2 fois par jour pendant 3 jours	Ou 1 comp de 100 mg Ou 5 ml de 100 mg
Albendazole	A l'admission (patients venant de PCI)	12 - 23 mois	Dose unique	1/2 comprimé (200mg) Ou 1/2 flacon (10 ml) de 400 mg
	Ou à la deuxième semaine (PCA directe)	≥ 2 ans	Dose unique	1 comprimé (400 mg) Ou 1 flacon de 400 mg
Vaccin contre la rougeole	A la 4ème semaine	Tous les patients de 6 à 59 mois admis directement qui n'ont pas de carte de vaccination ou qui n'ont pas été vaccinés	Dose unique	Rappel à 9 mois pour ceux qui en auront reçu
		Les patients venant de la PCI (contre-référence) et ayant reçu une 1ère dose	Dose unique	Rappel à 9 mois pour ceux qui en auront reçu
Autres vaccins	A la sortie	Tous les patients qui n'ont pas leur vaccination à jour	Selon PEV	Selon PEV

NB : Les contre-références d'une PCI ne doivent recevoir que les médicaments qu'ils n'ont pas reçus pendant leur séjour à l'hôpital et continuer le traitement en cours prescrit.

RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION (POUR L'ENFANT MALADE ET L'ENFANT EN BONNE SANTE)

 De la naissance à 4 mois ▢ Allaiter au sein aussi souvent que l'Enfant le réclame, jour et nuit, au moins 12 fois en 24 heures. ▢ Ne pas donner d'autres aliments ou liquides. (pas d'eau) sauf indication médicale	 De 4 mois à 6 mois ▢ Allaiter au sein aussi souvent que l'Enfant le réclame, jour et nuit, au moins 12 fois en 24 heures. ▢ Si le poids de l'Enfant s'infléchit ou si l'Enfant le réclame : ▢ Donner des rations adéquates de Bouillies épaisses et enrichies (bouillie de petit mil sans grumeaux) ▢ Donner des aliments 3 fois par jour avec allaitement au sein ou 5 fois par jour Si l'allaitement n'est pas possible. Dans ce cas, les bouillies doivent contenir du lait.	 De 6 mois à 9 mois ▢ Allaiter au sein aussi souvent que l'Enfant le réclame. ▢ Donner des rations adéquates de Bouillies enrichies ▢ Introduire progressivement des aliments du plat familial : Tô avec sauces, pâtes, légumes, fruits, eau, haricots, pois de terre • Ajouter du lait. ▢ Donner ces aliments cinq fois par jours 
 De 9 mois à 2 ans ▢ Allaiter au sein aussi souvent que l'Enfant le réclame. ▢ Donner des rations adéquates de Bouillies enrichies ▢ Donner les aliments du repas familial En 3 repas quotidiens. Tô, pâtes, riz sauce, gongré, haricot, pois de terre, viande, poissons, œuf • Ajouter du lait. ▢ Donner aussi deux fois par jour entre les repas, des beignets (samsa, bourmasa), galettes, tourteaux d'arachides (couracoura). Des fruits et de l'eau à volonté. 	 2 ans et plus • Donner les aliments du repas familial en 3 repas quotidiens. • En plus donner deux fois par jour des aliments nutritifs entre les repas (beignets , galettes, fruits, légumes) • et de l'eau. • Servir l'Enfant dans un bol séparé • Aider l'Enfant à manger • Inciter l'Enfant à finir son repas 	

Tout bon régime alimentaire doit être adéquat en quantité et inclure des aliments riches en énergie

(Par exemple, bouillie épaisse de céréales additionnée d'huile) ; de la viande, du poisson, des œufs ou des légumes secs ; et des fruits et légumes.

Enrichir les bouillies avec : lait ; huile ; sucre ; jaune d'œuf ; farine de soja ; poudre de poisson séché ; poudre de pain de singe ; chenilles ; éphémères ; grain de baobab, soubala, arachides grillées, tourteaux d'arachide.

Les bouillies doivent être épaisses, enrichies et préparées juste avant d'être données à l'Enfant.

Les céréales et les légumineuses doivent être de préférence décortiquées

X- DENGUE

SECTION 1 :DEFINITION DE LA DENGUE

1- Définition de cas

a. Cas suspect

Toute personne présentant une **maladie fébrile (>39°C) aiguë** d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, et s'accompagnant **d'au moins 2 des symptômes suivants** :

- céphalées,
- douleur rétro-orbitale,
- myalgies, arthralgies,
- éruption cutanée,
- manifestations hémorragiques,
- syndrome de choc.

b. Cas probable

Il s'agit d'un cas suspect avec un test de diagnostic rapide (TDR) positif. Un TDR dengue positif = sérologie positive des IgM et des IgG + Ag NS1 positif.

NB: les IgM persistent 2 à 3 mois dans l'organisme.

c. Cas confirmé

Il s'agit d'un cas probable chez lequel le génome du virus a été détecté par la PCR (polymerase chain reaction).

2- classification des cas dengue

La dengue comprend une grande variété de formes cliniques avec une évolution souvent imprévisible. En fonction de la gravité de la maladie, l'OMS a adopté une nouvelle classification en 2013 des patients en 3 groupes : groupe A, groupe B, groupe C .

Groupe A : Dengue probable (ou confirmée)

Elles représentent 50 à 90% des cas de dengue. Ce sont des formes sans symptômes ou avec des symptômes discrets. Il y a une notion de vie/séjour lors d'un voyage dans une zone d'endémie de la dengue. On retrouve la présence de **fièvre** et de **2 des critères** suivants :

- nausées, vomissements
- éruptions cutanées
- douleurs

- signe du lacet positif
- leucopénie

Groupe B : Dengue probable (ou confirmée) avec « signes d'alerte »

Les signes d'alerte sont les suivants :

- Douleur ou sensibilité à la palpation au niveau abdominal
- Vomissements persistants
- Accumulation liquidienne clinique
- Saignements au niveau des muqueuses
- Léthargie, anxiété
- Hépatomégalie > 2 cm
- Elévation de l'hématocrite et diminution rapide de la numération plaquettaire

Groupe C : La dengue sévère

C'est la forme sévère de la dengue avec des complications potentiellement mortelles. Environ 2,5% des patient meurent ; et sans traitement adapté, le taux de létalité de la dengue hémorragique peut dépasser 20%.

Les critères en faveur d'une dengue sévère sont :

1. Fuite plasmatique sévère entraînant :

- Etat de choc
- Accumulation liquidienne avec détresse respiratoire

2. Saignements sévères

Selon l'évaluation du clinicien.

3. Atteintes organiques sévères

- Taux d'AST ou d'ALT hépatiques ≥ 1000
- Système nerveux central : altération de l'état de conscience
- Cœur et autres organes .

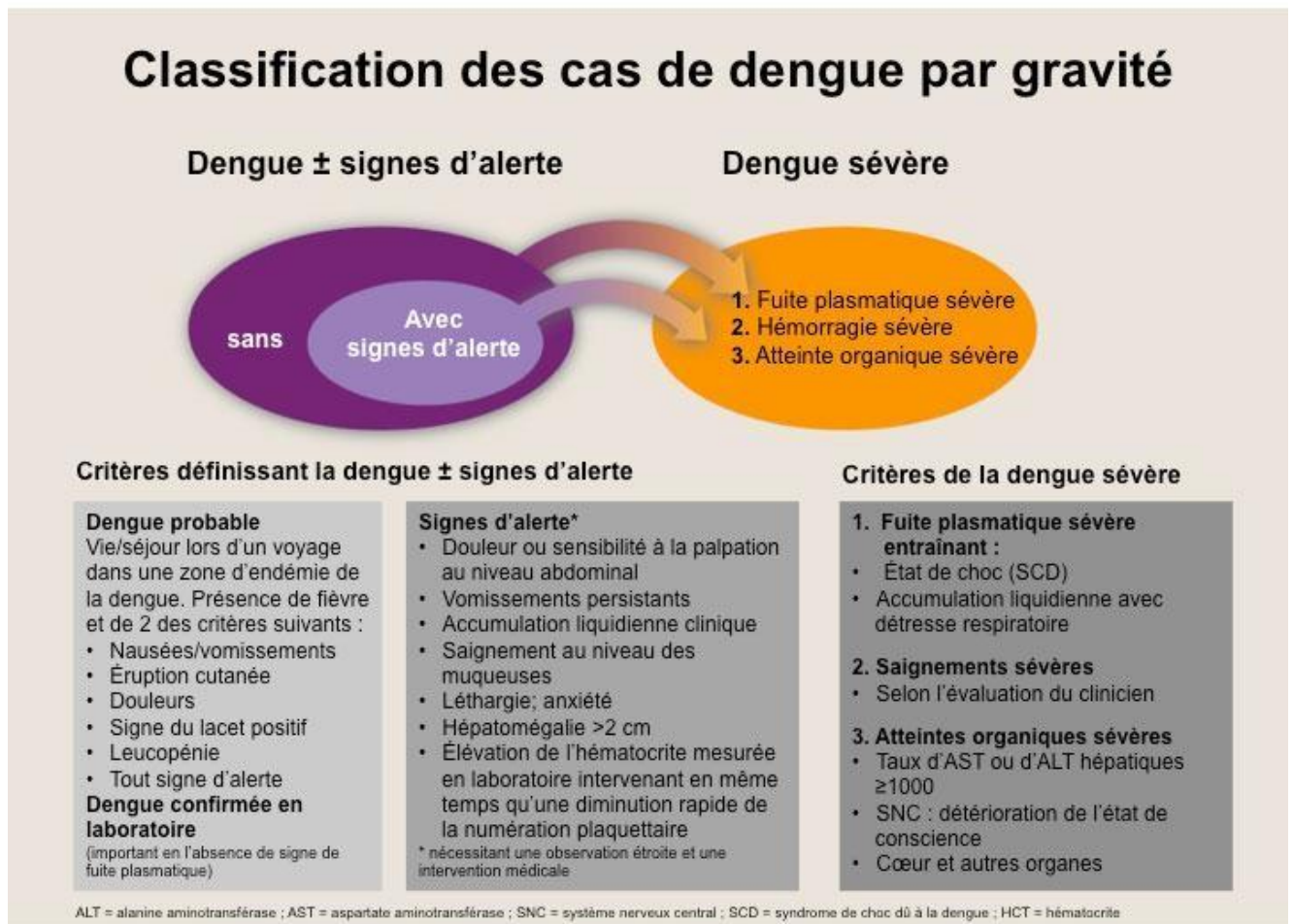


Figure 8: Classification des cas de dengue par gravité

Source (guide pour la PEC clinique de la dengue OMS 2013)

NB : Il convient de garder à l'esprit que même une dengue sans signe d'alerte (groupe A) est susceptible d'évoluer vers une dengue sévère (Groupe C)

SECTION 2 : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA DENGUE

. Étape I – Évaluation globale

Les **antécédents** doivent mentionner

:

- la date d'apparition de la fièvre et de la maladie ;
- la quantité d'apport liquidien par voie orale ;
- la présence éventuelle de diarrhée ;
- la diurèse (fréquence, volume et moment de la dernière miction) ;
- l'évaluation des signes d'alerte (Encadré C) ;
- les modifications de l'état mental, les convulsions et les vertiges ;
- d'autres antécédents pertinents importants tels que :
 - l'existence de cas de dengue dans la famille ou le voisinage,
 - les déplacements dans des zones d'endémie de cette maladie,
 - les situations ou affections concomitantes (petite Enfance, grossesse, obésité, diabète, hypertension, par exemple),
 - les randonnées dans la forêt ou la nage dans les rivières d'eau (envisager la leptospirose, le typhus ou le paludisme),
 - les rapports non protégés récents ou la consommation abusive de drogue (envisager une primo-infection aiguë avec la séroconversion pour le VIH).

L'**examen physique** doit comprendre :

- une évaluation de l'état de conscience ;
- une évaluation de l'état d'hydratation ;
- une évaluation de l'état hémodynamique ;
- la recherche d'une tachypnée au repos, d'une respiration acidotique et d'un épanchement pleural ;
- la recherche d'une sensibilité abdominale à la palpation, d'une hépatomégalie et d'une ascite ;
- l'examen des manifestations éruptives ou hémorragiques ;
- le test du tourniquet (à répéter s'il était auparavant négatif ou en l'absence de saignements).

Étape II – Diagnostic, évaluation de la phase et de la gravité de la maladie.

En se basant sur l'évaluation des antécédents, l'examen physique et/ou la numération-formule sanguine et l'hématocrite, les prestataires de soins devront déterminer si la maladie évaluée est la dengue, dans quelle phase elle se trouve (phase fébrile, critique ou de convalescence), si le malade présente des signes d'alerte, son état hémodynamique et d'hydratation, et s'il faut l'hospitaliser.

Étape III – Traitement (groupes A à C)

En fonction des manifestations cliniques et d'autres circonstances, les malades sont traités en ambulatoire (groupe A) ou orientés vers une prise en charge hospitalière

(groupe B), ou encore doivent bénéficier d'un traitement d'urgence et d'un transfert sans délai vers un établissement spécialisé (groupe C).

Traitement des patients du Groupe A : dengue probable ou confirmée sans signes d'alerte

Ces patients peuvent être traités en ambulatoire chez eux. Ce sont les patients qui ne présentent pas de signes d'alerte **ET** qui sont capables de :

- Tolérer des quantités suffisantes de liquides par voie orale
- D'uriner au moins une fois toutes les 6 heures **Conseiller :**
- Un repos suffisant au lit
- De boire suffisamment d'eau
- De prendre du paracétamol, (au maximum 4 grammes par jour pour les adulte, posologie à adapter pour les Enfants)
- Dormir sous une moustiquaire
- Utiliser des crèmes répulsives

NB : L'utilisation d'acide acétylsalicylique (aspirine par exemple) et de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofen, par exemple) est formellement contre indiquée car ils majoreraient le risque hémorragique.

XI- COVID-19

SECTION 1 DEFINITION DE LA COVID-19

Diagnostic positif

Il n'y a pas de signes cliniques spécifiques, mais selon certains auteurs, **la triade Fièvre – Toux sèche - Dyspnée doit être évocatrice** en contexte d'endémie ou d'épidémie. L'agueusie et l'anosmie sont également des signes évocateurs.

Il y a également des signes que l'on peut retrouver sur le plan biologique, au scanner, mais Le diagnostic de certitude est posé par la RT-PCR sur un prélèvement naso- et/ou oropharyngé.

SECTION 2 PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA COVID-19

2.1 évaluation de la gravité de la COVID-19

Il est important d'évaluer le niveau de gravité par les différents stades.

Les tableaux ci-dessous présentent les différents stades chez l'adulte et chez l'enfant.

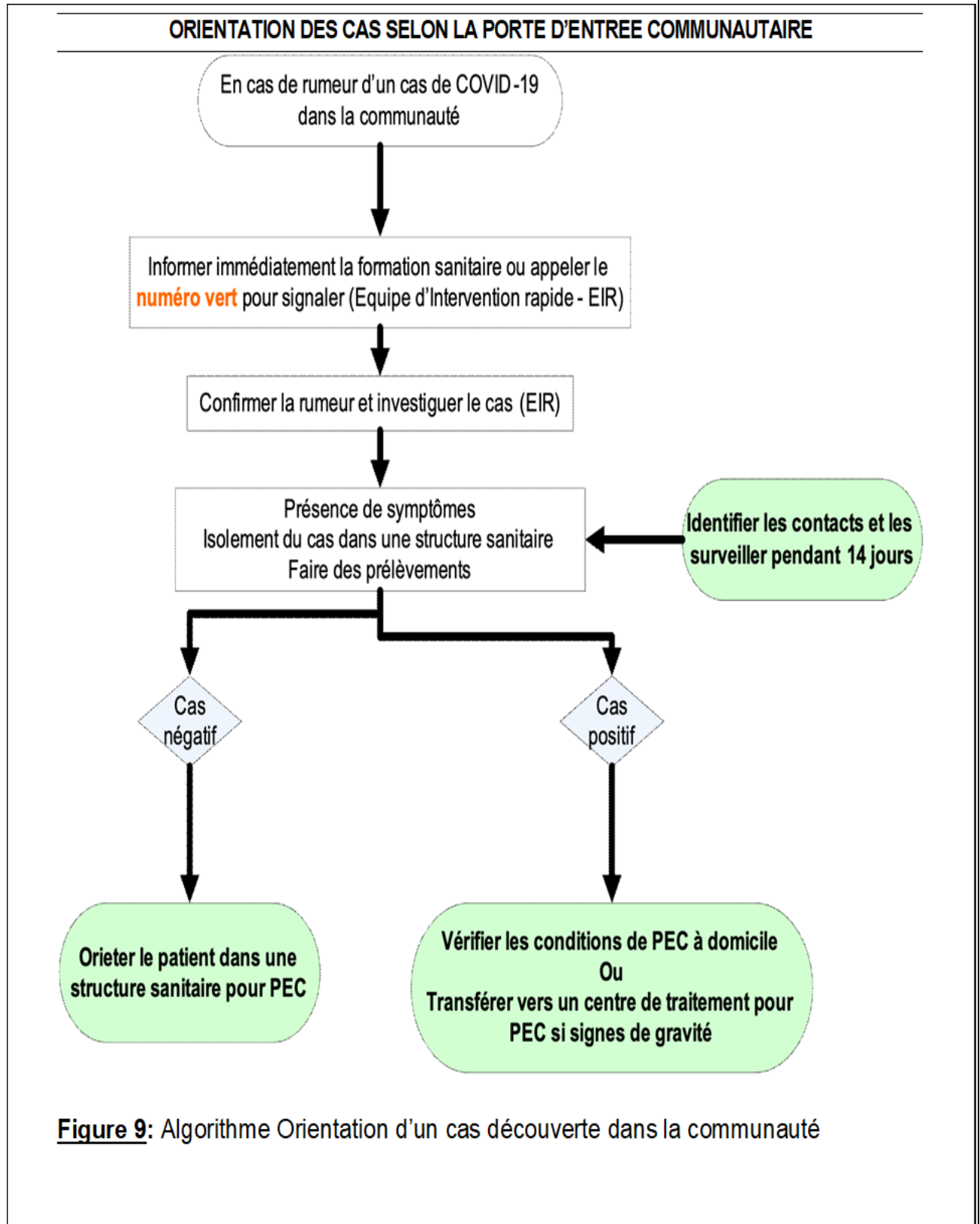
Tableau 38: Différents stades de gravité de la COVID-19 chez l'adulte

Stades	Tableau clinique prédominant	Manifestations cliniques
Maladie bénigne		- Symptômes mineurs sans signe de pneumonie virale ou d'hypoxie.
Maladie modérée	Pneumonie	- Signes cliniques de pneumonie (fièvre, toux, dyspnée, respiration rapide) sans signe de gravité, y compris la SpO ₂ ≥ 90% à l'air ambiant.
Maladie sévère	Pneumonie sévère	Signes de pneumonie associé à l'un des éléments suivants : - Fréquence respiratoire > 30 respirations/min ; - Détresse respiratoire grave ; - ou SpO ₂ < 90% en air ambiant. NB : Le diagnostic peut être établi sur des bases cliniques, l'imagerie thoracique (radiographie, scanner, échographie) peut aider à identifier ou exclure des complications pulmonaires.
Maladie critique	Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	- Apparition dans la semaine suivant une situation clinique connue (par exemple, une pneumonie) ou l'apparition ou l'aggravation de symptômes respiratoires. - Imagerie thoracique : (radiographie, tomodensitométrie) : opacités bilatérales, non entièrement expliquées par une surcharge volumique, un collapsus lobaire ou pulmonaire, ou des nodules.
	Sepsis	Altération de l'état mental, respiration difficile ou rapide, faible saturation en oxygène, débit urinaire réduit, rythme cardiaque rapide, pouls faible, extrémités froides ou pression sanguine basse, marbrure de la peau, preuves en laboratoire de coagulopathie, thrombocytopénie, acidose, lactate élevé ou hyperbilirubinémie.
	Choc septique	Hypotension persistante malgré une réanimation volumique, nécessitant des vasopresseurs pour maintenir la TA ≥ 65 mmHg et un taux de lactate sérique > 2 mmol/L.

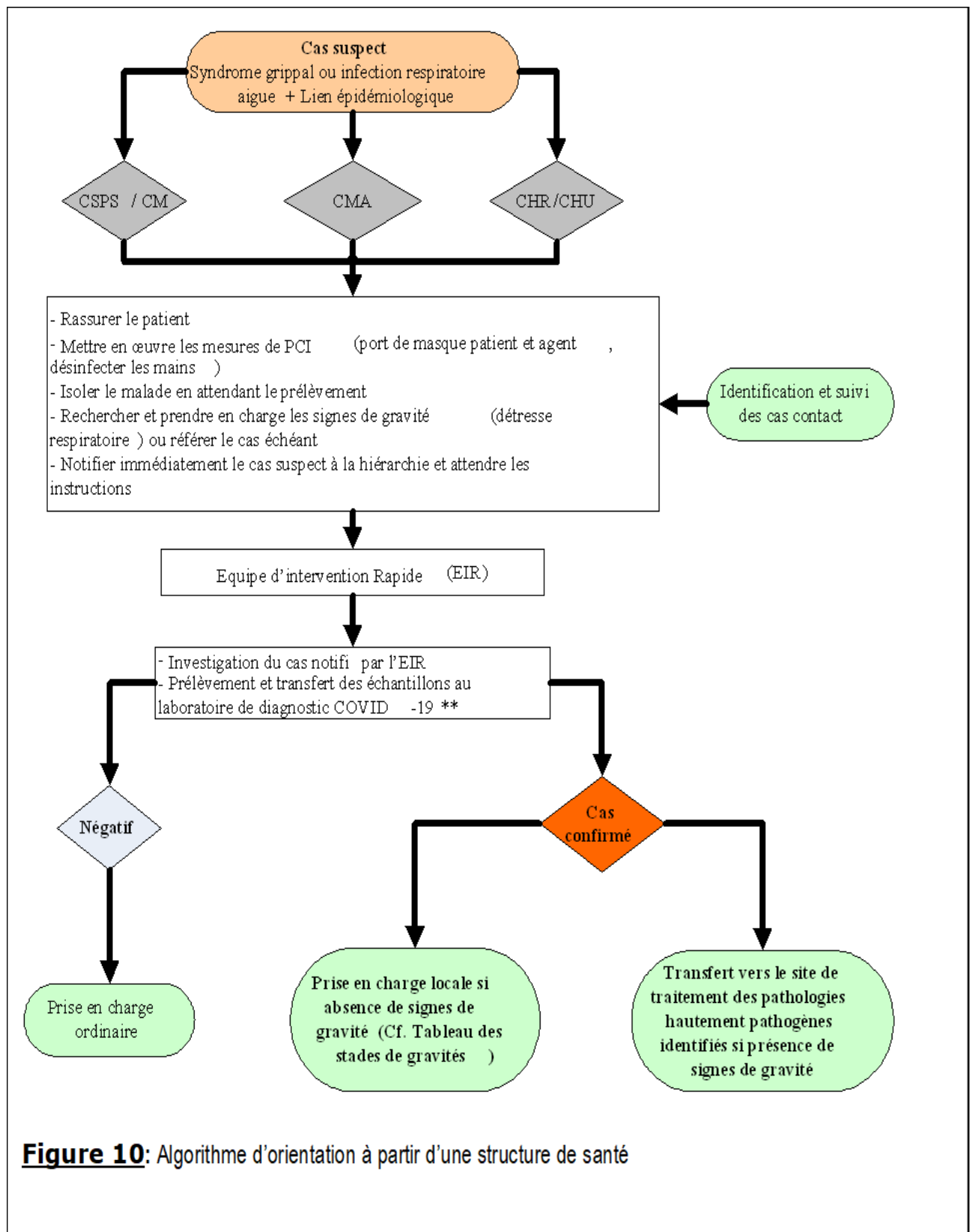
Tableau 39: Différents stades de gravité de la COVID-19 chez l'Enfant

Formes asymptomatiques	Formes légères	Formes modérées	Formes sévères
Pas de signes	- Fièvre, toux, mal de gorge, congestion nasale, myalgies, céphalées et asthénie. Diarrhée, vomissement. Et - Pas de signe de déshydratation, - Pas de sepsis, - Pas de détresse respiratoire	+/- de la fièvre, toux, - Difficultés respiratoires - Respiration rapide (en cycles par min) : <2 mois, ≥ 60 2-11 mois, ≥ 50 1-5 ans, ≥ 40 ≥ 5 ans, ≥ 30 $SpO_2 \leq 94\%$ à l'air ambiant ou cyanose - Difficultés alimentaires	- Polypnée sévère : < 1 an ≥ 70 cycles /mn; >1 an ≥ 50 cycles /mn $SpO_2 \leq 94\%$ sous oxygénothérapie, ou cyanose - Signes de lutte respiratoire, épuisement, pauses respiratoires - Troubles neurologiques : troubles de la conscience, léthargie, convulsions - Instabilité hémodynamique : Tachycardie, TRC allongé, marbrures, TA systolique basse, signes de déshydratation.

2.2 Orientation des cas selon la porte d'entrée communautaire



Porte d'entrée du cas au niveau d'une structure sanitaire



XII- LE DIABETE SUCRE

SECTION 1 DEFINITION

Le diabète sucré est une maladie chronique non transmissible qui se traduit par un taux de sucre dans le sang (glycémie) permanemment élevé, dû à une production insuffisante d'insuline par le pancréas ou et/ou à un défaut d'utilisation de l'insuline produite (anomalie de sécrétion et/ou d'action de l'insuline).

Algorithme pour le diagnostic du diabète au niveau CSPS

Proposer systématiquement le dépistage du diabète à tout sujet ayant des facteurs de risque (HTA, âge ≥ 40 ans, grossesse, ATCD familiaux de diabète, surpoids/obésité, ATCD de macrosomie fœtale) et/ou présentant des signes évocateurs (syndrome polyuro-polydipsique, polyphagie, amaigrissement paradoxal, fatigue inhabituelle)

Glycémie à jeun $< 6,1$ mmol/l

Sujet non diabétique mais ayant des facteurs de risque de diabète

Sujet non diabétique mais ayant des facteurs de risque de diabète

- ✓ Communiquer pour le changement de comportement continu ;
- ✓ Conseiller la pratique d'activité physique régulière ;
- ✓ Contrôler la glycémie au moins une fois par an.

Revoir dans trois (03) mois
Si Glycémie ≥ 7 mmol/l :
**REFERER A L'ECHELON
SUPERIEUR POUR
INSULINOTHERAPIE**

Glycémie à jeun comprise entre
6,1 et 7mmol/l

Sujet présentant une
**hyperglycémie
modérée** à jeun

- ✓ Communiquer pour le changement de comportement continu ;
- ✓ Conseiller la pratique d'activité physique régulière ;
- ✓ Contrôler la glycémie au moins une fois par

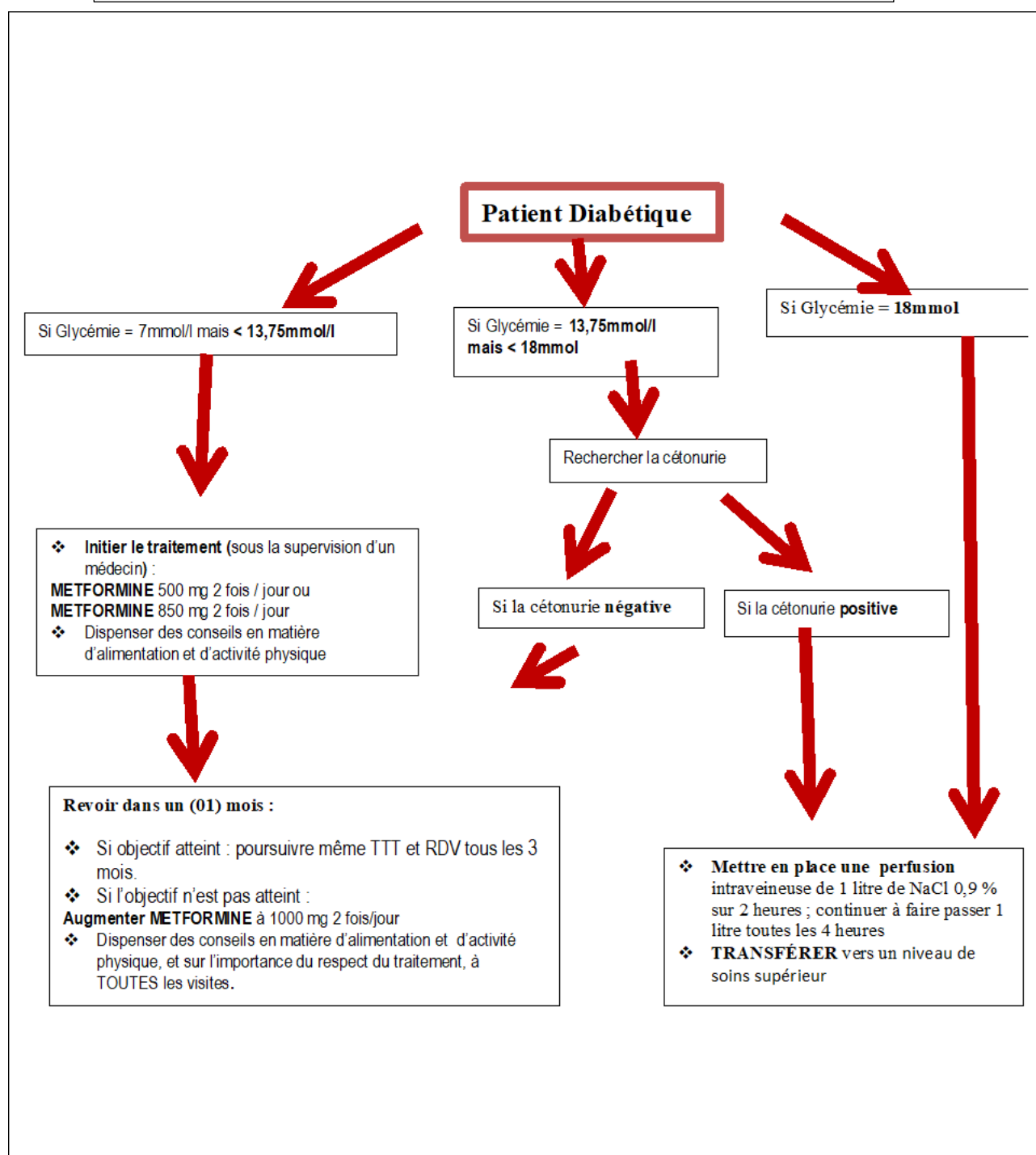
Soit **Glycémie à jeun** ≥ 7 mmol/l à 2 reprises et à 48 heures d'intervalle au moins ;
Ou
Soit **Glycémie aléatoire** ≥ 11 mmol/l avec des signes évocateurs du diabète.

Sujet diabétique

- ✓ **Initier un traitement médicamenteux en coordination avec un médecin ;**
- ✓ Prodiquer des conseils hygiéno-diététiques ;
- ✓ Faire l'éducation thérapeutique d patient.

SECTION 2 : PRISE EN CHARGE DU DIABETE

Algorithme pour le traitement du diabète au niveau CSPS



3^{ème} PARTIE.
GESTES PRATIQUES

LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA FIEVRE ET DES CONVULSIONS

La fièvre est l'élévation de la température rectale à un niveau supérieur à 38° C chez l'enfant. Les causes en sont nombreuses et peuvent se recouper. Devant toute fièvre, il est urgent de rechercher et de traiter les complications.

Toute fièvre supérieure à 39°C chez le nourrisson et supérieure à 41°C chez le grand enfant, expose à : des convulsions, la déshydratation, au coma, l'anurie et l'état de mal convulsif.

Il faut faire un traitement symptomatique de la fièvre ; ce traitement comporte des moyens physiques et des moyens médicamenteux :

1. Les moyens physiques

- Enveloppement avec un linge trempé dans l'eau tiède
- Vessie de glace si possible sur la tête
- Boisson fraîche et du SRO à volonté

2. Les moyens médicamenteux

- **Si le malade est incapable de boire : voie inj.**

Acétyl salicylate de lysine (ASL) : 15mg/kg toutes les 6 heures. Sans dépasser 24 heures de traitement au CSPS.

- **Si le malade peut boire : voie orale.**

Acide acétyl salicylique (AAS) : 10mg/kg toutes les 8 heures (à éviter chez l'enfant de moins de 12 mois)

Paracétamol 15 mg/kg toutes les 6 heures. / 3 jours.

- **Si l'enfant convulse ou a déjà convulsé :**

Diazépam 0,5 mg/kg/jour en intra rectal

Si la fièvre est associée à un coma, des convulsions, ou une déshydratation grave, Référer le malade à l'échelon supérieur (CMA).

L'UTILISATION DES SOLUTIONS DE PERFUSION

1. Contexte

Il s'agit d'apporter directement dans le lit vasculaire souvent en situation d'urgence des liquides de composition au moins isotonique à celle du sang.

2. Indications

- Remplissage vasculaire (des états de choc hypovolémique)
- Réhydratation par voie veineuse (dans les déshydrations graves)
- Véhicule de perfusion (administration de substances médicamenteuses non supportées par une autre voie d'administration)
- Réanimation des maladies graves (comas, intolérance digestive, brûlé graves)

3. La sélection des solutions en fonction des indications :

- Réhydratation par voie veineuse : ringer lactate
- Véhicule de perfusion : glucose 5 %
- Remplissage vasculaire : gélatine fluide modifiée

4. Matériel nécessaire

- Potence
- Garrot
- Cathéter
- Coton hydrophile
- Sparadrap
- Désinfectant / alcool
- Sérum perfuseur,
- Seringue + aiguilles stériles

5. Technique

- Vérifier l'intégrité de tout le matériel et s'assurer de sa date de péremption
- S'assurer que la solution à perfuser est claire, limpide
- Fixer en hauteur le soluté à perfuser
- Purger le perfuseur, s'assurer qu'il n'y a pas de bulle d'air dans le circuit
- Installer le malade
- La perfusion peut se faire dans toute veine facile à atteindre (pli du coude, dos de la main, cheville, veines temporales chez les nourrissons).
- Fixer la perfusion au malade en respectant les règles d'usage d'une injection IV
- Placer un tampon alcoolisé et le maintenir 2 à 3 minutes à l'aide d'un morceau de sparadrap
- Régler le débit de la perfusion selon les besoins
- Assurer la surveillance du débit pendant au moins les 15 premières minutes

Il est utile de :

- marquer les flacons à différents niveaux en notant l'heure à laquelle le liquide est parvenu à ces niveaux (pour une surveillance plus facile de la vitesse de perfusion) ;
- noter sur l'étiquette les médicaments ajoutés.

Lors de l'addition de médicaments dans un flacon, penser aux risques d'incompatibilité physico-chimique et de contamination (asepsie stricte)

6. Détermination des quantités à perfuser et du rythme de perfusion

Dans la déshydratation grave, la quantité de liquide et la durée d'administration sont fonction de l'âge (cf. plan C du traitement – Directives OMS)

Age	Quantité de liquide par kg de poids	Durée d'administration
Nourrisson < 1 an	30 ml / kg	En 1 heure
	Ensuite 70 ml / kg	Dans les 5 heures suivantes
Enfants et Adultes	100 ml / kg	En 3 heures le plus rapidement possible jusqu'à ce que le pouls radial soit facilement perceptible

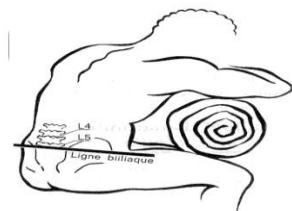
Ces quantités doivent être augmentées si elles ne suffisent pas à entraîner une réhydratation ou diminuées si la réhydratation est terminée plus tôt que prévu, ou si l'apparition d'une boursouffure des yeux fait craindre une hyperhydratation.

Rythme de la perfusion : Débit D (gouttes/mn) = $Q \text{ (ml)} / 3 \times \text{temps (h)}$

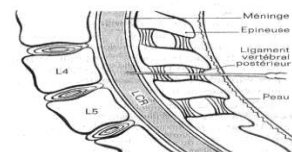
Perfusion efficace si diurèse > 1 ml/kg/heure

LA PONCTION LOMBAIRE

Position du malade.



Ponction lombaire.



La ponction lombaire consiste à prélever au moyen d'une aiguille un peu de liquide céphalo-rachidien (liquide qui circule autour du cerveau et de la moelle) au niveau du bas du dos, pour analyse. Ce geste est pratiqué le plus souvent lors des épidémies de méningite.

C'est un geste court, qui n'entraîne pas de risque important, mais des maux de tête sont possibles.

1. Conditions de prélèvement du LCR:

Le prélèvement du liquide céphalorachidien (LCR) est un acte médical invasif réservé au personnel clinique compétent. Le LCR est l'échantillon biologique idéal pour le diagnostic d'une méningite bactérienne aiguë ; il doit être collecté dans des conditions d'asepsie et d'antisepsie rigoureuse :

- Matériel stérile,
- Antisepsie des mains du préleveur et de la zone de ponction chez le patient,
- La qualité du LCR lors de la collecte détermine la qualité des résultats.

2. Matériels et milieux de collecte

Matériel de ponction lombaire :

- Savon
- Serviette propre
- Antiseptique : alcool 70%
- Coton hydrophile (ou tampon alcoolisé)
- Gants stériles
- Compresses stériles
- Masque chirurgical
- Pansement adhésif (unitaire)
- Aiguille de ponction lombaire : adultes et enfants.
- Tubes secs stériles avec bouchons à vis
- Cryotubes stériles de 2mL, avec bouchon à vis externe et zone de marquage
- Seringue + aiguille stériles
- Milieu de transport Trans-Isolate (T-I) : conservé au réfrigérateur à +4°C.
- Aiguille de ventilation du milieu T-I (utilisée après inoculation du milieu T-I)
- Fiches d'instructions pour la ponction lombaire et l'utilisation du milieu T-I
- Marqueurs indélébiles
- Fiches de notification des cas
- Bulletin d'examen
- Boîte de transport
- Poubelles : sacs poubelles et boîtes de sécurité.

3. Méthodes de prélèvement

- Ponction lombaire (PL) surtout, entre les vertèbres L4-L5 ou L5-S1, chez le patient en décubitus latéral.
- Ponction transfontanellaire ou ponction ventriculaire directe exceptionnellement.

4. Recueil du LCR

Recueillir 1-5mL de LCR dans 3 tubes secs stériles avec bouchons à vis numérotés de 1 à 3. Ceci permet de distinguer les piqûres vasculaires des hémorragies. En cas de piqûre vasculaire, la présence de sang dans le LCR est plus marquée dans le tube numéro 1 que dans le tube numéro 3. Il est conseillé de réserver le tube ne contenant pas de sang pour les examens cytotabactériologiques.

Le tube de LCR qui est destiné aux examens cytotabactériologique est réparti en 3 fractions :

- fraction 1 : aliquoter aseptiquement 0,5 à 1,5mL de LCR dans un cryotube stérile et bien visser le bouchon ;
- fraction2 : inoculer aseptiquement 0,5 à 1ml de LCR dans un flacon de milieu T-I (voir procédures ci-dessous) ;
- fraction 3 : le reste du LCR dans le tube sec est destiné aux examens cytologiques et bactériologiques directs.

Identifier les fractions aux nom et prénom et au numéro d'identifiant unique du patient

Remplir correctement la fiche de notification des cas et le bulletin d'examen cytotabactériologique.

Envoyer immédiatement les 3 fractions de LCR au laboratoire de District ou de Région selon les délais prescrits (cf SOPs). Dans ces délais, les résultats de l'examen cytologique ne sont pas affectés par la lyse cellulaire.

NB : Si un seul tube de LCR est acheminé au laboratoire, il revient au laboratoire de répartir le LCR en 3 fractions.

5. Aliquotage, transport et conservation du LCR sur cryotube

a) Aliquotage du LCR sur cryotube (Fraction 1) :

- porter des gants ;
- numéroter Identifier le cryotube aux références (code) du patient ;
- dévisser le cryotube ;
- à l'aide d'une seringue montée stérile ou à l'aide d'une pipette stérile, prélever 0,5 à 1,5mL de LCR contenu dans le tube sec et l'introduire dans le cryotube ;
- revisser le cryotube et le placer sur un portoir ou dans une cryoboite.

b) Transport du cryotube de la formation sanitaire au laboratoire

Sur portoir ou dans une cryoboite, à + 4° ou à défaut à la température ambiante.

a) . Transport du District sanitaire au laboratoire de référence-

Les cryotubes de LCR reçus au laboratoire de district peuvent être stockés au congélateur à -20°C ou au réfrigérateur à + 4°C pour quelques semaines

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE BRÛLURE

Evaluer la superficie et la profondeur des brûlures :

NB : Plus l'enfant est jeune, plus la brûlure est grave.

Tableau 1 : Étendue de la surface brûlée exprimée en pourcentage de la surface corporelle : Règle des 7 ou des 9 de WALLACE.

Localisation	% Adulte et enfant de 2 ans et plus (Règle des 9 de WALLACE)	% Nourrisson et enfant de moins de 2 ans (Règle des 7 de WALLACE)
Tête entière et cou	9	28
Un membre supérieur	9	7
Tronc : face antérieure ou postérieure	18	14
Un membre inférieur	18	14
Organes génitaux externes	1	2

Estimation de la surface corporelle : $S (m^2) = 4 \times Poids + 7 / Poids + 90$

Tableau 2 : Profondeur des brûlures en degrés

profondeur	Signes cliniques
1 ^{er} degré	Érythème douloureux au toucher
2 ^e degré superficiel	Érythème avec phlyctène douloureux au toucher
2 ^e degré profond	Peau blanche, sèche et molle- Diminution de la sensibilité
3 ^e degré	Peau noire, indurée, insensible

Si brûlure étendue

- Allonger le patient sur un brancard,
- Recouvrir la partie atteinte d'un tissu propre,
- Donner beaucoup d'eau à boire à la victime.
- Evacuer

Si brûlure sans gravité, peu étendue ou de premier degré superficiel :

La peau est rouge avec phlyctène (cloques) douloureuse au toucher

- Nettoyer sans frotter avec un antiseptique (Chlorexidine + Cetrimide) ou avec un soluté isotonique (NaCl à 0,9%) et sécher avec un tissu propre ;
- Faire un pansement sans serrer (pansement séparé pour chaque doigt), immobilisation des membres en position de fonction ;
- Enlever ce pansement au bout d'une semaine ;
- Faire la prophylaxie antitétanique ;
- En cas de surinfection bactérienne, donner un antibiotique par voie générale.

Geste à ne pas faire : appliquer un corps gras ou une pommade aux antibiotiques ou aux corticoïdes.

CONDUITE A TENIR DEVANT LES MORSURES D'ANIMAUX ET LES PIQURES D'INSECTES

Les principaux animaux mordeurs sont les chiens et les serpents.

Les principaux insectes piqueurs sont les abeilles, les guêpes, les scorpions

Toutes les morsures d'animaux peuvent être dangereuses et même mortelles, à cause du risque de tétanos, de rage, et de troubles de la coagulation sanguine (pour les serpents)

1. LES MORSURES DE CHIENS

➤ Prévention du tétanos

Si le sujet n'est pas correctement vacciné : administrer une dose de sérum antitétanique (SAT)

Débuter la vaccination antitétanique

➤ Prévention de la rage

La contamination se fait à partir de la salive virulente de l'animal, par morsure, léchage de muqueuse ou de plaie ou par griffure

Nettoyer la blessure soigneusement à l'eau et au savon. Désinfecter avec un antiseptique poser un bandage protecteur mais ne pas suturer, ne pas refermer hermétiquement comme avec un sparadrap. Parce que le virus de la rage est anaérobie et se développe rapidement dans les lieux pauvres en oxygène.

➤ Identification du chien mordeur

Le chien est connu : rechercher les signes de rage (refus de manger, aboiements incessants, tremblements, comportement agressif, convulsions, bave)

- le chien présente des signes de rage. Dans ce cas, abattre le chien et EVACUER le patient pour administration de sérum antirabique.
- le chien ne présente pas de signes de rage, mettre le chien en observation pendant 10 jours. si au cours de cette période il présente l'un des signes de rage, abattre le chien et EVACUER le patient pour administration de sérum antirabique. Si le chien reste bien portant, tout danger est écarté. Faire vacciner l'animal par les services vétérinaires.

Le chien est mort ou a disparu ou est inconnu : EVACUER le patient pour administration de sérum et le vaccin antirabique.

2. LES MORSURES DE SERPENTS

La conduite du traitement devant les morsures de serpents commence par la détermination du degré d'envenimation.

La gradation clinique d'une envenimation distingue 4 niveaux :

Grade 0: morsure sans envenimation (morsure sèche, ou morsure blanche)

Grade I: envenimation minime, œdème local douloureux précoce (30-60 min)

Grade II: envenimation modérée. Des signes précoces apparaissent en moins d'une heure hypotension+/- bradycardie, malaise et signes anaphylactoïdes, progressif en 8 à 24 h: extension de l'œdème au membre avec taches purpuriques, signes digestifs et hypotension modérée. Parfois neurotoxicité avec ptosis, diplopie dysarthrie, vertiges, etc.

Grade III: envenimation grave ou grade II non traité, ou encore consultation tardive.

Œdème majeur extensif au tronc avec gangrène, signes digestifs avec diarrhée, état de choc résistant.

Les complications: anasarques, troubles du rythme et de conduction cardiaque, œdème pulmonaire lésionnel, insuffisance rénale, troubles de l'hémostase, infections nosocomiales, thrombose veineuse, etc.

Grade	Envenimations	Conduite à tenir
0	Aucune : "morsure sèche"	Surveillance 4H Désinfecter, VAT
I	Envenimation mineure, simple œdème local	Hospitalisation pendant au moins 24 en <u>Médecine</u> Idem au grade 0, antalgiques Réévaluer la gradation toutes les heures Examens biologiques toutes les 6 heures
II	Envenimation modérée, extension de l'œdème et/ou signes généraux modérés	Hospitalisation en <u>service de réanimation</u> □ Immunothérapie
III	Envenimation sévère, œdème extensif et/ou signes généraux sévères	Hospitalisation en <u>service de réanimation</u> □ Immunothérapie Correction des troubles hémodynamiques Traitement symptomatique des complications (allergiques, pulmonaires, digestives, rénales)

➤ Traitement symptomatique

- Instaurer la ventilation assistée : vitale en cas de paralysie respiratoire, jusqu'à neutralisation de la toxine par du sérum antivenimeux
- Faire le remplissage vasculaire ou transfusion, dialyse si insuffisance rénale aiguë
- Administrer une corticothérapie, seulement en cas de choc anaphylactique ou de maladie sérique
- Équilibrer la volémie, le pH sanguin, l'ionogramme sanguin
- L'administration d'antibiotiques notamment **Amoxicilline +acide clavulanique** ne se justifie que quand le risque d'infection est avéré.
- Administrer le vaccin antitétanique,
- Administrer des antalgiques au besoin
- Parfois la chirurgie est utile pour l'excision des nécroses.

➤ Immunothérapie

L'immunothérapie ne se justifie que quand l'envenimation est confirmée.

Selon la gravité : il est possible de l'administrer en intraveineuse direct ou en perfusion.

La posologie est identique quel que soit l'âge, mais la quantité de liquide vecteur est à adapter au poids et à l'âge du patient.

Initialement, on administre 20 ml, puis renouvellement si aggravation en moins de 2 h ou en l'absence d'amélioration au bout de 6 heures.

Il faut réaliser une surveillance régulière aux heures suivantes après administration du sérum antivenimeux: 3-6-12-24-48 heures
Le sérum antivenimeux est à renouveler quotidiennement jusqu'à une nette amélioration.

Les principaux effets indésirables des sérums antivenimeux sont :

- Le choc anaphylactique (hypersensibilité de type I) qui peut survenir après injection de tout sérum d'origine animale,
- La maladie sérique (réaction d'hypersensibilité de type III) peut survenir 7 jours à 10 jours après l'injection du sérum

Ces effets indésirables sont devenus de plus en plus rares en raison de l'amélioration technologique dans la fabrication des sérums antivenimeux. Lorsqu'ils surviennent, ces effets indésirables nécessitent une prise en charge d'urgence, à base d'adrénaline et de corticoïde. La pré-administration de l'adrénaline afin d'éviter ces effets indésirables est controversée.

Le groupe des serpents est le plus important des animaux venimeux. Leurs glandes venimeuses sont des glandes salivaires modifiées et spécialisées. Les effets des morsures de serpents sont variables suivant le type de serpents.

Dans 50% des cas aucun venin n'est inoculé dans la morsure. En cas d'inoculation de venin la sévérité de l'envenimation varie selon l'espèce, la quantité de venin injectée, la localisation de la morsure (les morsures de la tête et du cou sont les plus dangereuses), l'âge du sujet (les morsures sont plus graves chez l'enfant)

- **Traitement local** : Notion de morsure, Traces de crochets, Douleur locale à type de brûlure
 - Repos strict
 - Pose d'une attelle pour immobiliser le membre et ralentir la diffusion du venin
 - Désinfection de la plaie

➤ **Recherche de signes d'envenimation**

Mesure du temps de coagulation sur tube sec : prélever 2 à 5 ml de sang, attendre 30 minutes et examiner le tube : si la coagulation est complète : il n'y a pas de syndrome hémorragique, si la coagulation est incomplète ou absente: il y a un syndrome hémorragique

Le traitement étiologique repose sur l'administration de sérums antivenimeux uniquement s'il existe des signes cliniques d'envenimation ou une anomalie de la coagulation sur tube sec

Tableau 1. Effets des morsures de serpents et conduite à tenir

Signes cliniques d'envenimation	Agresseurs possibles	CAT
Hypotension, myosis, hypersialorrhée, hypersudation, dysphagie, dyspnée, paresthésie locale, parésie En 10 à 30 minutes	Elapidés	Voie veineuse Sérothérapie IV dès que possible
Syndrome inflammatoire : douleur intense, œdème local extensif	Vipéridés, crotalidés	Voie veineuse Sérothérapie IV dès que possible

		Antalgiques, mais pas d'AAS
--	--	-----------------------------

Gestes à ne pas faire :

- Inciser le point de morsure
- Sucrer ou aspirer car ceci est inefficace
- Poser le garrot car ceci n'empêche pas la diffusion du venin et peut entraîner de graves conséquences en cas de compression veineuse ou artérielle

Gestes utiles à poser :

- Rassurer le malade : 1 à 10 % des morsures sont suivies d'une envenimation mais seulement 10 % des envenimations sont graves
- Allonger le malade
- Immobiliser strictement le membre comme pour une fracture
- Ne pas donner à boire
- Chercher à identifier l'animal en cause
- Refroidir la zone mordue par une vessie de glace

Mesures thérapeutiques :

- Nettoyer la plaie avec un antiseptique
- Antibiothérapie = pénicilline G au macrolide ou cycline
- Sérothérapie Sérum antitétanique (SAT) et sérum anti venimeux (SAV)
- Traitement du choc anaphylactique : **Adrénaline A DEFAUT Hydrocortisone**
- Corticothérapie pendant 48 à 72 heures : **Dexamétazone** :
 - Ad. : 2 à 20 mg/j en doses fractionnées toutes les 3 – 4 heures
 - Enf. : 0,1 à 0,3 mg/kg/j en doses fractionnées toutes les 3 – 4 heures.
- Héparinothérapie : adulte = **Héparine** 9 000 UI à 15 000 UI/j

3. LES PIQUES OU MORSURES D'INSECTES ET D'ARACHNIDES

Les hyménoptères susceptibles d'entraîner des envenimations sont : les abeilles, les guêpes, les scorpions et les frelons

Le traitement se limite en général à :

- Soins locaux : ablation du dard pour les abeilles, nettoyage à l'eau et au savon
- Antalgique si besoin : **paracétamol OU** infiltration d'un anesthésique local (**lidocaïne**):

Le risque est le choc anaphylactique chez certains sujets sensibilisés. En cas de réaction anaphylactique (prurit ou urticaire étendus, hypotension, bronchospasme) :

- Poser une voie veineuse
- **Hydrocortisone**

CONDUITE A TENIR DEVANT LES INTOXICATIONS / EMPOISONNEMENT

1. Généralités

Définition : Ensemble de manifestations pathologiques résultant de l'introduction volontaire ou involontaire dans l'organisme d'un produit nocif par lui-même ou à une dose nocive.

Attention :

- Ne pas sous-estimer une intoxication : toujours chercher à identifier le produit en cause, la gravité est estimée en fonction de la nature du produit, de la quantité absorbée et de la durée d'exposition.
- devant tout malade inconscient avec notion d'exposition ou d'ingestion de produits toxiques, prendre la voie veineuse, donner l'antidote si connu .et EVACUER le malade.

Rechercher : intoxication par : insecticides, raticides, produits pétroliers, détergents, colorants et assouplissants textiles, eau de javel, piles sèches, aliments avariés, alcool, chloroquine, acide acétyl salicylique, paracétamol et drogues végétales.

Trois (3) voies majeures d'intoxication :

- Par voie cutanée et/ou muqueuse
- Par inhalation
- Par ingestion

2. Attitude thérapeutique

Deux principes généraux et universels : le maintien des fonctions vitales et la lutte contre l'absorption du toxique

- Maintien des fonctions vitales :
 - Position latérale de sécurité
 - Respiration artificielle (technique de Silvester Nielson)⁽¹⁾
 - Massage cardiaque externe
 - Pose d'une voie veineuse
- Lutte contre l'absorption du toxique
 - En cas de contact cutané : lavage abondant à l'eau et au savon.
 - En cas de projection oculaire : rincer abondamment à l'eau
 - En cas d'inhalation : soustraire le malade de l'atmosphère toxique et référer
 - En cas d'ingestion : le lavage gastrique et les vomissements provoqués sont indiqués dans certaines conditions (voir tableau page suivante)

3. Les gestes à proscrire

- Faire vomir ou effectuer un lavage gastrique pour les produits caustiques et les hydrocarbures
- Faire vomir en cas de convulsion, car il y a risque d'étouffement
- Faire boire du lait. Le lait favorise l'absorption des produits liposolubles (produits pétroliers, insecticides).

(1) Technique de Silvester et Nielson :

- Technique de Silvester : Malade en décubitus ventral, la tête tournée latéralement : le sauveteur est à genou à la tête du patient. L'inspiration est obtenue par le soulèvement de la cage thoracique en tirant sur la ceinture scapulaire, l'expiration par compression de la cage thoracique en appuyant sur les omoplates.
- Technique de Nielson : Malade en décubitus dorsal, la tête en hyper extension : le sauveteur à genou à la tête du patient. L'inspiration est obtenue en tirant les bras vers le haut en flexion abduction maximale, l'expiration est obtenue en déprimant la cage thoracique par l'intermédiaire des bras du patient croisés sur sa poitrine.

4. Traitement selon le produit en cause

Le **charbon végétal** est un antidote non spécifique, à cause de sa capacité à adsorber de nombreuses substances. Il est administré systématiquement dans les intoxications par voie orale.

Posologie de : **Charbon végétal** comp 500 mg

Ad : 50 g à 100g (100 à 200 comp) en prise unique immédiatement

Enf. : 10 à 25 g (20 à 50 comp) en prise unique immédiatement répéter 4 heures après.

Produit en cause	Traitement
Insecticide	- Si produit organochloré : Pas de lait, ni de graisse pendant 3 jours Lavage gastrique - Si produit organophosphoré : Faire vomir si vu dans les 2 heures qui suivent l'intoxication, Si non lavage gastrique si possible Atropine amp inj 0,5 mg/ml : Ad : 0,5 à 1 mg x 2 à 3/j / Enf : 0,25 mg x 2 /j Hydroxyde d'aluminium comp 500 mg : 2 à 4 comp/j pendant 10 jours
Raticide	Vitamine K1 amp inj 1 mg/ml : 10 à 20 mg/kg en IM Diazépam amp inj 10 mg/2 ml : Ad : 25 mg en IM ; Enf : 0,5 mg/kg en IM ou IR si convulsion Lavage gastrique si possible
Produits pétroliers, détergents	Ne pas faire boire ni vomir Antibactérien inj : Pénicilline G : Ad : 5 000 000 UI en IM / Enf : 50 000 UI/kg pendant 4/jours
Colorants et assouplissants textiles	Charbon végétal à croquer, à répéter après 20 mn Hydroxyde d'aluminium 1 à 2g x 4 /j
Eau de javel	Rincer abondamment en cas de contact Ne pas faire boire ni vomir en cas d'ingestion Hydroxyde d'aluminium 1 à 2g x 4 /j
Piles sèches (piles des montres ...)	Hydroxyde d'aluminium et de magnésium 1 à 2g x 4 /j Faire vomir le patient ou effectuer un lavage gastrique si le patient est vu moins de 4 heures après l'intoxication
Aliments avariés	Rechercher la source de contamination et la détruire Traitement symptomatique
Alcool	Faire vomir sinon lavage gastrique Voie veineuse avec sérum glucosé hypertonique à 10 % et OBSERVER
Chloroquine	Faire vomir si vu avant une heure Diazépam inj : Ad : 25 mg par injection / Enf : 0,5 mg/kg par injection Lavage gastrique si possible Voie veineuse de sécurité et référer Si non amélioré au bout de 2 heures
Acide Acétyl Salicylique	Faire vomir ou lavage gastrique si vu avant 3 heures Hydroxyde d'aluminium 1 à 2g x 4 /j Voie veineuse avec du bicarbonate de sodium 1,4 % Si non amélioré au bout d'un jour, REFERER
Paracétamol	Faire vomir ou lavage gastrique si vu avant 4 heures Acétylcystéine ou carbocistéine sol. Buv 5 % ou 2 % Ad : 1 c à s x 3/j pendant 5 jours/ Enf : 1 c à c x 3/j pendant 5 jours Si non amélioré au bout d'un jour, référer
Drogues végétales (chanvre indien)	Si prise orale, faire vomir Hydroxyde d'aluminium 1 à 2g x 4 /j Si inhalation, voie veineuse et référer
Autres intoxications	Si antidote spécifique connu et disponible, l'administrer, sinon voie veineuse et EVACUER

LA PRISE EN CHARGE DU CHOC HÉMORRAGIQUE EN POST-PARTUM

C'est une urgence absolue- aucun retard au traitement

- Libérer les voies aériennes supérieures (si nécessaire)
- Prendre une voie veineuse avec un intranule de gros calibre (G18)

- c) Perfuser très rapidement (500cc en 15 minutes) de Ringer-Lactate, ou de sérum salé isotonique 9‰
- d) Surélever les pieds de la parturiente
- e) Surveiller :
 - Le pouls, la TA, la fréquence respiratoire, l'état de conscience, les battements cardiaques (toutes les 15 mn)
 - La diurèse (toutes les heures)
 - La température (3 fois /jour)

Si le saignement n'a toujours pas cessé :

- ***Procéder à une compression bi manuelle de l'utérus:***
 - Après avoir enfilé des gants de révision stériles, introduire une main sous la forme de cône à l'intérieur vagin et fermer le poing ;
 - Fermer la main ;
 - Placer le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus ;
 - Avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus ;
 - Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte.
- ***A défaut de pouvoir exercer une compression bi manuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte abdominale.***
 - Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale (pendant le postpartum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale):
 - Le point de compression se situe 1 centimètre au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche;
 - Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante:
 - Si le pouls est palpable pendant la compression, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante ;
 - Si le pouls fémoral n'est pas palpable, la pression est suffisante.
 - Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.

Si le saignement persiste malgré la compression, organiser l'évacuation :

- expliquer la situation à la famille ;
- installer la femme en position de sécurité ;
- avertir la structure de référence ;
- remplir la fiche de référence.

LE TRAITEMENT DES CRISES D'ÉCLAMPSIE

1. Recommandations pour l'administration du sulfate de magnésium

a) Dose de charge

- Informer la patiente qu'une sensation de chaleur peut survenir lors de l'injection
- Injecter 4 g de **sulfate de magnésium** à 20% en IV en 5 mn
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de **sulfate de magnésium** en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total après avoir ajouté 1 ml de **lidocaïne** à 2% dans la seringue
- Respecter les mesures de prévention des infections

b) Dose d'entretien

- Injecter 5 g de **sulfate de magnésium** + 1 ml de **lidocaïne** à 2% en IM profonde toutes les 4 heures, alternativement dans les fesses
- Poursuivre le traitement au **sulfate de magnésium** pendant les 24 heures qui suivent la dernière convulsion ou l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des deux événements)

c) Avant de renouveler la dose, s'assurer que :

- la fréquence respiratoire est ≥ 16 mouvements par minute
- les réflexes rotuliens sont présents
- la diurèse est ≥ 30 ml/h pendant 4 heures successives
- interrompre ou différer le traitement si l'un de ces paramètres est altéré
- se munir d'un antidote prêt à l'emploi (**Gluconate de calcium**). A injecter lentement en IV en cas d'arrêt respiratoire (10 ml d'une solution à 10%) jusqu'à ce que la respiration reprenne.

d) Surveiller :

- le pouls, la ta, la fréquence respiratoire, l'état de conscience, les battements cardiaques (toutes les 15 mn)
- la diurèse (toutes les heures)
- la température (3fois /jour)

e) Organiser la référence en cas d'absence d'amélioration :

- expliquer la situation à la famille,
- installer la femme en position de sécurité,
- avertir la structure de référence,
- remplir la fiche de référence

2. Recommandations pour l'administration du diazépam

(N'utiliser le diazépam que si la structure ne dispose pas de sulfate de magnésium)

a) Administration par voie IV

• Dose de charge

- Injecter lentement 10 mg de diazépam en IV en 2 mn
- Renouveler la dose si les convulsions reprennent

- **Dose d'entretien**

- Perfuser 40 mg de diazépam dilué dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou du Ringer-lactate) de façon à obtenir une sédation tout en maintenant un état de veille.
- Ne pas dépasser 30 mg en une heure (120 gouttes/mn) car il existe un risque de dépression respiratoire
- Ne pas administrer plus de 100 mg de **diazépam** en 24 h

- b) Administration par voie rectale (si IV impossible)**

- **Dose de charge**

- Administrer 20 mg de **diazépam** à l'aide d'une seringue de 10 ml sans aiguille, lubrifiée et introduite à moitié dans le rectum
- Laisser la seringue en place et maintenir les fesses de la patientes serrées pendant 10 mn pour éviter l'expulsion du produit

- **Dose d'entretien** : Si les convulsions ne sont pas maîtrisées dans les 10 mn, administrer 10 mg supplémentaires par heure en fonction de la réponse clinique

LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE (DA) SUIVIE DE LA RÉVISION UTÉRINE (RU)

1. Définitions

- La délivrance artificielle (DA) est l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus
- La révision utérine (RU) est le contrôle de la vacuité et de l'intégrité utérine

2. Indications

- Hémorragie de la délivrance, le placenta étant partiellement décollé, retenu ou incarcerated dans l'utérus
- Non décollement placentaire après 30 mn d'attente depuis l'accouchement
- Utérus cicatriciel

3. Protocole

- Préparer psychologiquement la patiente (rassurer et mettre en confiance)
- Mettre la patiente en position gynécologique
- Faire un analgésique
- Respecter les règles d'asepsie, porter des gants stériles
- Introduire les mains dans les voies génitales suivant le trajet du cordon
- Empaumer de l'autre main le fond utérin et l'abaisser vers le pubis
- Repérer l'insertion du placenta
- Décoller le placenta du bord cubital de la main
- Amener le placenta décollé en un seul mouvement
- Compléter par une révision utérine :
 - Explorer le fond, les faces et les bords utérins
 - Contrôler la vacuité et l'intégrité de l'utérus
 - Administrer les utéro toniques et les antibiotiques

NB : Ne pas insister si placenta accreta (placenta ne peut être décollé : il est incrusté dans le muscle)

LA RÉALISATION DE L'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)

Attention ! Ne faire l'aspiration que si la grossesse a moins de douze semaines d'aménorrhée (3 mois).

1. Matériel

- Kit d'aspiration stérile
- Pince de Pozzi stérile
- Spéculum stérile
- Hystéromètre stérile
- Jeu de bougies de Heggar stériles
- Solution d'antiseptique
- Solution de savon
- Tampons de compresses stériles.

2. Préparation de la patiente

- Informer, rassurer, expliquer l'acte et ses diverses étapes, sans inquiéter
- Faire vider la vessie
- Faire la toilette vulvo-périnéale

3. Préparation de l'opérateur

- Port du tablier
- Lavage chirurgical des mains
- Enfiler les gants

4. Procédure

- Badigeonner le périnée à la Bétadine
- Poser le champ troué stérile
- Mettre en place le spéculum
- Désinfecter le col et le vagin
- Poser la pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col, horizontalement
- Faire l'hystérométrie
- Dilater le col à la bougie de Heggar, si nécessaire
- Adapter la canule à la source d'aspiration
- Introduire la canule dans l'utérus jusqu'à buter sur le fond utérin
- Déclencher le mécanisme d'aspiration
- Réaliser l'aspiration en rasant chaque face de la cavité utérine avec la canule, par des mouvements de va-et-vient et de rotation, en orientant l'ouverture de la canule vers la paroi utérine
- Poursuivre l'opération jusqu'à ce que l'aspirateur ne ramène plus aucun débris ; apparition de mousse rouge dans l'aspirateur
- Retirer alors la canule puis la pince de Pozzi (un mors à la fois)
- Vérifier l'écoulement sanguin résiduel jusqu'à tarissement
- Désinfecter le col et le vagin
- Retirer le spéculum
- Mettre en place une garniture stérile
- Mettre la patiente en position confortable
- Administrer un utéro tonique et un traitement antibiotique
- Envoyer le produit à l'anatomopathologie (flacon avec formol 10 %)
- Décontaminer le matériel après l'intervention

LA PRÉVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS

Les services de santé sont des milieux de forte concentration et de circulation de germes pathogènes. Les personnels de santé ont le devoir de prévenir et de contrôler les infections en respectant certains principes fondamentaux et en utilisant des pratiques pour réduire les risques de transmission

I. PRINCIPES DE PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS

- **Considérer tout le monde** (client ou personnel) comme étant potentiellement infectieux.
- **Se laver les mains** – c'est la procédure la plus pratique pour prévenir la contamination croisée (d'une personne à une autre).
- **Porter des gants** avant de toucher quoi que ce soit de mouillé : La peau lésée, les muqueuses, du sang ou d'autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions) ; également avant de toucher des instruments souillés et autres objets.
- **Utiliser des barrières** physiques (lunettes protectrices, masque et tablier) si l'on craint des éclaboussures ou des écoulements de n'importe quel liquide organique (sécrétion ou excrétion).
- **Utiliser des pratiques de travail sûres**, par exemple, ne pas remettre le capuchon ou plier les aiguilles, présenter les instruments en toute sécurité en les posant correctement et évacuer des déchets médicaux selon les pratiques recommandées.
- **Isoler les patients** seulement si les sécrétions (aéroportées) ou les excréctions (les urines ou les selles) ne peuvent pas être contrôlées.
- **Traiter les instruments** ou objets (décontaminer, nettoyer, désinfecter à haut niveau ou stériliser selon les pratiques de prévention des infections recommandées.

1. Définition des termes

- **Microorganisme** : germe responsable de l'infection. Différentes catégories de germes : bactéries : végétatives (staphylococcies) ; mycobactérie (BK) ; endospores (gangrène, tétanos), virus (VIH ; virus de l'hépatite B), champignons, parasites
- **Infection nosocomiale** : infection contractée à l'hôpital ou dans un centre de santé.
- **Séroprophylaxie** : prévention des maladies par l'administration d'un sérum
- **Chimio prophylaxie** : Prévention des maladies par l'administration de médicament
- **Antiseptie** : Ensemble d'actes visant à prévenir l'infection en détruisant ou en inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sur la peau ou sur tout autre tissu.
- **Asepsie** : Ensemble d'actes visant à empêcher le contact entre un micro-organisme et un tissu vivant ou un objet inerte
- **Antiseptique** : Produit chimique qui détruit ou inhibe la croissance du micro-organisme sur un tissu vivant (ex : alcool iodé).
- **Désinfectant** : Produit chimique qui détruit ou inhibe la croissance du micro-organisme sur le matériel (ex : eau de javel)
- **Décontamination** : Acte utilisé avant le nettoyage des objets pour diminuer le nombre de micro-organismes sur ces objets (ex : tremper le matériel dans de l'eau de javel).
- **Désinfection de haut niveau** : Acte qui détruit tous les micro-organismes sauf les endospores sur les objets inertes (ex : bouillir un matériel)
- **Stérilisation** : Acte qui détruit tous les micro-organismes sur des objets inertes. (Ex : stériliser une pince).

2. Cycle de transmission

Les micro-organismes vivent partout dans notre environnement (eau, air, plantes, animaux, objets). Ceux que nous portons généralement sur notre corps sont appelés flore normale. Certains sont plus pathogènes que d'autres. Tous les micro-organismes peuvent être source d'infection.

La survie des agents infectieux et leur propagation nécessite certains facteurs et conditions : cycle de transmission des maladies :

- l'agent pathogène : micro-organisme à l'origine des infections ; il est contenu dans un réservoir où il vit = hommes, animaux, plantes, air etc.
- il passera selon un mode de transmission : manière dont l'agent se déplace d'endroit à l'autre, d'une personne à l'autre.

HÔTE SENSIBLE : personne qui reçoit et peut s'infecter

Méthode de transmission

Corps humain (réservoir) Hôte possible (agent de santé)

- le virus se propage à partir du client infecté par le sang, les sécrétions vaginales
- le virus se propage à partir de l'agent de santé par :
 - contact avec des instruments contaminés ou mal décontaminés
 - piqûres d'aiguille, lésions cutanées, coupures ou éclaboussures sur les muqueuses

La capacité de transmission de l'hépatite B est importante. Une éclaboussure accidentelle dans l'œil d'une quantité aussi petite que 10⁻⁸ ml (0,0000001 ml) de sang infecté peut transmettre VHB à un hôte sensible (Bond et al, 1982).

Il est important de comprendre le cycle de transmission pour que les agents de santé puissent :

- Empêcher que l'infection ne se propage par le biais des interventions médicales et chirurgicales,
- Enseigner aux autres les conditions nécessaires pour qu'il y ait transmission, et surtout,
- Comment interrompre le cycle.

Comme il n'est pas toujours possible de savoir à l'avance si un client est infecté ou non par l'hépatite B ou le SIDA, il convient de manipuler les instruments, les aiguilles, les seringues et autres articles contaminés après chaque client en partant de l'hypothèse qu'ils sont infectés.

3. Objectifs de la prévention des infections

- Prévenir de graves infections postopératoires (médecine, chirurgie, maternité) ou lorsqu'on assure les méthodes de contraception chirurgicales (par exemple : DIU, injectables, implants et stérilisation volontaire).
- Minimiser le risque de transmettre des maladies, non seulement aux clients mais aussi aux prestataires de services et au personnel, y compris le personnel de nettoyage et d'entretien
- Diminuer le coût des prestations de services de santé et maximiser l'accès aux services de qualité
- Protéger l'environnement
- Prévenir la propagation des infections dans les services de planification familiale et de soins de santé ne peut se faire qu'à la condition de rompre le cycle de transmission des maladies à un endroit donné.
- Placer une « barrière » physique, mécanique ou chimique entre les micro-organismes et une personne qu'elle soit un client, un patient ou un agent de santé, est un moyen efficace pour éviter la propagation de la maladie (la barrière sert à casser le cycle de transmission de l'infection). les barrières de protection contre les infections comprennent :
 - Le lavage des mains ;
 - Le port des gants, que ce soit en chirurgie ou comme moyen de protection du personnel clinique qui doit manipuler les déchets contaminés et les instruments utilisés (souillés) ;
 - L'utilisation de solution antiseptique pour nettoyer les plaies ou préparer la peau avant l'intervention chirurgicale ; et
 - La décontamination, le nettoyage, la stérilisation ou la désinfection à haut niveau des instruments chirurgicaux, des gants réutilisables et des autres objets.
- Ces barrières de protection visent à empêcher l'infection de se propager :

- d'une personne à l'autre
- du matériel, des instruments souillés aux personnes

II. PRATIQUES POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION

Pratiques pour réduire le risque de transmission de maladies entre le client et le personnel :

- Le lavage des mains
- Le port des gants

1. Le lavage des mains

Le lavage des mains a pour but de diminuer le nombre de micro-organismes causant les maladies.

Quand se laver les mains ?

- Se laver les mains avant et après avoir examiné un client (contact direct)
- Se laver les mains après avoir retiré les gants car ceux-ci peuvent avoir des trous
- Se laver les mains après toute exposition à du sang ou des liquides organiques (sécrétions ou excréments), même si l'on a porté des gants.

Des études ont montré que le moyen le plus efficace d'augmenter le lavage des mains est d'assurer que les médecins et autres personnes infectées se lavent régulièrement les mains (donner l'exemple) et encourager les autres à faire de même.

Le lavage des mains est la procédure la plus importante de prévention des infections.

- Technique de lavage simple des mains

- Utiliser du savon et de l'eau courante
- Sécher à l'air ou à l'aide d'une serviette propre
- Laver les mains pendant 15 à 30 secondes suffit dans la plupart du temps
- Ne jamais se laver les mains dans un bassin d'eau utilisé par d'autres personnes

- Technique de lavage chirurgical des mains

Antiseptique ou savon simple. Si un antiseptique n'est pas disponible, utiliser du savon simple et ensuite appliquer une solution d'alcool.

Frotter jusqu'à ce que ce soit sec. Ceci à deux reprises :

- Eau courante
- Bâtonnets ou brosse pour nettoyer les ongles
- Brosse souple ou éponge pour nettoyer la peau
- Serviettes (des serviettes stériles devraient être fournies dans la salle d'opération)

Préparation de la solution pour le lavage chirurgical des mains

Cette pratique est recommandée en cas d'absence d'eau.

Formule

- Ajouter 2 ml de glycérine à 100 ml d'une solution d'alcool à 60 ou 80 %
- Utiliser 3 à 5 ml pour chaque application, continuer à frotter les mains avec la solution pendant environ 2 à 5 minutes en utilisant au total 6 à 10 ml par lavage.

2. Le port de barrières

➤ Porter des gants

- Pour réaliser une procédure dans la clinique ou dans le bloc opératoire
- Pour manipuler des instruments, des gants et d'autres objets souillés

- Pour évacuer les déchets contaminés (carton, compresses ou pansement).

➤ Quand faut-il porter des gants ?

Tout le personnel devrait porter des gants avant d'entrer en contact avec le sang ou les liquides organiques d'un client. Il faut utiliser une nouvelle paire de gants pour chaque client pour éviter toute contamination croisée. Il vaut mieux utiliser des gants neufs à usage unique.

Quels types de gants utilisés 2 – 5 gants à usage unique ou réutilisables pour les examens gynécologiques.

Gants stériles : pour les interventions chirurgicales

Gants de ménage épais et propres pour nettoyer les instruments et le matériel contaminé.

Utilisation des gants pour les interventions médicales et chirurgicales

Intervention	Port de gants nécessaire	Gants désinfectés à haut niveau ¹	Gants stériles
Prendre la tension artérielle	Non		
Prendre la température	Non		
Faire une injection	Non		
Examen gynécologique	Oui	Oui	Non
Contact avec des sécrétions vaginales	Oui	Oui	Non
Insertion du DIU, chargé de son emballage stérile ²	Oui	Oui	Non
Insertion du DIU (DIU non stérile, désinfecté en vrac	Oui	Oui	Non
Retrait DIU	Oui	Oui	Non
Insertion et retrait de Norplant	Oui	Acceptable	Préférable
Chirurgie (minilaparotomie, laparoscopie, vasectomie)	Oui	Acceptable	Préférable
Accouchement d'urgence	Oui	Acceptable	Préférable
Prise de sang	Oui	Oui	Non
Succion orale/nasale, désobstruction manuelle des voies ariennes	Oui	Oui	Non
Manutention et nettoyage d'instruments contaminés par des microbes	Oui ⁵	Non	Non
Manipulation de déchets contaminés	Oui ⁵	Non	Non
Nettoyage de sang ou de liquide biologique répandu	Oui	Non	Non

➤ Port des autres barrières

Porter des lunettes protectrices, masque et un atelier. S'il y a possibilité de d'éclaboussure ou d'un versement de liquide organique quelconque.

3. Préparation de la peau avant les procédures chirurgicales.

Objet : pour minimiser le nombre de micro-organismes sur la peau ou les muqueuses ;

- laver avec l'eau et du savon
- appliquer un antiseptique

Préparation de la peau et des muqueuses

- ne rasez pas les poils sur le champ opératoire (s'il le faut, coupez-les au raz de la peau immédiatement avant l'intervention chirurgicale)
- demandez à la cliente si elle a des réactions allergiques avant de choisir une solution antiseptique
- si la peau est sale, lavez – la d'abord avec de l'eau et du savon

- appliquez un antiseptique en partant du champ opératoire vers l'extérieur sur plusieurs centimètres en employant un mouvement circulaire.

Préparation vaginale et cervicale

- il n'est pas nécessaire de préparer les zones génitales externes, si elles semblent propres. Lorsque les organes sont souillés, il vaut mieux demander à la cliente de laver ses parties génitales soigneusement avec de l'eau et du savon avant de commencer la procédure.
- Appliquez généreusement la solution antiseptique sur le col (2 ou 3 fois) ensuite sur le vagin.

4. Pratiques pour réduire le risque de transmission de maladies

Pour les objets contaminés

- Traitement des instruments et autres objets
- Décontamination
- Nettoyage
- Désinfection de haut niveau pour protéger les clients et le personnel
- Stérilisation

a) Décontamination

- Principes
 - inactive le virus de l'hépatite B et le VIH
 - rend les articles moins dangereux à manipuler
 - doit être faite avant le nettoyage
- Pratiques
 - placer les instruments et les gants réutilisables dans une solution chlorée à 0,5 % après utilisation
 - laisser tremper pendant 10 mn et rincer immédiatement
 - essuyer les surfaces (tables d'examen) avec une solution chlorée

Instructions pour préparer des solutions chlorées diluées

Pour préparer une solution de chlore à 0,5 % à partir d'une solution concentrée, la part d'eau se calcule de la façon suivante :

$$\text{Part d'eau} = \frac{\% \text{ concentré}}{\% \text{ dilué (0.5\%)}} - 1$$

NB : 1 degré de chlore = 0.3%

Ex : solution de 8 degrés = 2.4% (0.3 X 8)

Solution de 12 degrés = 3.6% (0.3 X 12)

b) Nettoyage

- **Principes**
 - Enlève les matières organiques qui :
 - ✓ Protègent les micro – organismes contre la stérilisation et la DHN
 - ✓ peuvent inactiver les désinfectants
 - Doit être fait pour que la stérilisation et la DHN soient efficaces
 - Méthode pour réduire mécaniquement le nombre d'endospores
- **Pratiques**
 - Laver avec de l'eau et du détergent
 - Frotter les instruments jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres
 - Rincer soigneusement avec l'eau propre

c) Désinfection de haut niveau

- **Principes**

- Détruit tous les micro-organismes y compris le virus de l'hépatite B et le VIH. Ne tue pas efficacement toutes les endospores bactériennes
- La seule alternative acceptable lorsque l'équipement de stérilisation n'est pas disponible

➤ Désinfection de haut niveau par ébullition

Pratiques :

- Faire bouillir les instruments et autres articles pendant 20 minutes
- Toujours bouillir pendant 20 minutes dans une marmite avec un couvercle
- Commencer à chronométrer lorsque l'eau entre en ébullition
- Ne rien ajouter dans la marmite après avoir commencé le chronométrage
- Laisser sécher à l'air avant l'utilisation ou l'emmagasinage

➤ Désinfection de haut niveau par vapeur

Pratiques :

- Passer les instruments, gants et autres articles à la vapeur pendant 20 minutes
- Toujours passer à la vapeur pendant 20 minutes
- Être certain qu'il y a assez d'eau au fond de la marmite pour durer le cycle entier de stérilisation à la vapeur
- Porter l'eau à ébullition à ses gros bouillons
- Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir d'en dessous le couvercle
- Ne rien ajouter à la marmite après que le chronométrage ait commencé
- Laisser sécher à l'air et emmagasiner dans les marmites à vapeur couvertes

➤ Désinfection chimique à haut niveau

Pratiques :

- Couvrir tous les articles complètement avec un désinfectant
- Laisser tremper pendant 20 minutes
- Rincer avec l'eau bouillie
- Laisser sécher à l'air avant l'utilisation et l'emmagasinage

➤ Préparation d'un récipient désinfecté à haut niveau

- Faire bouillir (si petit) ou
- Remplir un récipient propre avec une solution chlorée à 0,5 %
 - faire tremper pendant 20 minutes
 - verser la solution. (la solution chlorée peut alors être transférée dans un récipient plastique et réutilisée).
 - Rincer minutieusement avec de l'eau bouillie
- Laisser sécher à l'air et utiliser pour l'emmagasinage des articles DHN

d) Stérilisation

Principes

- détruit tous les micro organismes y compris les endospores
- utilisée pour les instruments, gants et autres articles venant en contact direct avec la voie sanguine ou les tissus sous-cutanés

Pratiques

- Stérilisation à la vapeur (autoclave)

- Pression à 121 ° C (250° F) ; 106 Kpa (15 lbs fin²) : 20 minutes pour les articles non enveloppés, 30 minutes pour les articles enveloppés.
- Laisser tous les articles sécher avant de les retirer.
- Stérilisation à la chaleur sèche (four) : 170 ° C (340° F) pendant 1 heure, au 160° C (320°F) pendant 2 heures.
- Stérilisation chimique
 - faire tremper les articles dans du glutaraldéhyde pendant 8 à 10 heures ou du formaldéhyde pendant 24 heures.
 - Rincer avec l'eau stérile.

5. Elimination des déchets

- **Principes**
 - Evite la transmission des infections au personnel qui manipule les déchets
 - Evite la transmission des infections à la communauté locale
 - Protège ceux qui manipulent les déchets des blessures accidentelles
- **Pratiques**
 - Tout en portant des gants de ménage, placer les articles contaminés (compresse ou coton) dans un récipient étanche (avec un couvercle) ou dans un sac en plastique.
 - Eliminer les déchets en les incinérant ou en les enterrant.

6. Circulation des patients et profil des activités

- **But : éliminer le niveau de contamination microbienne dans les zones où « les activités propres » ont lieu :**
 - salles de procédure
 - zones chirurgicales
 - zones de traitement final et d'emmagasinement des instruments

Le nombre de micro-organismes dans la zone est lié au nombre de personnes présentes et à leur activité.

7. Matériel de prévention des infections

Matériel de décontamination	
Cuvettes en plastique	3
Chlore	Quantité suffisante
Matériel de nettoyage	
Cuvettes en plastique	3
Savon liquide	Quantité suffisante
Brosse à dents	2
Gants de ménage	2 paires
Masque	Quantité suffisante
Tabliers en plastique	2
Lunettes ou visières	2
Bottes	1 paire
Champs	2
Matériel de désinfection à haut niveau	
Formaldéhyde ou glutaraldéhyde	Quantité suffisante
Boite métallique	2
Poissonnière	2
Réchaud à gaz	1
Bouteille à gaz	2
Matériel de stérilisation	
Poupinel	1

Autoclave	1
Marmite à pression	1
Produits chimiques : Formaldéhyde , Glutaraldéhyde, Sérum salé	Quantité suffisante
Poissonnière pour stérilisation chimique	2
Champs pour stérilisation à l'autoclave	5
Tambours pour stérilisation à l'autoclave	5
Matériel pour élimination des déchets	
Poubelles étanches avec couvercle	4
Poubelles de bureau	4
Fût vide pour brûler les ordures	2
ou Incinérateur (à construire)	1
Gants de ménages	2
Fosses couvertes pour éliminer les déchets liquides	

III. Prévention des infections dans les services de santé de la reproduction

En considérant tout individu (clients ou personnel) comme étant potentiellement infectieux, la prévention des infections doit être systématique dans tout service de santé. Les activités de santé de la reproduction qui recommandent une plus grande attention aux principes fondamentaux de la prévention des infections sont :

- La maternité à moindre risque ;
- La prévention de la transmission mère enfant du VIH ;
- La planification familiale ;
- L'hygiène alimentaire de l'enfant.

1. La maternité à moindre risque (MMR)

En plus du respect des règles fondamentales de la prévention des infections (PI), le prestataire doit utiliser des gants adaptés et éventuellement des gants de révision utérine si nécessaire.

- Pendant l'accouchement l'utilisation de barrières protectrices est recommandée (coiffe, bavettes, lunettes, tablier étanche, bottes et blouse propre). Eviter les situations qui peuvent favoriser les infections:
 - Touchers multiples avec risque de contamination des voies génitales
 - Sondage vésical
 - Rupture artificielle précoce des membranes
 - Episiotomie (elle devra vraiment être justifiée)
 - Révisions utérines
 - Version par manœuvre interne ou externe
- Après l'accouchement :
 - Décontaminer le placenta dans une solution d'eau chlorée à 0,5% pendant 10 minutes avant de le remettre à la famille. Donner des conseils pour la manipulation du placenta à domicile.
 - Décontaminer le linge ayant servi à l'accouchement avant de le remettre aux accompagnateurs.
- Soins après avortement (SAA).

En dehors des mesures générales de PCI, un accent particulier devrait être mis sur le traitement des instruments (seringues, canules, adaptateurs) ;

L'antibiothérapie ne devrait pas être systématique si le contexte est bien connu.

2. élimination de la transmission mère enfant du VIH (eTME/VIH)

L'élimination de la transmission mère enfant du VIH (PTME/VIH) regroupe l'ensemble des interventions visant à réduire la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. Elle doit inclure la prévention primaire de l'infection chez la femme.

a) Les facteurs de risque de la transmission mère enfant du VIH (TME/ VIH)

La transmission du VIH de la mère à son enfant peut survenir pendant la grossesse, pendant le travail, au cours de l'accouchement, et pendant l'allaitement. Parmi les différents facteurs de risque de TME du VIH, on distingue les:

- Facteurs fœtaux
- Facteurs viraux
- Facteurs maternels
- Facteurs obstétricaux
- Facteurs liés à l'allaitement

Le facteur fœtal le plus important est la prématurité.

Les facteurs viraux sont liés aux types de virus à la charge virale et à la sensibilité du virus aux antirétroviraux.

Les facteurs liés à l'état de santé de la mère sont : L'avitaminose A, l'anémie, les IST non traitées, les mastites et abcès du sein, les mamelons fissurés ou craquelés.

Les facteurs obstétricaux sont : la rupture prolongée des membranes (+ de 4h), les procédures invasives pendant l'accouchement, l'épisiotomie, la parasitémie placentaire du paludisme et l'accouchement par voie basse.

Les facteurs liés à l'alimentation du nouveau-né sont : l'allaitement quel qu'il soit, l'allaitement non exclusif, la durée de l'allaitement, les lésions buccales et intestinales du bébé.

b) Les axes de prévention de la TME du VIH

La connaissance des principaux facteurs de risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant a permis de définir des axes d'intervention de PTME.

Afin de réduire la TME du VIH, il faut une :

- Prise en charge optimale de l'infection VIH
- Prophylaxie anti rétrovirale à la mère
- Prise en charge obstétricale spécifique :
 - o Appliquer les pratiques obstétricales non invasives au cours de l'accouchement par voie basse, au cours de la césarienne et dans le post-partum.
 - o Traitement des infections cervico – vaginales
 - o Traitement et prévention des chorio amniotites
 - o Prévention de la Rupture Prématurée des Membranes.
 - o Prévention de l'accouchement prématuré
 - o Abandon des gestes pouvant favoriser les échanges sanguins : amnioscopie, amniocentèse, versions.
- Prophylaxie ARV et cotrimoxazole au nouveau - né

3. Prévention des infections IST/VIH/SIDA dans les centre de santé

Le virus est présent dans les liquides biologiques des personnes atteintes et notamment :

- Le sang ;
- Le sperme et le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection) chez l'homme ;
- Les sécrétions vaginales et le lait chez la femme.

Le virus peut se transmettre par ces liquides. Il faut cependant une quantité et une concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination. Des particules virales ont été isolées dans la salive, les larmes et l'urine, en trop faible quantité pour représenter un risque de contamination.

Pour pénétrer dans l'organisme, le virus doit trouver une porte d'entrée :

- Un contact avec une muqueuse (paroi qui tapisse le vagin, le rectum, la bouche, etc.), par exemple lors des rapports sexuels non protégés ;
- Un contact direct avec une plaie en cas de blessure avec un objet souillé de sang contaminé ;
- Un passage direct dans le sang, notamment par une piqûre avec une seringue contaminée ou d'une mère atteinte, à l'enfant pendant la grossesse.

Les gestes de la vie quotidienne (poignée de main, caresses, bises) ne permettent pas au virus de pénétrer dans l'organisme de même que l'utilisation d'équipements publics (toilette, douche, piscine) ou d'objets courants (verres, couverts, etc.).

Risques de transmission par les sécrétions

Chez une personne atteinte par le VIH, le virus est présent en quantité suffisante dans les sécrétions sexuelles (sperme, liquide séminal, sécrétions vaginales) pour rendre possible une contamination.

a) Rapports sexuels non protégés

Il y a situation à risque de transmission du VIH chaque fois que des partenaires ont un rapport sexuel avec pénétration sans préservatif :

- Lorsque l'un des partenaires est atteint par le VIH ;
- Lorsque les partenaires n'ont pas la certitude qu'aucun d'eux n'est atteint par le VIH ;
- Les rapports sexuels avec pénétration sans préservatif sont le principal mode de transmission du virus. Un seul rapport sexuel avec une personne atteinte par le VIH est suffisant pour qu'une contamination ait lieu.

Le risque est encore plus grand :

- Au cours du premier rapport sexuel ;
- Lors des règles de la femme ;
- Si l'un des partenaires est porteur d'une maladie sexuellement transmissible ;
- Si le rapport s'accompagne de violence ce qui peut provoquer des lésions, mêmes invisibles.

b) Contacts de la bouche avec le sexe ou l'anus

En cas de contact non protégé de la bouche avec le sexe masculin (fellation) ou féminin (cunnilingus) les risques de transmission du VIH sont beaucoup plus faibles que lors des pénétrations anales ou vaginales sans protection, mais ils ne sont pas nuls. Pour se protéger de ces risques, il faut en particulier éviter d'avoir du sperme dans la bouche. Non protégés, les contacts bouche sexe sont également cause de contamination par d'autres maladies sexuellement transmissibles. Les contacts bouches anus peuvent transmettre diverses maladies.

4. Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) et autres liquides biologiques

Ce type de prévention est une prophylaxie de dernier recours, au cas où l'AES malgré tout serait survenu :

a) Les premiers soins ou la conduite à tenir en cas d'urgence

Dès la survenue de l'AES : Suspendre temporairement l'activité en cours

- En cas de piqûre, de coupure ou de contact direct avec un liquide biologique sur une peau lésée :
 - Nettoyer immédiatement la zone contaminée à l'eau et au savon,
 - Tremper au moins 5mn dans du soluté de dakin ou dans un bain de Bétadine ou à l'alcool 70
- En cas de projection sur les muqueuses ou dans les yeux :
 - Rincer immédiatement et abondamment à l'eau courante ou au sérum physiologique ;
 - Consulter un médecin référent ;
 - Déclarer l'accident.

b) Prophylaxie de la transmission des agents : Evaluation du risque infectieux viral

➤ **Les éléments à prendre en compte**

L'évaluation des risques infectieux doit être faite de façon immédiate par un médecin. Les personnes les mieux placées pour fournir un conseil médical spécialisé sur l'évaluation des risques infectieux sont : soit un médecin référent pour la prophylaxie soit un médecin de travail. Cette évaluation est assurée à chaque fois que cela est possible en liaison avec l'équipe qui a en charge le patient source. Les deux éléments fondamentaux à prendre en compte impérativement lors de l'évaluation sont : **la sévérité de l'exposition et la nature du liquide responsable.**

- **La sévérité de l'exposition**

Plus la blessure est profonde plus le risque de contamination est élevé.

Les piqûres par aiguille creuse contenant du sang tels les aiguilles de prélèvement veineux ou artériel, sont plus susceptibles d'entraîner une contamination.

Les piqûres avec des aiguilles sous cutanées ou intra musculaire ne contenant pas de sang et les piqûres à travers des gants avec des aiguilles pleines comme les aiguilles à suture, présentent un risque moindre de contamination par le VIH.

Les projections cutanées muqueuses présentent un risque encore plus faible.

- **Nature du liquide biologique responsable**

- Les liquides impliqués dans des contaminations professionnelles prouvées : sang ou liquides biologiques contenant du sang
- Liquides potentiellement contaminant (le VIH y est retrouvé) sperme, sécrétions vaginales, le lait, le liquide amniotique, péricardique, péritonéal, pleural, synovial ou céphalorachidien
- Dans la salive les larmes, l'urine, les selles, les sécrétions nasales, la sueur, le virus est indétectable ou en concentration très faible pour entraîner une contamination
- Pour les seringues abandonnées, le virus pourrait survivre plusieurs jours et garder son pouvoir infectant.

A ces deux, on peut ajouter d'autres éléments comme :

- **Le délai de consultation**

Le risque de l'infection est plus élevé si le délai est plus long. Après quarante-huit heures (48heures), la victime est orientée vers un diagnostic précoce. Il faut signaler que le risque de transmission du VHB est plus élevé que celui du VIH.

- **Statut sérologique du patient source**

Le statut sérologique du patient source doit être déterminé pour ce qui concerne le VIH, VHB ou VHC avant le huitième 8^{ème} jour. Si la sérologie du patient source est positive, rechercher la virémie au VIH, VHB et VHC.

- **L'état clinique du malade doit être apprécié.**

Il permet d'avoir une idée sur l'évolution de la maladie (Asymptomatique ou Stade SIDA).

✓ Etapes de l'évaluation

Si le patient source est connu comme séropositif (VIH+), la décision de prophylaxie repose sur les critères de sévérité de la blessure :

- Exposition massive à haut risque : piqûre profonde avec un dispositif intra vasculaire ou aiguille creuse ayant servi par voie intra veineuse ou intra artérielle et toute exposition à du VIH concentré en laboratoire ;
- Exposition intermédiaire : coupure par un bistouri à travers les gants, ou de piqûre superficielle avec une aiguille creuse ayant servi par voie intra veineuse ou intra artérielle ;
- Exposition minimale à risque faible, simple érosion épidermique superficielle avec une aiguille pleine (à suture) ou creuse et de petit calibre (IMOU S/C) ou d'un contact cutané muqueux sans blessure.

Statut de la personne source inconnu au moment de l'accident, la décision repose sur :

- Présence d'un argument pouvant suggérer une infection VIH chez la personne source : symptomatologie clinique ou biologique compatibles soit avec une primo-infection, soit avec un déficit immunitaire sévère.
- Des arguments épidémiologiques peuvent rentrer en ligne de compte, prévalence de l'infection parmi les malades prise en charge dans l'établissement, notion de facteurs de risque chez la personne source. Dans ce cas l'étude de l'exposition est déterminante :
 - Le traitement est recommandé pour une exposition à haut risque,
 - Il se discute pour une exposition à risque intermédiaire ou faible,
 - Dans le cas particulier des seringues abandonnées, le traitement se discutera en fonction de la profondeur de la piqûre, tout en sachant que le risque est faible en raison de la coagulation du sang dans l'aiguille.

Il existe aucun argument suggérant une infection chez la personne source.

Le traitement ne se discute qu'en cas d'exposition à haut risque.

Dans tous les cas, il est important même secondairement, de rechercher le statut de la personne source, et s'il est inconnu de lui proposer un dépistage, avec son consentement qui permettra en cas de négativité d'interrompre le traitement débuté.

✓ Evaluation de la situation au regard du risque de transmission du VHB et VHC.

● Si le patient source est virémique pour le VHC ou si son statut vis-à-vis du VHC est inconnu, il faut mettre en place un suivi Biologique permettant le diagnostic précoce d'une infection chez le sujet exposé.

● Quelle que soit la connaissance, le statut sérologique et virémique du sujet source pour le VHB, si la personne exposée n'est pas vaccinée ou si son immunisation vis-à-vis de l'hépatite B n'a pas été récemment vérifiée, ou si, le résultat de l'antigène HBS et l'anticorps ANTI-HBS ne sont pas obtenus dans les douze heures, il y a indication à injecter précocement (dans les 12 heures) des gammaglobulines anti HBS et ultérieurement à prévoir une vaccination.

➤ Vérifier le statut sérologique du patient

Le statut sérologie initial doit être réalisé, le plus tôt possible et dans un délai maximum de huit (8) jours suivant le fait accidentel.

Cette analyse est indispensable pour avoir un diagnostic de référence.

➤ Le traitement prophylactique du VIH :

● Décision du traitement

* Critère de décision du traitement

La décision du traitement est fonction de la nature de l'exposition et du statut sérologique du patient source.

*** Bilan biologique initial**

Un bilan biologique initial est nécessaire chez le soignant à la recherche de contre - indication ou interaction médicamenteuse

*** Début du traitement**

Le délai d'instauration du traitement doit être le plus court possible (Idéalement avant quatre heures) et si possible ne jamais dépasser les quarante-huit heures.

• Modalité du traitement

*** Le protocole**

Le protocole est la tri thérapie associant : Zidovudine+ Lamivudine + Indinavir

Si le patient source est sous traitement ARV :

- Si bien contrôlé : reconduire le même traitement
- Si mal contrôlé : réfléchir à un autre schéma thérapeutique

*** Les précautions**

Rechercher les contre-indications

Rechercher une grossesse pouvant faire discuter le traitement (effets secondaires)

Eviter les protocoles comprenant un inhibiteur de la reverse transcriptase : effets secondaires

• Suivi du traitement

*** Suivi de la sérologie**

*** Bilan des effets secondaires**

5. PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION

Devant un accident d'exposition au VIH, une conduite à tenir adaptée et systématique doit être entreprise. Elle comporte les étapes suivantes :

1. La précision de la nature de l'exposition

Il peut s'agir de :

- Piqûres ou blessures par objets souillés, projections cutanées ou muqueuses de sang ou de liquide biologique contenant du sang ;
- D'une exposition sexuelle, rapport sexuel non protégé avec une personne séropositive ou dont le statut sérologique est inconnu, le risque dépend du type de rapport ;
- Partage de seringue par des usagers de drogues (situation peu fréquente au Burkina Faso).

2. Le nettoyage de la plaie

Certains gestes immédiats en cas d'accident d'exposition à du sang sont requis :

Le nettoyage de la plaie à l'eau courante et au savon puis l'utilisation d'antiseptique chloré pendant au moins 5 minutes.

3. La détermination des statuts sérologiques de la victime et de la personne source de la contamination.

Le statut sérologique de la victime et de la personne source doit être déterminé avant le 8^{ème} jour suivant l'exposition, puis au 3^{ème} et 6^{ème} mois.

4. L'évaluation du risque

Les éléments à prendre en compte sont :

- Le délai entre l'exposition et la consultation.
- La sévérité de l'exposition de la nature du liquide biologique responsable.
- Le statut sérologique de la personne source.

5. Le traitement prophylactique par les Anti – rétroviraux.

- Bilan initial à pratiquer dans les 48 premières heures

- Sérologie VIH
- Ag HBS
- Transaminases

- Bilan de surveillance

- Sérologie aux 3^{èmes} et 6^{ème} mois
- NFS
- Transaminases

- Le Traitement anti-rétroviral

Il doit être débuté dans les 48 heures, au mieux dès la 4^{ème} heure :

- * La mono thérapie doit être évitée,
- * La durée du traitement sera de 2 à 4 semaines,
- * Le traitement idéal sera une trithérapie en évitant les médicaments utilisés par la personne source si elle est en situation d'échec virologique

Les protocoles proposés sont : D4T-DDI-IP ou AZT-DDI-IP ou AZT-3TC-IP

L'IP peut être remplacé un INN

6. Recommandations générales

La victime doit appliquer les recommandations suivantes :

- pas de grossesse dans les 6 mois qui suivent, par conséquent une contraception efficace sera nécessaire ;
- protéger les rapports sexuels avec le partenaire dans les 6 mois qui suivent ;
- s'abstenir de donner du sang et d'allaiter dans les 6 mois qui suivent ;
- consulter en cas de signe clinique anormal ou d'effets secondaires médicamenteux ;
- déclaration s'il s'agit d'un accident de travail ;
- les hôpitaux sont tenus de mettre à la disposition du personnel soignant les moyens de protection individuelle, le matériel de sécurité et des médicaments devront être disponibles aux urgences ou dans les dépôts pharmaceutiques si ceux-ci sont fonctionnels 24h/24h. Par ailleurs en cas de contamination, les textes en vigueur en matière d'accident du travail devront être appliqués.

CAT DEVANT UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

L'AVC est une perte soudaine de la fonction cérébrale provoquée par un arrêt de la circulation sanguine du cerceau.

Les symptômes majeurs sont :

- troubles de la marche ;
- troubles de la diction et de la compréhension ;
- paralysie ou engourdissement du visage, d'un bras ou d'une jambe.

Gestes à faire

- allonger le malade avec si possible un oreiller sous la tête ;
- noter l'heure de survenue des premiers signes de l'AVC, ce détail est important pour les traitements à venir ;
- réaliser un interrogatoire y compris la recherche des antécédents
- réaliser un examen physique complet du malade y compris la prise de la tension artérielle ;
- prendre une voie veineuse de sécurité ;
- évacuer le malade à l'échelon supérieur.

NB : Tous ces gestes ne doivent pas retarder l'évacuation du malade

Gestes à ne pas faire

- faire boire ou manger la personne ;
- pratiquer la saignée.

ANNEXE 1

Equipe de rédaction

Dr SANOU Georgette, Médecin, DFSP
 Dr LOMPO François, Médecin de santé Publique, DFSP
 M. KONDO Ousséni, Conseiller de santé, DFSP

Participants à la révision

Dr SANKARA Salif, Directeur général de l'offre de soins ;
 Dr KARAMBIRI Souleymane, Médecin de santé Publique, DGOS ;
 Dr SANOU Georgette, Médecin de santé Publique, DFSP ;
 Dr BARRO Karim, Médecin de santé Publique, DFSP ;
 Dr LOMPO François, Médecin de santé Publique, DFSP
 Dr BARA Anata, Médecin de santé Publique, DFSP ;
 M . NOMBRE Seydou, Directeur des formations sanitaires publiques ;
 M. KONDO Ousséni, Conseiller de santé, DFSP
 M. BANCE Boureima, Attaché santé, DFSP
 M. BADIEL Boureima Conseiller de santé
 M. DIOLOMPO Sangoun, Attaché de santé, M / PNMNT
 M. NACOUA Adama Alfred Attaché de santé, Direction du secteur privé de santé

Participants à l'atelier de validation

Dr SANKARA Salif, Directeur général de l'offre de soins ;
 Dr KARAMBIRI Souleymane, Médecin de santé Publique, DGOS ;
 Dr SANOU Georgette, Médecin de santé Publique, DFSP ;
 Dr BARRO Karim, Médecin de santé Publique, DFSP ;
 Dr LOMPO François, Médecin de santé Publique, DFSP
 M . NOMBRE Seydou, Directeur des formations sanitaires publiques ;
 M. SANA , Attaché de santé, DSF ;
 Mme BONKOUNGOU , Attaché de santé, PNLS
 M. KONDO Ousséni, Conseiller de santé, DFSP ;
 GOMGNOUBOU Yacouba, Conseiller de santé, DFSP
 M. BANCE Boureima, Attaché santé, DFSP
 M. BADIEL Boureima Conseiller de santé
 M. DIOLOMPO Sangoun, Attaché de santé, M / PNMNT
 M. NACOUA Adama Alfred Attaché de santé, Direction du secteur privé de santé

Comité de finalisation

Dr SANOU Georgette, Médecin, DFSP

LOMPO Y. François, Médecin, DFSP

KONDO Oussen, Conseiller de santé, DFSP

Maquette / Impression