
CHAPITRE 16 – DERMATOLOGIE

Guide de pédiatrie clinique du personnel infirmier en soins primaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

Le contenu de ce chapitre a été révisé en juillet 2009.

Table des matières

ÉVALUATION DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE.....	16-1
Anamnèse et examen du système tégumentaire.....	16-1
Examen physique	16-2
AFFECTIONS COURANTES DE LA PEAU	16-4
Acné vulgaire	16-4
Cellulite	16-6
Érythème fessier du nourrisson	16-8
Eczéma (dermite atopique).....	16-9
Hémangiome.....	16-10
Érythème polymorphe héréditaire photoallergique	16-11
Impétigo	16-12
Infection à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	16-14
Molluscum Contagiosum.....	16-17
Taches mongoliques	16-18
Pédiculose (Infestation de poux).....	16-18
Dermite causée par l'herbe à puce	16-18
Dermatomycose (teigne).....	16-19
Teigne tondante (<i>Tinea Capitis</i>)	16-21
Gale	16-22
Urticair.....	16-24
Verrues.....	16-25
URGENCES DERMATOLOGIQUES.....	16-26
Brûlures.....	16-26
Gelures	16-34
Lésions cutanées	16-37
SOURCES.....	16-42

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'anamnèse et l'examen physique de la peau chez les enfants plus âgés et les adolescents, consulter le chapitre *Dermatologie du guide de pratique clinique s'appliquant aux adultes*.

ÉVALUATION DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE

ANAMNÈSE ET EXAMEN DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Site(s) cutané(s) atteint(s)
- Évolution des lésions cutanées dans le temps
- Dates et localisation des récurrences
- État actuel (amélioration ou aggravation)
- Nature du symptôme : intermittent ou continu
- Influence des facteurs environnementaux
- Facteurs causaux potentiels
- Mesures prises pour soulager les symptômes
- Symptômes généraux associés (par exemple, fièvre, perte d'appétit, douleurs musculaires)

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer d'autres caractéristiques de certains des symptômes, telles que décrites ci-dessous.

Peau

- Modification de la texture, de la couleur ou de la pigmentation
- Sécheresse ou moiteur anormale
- Écoulement ou saignement
- Démangeaisons, sensation de brûlure
- Douleur
- Engourdissement
- Éruptions
- Contusions, pétéchies
- Lésions
- Modification des grains de beauté ou des taches de naissance

Cheveux

- Modification de la texture, de la répartition des cheveux, perte de cheveux

Ongles

- Modification de la texture, de la constitution ou de la couleur

Antécédents médicaux

- Allergies (par exemple, asthme, rhume des foies, urticaire, eczéma)
- Maladie bactérienne ou virale récente ou actuelle
- Allergie à des aliments, à des médicaments ou à d'autres substances chimiques
- Sensibilité à la lumière du soleil
- Médicaments : sous ordonnance et en vente libre, y compris les antibiotiques et les crèmes stéroïdes, actuels et passés
- Immunodépression (par exemple, VIH/sida)
- Dermite séborrhéique
- Dermite
- Psoriasis
- Diabète sucré

Antécédents familiaux

- Allergies (par exemple, rhume des foies, allergie alimentaire)
- Asthme
- Dermite séborrhéique
- Psoriasis
- Membres de la famille présentant des symptômes semblables (par exemple, éruption)

Antécédents personnels et sociaux

- Obésité
- Manque d'hygiène
- Environnement chaud ou humide, milieu de vie insalubre
- Exposition à de nouveaux produits chimiques (par exemple, savons), aliments, animaux de compagnie ou plantes
- Troubles émotionnels
- Antécédents de peau sensible
- Personnes à la maison, au travail ou à l'école présentant des symptômes semblables
- Voyage récent

EXAMEN PHYSIQUE

APPARENCE GÉNÉRALE

- État de santé apparent
- Bien-être ou détresse
- Teint (par exemple, rouge, pâle)
- État nutritionnel (obésité, maigreur)
- État d'hydratation
- Signes vitaux (la température peut être élevée)

INSPECTION ET PALPATION DE LA PEAU

- Couleur
- Température, texture, turgescence
- Sécheresse ou moiteur
- Desquamation
- Pigmentation
- Vascularité (érythème, veines anormales)
- Contusions, pétéchies
- Œdème (déclive, facial)
- Induration (fermeté au toucher)
- Lésions isolées (couleur, type, texture, forme, arrangement général, contour, pourtour plat ou en relief)
- Cheveux (densité, texture, distribution)
- Ongles (forme, texture, décoloration, stries)
- Muqueuses (par exemple, moiteur, lésions)
- Replis cutanés (par exemple, éruptions, lésions)
- Atteinte articulaire

AUTRES ASPECTS

- Examen des ganglions lymphatiques
- Examen des régions distales aux ganglions lymphatiques enflés

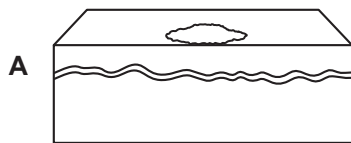
DESCRIPTION DES LÉSIONS¹

On distingue les différents types de lésion de la peau et des muqueuses selon :

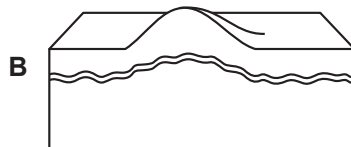
- Le type de lésion (*voir les figures « Lésions cutanées de moins de 1 cm », « Lésions cutanées de plus de 1 cm » et « Lésions cutanées de tailles variées »*),
- La couleur,
- Le contour (net ou flou),
- Le résultat de la palpation :
 - Consistance (molle, ferme, dure, fluctuante, cartonnée),
 - Température (chaude, froide),
 - Mobilité,
- La forme,
- Le nombre et l'arrangement (groupées ou dispersées),
- La distribution :
 - étendue (par exemple, isolées, localisées, généralisées),
 - répartition (par exemple, symétrique, dans les régions exposées, aux points de pression ou aléatoire).

Consulter le tableau 1 « Principaux types de lésions cutanées » du chapitre « Dermatologie » du guide de pratique clinique s'appliquant aux adultes pour obtenir plus de renseignements.

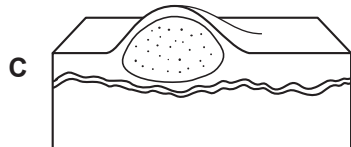
Lésions cutanées de moins de 1 cm



A : Macule – tache plate sur la peau ou une muqueuse, circonscrite, d'une couleur anormale, pouvant atteindre au plus 1 cm.

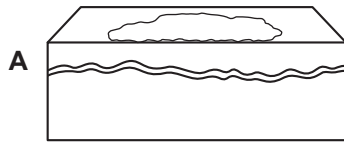


B : Papule – lésion pleine, faisait saillie sur la peau ou une muqueuse, pouvant atteindre 1 cm de long maximum.

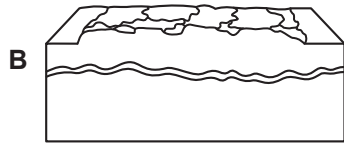


C : Vésicule – lésion surélevée de la peau ou d'une muqueuse, remplie de liquide et mesurant moins de 1 cm.

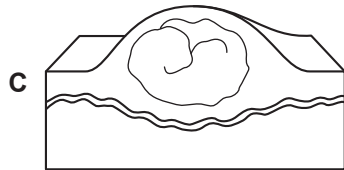
Lésions cutanées de plus de 1 cm



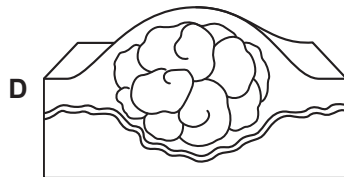
A: Tache – zone de la peau ou d'une muqueuse plane et circonscrite, d'une couleur anormale, mesurant plus de 1 cm.



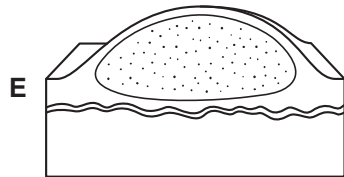
B: Plaque – lésion pleine et surélevée de la peau ou d'une muqueuse, mesurant plus de 1 cm.



C: Nodule – lésion pleine et surélevée de la peau ou d'une muqueuse, plus profonde que la papule, mesurant au moins 1 cm.

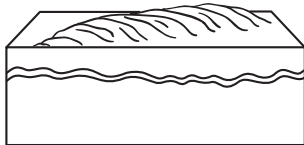


D: Tumeur – lésion pleine et surélevée de la peau ou d'une muqueuse, plus profonde que le nodule et mesurant plus de 1 cm.



E: Bulle – lésion superficielle remplie de liquide, faisant saillie sur la peau ou une muqueuse, mesurant plus de 1 cm.

Lésions cutanées de tailles variées



Papule œdémateuse – lésion de la peau ou d'une muqueuse de forme irrégulière, surélevée, solide, changeante et fugace, causée par un œdème cutané. Parmi les autres lésions de tailles variées figurent les pustules (vésicules ou bulles contenant du pus plutôt qu'un liquide transparent) et les télangiectasies (fines lignes rouges souvent irrégulières, produites par la dilatation de capillaires normalement invisibles).

AFFECTIONS COURANTES DE LA PEAU

ACNÉ VULGAIRE²

Maladie inflammatoire chronique de la peau caractérisée par l'éruption de papules ou de pustules. Il s'agit de l'affection cutanée la plus courante chez les adolescents. Presque tous les adolescents en sont atteints à un degré ou à un autre.

Les lésions non inflammatoires, comme les comédons ouverts et fermés, sont précurseurs des lésions inflammatoires.

Bien qu'elle ne soit pas mortelle, cette affection peut avoir de graves effets psychologiques chez les adolescents timides.

CAUSES ET PATHOGENÈSE

L'acné touche les follicules pilo-sébacés qui sont des glandes sébacées dont le canal excréteur débouche sur le canal folliculaire. On les trouve essentiellement sur le visage, la poitrine et le dos. À la puberté, ces follicules sont stimulés la production accrue d'androgènes. Ils augmentent leur production de sébum (huile) qui, associée à la kératine du canal folliculaire, forme des bouchons (comédons).

Les bactéries (surtout *Propionibacterium acnes*) envahissent les comédons, ce qui produit des lipases qui transforment le sébum en acides gras libres et causent une inflammation et la rupture subséquente du follicule.

SYMPTOMATOLOGIE

- Éruptions, lésions sur le visage
- Effets psychologiques, notamment la gêne et le retrait social

OBSERVATIONS

Lésions non inflammatoires

Comédons

- Follicules obstrués
- *Comédon ouvert (point noir)* : sac épithélial rempli de kératine et de lipides, d'une profondeur de 1 à 3 mm, dont l'orifice est largement dilaté et cylindrique; la couleur noire est due à la pigmentation de la mélanine dans le derme et à l'exposition à l'air (qui provoque une coloration des lipides et de la mélanine); cette couleur n'est pas due à la saleté.

- *Comédon fermé (point blanc)* : précurseur de lésion inflammatoire; petite papule légèrement surélevée, de forme globulaire, blanche ou de couleur chair, juste sous la surface de la peau.

Lésions inflammatoires

Papules

- Elles se développent à partir de follicules obstrués devenant le siège d'une inflammation.

Pustules

- Lésions plus grosses, plus enflammées que les papules; superficielles ou profondes, renfermant une petite quantité d'une substance blanche semblable à du pus.

Nodules et kystes

- *Nodules* : abcès formés par la rupture de pustules profondes
- *Kystes* : stade final des pustules ou des nodules
 - On les rencontre dans les cas plus graves.
 - Ils risquent de se réenflammer.
 - Ils peuvent laisser des cicatrices.

Tableau 1 – Évaluation de la gravité de l'acné^{3,4}

Légère (localisée, inflammatoire)	Modérée (étendue, résistante, inflammatoire)	Grave (présence de cicatrices, inflammatoire)
Comédons	Comédons	
Papules	Nombreuses papules	
Quelques pustules	Nombreuses pustules	Lésions nodulokystiques
	Présence possible de cicatrices	Cicatrices sur le visage/la poitrine et le dos

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infection fongique
- Acné rosacée
- Verrues plates
- Molluscum contagiosum

COMPLICATIONS

- Cicatrices
- Hyperpigmentation des régions lésées

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Maîtriser les symptômes.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consulter un médecin si le patient ne répond pas au traitement recommandé au *tableau 2 « Traitement de l'acné selon la gravité »* ou si le patient est atteint d'acné inflammatoire modérée ou grave. L'administration de rétinoïde, d'antibiotiques topiques ou d'isotrétinoïne peut être nécessaire.

Interventions non pharmacologiques**Éducation du client**

- Expliquer le mécanisme de l'acné.
- Préconiser l'emploi régulier de savons non irritants, les savons forts pouvant provoquer des irritations et augmenter la production de sébum.

- Recommander l'utilisation d'un savon doux ou d'un nettoyant sans savon (par exemple, Spectro Jel ou Cetaphil)⁵.
- Nettoyer les régions atteintes 2 ou 3 fois par jour.
- Insister sur la nécessité d'observer le traitement (par exemple, trétinoïne), même en cas d'aggravation temporaire après 2 à 3 semaines de traitement (tout traitement doit être suivi pendant 4 à 6 semaines avant d'être efficace; les médicaments topiques agissent en prévention et ne diminuent pas les lésions existantes).
- Dissiper les mythes au sujet de l'acné (par exemple, elle n'est pas associée à la consommation d'aliments vides ou à un manque d'hygiène).
- Recommander d'éviter les produits gras pour les cheveux et le maquillage, étant donné qu'ils augmentent la quantité d'huile sur le visage.
- Informer le patient de ne pas gratter les lésions pour éviter la formation de cicatrices.

Interventions pharmacologiques

Les interventions dépendent de la gravité de l'acné. Voir le *tableau 1 « Évaluation de la gravité de l'acné »* et sélectionner le traitement approprié.

Tableau 2 – Traitement de l'acné selon la gravité³

Légère (localisée, inflammatoire)	Modérée (étendue, résistante, inflammatoire)	Grave
Peroxyde de benzoyle topique (par exemple Benzagel)	Peroxyde de benzoyle topique	Antibiotiques par voie orale (par exemple, tétracycline*)
ou	ou	+/-
Rétinoïdes topiques, comme le trétinoïne (par exemple, Stieva-A)	Antibiotiques topiques (par exemple, solution de Dalacin T)	Contraceptifs oraux (par exemple, Alesse) (filles seulement)
+ si nécessaire, ajouter	ou	ou
Antibiotiques topiques, comme la clindamycine (par exemple, solution de Dalacin T)	Rétinoïdes topiques (par exemple, Stieva-A)	antiandrogène (par exemple, spironolactone)
	et	ou
	Antibiotiques par voie orale (par exemple, tétracycline*)	Rétinoïdes par voie orale contre les cicatrices dues à l'acné (isotrétinoïne [Accutane])
	+/-	
	Contraceptifs oraux (par exemple, Alesse) (filles seulement)	
	ou	
	Rétinoïdes par voie orale contre les cicatrices dues à l'acné (isotrétinoïne [Accutane])	

*Remarque : Ne jamais administrer de tétracycline aux enfants de moins de 8 ans et aux femmes enceintes.

Surveillance et suivi

Voir l'adolescent toutes les 2 ou 3 semaines au début du traitement pour encourager le respect du traitement et faire le suivi de l'efficacité des interventions.

Consulter un médecin au besoin.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être justifié d'orienter les cas graves et les cas qui ne répondent pas aux traitements recommandés vers un dermatologue.

CELLULITE

Infection aiguë, diffuse et extensive de la peau, affectant ses couches plus profondes et le tissu sous-cutané.

La cellulite péri-orbitale est une forme particulière de cellulite qui survient généralement chez les enfants. Elle se caractérise par une enflure et une rougeur unilatérales de la paupière et de la zone orbitaire ainsi que par de la fièvre et des malaises. Porter une attention particulière à l'enfant qui ne peut ni lever, ni bouger les yeux ou à l'enfant qui présente un déplacement antérieur du globe oculaire, signe que l'infection s'est étendue à l'orbite (cellulite orbitaire). Voir la section « Cellulite péri-orbitaire (préseptale) » au chapitre 8 « Ophthalmologie ».

Les cellulites faciale, péri-orbitaire et orbitaire sont particulièrement inquiétantes, car elles peuvent dégénérer en méningite.

CAUSES

- Bactéries : principalement *Streptococcus* ou *Staphylococcus*, y compris SARM
- Facteurs prédisposants : traumatisme local, furoncle, ulcère sous-cutané, impétigo, dermite

Lorsque la cellulite est provoquée par une morsure, différents agents pathogènes peuvent être en cause. Voir la section « Lésions cutanées » au chapitre « Dermatologie », du guide de pratique clinique s'appliquant aux adultes.

La cellulite faciale chez les enfants de moins de 3 ans peut être due à *Hemophilus influenzae* ou à *Streptococcus pneumoniae*.

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur pouvant être localisée
- Rougeur
- Œdème
- Région de plus en plus rouge, dont la taille augmente, chaude au toucher et douloureuse
- Sensibilité autour de la lésion cutanée
- Présence possible d'une légère fièvre et de céphalées
- Antécédents de traumatisme cutané ou d'éruptions
- Immunodéficience

OBSERVATIONS

- La température peut être élevée.
- La fréquence cardiaque peut être accélérée.
- Rougeur, œdème
- Lésion diffuse, non clairement circonscrite, dont la taille augmente (mesurer la lésion pour noter l'évolution de sa taille approximative pendant le suivi)
- Léger écoulement purulent possible
- Rougeur et œdème autour de la lésion, tension cutanée possible
- Œdème
- Sensibilité
- Induration (fermeté au toucher)
- Hypertrophie et sensibilité possibles des ganglions dans la région atteinte

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Folliculite
- Présence d'un corps étranger
- Abscess
- Dermite de contact
- Fasciite nécrosante
- Ostéomyélite

COMPLICATIONS

- Propagation de l'infection
- Formation d'abcès
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélever un échantillon de l'exsudat par écouvillonnage pour une culture et un antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection.
- Déceler la présence d'un abcès.

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- La cellulite est modérée ou grave (par exemple, la région atteinte est étendue).
- Elle progresse rapidement, ce qui peut être un signe d'une infection invasive à streptocoque.
- Les régions atteintes sont les mains, les pieds, le visage ou une articulation.
- L'enfant présente un déficit immunitaire (par exemple souffre de diabète sucré).
- L'enfant est fébrile, semble gravement malade ou montre des signes de septicémie.

Il ne faut pas sous-estimer la cellulite. Elle peut se propager très rapidement et dégénérer rapidement en fasciite nécrosante. Elle doit faire l'objet d'un traitement agressif.

CELLULITE BÉNIGNE

Traiter en clinique externe.

Interventions non pharmacologiques

- Appliquer 4 fois par jour des compresses froides de soluté physiologique stérile sur les régions atteintes, afin d'éliminer l'exsudat purulent et/ou les tissus nécrosés.⁶
- Mettre le membre atteint au repos, le surélever et le soutenir à l'aide d'une attelle peu serrée.

Éducation du client (h4a)

- Expliquer aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, respect du traitement).
- Encourager l'adoption de règles d'hygiène pour toutes les lésions cutanées afin de prévenir toute infection future.
- Insister sur l'importance d'un suivi étroit.

Traitement adjuvant

En cas de lésion provoquée par un traumatisme, vérifier que l'enfant a été vacciné contre le tétanos; administrer le vaccin antitétanique au besoin.

Interventions pharmacologiques

Antibiotique oral :

céfalexine (Keflex), 25-50 mg/kg par jour, doses fractionnées 4 fois par jour pendant 10 jours (maximum de 4 g par jour).^{7,8,9}

Pour les enfants allergiques à la pénicilline :

azithromycine 10 mg/kg/ jour au premier jour puis 5 mg/kg/ jour PO pour quatre jours

Analgésique et antipyrétique :

acétaminophène (Tylenol), 10-15 mg/kg PO toutes les 4-6 h au besoin.

Surveillance et suivi

- Assurer un suivi quotidien pour vérifier si l'infection régresse.
- Demander aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant de revenir immédiatement à la clinique si la lésion devient fuyante, si la douleur augmente ou en cas de fièvre.

CELLULITE MODÉRÉE OU GRAVE

Traitement adjuvant

- Administrer du soluté physiologique par voie intraveineuse pour maintenir l'accès veineux; régler le débit de perfusion en fonction de l'état d'hydratation et de l'âge du patient.
- En cas de lésion provoquée par un traumatisme, vérifier que l'enfant a été vacciné contre le tétanos; administrer le vaccin antitétanique au besoin.

Interventions pharmacologiques

Amorcer une antibiothérapie par voie intraveineuse sur prescription du médecin seulement :

céfazoline (Ancef), 100 mg/kg par jour IV/IM, doses fractionnées toutes les 8 h,

ou

ceftriaxone, 75 mg/kg par jour IV/IM, doses fractionnées toutes les 12-24 h (maximum de 2 g par jour).

Pour les enfants allergiques à la pénicilline :

clindamycine, 25-40 mg/kg par jour IV/IM, doses fractionnées toutes les 8 h (maximum de 3,6 g par jour IV)⁹.

Antipyrétique et analgésique :

acétaminophène (Tylenol), 10-15 mg/kg par dose PO, toutes les 4-6 h au besoin.

Surveillance et suivi

Mesurer fréquemment les signes vitaux et examiner la région atteinte pour déceler des signes de progression.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Procéder à l'évacuation médicale.

ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON

Inflammation de la peau aux endroits où elle est en contact avec la couche; elle peut s'accompagner d'érythème, de papules, de vésicules et parfois de bulles. Il peut également y avoir des signes d'ulcération.

CAUSES

- Réaction à la friction et au contact prolongé avec l'urine et les selles
- Présence possible de dermatite à candidose

SYMPTOMATOLOGIE

- Éruption rouge et douloureuse dans la région fessière
- L'infection candidosique peut être associée à la prise d'antibiotiques par voie orale pour d'autres indications.
- L'infection candidosique peut être observée dans d'autres plis cutanés, comme au niveau du cou et des aisselles, et peut être associée au muguet.

OBSERVATIONS**Dermite de contact dans la région fessière**

- Éruption érythémateuse dans la région fessière
- Les plis cutanés sont habituellement épargnés en cas de dermatite de contact simple causée par l'urine.

Infection candidosique

- Éruption érythémateuse dont les contours sont nettement délimités
- Éruption rouge et suintante localisée dans la région fessière
- Pustules satellites situées à l'extérieur du contour de l'éruption
- L'éruption est souvent localisée dans les plis cutanés

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dermite de contact irritante
- Infection candidosique
- Infection staphylococcique
- Dermite séborrhéique

COMPLICATIONS

- Infection secondaire causée par d'autres bactéries

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Réduire l'exposition aux irritants.
- Traiter l'infection secondaire.

Interventions non pharmacologiques

- Changer fréquemment les couches et utiliser des couches jetables.
- Laver la peau à l'eau tiède et au savon doux et laisser sécher la peau à l'air à chaque changement de couche.
- Laisser l'enfant fesses nues le plus longtemps possible.
- Appliquer une protection topique à chaque changement de couche (par exemple, crème à base d'oxyde de zinc [Zincofax] ou produit à base de silicone [crème de protection]).
- Informer la famille et la personne qui s'occupe de l'enfant au sujet des bains, du changement de couche et des soins de la peau.

Interventions pharmacologiques

En cas de dermatite de contact, l'administration de stéroïdes peu puissants peut être indiquée :

hydrocortisone à 0,5% en crème (Cortate), appliquée en couche mince 3 fois par jour, jusqu'à la disparition de l'éruption (5–7 jours).

En cas de dermatite à candidose :

clotrimazole en crème (Canesten), 2 fois par jour, jusqu'à la disparition de l'éruption (1–2 semaines).

Pour les cas graves de dermatite à candidose :

clotrimazole en crème (Canesten), 2 fois par jour et

hydrocortisone à 0,5% en crème (Cortate), appliquée en couche mince 3 fois par jour.

Appliquer une protection topique en crème (oxyde de zinc) par-dessus les crèmes médicamenteuses.

Surveillance et suivi

Effectuer un suivi après 1 semaine si l'éruption n'a pas diminué ou plus tôt en cas d'aggravation de l'infection.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Généralement inutile sauf en cas de récurrence ou de non-réponse au traitement.

ECZÉMA (DERMITE ATOPIQUE)

Inflammation cutanée accompagnée d'érythème, d'œdème, de prurit, d'un exsudat, de croûtes, de pustules et de vésicules. Il peut s'agir d'une réaction allergique.

L'eczéma est un problème courant chez les enfants et il prédispose à l'impétigo. Il peut apparaître pendant la petite enfance et passer à un état latent plus tard au cours de l'enfance. Les récurrences et les exacerbations sont fréquentes.

CAUSES

- Essentiellement inconnues
- Prédisposition familiale fréquente
- Peut être associé à la rhinite allergique ou à l'asthme

SYMPTOMATOLOGIE

- Érythème
- Plaques suintantes
- Prurit
- Chez les nourrissons, les joues, le visage et les surfaces des muscles extenseurs des bras et des jambes sont atteints.
- Les plis de flexion sont souvent atteints chez les enfants et les adolescents.

OBSERVATIONS

- Lésions érythémateuses, sèches et prurigineuses
- Dans les cas graves, lésions suintantes
- Sites multiples
- Présence possible de liquide purulent sous les croûtes indiquant une infection associée
- Induration possible des lésions
- Sécheresse, desquamation et lichénification possibles des lésions chroniques

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dermite séborrhéique
- Gale
- Dermite allergique
- Éruption polymorphe héréditaire photoallergique

COMPLICATIONS

- Sécheresse et épaissement de la peau (lichénification)
- Infection secondaire : impétigo, cellulite, molluscum contagiosum, eczéma herpétiforme

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes.
- Déterminer et maîtriser les causes environnementales (pour les cas d'origine allergique).
- Prévenir les infections secondaires.

Consultation

Consulter un médecin si le traitement ne donne aucun résultat après 1–2 semaines. Des stéroïdes plus puissants doivent être prescrits par le médecin au besoin. Des stéroïdes topiques plus puissants ou d'un inhibiteur de la calcineurine, comme le tacrolimus, seront probablement nécessaires.

Interventions non pharmacologiques

- Offrir du soutien à l'enfant et à sa famille, car cette affection chronique est difficile à vivre.
- Aider les parents (ou la personne qui s'occupe de l'enfant) et l'enfant à déterminer les facteurs déclenchants et aggravants et les inciter à éviter ces facteurs.
- Éviter les régimes de restriction, qui sont inefficaces et compromettent l'alimentation.

Éducation du client

- Expliquer aux parents (ou à la personne qui s'occupe de l'enfant) et à l'enfant l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application).
- Conseiller au client :
 - d'observer les règles d'hygiène appropriées pour éviter les infections bactériennes secondaires,
 - de porter des vêtements de coton amples et d'éviter les tissus rugueux et la laine,
 - d'éviter l'usage du savon sur le visage,
 - d'éviter de surchauffer,
 - d'éviter les produits irritants,
 - d'éviter les parfums, les détergents et le savon le plus possible (utiliser un substitut de savon comme Aveeno) et de rincer deux fois le linge après l'avoir lavé,
 - d'appliquer des lubrifiants gras sur la peau peu de temps après le bain ou la douche pour « emprisonner » l'humidité (par exemple, Lubriderm, Sofsyn, Dermabase).
- Conseiller aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant de cesser d'appliquer des stéroïdes dès que les lésions sont cicatrisées. En effet ces médicaments n'ont pas d'action préventive et risquent d'irriter ou de léser davantage l'épiderme.
- Recommander l'utilisation d'un humidificateur dans la chambre de l'enfant.
- Conseiller l'application d'émollients (par exemple, Vaseline ou Glaxal Base) sur la peau non lésée.

Lésions humides

Pour favoriser l'assèchement et le rafraîchissement :

compresses de soluté physiologique, 4 fois par jour au besoin

ou

compresses d'acétate d'aluminium (solution de Burrows diluée 1:20), 4 fois par jour au besoin.

Lésions sèches

Pour favoriser la lubrification :

Glaxal base ou gelée de pétrole (Vaseline), 2 fois par jour, après le bain et au besoin.

Interventions pharmacologiques

Pour atténuer l'inflammation en cas de démangeaisons modérées ou intenses :

hydrocortisone à 1% en crème (Cortate), 2–3 fois par jour, pendant 1–2 semaines.

L'hydrocortisone doit être utilisée parcimonieusement sur le visage et uniquement pendant de courtes périodes.

Les gels et les crèmes sont utilisés pour traiter les éruptions aiguës suintantes, les pommades pour traiter les lésions sèches ou lichénifiées et les lotions pour traiter les régions velues. En général, les pommades sont moins irritantes et pénètrent mieux que les crèmes, mais le respect du traitement est moindre, car elles sont moins esthétiquement acceptables.

Pour les démangeaisons :

Le prurit associé à l'eczéma ne fait pas intervenir l'histamine; par conséquent, les antihistaminiques sont généralement inefficaces. L'administration de diphénhydramine (Benadryl) 30 à 60 minutes avant le coucher peut apporter un certain soulagement en raison de l'effet sédatif (effet sur le système nerveux central).¹⁰ Elle ne devrait être administrée qu'au coucher :

enfants de 2 à < 12 ans : diphénhydramine 1 mg/kg par dose PO, au coucher au besoin (maximum de 50 mg par dose),

enfants ≥ 12 ans : diphénhydramine 50 mg PO, au coucher au besoin.¹¹

Administrer avec prudence aux enfants de moins de 2 ans.

Surveillance et suivi

Effectuer un suivi après 1 à 2 semaines pour évaluer la réponse au traitement. Conseiller aux parents ou à la personne qui prend soin de l'enfant de venir à la clinique plus tôt si des signes d'infection apparaissent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixer un rendez-vous de suivi avec un médecin si le traitement ne donne aucun résultat, tel que décrit ci-dessus.

HÉMANGIOME

Naevus vasculaire, superficiel ou profond, capillaire ou caverneux. Souvent plus visible chez les nourrissons, l'hémangiome a tendance à se résorber avec l'âge.

CAUSE

- Défaut vasculaire congénital, à tendance génétique

SYMPTOMATOLOGIE

- Lésion vasculaire visible
- Habituellement visible dès la naissance ou la petite enfance
- Change avec le temps

Hémangiome capillaire (tubéreux)

- Généralement présent de la naissance à 2 mois
- Situé le plus souvent sur le visage, le cuir chevelu, le dos ou la poitrine
- Grossit rapidement au début
- 60 % de ces hémangiomes ont disparu à l'âge de 5 ans
- 95 % de ces hémangiomes ont disparu à l'âge de 9 ans

Hémangiome caverneux

- Hémangiome rouge
- Plus profond, mais pas aussi bien circonscrit ou délimité que l'hémangiome tubéreux
- Période de croissance suivie d'une période de régression

OBSERVATIONS**Hémangiome capillaire (tubéreux)**

- Rouge, protubérant, compressible et nettement délimité

Hémangiome caverneux

- Hémangiome rouge, mal défini
- Lésion parfois compressible
- Lésion pouvant être complètement recouverte de peau

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**Hémangiome capillaire (tubéreux)**

- Hémangiome caverneux

Hémangiome caverneux

- Hémangiome capillaire (tubéreux)

COMPLICATIONS**Hémangiome capillaire (tubéreux)**

- Infection secondaire ou fragmentation avec involution
- Traumatisme
- Présence possible de petites cicatrices après l'involution

Hémangiome caverneux

- Infection secondaire
- Peut s'étendre aux structures profondes, y compris aux os
- Les gros hémangiomes caverneux peuvent être associés à une hémorragie ou à une thrombocytopénie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Rassurer l'enfant et ses parents ou la personne qui s'en occupe.
- Traiter l'infection secondaire.

Interventions non pharmacologiques

- Rassurer la famille.

Interventions pharmacologiques

En cas d'hémangiome caverneux grave, l'administration de stéroïdes (intra-lésionnelle ou par voie systémique) (par exemple, prednisone, 1 mg/kg par jour) peut être utile. Toutefois, ils ne peuvent être prescrits que par un médecin.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Adresser l'enfant à un médecin pour une évaluation, au besoin.
- Une évaluation plus urgente peut s'imposer en cas d'infection secondaire importante, si l'hémangiome bloque un organe vital (par exemple, les yeux) ou si la lésion est suffisamment grosse pour séquestrer des plaquettes.
- Certains enfants ont besoin d'une consultation en chirurgie plastique.

**ÉRYTHÈME POLYMORPHE
HÉRÉDITAIRE PHOTOALLERGIQUE**

Lésions cutanées apparaissant sur les régions du corps exposées au soleil, sans autre cause. Fréquentes chez les Autochtones d'Amérique du Nord et du Sud.

CAUSES

- Hypersensibilité au soleil
- Affection héréditaire
- Phénomène probablement immunologique

SYMPTOMATOLOGIE

- Éruption érythémateuse avec vésicules, bulles et papules apparaissant sur les régions du corps exposées, habituellement entre la fin de l'hiver et la fin de l'été
- Récurrence fréquente
- Souvent prurigineuse

OBSERVATIONS

- Éruption érythémateuse sur le visage, les mains et les autres régions exposées
- Souvent accompagnée d'une chéilite (inflammation des lèvres)
- La distribution de l'éruption oriente souvent le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Eczéma (dermite atopique)
- Dermite de contact
- Impétigo
- Dermite séborrhéique

COMPLICATIONS

- Infection secondaire
- Lichénification
- Dépigmentation

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Soulager les symptômes.
- Réduire l'exposition au soleil.

Interventions non pharmacologiques

- Utiliser un écran solaire à indice de protection élevé (FPS > 30).
- Couvrir les parties du corps exposées (vêtements, chapeaux à large bord, etc.).
- Informer la famille au sujet de l'habillement et de l'utilisation d'écrans solaires.

Interventions pharmacologiques

Il est possible d'essayer des stéroïdes topiques en commençant par :

hydrocortisone à 0,5% en crème (Cortate), 2–3 fois par jour, pendant 1–2 semaines.

Il peut être nécessaire d'appliquer des stéroïdes topiques plus puissants, comme la bétaméthasone, ailleurs que sur le visage. Ces médicaments ne peuvent être obtenus que par l'entremise d'un médecin.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adresser l'enfant à un médecin si le traitement ne donne aucun résultat.

IMPÉTIGO

Infection bactérienne superficielle de la peau, extrêmement contagieuse.

CAUSES

- *Streptococcus*, *Staphylococcus* ou les deux
- Envisager le SARM acquis dans la collectivité.
- Facteurs prédisposants : traumatisme local, piqûres d'insectes, lésions cutanées attribuables à d'autres affections (par exemple, eczéma, gale, pédiculose)

SYMPTOMATOLOGIE

- Les régions les plus fréquemment touchées sont le visage, le cuir chevelu et les mains, mais les lésions peuvent également se manifester ailleurs.
- Les régions touchées sont généralement exposées.
- Survient généralement l'été.
- Les nouvelles lésions sont généralement attribuables à l'auto-inoculation.
- L'éruption se manifeste d'abord par des taches rouges, pouvant causer des démangeaisons.
- Les lésions se transforment en petites vésicules et pustules qui éclatent et suppurent.
- L'écoulement sèche et forme des croûtes couleur miel très caractéristiques.
- Les lésions sont indolores.
- La fièvre et les symptômes généraux sont rares.
- Parfois, une légère fièvre peut être présente en cas d'infection généralisée.

OBSERVATIONS

- Lésion formant une croûte épaisse de couleur miel sur fond rouge
- Présence de nombreuses lésions cutanées à différents stades d'évolution (vésicules, pustules, croûtes, exsudat séreux ou pustuleux, lésions en voie de cicatrisation)
- Présence possible de bulles
- Les lésions et leur pourtour peuvent être chauds au toucher.
- Les ganglions de la région touchée peuvent être enflés et sensibles au toucher.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infection associée à l'eczéma, à une dermite de contact ou à la gale
- Herpès simplex accompagné de vésicules ou de croûtes
- Varicelle avec vésicules ou croûtes
- Zona (herpès zoster) avec vésicules ou croûtes
- Piqûres d'insectes

COMPLICATIONS

- Cellulite localisée ou étendue
- Glomérulonéphrite poststreptococcique, mais pas de fièvre rhumatismale
- Infection invasive à streptocoque du groupe A (SGA)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélèvement d'échantillon par écouvillonnage pour culture et antibiogramme (peut confirmer le diagnostic)

TRAITEMENT**Objectifs**

- Enrayer l'infection.
- Prévenir l'auto-inoculation.
- Prévenir la contamination des membres de l'entourage.

Consultation

Consulter un médecin si le patient ne répond pas au traitement.

Interventions non pharmacologiques

- Appliquer des compresses tièdes de solution physiologique 4 fois par jour et au besoin pour assouplir et éliminer les croûtes.
- Nettoyer avec un agent antimicrobien antiseptique pour freiner la croissance bactérienne.

Éducation du client

- Expliquer aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence et respect du traitement).
- Formuler au besoin des recommandations sur l'hygiène, par exemple, utiliser les serviettes et les débarbouillettes une seule fois pendant les poussées aiguës.
- Couper les ongles pour éviter les lésions de grattage.
- Conseiller les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant sur les mesures de prévention pour éviter les récidives.
- Proposer des moyens de prévenir la contamination des autres membres de la famille (par exemple, se laver soigneusement les mains, ne pas partager les serviettes).

Interventions pharmacologiques

Appliquer une préparation antibiotique topique :

mupirocine en crème (Bactroban), 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours.

Antibiothérapie orale si un grand nombre de lésions semblent infectées :

céfalexine (Keflex), 25-50 mg/kg par jour, doses fractionnées, 4 fois par jour pendant 7 à 10 jours (maximum de 4 g par jour).

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine, 30-40 mg/kg par jour PO, doses fractionnées toutes les 6-8 h, pendant 7 à 10 jours (maximum de 2 g par jour).

Les antibiotiques topiques comme la mupirocine (Bactroban) peuvent être employés seuls sur de petites régions ou en association avec un antibiotique oral si les régions touchées sont étendues.

Surveillance et suivi

- Effectuer un suivi après 3 à 5 jours pour évaluer la réponse au traitement.
- Demander aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant de consulter de nouveau si l'enfant fait de la fièvre ou si l'infection s'étend malgré le traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Généralement pas nécessaire, sauf en cas de complications.

INFECTION À STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE^{12,13,14}

L'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline est une infection bactérienne résistante aux pénicillines semi-synthétiques comme la cloxacilline et la méthicilline. Elle peut aussi être résistante à d'autres antibiotiques. Comme les médicaments contre les autres souches de *Staphylococcus aureus* ne sont pas toujours efficaces, elle est difficile à traiter.¹⁵ *Staphylococcus aureus* se trouve normalement sur la peau et dans les narines des personnes en santé. Actuellement, il y a deux types de SARM présentant différents profils moléculaires et de résistance aux antibiotiques¹⁶ qui peuvent causer une infection cutanée.

SARM nosocomial

Les infections à SARM nosocomial touchent le plus souvent les personnes qui ont été hospitalisées, qui ont séjourné dans un établissement de soins de santé, qui ont subi une intervention médicale ou qui ont un système immunitaire affaibli.¹⁷

SARM acquis dans la collectivité (SARM AC)

On considère qu'une personne a acquis le SARM dans la collectivité si elle n'est pas allée à l'hôpital ou qu'elle n'a pas fait l'objet d'une intervention médicale au cours de la dernière année et si la mise en culture d'un échantillon prélevé est positive pour le SARM. L'infection se présente habituellement sous la forme d'un ou de plusieurs boutons ou d'un ou de plusieurs furoncles sur la peau de personnes en bonne santé¹⁷. Actuellement, les souches de SARM AC sont plus sensibles aux classes d'antibiotiques, autres que les bêta-lactames, que les souches de SARM nosocomiales.¹⁵

Les professionnels de la santé en soins primaires doivent être conscients que le SARM AC cause des infections au Canada, surtout dans les communautés des Premières nations.

On croit que la prévalence du SARM AC au Canada est actuellement faible, mais en augmentation dans les collectivités canadiennes. Les enfants sont généralement plus atteints que les adultes. Dans la plupart des cas, il s'agit d'infections cutanées dont les principaux foyers de colonisation sont la peau, les narines et le périnée.

CAUSE

- Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

Modes de propagation

- Contact peau à peau
- Contact de la peau avec un instrument
- Morsure de chat ou de chien¹⁸

Facteurs de risque d'être porteur du SARM

- Surpeuplement
- Absence d'eau courante saine
- Utilisation d'antibiotiques
- Hospitalisation ou consultation médicale récente en cabinet ou en clinique
- Maladie chronique
- Consommation de drogues intraveineuses
- Contact étroit avec des personnes présentant ces facteurs de risque

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur localisée
- Rougeur
- Œdème
- Écoulement possible de liquide ou de pus
- Présence possible de fièvre
- Présence possible d'abcès cutanés
- Pourtour de la lésion possiblement chaud
- Antécédents d'infection à SARM (nosocomiale ou acquise dans la collectivité)
- Antécédents de morsure par un chat ou un chien¹⁸

Les symptômes possibles dans le cas des infections plus graves comprennent : frissons, fatigue, malaise, céphalées, douleurs musculaires et essoufflement.

SARM nosocomial soupçonné

- Hospitalisation ou intervention médicale au cours de la dernière année
- Système immunitaire affaibli

SARM AC soupçonné

- Dans les collectivités où l'on sait qu'environ 10 % à 15 % des isolats de *S. aureus* sont résistants à la méthicilline, on devrait soupçonner une infection à SARM AC chez les patients qui présentent une infection cutanée potentiellement d'origine staphylococcique.
- Facteurs de risque d'infection à SARM AC
- Mauvaise réponse à un traitement par les bêta-lactames chez des personnes ayant apparemment une infection staphylococcique
- Chez les cas d'infection grave compatibles avec *S. aureus* (par exemple, septicémie, fasciite nécrosante, pneumonie nécrosante et emphyème)

OBSERVATIONS

- La température peut être élevée.
- La fréquence cardiaque peut être accélérée.
- Rougeur, œdème
- Sensibilité
- Présence possible d'un écoulement purulent ou d'un exsudat séreux, léger ou abondant
- Contour de la lésion possiblement rouge, enflé et/ou tendu
- Présence possible d'un œdème
- Présence possible d'une induration (fermeté au toucher)
- Hypertrophie et sensibilité possibles des ganglions dans la région atteinte

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cellulite
- Impétigo
- Folliculite
- Furoncle ou anthrax
- Présence d'un corps étranger
- Abcès
- Morsure d'animal¹⁸

COMPLICATIONS

- Progression de l'infection
- Abcès
- Septicémie
- Endocardite
- Pneumonie
- Syndrome de choc toxique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélever un échantillon par écouvillonnage pour une culture et un antibiogramme dans les cas suivants :

- Lésions cutanées attribuables à SARM soupçonnées
- Furoncles ou abcès à répétition (2 ou plus en 6 mois)
- Toute présentation sévère de la maladie (devrait comprendre les cultures sanguines)
- Éclosion soupçonnée (en consultation avec les autorités en santé publique)
- Cellulite chez les patients qui seront hospitalisés pour un traitement (avant le début de l'antibiothérapie) ou en cas de progression de la cellulite après le début du traitement.

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE

- Le dépistage systématique de la colonisation des narines et d'autres sites chez les personnes asymptomatiques infectées par un SARM AC et leurs contacts n'est pas recommandé.
- Dans les collectivités aux prises avec des cas d'infection par le SARM, il n'est pas recommandé de déployer des efforts généralisés pour évaluer le taux de porteur chez les membres du ménage asymptomatiques.
- Dans certaines circonstances, après consultation des autorités en santé publique ou d'un médecin, on peut envisager d'effectuer un prélèvement dans le nez et/ou un autre site.¹⁹

Ces circonstances particulières sont les suivantes :

- Individus présentant des infections cutanées répétées à *S. aureus* (2 ou plus en 6 mois) chez qui un traitement d'éradication est envisagé.
- Au sein d'une famille, lorsque les infections cutanées sont récurrentes malgré l'examen et le renforcement répétés des mesures d'hygiène, et lorsque la prévalence de l'infection par le SARM AC n'est pas élevée.
- Pour étudier une éclosion dans une population fermée dans laquelle apparaissent continuellement de nouveaux cas d'infection malgré un renforcement répété des pratiques d'hygiène. Lorsqu'une étude de la colonisation est menée dans le cadre d'une enquête sur une éclosion, on peut envisager d'examiner d'autres sites que les narines, en consultation avec les autorités de santé publique et/ou d'autres spécialistes.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévention
- Lutte contre l'infection
- Traitement des infections cutanées

Consultation

Consulter un médecin pour tous les cas d'infection à SARM soupçonnée ou confirmée.

Interventions non pharmacologiques

Prévention

Le but de la lutte contre le SARM est de prévenir la transmission de la bactérie par une personne infectée ou colonisée.

- Utiliser les antibiotiques de manière appropriée pour réduire la résistance aux antibiotiques.
- Optimiser l'approvisionnement en eau dans les collectivités des Premières nations.
- Enseigner, en commençant dès la petite enfance, la façon de se laver les mains et l'importance de le faire fréquemment.
- Enseigner aux clients les bonnes mesures d'hygiène à adopter en tout temps, peu importe l'endroit. Ces mesures comprennent : le lavage fréquent des mains pour réduire la contamination et la transmission et le lavage fréquent de tout le corps avec de l'eau et du savon.
- Encourager les familles, le personnel des écoles et des garderies ainsi que les membres des équipes sportives à se laver les mains soigneusement; il s'agit de la principale mesure de lutte contre la transmission du SARM.

En présence de lésions cutanées, enseigner au client les mesures suivantes.

- Couvrir les lésions avec les pansements appropriés pour contenir les écoulements ou les exsudats.
- S'assurer qu'il a reçu les soins médicaux adéquats.
- Ne pas partager les crèmes, les lotions, les savons, les produits de beauté et autres produits d'hygiène personnelle qui entrent en contact avec la peau.
- Ne pas partager les serviettes sans les laver.
- Ne pas partager d'articles personnels qui entrent en contact avec les lésions cutanées – par exemple, rasoirs, brosses à dents, serviettes, limes à ongles, peignes et brosses à cheveux – sans les nettoyer.

- Éliminer les déchets contaminés, y compris les pansements souillés, de façon sûre pour éviter que d'autres individus soient exposés.
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau après avoir touché une lésion cutanée et du matériel possiblement infecté, comme les pansements contaminés.

Rôle des professionnels de la santé :

- Les professionnels de la santé devraient prescrire les antibiotiques judicieusement; une surconsommation d'antibiotiques contribue à la résistance des bactéries.
- Encourager les patients à suivre fidèlement le traitement antibiotique prescrit.
- Se laver fréquemment les mains et décontaminer les instruments et le matériel utilisés pour examiner le client afin d'éviter la transmission de l'infection.
- Aviser les autorités en santé publique si la bactérie se propage de la famille à un groupe restreint au sein d'une collectivité, comme une équipe sportive ou un groupe d'écoliers (c'est-à-dire en cas d'éclosion soupçonnée).

Infection aiguë

Infections cutanées bénignes et localisées comme les écorchures mineures : laver avec un savon antibactérien et de l'eau.

En cas d'infections superficielles localisées (par exemple, impétigo, folliculite, furoncle, anthrax et petits abcès sans cellulite) :

- traiter localement en immergeant la partie atteinte dans l'eau tiède et en l'élevant.

Interventions pharmacologiques

Infection aiguë

En cas d'infection superficielle et localisée (par exemple, impétigo, folliculite, furoncles, anthrax et petits abcès sans cellulite), on peut faire appel à au moins une des mesures suivantes :

- antiseptique topique,
- mupirocine ou bacitracine topique.

Chez l'hôte immunodéprimé, un traitement antimicrobien est recommandé en plus des mesures dans la région touchée, de l'incision et du drainage.

Pour le traitement empirique des infections légères, modérées ou plus généralisées comme la cellulite (pour laquelle une infection à SARM n'est ni soupçonnée, ni confirmée), en plus des mesures appliquées à la région touchée, choisir l'un des antibiotiques suivants :

entamer le traitement par la cloxacilline ou une céphalosporine de première génération comme la céphalexine ou Clavulin (amoxicilline/acide clavulanique).

Dans une collectivité où des cas d'infection par le SARM sont confirmés : clindamycine ou triméthoprime/sulfaméthoxazole (il est important de noter que le triméthoprime et la sulfaméthoxazole ne s'attaquent pas aux streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A).

Infection staphylococcique grave ou menaçant le pronostic vital comme la fasciite nécrosante ou la pneumonie nécrosante : le premier traitement pourrait comprendre la vancomycine, en attendant de consulter le médecin et de recevoir les résultats de la culture et de l'antibiogramme.

Décolonisation

La décolonisation est le procédé entraînant l'éradication ou la réduction du nombre d'un microorganisme en particulier de la peau, du nez ou d'autres muqueuses. Consulter un médecin pour vous guider dans votre décision de tenter une décolonisation, car elle se solde souvent par un échec.

Parmi les options de traitement général possibles figure la rifampine en association avec un autre antibiotique antistaphylococcique, comme le TMP-SMX, la clindamycine, l'acide fusidique, la doxycycline ou la minocycline.

On peut tenter d'éradiquer le microorganisme de la peau à l'aide de médicaments topiques, comme la chlorhexidine. Quant à la décolonisation du nez, elle requiert généralement l'administration de mupirocine par voie intranasale. Généralement, l'éradication des bactéries d'autres sites que le nez requiert un traitement général et topique, en plus d'un traitement intranasal.

Surveillance et suivi

Surveiller étroitement les clients traités pour une infection staphylococcique mineure de la peau, soupçonnée ou confirmée, pour évaluer la réponse au traitement. Le moment du suivi dépend du type et de la gravité de l'infection présente.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuation médicale des cas d'infection modérée ou grave compatibles avec *S. aureus* (par exemple, cellulite disséminée, septicémie, fasciite nécrosante, pneumonie nécrosante) vers un hôpital pour obtenir un diagnostic définitif et poursuivre le traitement.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Affection cutanée virale et bénigne. Les humains sont la seule source connue du virus et il est plus fréquent chez les enfants et les adolescents. Il s'agit d'une manifestation cutanée courante de l'infection à VIH. Le molluscum contagiosum se transmet par contact direct, y compris par contact sexuel. Il est résolutif et disparaît spontanément en général en 6 à 9 mois.

CAUSE

- Infection virale : poxvirus

SYMPTOMATOLOGIE

- Grappes de papules pouvant se trouver n'importe où sur le corps

OBSERVATIONS

- Papules globuleuses, de couleur rosée ou blanc perle, bien délimitées, de tailles variées
- Ombilication en leur centre (indentation)
- Présentes n'importe où sur le corps, mais particulièrement sur le visage, les paupières, le cou, les aisselles et les cuisses

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Verrues

COMPLICATIONS

- Rares
- Cicatrices, en cas d'infection des papules

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Poser un diagnostic exact.
- Prévenir les infections secondaires.

Interventions non pharmacologiques

- Traitement indiqué : abstention thérapeutique (la plupart des lésions disparaissent en 6 à 9 mois)
- Rassurer l'enfant et les parents ou la personne qui s'en occupe en leur rappelant que les lésions sont bénignes.
- Éviter de gratter ou de presser les lésions pour prévenir les infections secondaires.

Interventions pharmacologiques

La cryothérapie à l'azote liquide peut être utilisée pour éliminer les lésions génitales chez les adolescents sexuellement actifs pour prévenir la transmission par contact sexuel. Ce traitement ne doit être utilisé que sur l'avis d'un médecin.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adresser l'enfant à un médecin pour un traitement définitif si les parents (ou la personne qui s'occupe de l'enfant) sont inquiets et souhaitent ce type de traitement.

TACHES MONGOLIQUES

Lésions bénignes qui se présentent sous la forme de taches de couleur bleutée. Fréquentes chez les enfants noirs, asiatiques, Inuits et des Premières nations. Ces taches s'atténuent ou disparaissent pendant l'enfance.

CAUSE

- Inconnue

SYMPTOMATOLOGIE

- Coloration bleutée, présente dès la naissance
- Asymptomatique
- Atténuation des lésions avec l'âge

OBSERVATIONS

- Taches bleutées de différentes tailles
- Peuvent se trouver n'importe où sur le corps, mais sont généralement plus fréquentes dans la région lombo-sacrée, dans le dos, sur les épaules et sur les jambes

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Ecchymoses résultant d'un traumatisme

On peut parfois les confondre avec des ecchymoses et il est déjà arrivé qu'on les prenne à tort pour des traces de sévices.

COMPLICATIONS

- Aucune

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectif**

- Poser un diagnostic précis.

Interventions non pharmacologiques

- Rassurer la famille.

PÉDICULOSE (INFESTATION DE POUX)

La pédiculose (infestation de poux de tête) est un problème fréquent chez les enfants d'âge scolaire.

Voir la section « Pédiculose » du chapitre « Dermatologie » du guide de pratique clinique s'appliquant aux adultes pour obtenir des renseignements détaillés sur le tableau clinique et le traitement de la pédiculose. Le traitement de la pédiculose est le même chez les enfants et chez les adultes.

DERMITE CAUSÉE PAR L'HERBE À PUCE

Type de dermite de contact causée par l'exposition au sumac vénéneux (herbe à puce). L'exposition peut être indirecte, par le biais des vêtements et des animaux.

CAUSE

- Exposition à l'oléorésine du sumac vénéneux.

SYMPTOMATOLOGIE

- Jeu ou activité récente dans les bois
- Éruption érythémateuse suintante et très prurigineuse

OBSERVATIONS

- Érythème
- Lésions vésiculaires, bulleuses
- Éruptions suintantes
- Stries linéaires
- Œdème des tissus touchés

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Eczéma (dermite atopique)
- Psoriasis
- Autres dermatites de contact

COMPLICATIONS

- Infection cutanée bactérienne secondaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Prévenir l'infection.
- Soulager les démangeaisons.

Consultation

Consulter un médecin si l'éruption est grave ou très étendue.

Interventions non pharmacologiques

- Nettoyer la peau dès que possible après l'exposition pour prévenir d'autres éruptions.
- Se laver les mains en insistant particulièrement sous les ongles.
- Laver les vêtements contaminés par l'oléorésine.

Éducation du client

- Informer les parents (ou la personne qui s'occupe de l'enfant) au sujet des vêtements qu'il convient de porter en plein air (pour les activités dans les bois) (par exemple, manches longues, pantalons longs).

Interventions pharmacologiques

Cas bénins :

hydrocortisone à 1 % en crème (Cortate), appliquée 3 fois par jour sur la région atteinte.

Pour les cas modérés et graves, discutez avec un médecin de l'administration d'un stéroïde topique plus puissant.

En cas de prurit intense :

Suggérer l'administration de chlorhydrate de diphenhydramine (Benadryl) :

Enfants de 2 à 6 ans : 6,25 mg PO, toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 37,5 mg par jour)

Enfants de 6 à 12 ans : 12,5–25 mg PO, toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 150 mg par jour)

Enfants de 12 ans et plus : 25–50 mg PO, toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 300 mg par jour)²⁰

Administrer avec prudence aux enfants de moins de 2 ans en raison de l'effet sédatif.

À l'occasion, il est nécessaire d'administrer des doses dégressives de corticostéroïdes par voie orale (prednisone) (1 à 2 mg/kg par jour pendant 14 à 21 jours). Les corticostéroïdes ne doivent être administrés que sur recommandation d'un médecin.

Surveillance et suivi

Réévaluer au besoin après 2 ou 3 jours.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il s'agit généralement d'une affection qui guérit spontanément.

DERMATOMYCOSE (TEIGNE)

Infection fongique superficielle de la peau.

- *Sur les pieds* : tinea pedis (pied d'athlète)
- *À l'aîne* : tinea cruris (eczéma marginé de Hebra)
- *Sur la surface du corps* : tinea corporis
- *Sur le cuir chevelu* : tinea capitis ou teigne tondante (voir la section « Teigne tondante »)

CAUSES

Colonisation des tissus morts de la peau, comme la couche cornée de l'épiderme, les ongles et les cheveux, par des dermatophytes (champignons).

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Les signes et symptômes des diverses formes de teigne sont présentés au *tableau 3*, « *Signes et symptômes des divers types de teigne* ».

Tableau 3 – Signes et symptômes des divers types de teigne

Type	Symptômes	Signes
Tinea pedis	Localisé sur les pieds Démangeaisons sévères Desquamation et rougeur, principalement entre les orteils Odeur fétide possible La région lésée peut être moite, blanche, macérée, fissurée. Tendance à peler et région sous-cutanée rouge et sensible Présence possible d'une ou de plusieurs petites vésicules Collier de squames à l'éclatement des vésicules Squames abondantes sur la plante des pieds lorsque celle-ci est atteinte (très peu de prurit)	Desquamation dans les régions interdigitales latérales Peau possiblement moite, blanche, macérée, fissurée Tendance à peler et région sous-cutanée rouge, à vif et sensible Présence possible d'une ou de plusieurs petites vésicules Squames abondantes sur la plante des pieds lorsque celle-ci est atteinte Infection secondaire (cellulite) des fissures possible
Tinea cruris	Localisé sur les aines Répandu chez les hommes Démangeaisons modérées ou sévères Apparaît sous forme d'érythème dans le pli crural S'étend vers l'extérieur Peut s'étendre aux cuisses ou aux fesses Le scrotum et le pénis ne sont généralement pas touchés. Transmission souvent due à une serviette de toilette contaminée Souvent associé au pied d'athlète <i>Facteurs prédisposants</i> : transpiration abondante, diabète, frottement	S'étend du pli crural à la face supéro-interne de la cuisse Lésions squameuses de couleur brun rouge Contour très net Lésions ne s'éclaircissant pas au centre Peut s'étendre à l'aine, aux cuisses et aux fesses Bilatéral ou unilatéral Le scrotum et le pénis ne sont généralement pas touchés.
Tinea corporis	Localisé sur les parties non pileuses du corps Lésions cutanées squameuses, rondes ou ovales Entraîne souvent des démangeaisons Peut être asymptomatique	Lésions de dimensions variables Tache généralement bien circonscrite, de forme ronde ou ovale Lésions squameuses de couleur rose ou rougeâtre Lésions s'éclaircissant au centre Pourtour d'un rouge plus soutenu Bords squameux, vésiculeux ou pustuleux

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cor mou
- Verrue
- Dermite séborrhéique
- Candidose du pied ou de l'aine
- Irritation ou frottement localisé de l'aine
- Dermite de contact, atopique ou allergique
- Psoriasis

COMPLICATIONS

Infection bactérienne secondaire (en particulier dans le cas du pied d'athlète).

TESTS DIAGNOSTIQUES

Procéder à un grattage cutané (traitement au KOH) pour analyse mycologique (culture fongique) et examen microscopique direct.

TRAITEMENT**Objectifs**

- Soulager les symptômes.
- Enrayer l'infection.

Consultation

Consulter un médecin si le client a moins de 2 ans ou s'il ne répond pas au traitement antifongique approprié.

Interventions non pharmacologiques

Appliquer des compresses (solution de Burow) 2 ou 3 fois par jour pour assécher la région atteinte et soulager les démangeaisons (dans les cas de tinea pedis et de tinea cruris seulement).

Éducation du client

- Supprimer l'humidité et la chaleur.
- Changer de type de chaussettes et de chaussures.
- Éviter les vêtements serrés et les sous-vêtements en nylon; ne pas porter longtemps un maillot de bain mouillé.
- Conseiller les parents et l'enfant sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, respect du traitement).
- Avoir une bonne hygiène (changer souvent de chaussettes et éviter de porter des chaussures en caoutchouc).

Interventions pharmacologiques

Dans le cas de tinea pedis et de tinea cruris, il faut appliquer un agent antifongique topique pendant au moins 2 semaines et continuer le traitement pendant 1 semaine après la guérison des lésions :

clotrimazole en crème dermatologique (Canesten), 2–3 fois par jour.

Dans le cas de tinea corporis chez les enfants de moins de 2 ans, un médecin doit être consulté avant le début du traitement. Chez les enfants de plus de 2 ans, appliquer un agent antifongique topique, comme le clotrimazole, pendant 4 semaines.

Surveillance et suivi

Effectuer un suivi après 2 semaines pour vous assurer de la guérison.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adresser le client à un médecin dans les cas d'infections fongiques récidivantes, si le client est immunodéprimé ou diabétique et en cas de non-réponse au traitement ou d'atteinte des ongles.

TEIGNE TONDANTE (TINEA CAPITIS)

Infection superficielle du cuir chevelu par un champignon du type *Microsporum* ou *Trichophyton*.

CAUSE

- Mycose, généralement acquise par contact direct avec une personne infectée

SYMPTOMATOLOGIE

- Alopécie
- Infection d'autres membres de la famille (très contagieuse)

OBSERVATIONS

- Alopécie ou dépilation par plaques
- Squames grises
- Cheveux cassés au niveau du cuir chevelu
- Lésions généralement bien délimitées
- Kérion (masse œdémateuse)
- Pustules

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Séborrhée
- Trichotillomanie (arrachement des cheveux)
- Psoriasis
- Pelade

COMPLICATIONS

- Lésion des follicules capillaires
- Propagation de l'infection

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélèvement de squames ou de cheveux pour analyse fongique
- Examen à la lumière de Wood, si offert
- Test à l'hydroxyde de potassium (KOH), préparation à l'état frais

TRAITEMENT**Objectifs**

- Poser le bon diagnostic.
- Soulager l'infection.

Consultation

Consulter un médecin à propos du traitement si le diagnostic est confirmé, car les agents antifongiques topiques n'ont aucun effet sur le cuir chevelu. Un traitement antifongique par voie orale doit être prescrit.

Interventions non pharmacologiques

- Rassurer les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant.
- Offrir votre aide, car le traitement est long et ardu.

Il est inutile de raser la tête.

Interventions pharmacologiques

Les agents antifongiques topiques sont inefficaces sur le cuir chevelu.

Consulter un médecin pour qu'il prescrive :

un antifongique, par exemple, la terbinafine (Lamisil), vendu sous ordonnance dans les pharmacies communautaires et pouvant être obtenu par l'entremise du SSNA.

Les antifongiques administrés par voie orale peuvent avoir de nombreux effets secondaires, notamment des troubles digestifs, des éruptions cutanées, l'hépatotoxicité et la dyscrasie sanguine, mais sont généralement bien tolérés par les enfants.

Surveillance et suivi

Effectuer un suivi toutes les 2 à 3 semaines pendant que l'enfant prend le médicament pour évaluer le respect du traitement, déterminer s'il y a amélioration et soutenir les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant.

Selon l'antifongique administré, il peut être nécessaire de faire un bilan hépatique ou de procéder à une formule sanguine complète (FSC). Consulter un médecin à ce sujet.

GALE

La gale est causée par un parasite. Les éruptions cutanées peuvent prendre différentes formes : saillies, papules, vésicules, sillons et dermatite eczématiforme superposée. Les lésions sont très prurigineuses, surtout la nuit, ce qui entraîne une excoriation marquée.

Chez les nourrissons, le visage, le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds sont les régions les plus fréquemment touchées. Chez les adolescents, les lésions siègent de préférence dans les espaces interdigitaux, sur les poignets, les coudes, les chevilles, les fesses, l'ombilic, l'aîne, les organes génitaux et les aisselles, et elles prennent souvent l'aspect de sillons linéaires.

CAUSES

- Un acarien, *Sarcoptes scabiei hominis*, qui creuse un sillon dans l'épiderme
- Généralement par contact direct (peau à peau) avec des articles contaminés pendant une période pouvant aller jusqu'à 48 heures

Facteurs de risque

- Mauvaise application du traitement
- Proches non traités
- Non-éradication des parasites dans les vêtements et la literie
- Fréquentation d'une garderie

Les populations autochtones de certaines régions peuvent parfois être exposées à d'autres facteurs de risque, notamment :

- Logements surpeuplés, partage du même lit, écoles et garderies surpeuplées
- Clientèle pédiatrique nombreuse
- Absence d'eau courante pouvant prédisposer à une mauvaise hygiène et à des infections cutanées secondaires
- Capacité des mites à survivre plus de 36 heures à des températures froides et à une humidité relative élevée²¹

SYMPTOMATOLOGIE

- Démangeaisons intenses
- Exacerbation des démangeaisons la nuit ou après un bain chaud
- Éruptions cutanées sur les mains, les pieds et aux plis de flexion
- Apparition des symptômes 3 à 6 semaines après le premier contact avec les parasites (période d'incubation de 3 à 6 semaines)
- Cause des symptômes : hypersensibilité au parasite et à ses produits

OBSERVATIONS

- Siège habituel des lésions : espaces interdigitaux, plis de flexion au niveau des poignets et des bras, aisselles, taille, plis inférieurs des fesses, organes génitaux, aréole des seins.
- Éruptions rouges diffuses; chez les nourrissons, ressemble à une dermatite
- *Lésions primaires* : papules, vésicules, pustules, sillons
- *Lésions secondaires* : croûtes, excoriations, lésions de grattage, nodules, infection secondaire
- Lésions de différents stades présentes en même temps
- Prédominance possible des lésions secondaires
- Sillons (lignes grises ou de couleur chair de 5 à 15 mm de long), nombreux ou clairsemés
- Sillons généralement visibles à l'intérieur du poignet et de la main et dans les espaces interdigitaux
- Chez les nourrissons, les sillons sont beaucoup moins fréquents, mais les pustules prurigineuses sur les paumes des mains et les plantes des pieds sont caractéristiques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pédiculose
- Impétigo
- Eczéma (dermite atopique)
- Dermite de contact ou d'irritation
- Exanthème viral
- Varicelle
- Réaction à un médicament

COMPLICATIONS

- Impétigo
- Cellulite

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

TRAITEMENT**Objectifs**

- Enrayer l'infestation.
- Enrayer l'infection secondaire.
- Soulager les symptômes.

Consultation

Consulter un médecin en cas de doute à propos du diagnostic.

Interventions non pharmacologiques**Éducation du client**

- Expliquer aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant (et à l'enfant s'il est assez âgé) l'utilisation appropriée et les effets secondaires des médicaments.

Mesures de contrôle

- Effectuer un traitement prophylactique de tous les membres de la famille, étant donné que les signes de la gale peuvent se manifester jusqu'à 1 à 2 mois après l'infection.
- Examiner tous les membres du ménage.
- Traiter tous les membres de la famille en même temps pour prévenir la réinfestation.
- Laver toute la literie (draps, taies d'oreiller) et les vêtements portés à même la peau (sous-vêtements, T-shirts, chaussettes, jeans) à l'eau chaude savonneuse et les sécher au cycle chaud (si possible).
- S'il n'y a pas d'eau chaude, placer tous les vêtements et la literie dans des sacs en plastique et entreposez-les à l'écart pendant 5 à 7 jours; le parasite ne peut survivre plus de 4 jours sans contact avec la peau.

- Les enfants peuvent retourner à la garderie ou à l'école le lendemain de la fin du traitement.
- Les professionnels de la santé en contact étroit avec des personnes atteintes de gale pourraient avoir besoin d'un traitement prophylactique.
- L'éducation communautaire, axée sur la détection précoce de la gale et la sensibilisation à cette infection, est importante.
- En cas d'épidémie de gale, le traitement prophylactique de toute la population peut être la stratégie de prise en charge optimale.

Interventions pharmacologiques²²

Application de crème ou de lotion acaricide sur tout le corps, du menton aux orteils. La crème ou la lotion doit être appliquée dans les plis cutanés, entre les doigts et les orteils, entre les fesses, sous les seins et autour des organes génitaux.

Crème perméthrine à 5% (Nix)

Laisser sur la peau pendant 8 à 14 heures. Une application suffit généralement, mais il peut être nécessaire de réappliquer la crème après 1 semaine si les symptômes persistent.

L'innocuité de la perméthrine pour les nourrissons de moins de 3 mois n'a pas été établie. Consulter un médecin si le patient a moins de 3 mois.

Le soufre précipité (5% à 10%) mêlé à de la gelée de pétrole est un traitement de rechange sûr pour les très jeunes nourrissons et les femmes enceintes ou qui allaitent. Ce mélange est préparé par un pharmacien. Pendant 3 jours consécutifs, on applique le mélange et on le laisse en place pendant 24 h, puis on lave la peau avant l'application suivante. Il existe toutefois peu de données sur ce traitement.²³

Le prurit peut poser problème, surtout la nuit. Prévenir l'enfant et ses parents ou la personne qui s'en occupe que les démangeaisons peuvent durer jusqu'à 2 semaines. Contre les démangeaisons :

chlorhydrate de diphényldramine (Benadryl) :

enfants de 2 à 6 ans : 6,25 mg PO toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 37,5 mg par jour)

enfants de 6 à 12 ans : 12,5–25 mg PO toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 150 mg par jour)

enfants de 12 ans et plus : 25–50 mg PO toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 300 mg par jour)²⁰

Administrer avec prudence aux enfants de moins de 2 ans en raison de l'effet sédatif.

Si la diphényhydramine a un effet sédatif trop important pour être utilisée pendant la journée, on peut administrer un antihistaminique de deuxième génération, par exemple, la cétirizine (Réactine), pendant la journée et la diphényhydramine, au coucher²¹.

Les stéroïdes topiques peuvent être utiles après le traitement acaricide, car l'éruption et les démangeaisons peuvent persister pendant plusieurs semaines. Les lésions nodulaires peuvent persister pendant des mois; consulter un médecin pour savoir si un stéroïde topique de puissance modérée est approprié²¹ :

crème avec valérate de bétaméthasone à 0,1 % (Betaderm), 2 fois par jour.

Surveillance et suivi

- Effectuer un suivi après 1 semaine pour évaluer la réponse au traitement et le respect de celui-ci.
- Demander aux parents ou à la personne qui s'occupe de l'enfant de revenir à la clinique immédiatement en cas de signe d'infection secondaire.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Rarement nécessaire si le diagnostic initial est correct et si le traitement acaricide qui s'impose est suivi par l'enfant et les personnes de son entourage.

URTICAIRE²⁴

Papules œdémateuses et érythémateuses localisées.

CAUSES

- Généralement inconnues
- Affection chronique idiopathique
- Hypersensibilité à certains aliments, médicaments, allergènes inhalés, piqûres d'insectes
- Hormones
- Agents physiques (par exemple, chaleur, froid, soleil)
- Maladie générale (par exemple, lupus érythémateux disséminé)
- Infection (par exemple, hépatite, mononucléose ou autre maladie virale)
- Agent déclencheur cholinergique (chaleur, exercice, stress)

SYMPTOMATOLOGIE

- Prise récente de médicaments (par exemple, vitamines, aspirine, AINS, antiacides, opioïdes et progestérone)
- Exposition récente à l'une des causes mentionnées précédemment
- Présence de taches blanches ou roses prurigineuses
- Sensation de malaise

OBSERVATIONS

- Présence possible sur n'importe quelle partie du corps.
- Peut être localisé ou généralisé.
- Lésions multiples, de forme et de taille irrégulières
- Taches blanches ou rose pâle surélevées, généralement entourées d'une auréole rouge
- Extension périphérique et coalescence possibles
- Accentuation, puis atténuation des plaques
- Rare persistance de chacune des papules au-delà de 12 à 24 heures
- Égratignures possibles
- Anxiété
- Évolution possible vers un essoufflement, un stridor et un enrouement

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Vasculite
- Piqûres d'insectes
- Érythème polymorphe
- Lupus érythémateux disséminé

COMPLICATIONS

- Récurrence
- Démangeaisons intenses
- Réaction allergique générale accompagnée de bronchospasmes
- Anaphylaxie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Après consultation avec un médecin, on peut envisager d'adresser le client à un dermatologue.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes.
- Déceler le facteur déclenchant.
- Prévenir les récurrences.
- Il est possible de désensibiliser le client à l'antigène déclencheur.

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- Les symptômes sont graves.
- Des complications surviennent.
- La cliente est enceinte ou allaite.
- L'affection récidive.

En cas d'essoufflement, de respiration sifflante ou d'œdème de la langue ou de la bouche, voir la section «*Choc anaphylactique*» dans le chapitre «*Urgences générales et traumatismes majeurs*».

Interventions non pharmacologiques

- Appliquer des compresses froides pour soulager les démangeaisons.
- Éviter de surchauffer.
- Éviter temporairement les aliments piquants et épicés.

Éducation du client

- Conseiller le parent et le client sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets indésirables)
- Recommander au parent et au client de bien nettoyer la peau pour réduire les risques d'infection.
- Conseiller au parent et au client d'éviter de se gratter et de garder les ongles courts et propres.
- Aider le parent et le client à reconnaître le facteur déclenchant (notamment les changements récents dans l'alimentation ou des marques des aliments consommés, étant donné que les entreprises alimentaires n'emploient pas les toujours mêmes additifs dans leurs produits).
- Rassurer le parent et le client en leur expliquant que les épisodes guérissent d'eux-mêmes.

Interventions pharmacologiques

Appliquez un antiprurigineux topique :

lotion calamine 4 fois par jour au besoin.

Antihistaminique par voie orale pour soulager les démangeaisons et éviter la formation de nouvelles lésions :

chlorhydrate de diphenhydramine (Benadryl)²⁵

enfants de 2 à 6 ans : 6,25 mg PO, toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 37,5 mg par jour)

enfants de 6 à 12 ans : 12,5–25 mg PO, toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 150 mg par jour)

enfants de plus de 12 ans : 25–50 mg PO, toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 300 mg par jour)

Administrer avec prudence aux enfants de moins de 2 ans en raison de l'effet sédatif.

ou un antihistaminique de deuxième génération

cétirizine (Réactine)²⁶

enfants de 6 à 12 mois : 2,5 mg 1 fois par jour

enfants de 12 à 23 mois : dose initiale : 2,5 mg 1 fois par jour; la dose peut être augmentée à 2,5 mg 2 fois par jour

enfants de 2 à 5 ans : 2,5 mg par jour; la dose peut être augmentée jusqu'à un maximum de 5 mg par jour en 1 ou en 2 doses

enfants de 6 ans et plus : 5-10 mg par jour en 1 ou en 2 doses

Surveillance et suivi

- Effectuer un suivi après 2 à 7 jours.
- Demander au parent d'amener l'enfant à la clinique pour une réévaluation si les lésions s'aggravent malgré le traitement.
- Demander au parent d'amener immédiatement l'enfant à la clinique en cas d'essoufflement, de respiration sifflante ou d'œdème de la langue ou de la bouche (voir «*Choc anaphylactique*» dans le chapitre «*Urgences générales et traumatismes majeurs*»).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adresser le client à un médecin pour une évaluation en cas de récurrence (pour écarter une allergie ou une maladie organique sous-jacente).

VERRUES

Voir la section «*Verrues*» dans le chapitre «*Dermatologie*» du guide de pratique clinique s'appliquant aux adultes pour obtenir de l'information détaillée sur le tableau clinique et le traitement des verrues. Le traitement des verrues est le même chez les enfants et chez les adultes.

URGENCES DERMATOLOGIQUES

BRÛLURES

Lésions tissulaires dues à l'action de la chaleur sur la peau (épiderme) ou sur les muqueuses. La brûlure peut atteindre le derme, les tissus sous-cutanés, les muscles ou les os. La profondeur de la brûlure dépend de l'intensité de la chaleur (ou des autres causes) et de la durée de l'exposition.

Les brûlures sont fréquentes chez les enfants et sont une cause importante de morbidité et de mortalité. Il s'agit de la principale cause de décès accidentel chez les enfants.

TYPES DE BRÛLURES

Brûlures du premier degré (superficielles)

Ne touchent que l'épiderme. Forment des ampoules seulement après 24 heures.

Brûlures du deuxième degré (intermédiaires)

- *Superficielles* : touchent l'épiderme et la partie supérieure du derme.
- *Profondes* : touchent la couche profonde du derme, ce qui endommage les follicules pileux et le tissu glandulaire. Il est souvent difficile de les distinguer des brûlures du 3^e degré. Les brûlures du 2^e degré les plus profondes peuvent se transformer facilement en brûlures du 3^e degré en présence d'une infection secondaire, d'un traumatisme mécanique ou d'une thrombose évolutive.

Brûlures du troisième degré (profondes)

S'étendent dans le derme et le détruisent. Peuvent toucher chaque système, appareil ou organe de l'organisme et s'étendent jusqu'au tissu sous-cutané, ce qui détériore les muscles, les os et le tissu interstitiel.

CAUSES

Brûlures thermiques

- Liquides chauds
- Vapeur
- Flamme; elles causent généralement des brûlures du 3^e degré, surtout si les vêtements prennent feu.
- Objets chauds : Le métal en fusion, le goudron ou les produits synthétiques fondus qui restent longtemps en contact avec la peau.

- Les flammes nues et les liquides chauds sont les causes les plus fréquentes (température généralement entre 15 °C et 45 °C ou plus).

Brûlures électriques

- Semblables aux lésions par écrasement : survenue de nécrose musculaire, de rhabdomyolyse, de myoglobulinurie.
- Comme ces brûlures causent souvent des lésions profondes importantes, mais une légère atteinte cutanée apparente, elles nécessitent une attention particulière. Tenez toujours pour acquis que ces brûlures sont plus graves qu'elles ne le semblent.

Brûlures chimiques

- Les acides forts sont vite neutralisés ou absorbés.
- Les produits chimiques alcalins causent une nécrose de liquéfaction et peuvent atteindre toutes les couches cutanées, entraînant une nécrose qui peut s'échelonner sur plusieurs heures après l'exposition.
- Il peut y avoir peu de signes ou symptômes pendant les premiers jours après l'exposition.

Brûlures par radiations

- Semblent hyperémiées au début; peuvent ensuite ressembler à des brûlures du 3^e degré.
- Les couches profondes peuvent être atteintes.
- Les coups de soleil font partie de cette catégorie et ils causent une douleur superficielle modérée.

Facteurs de risque

- Plinthes chauffantes excessivement chaudes
- Poêles à bois
- Exposition excessive au soleil
- Chauffe-eau réglé à une température trop élevée (maintenez à 49 °C [120 °F])
- Exposition à des produits chimiques ou à l'électricité
- Les jeunes enfants dont la peau est fine sont plus vulnérables aux blessures.
- Négligence avec les cigarettes
- Installation électrique inadéquate ou défectueuse

Questions pédiatriques

- La surface corporelle des jeunes enfants est proportionnellement importante par rapport à leur poids.
- La contribution relative des différentes parties du corps à la surface corporelle n'est pas la même chez les enfants que chez les adultes (par exemple, tête relativement plus grosse, jambes relativement plus petites).
- Chez les enfants de moins de 3 ans, les brûlures causées par des liquides chauds sont les plus fréquentes.
- Les brûlures électriques à la bouche peuvent survenir chez les tout-petits qui mâchent des fils électriques.

Brûlures intentionnelles

Il s'agit d'une forme de mauvais traitement, difficile à diagnostiquer, pouvant parfois être reconnue par l'apparence et la distribution des brûlures. Un diagnostic exact exige une vérification en profondeur des antécédents, un examen physique poussé et une évaluation rigoureuse du développement de l'enfant ainsi que la consultation d'un médecin ou une hospitalisation en vue d'une évaluation.

- Envisager la possibilité de mauvais traitement en cas de brûlures à l'eau chaude.
- Observer la distribution des brûlures.
- Porter une attention particulière aux brûlures qui forment une ligne droite, surtout si elles sont bilatérales, et aux petites brûlures rondes (brûlures infligées à l'aide d'une cigarette).
- Si l'enfant a été maintenu dans l'eau chaude, il présentera des brûlures en forme de gants ou de chaussettes ou des brûlures sur les fesses sans marques d'éclaboussures. Voir les illustrations de l'article *Cutaneous Signs of Physical Abuse (en anglais seulement)*²⁷ au <http://www.stacommunications.com/journals/pdfs/cme/julycme/i.pdf>

SYMPTOMATOLOGIE

Différez l'anamnèse jusqu'à ce que les voies respiratoires, la respiration et la circulation aient été évalués et stabilisés.

- Obtenir une description précise du mécanisme exact de la blessure.
- Poser des questions sur les soins prodigués à la maison (par exemple, application de froid, d'un corps gras).
- Obtenir les antécédents médicaux (si le temps le permet).
- Déterminer les médicaments utilisés (si le temps le permet).
- Déterminer les allergies (si le temps le permet).
- Vérifier le statut de la vaccination antitétanique.
- Obtenir les antécédents sociaux.

OBSERVATIONS

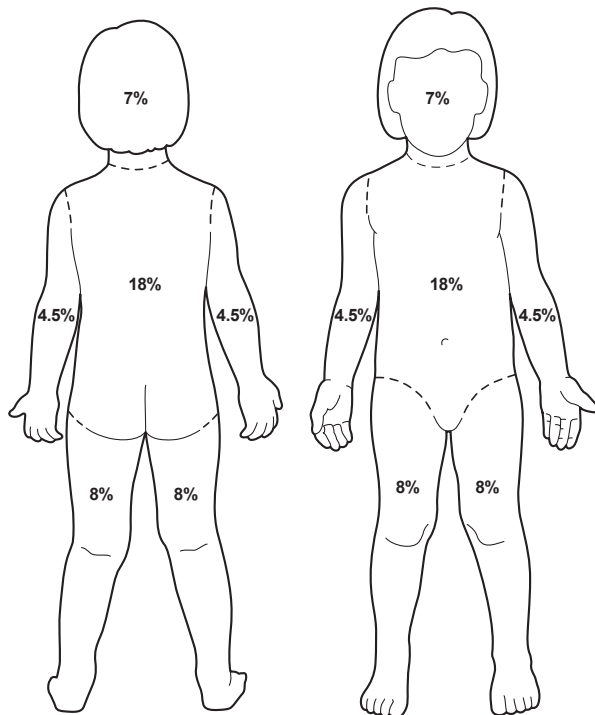
- Évaluer les voies respiratoires, la respiration et la circulation.
- Vérifier s'il y a présence de poils de narines brûlés, de signes d'hypoxie, d'une toux persistante accompagnée d'expectorations teintées de suie et/ou d'obstruction respiratoire qui indiquent une lésion par inhalation.²⁸
- La température peut être élevée si les plaies sont infectées ou si un processus inflammatoire ou infectieux est en cours.
- La fréquence cardiaque peut être élevée en raison de la douleur.
- La pression artérielle peut être faible si l'enfant est en état de choc.
- Déterminer la gravité (voir le tableau 4, « Évaluation de la profondeur de la brûlure »), l'étendue (voir le tableau 5, « Évaluation de l'étendue des brûlures chez les enfants » et les schémas de la règle des neuf chez l'enfant ou le nourrisson) et la classification (voir le tableau 6, « Classification des brûlures selon leur gravité (surface brûlée) ») de la brûlure.
- Schématiser la région brûlée, en indiquant le degré de la brûlure.
- Déterminer la nature de la brûlure en fonction du mécanisme de la blessure (voir le tableau 7, « Classification en fonction du mécanisme de la brûlure »)

Tableau 4 – Évaluation de la profondeur de la brûlure²⁹

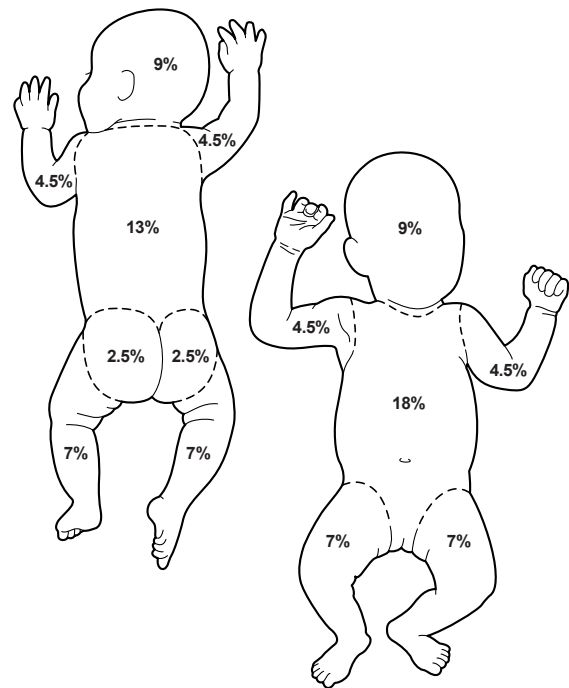
Profondeur	Cause	Apparence	Sensation	Temps de guérison
Superficielle (premier degré)	Très courte exposition aux ultraviolets	Sèche, rouge Blanchit à la pression	Douleur	3 à 6 jours
Intermédiaire superficielle (deuxième degré)	Ébouillantage (par renversement ou éclaboussure) Exposition courte	Ampoules Moite, rouge, suintante Blanchit à la pression	Sensibilité à la température et à l'air	7 à 20 jours
Intermédiaire profonde (deuxième degré)	Ébouillantage (par renversement) Flammes Huile Corps gras	Ampoules (crevant aisément) Moite ou sèche et cireuse Couleur variable (inégale, blanc jaunâtre à rouge) Ne blanchit pas à la pression	Perception de la pression uniquement	> 21 jours
Profonde (troisième degré)	Ébouillantage (par immersion) Flammes Vapeur Huile Corps gras Chimique Électrique	Blanche et cireuse, parcheminée et grise ou carbonisée et noire Sèche et inélastique Ne blanchit pas à la pression	Perception d'une pression forte uniquement	Jamais (si > 2 % de la surface totale du corps)

Tableau 5 – Évaluation de l'étendue des brûlures chez les enfants³⁰

Partie du corps	Pourcentage de la surface corporelle de l'enfant, selon l'âge				
	De la naissance à 11 mois	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Tête	19	17	13	11	9
Cou	2	2	2	2	2
Thorax	26	26	26	26	26
Fesses	5	5	5	5	5
Organes génitaux	1	1	1	1	1
Bras	7	7	7	7	7
Main	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Cuisse	5,5	6,5	8	8,5	9
Jambe	5	5	5,5	6	6,5
Pied	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

Règle des neuf chez l'enfant

Source de l'illustration : Firefighter Nation WebChief. (2008). *Determining Depth and Percentage of Burn Injuries* (voir <http://www.firefighternation.com/forum/topic/show?id=889755%3ATopic%3A2902596>)

Règle des neuf chez le nourrisson

Source de l'illustration : Firefighter Nation WebChief. (2008). *Determining Depth and Percentage of Burn Injuries*. (voir : <http://www.firefighternation.com/forum/topic/show?id=889755%3ATopic%3A2902596>)

Tableau 6 – Classification des brûlures selon leur gravité (surface brûlée)³¹

Mineure

- < 5 % de la surface corporelle totale en brûlures du 2^e degré
- < 2 % de la surface corporelle totale en brûlures du 3^e degré

Modérée

- 5 % à 10 % de la surface corporelle totale en brûlures du 2^e degré
- 2 % à 5 % de la surface corporelle totale en brûlures du 3^e degré
- Brûlure électrique par courant de haut voltage
- Lésion par inhalation soupçonnée
- Brûlure circonférentielle
- Affection médicale prédisposant à une infection (par exemple diabète sucré, anémie falciforme)

Grave

- > 10 % de la surface corporelle totale en brûlures du 2^e degré
- > 5 % de la surface corporelle totale en brûlures du 3^e degré
- Toute brûlure grave sur les mains, les pieds, le visage, les yeux, les oreilles, le périnée ou les articulations
- Toute lésion par inhalation connue
- Brûlure électrique par courant de haut voltage
- Traumatisme crânien, fracture ou traumatisme des tissus mous graves associés

Tableau 7 – Classification en fonction du mécanisme de la brûlure**Coup de soleil**

Régions exposées au soleil

Brûlures par éclaboussures ou par ébullition

Brûlures maximales au point d'impact et brûlures plus légères dans les régions déclives où le liquide a refroidi et coulé

Multiples brûlures satellites de petite taille autour de la zone ébullitionnée

Brûlures électriques

Brûlures de la bouche et des lèvres, œdème des muqueuses et coagulation

Points d'entrée et de sortie parfois mineurs avec destruction tissulaire importante le long du trajet intracorporel

Brûlures par immersion forcée

Preuve de sévices

Brûlures graves dans les zones immergées généralement séparées de la peau intacte par une ligne bien nette, sans traces d'éclaboussures

Brûlures en forme de chaussette ou atteinte du tronc
Zones épargnées aux contours nets dans les régions déclives où le corps a été en contact avec le récipient

Brûlures par contact

Les régions brûlées portent une marque ayant la forme de l'objet entré en contact avec la peau (par exemple, gril, élément de cuisinière)

Peuvent être accidentelles ou intentionnelles

Brûlures par flamme

Risque d'inhalation associée pouvant causer une insuffisance respiratoire aiguë

Brûlures de cigarette

Lésions circulaires généralement distinctes et bien circonscrites

Peuvent être le signe de sévices corporels et être confondues avec l'impétigo

Adaptation autorisée de Ludwig S, Fleisher G. *Textbook of pediatric emergency medicine*. 2^e éd. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1988. p. 902-3.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Érythrodermie bulleuse avec épidermolyse
- Épidermolyse bulleuse staphylococcique aiguë (*scalded skin syndrome*)
- Petites zones de brûlure profonde (3^e degré) au sein d'une brûlure superficielle (2^e degré)

COMPLICATIONS

- Augmentation de la profondeur de la brûlure
- État de choc
- Hypoglycémie (peut survenir chez les enfants en raison des réserves limitées de glycogène)

- Septicémie au niveau des plaies (généralement causée par des bactéries Gram négatives)
- Mobilité réduite avec contractures possibles à la flexion
- Ulcère gastroduodéal (ulcère de Curling)
- Pneumonie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Glycémie (une hypoglycémie peut survenir chez les enfants en raison des réserves limitées de glycogène)
- Électrocardiogramme, en cas de brûlures électriques

TRAITEMENT

Le traitement varie selon la profondeur de la brûlure et l'estimation précise de la surface corporelle totale brûlée (voir le tableau 5, « Évaluation de l'étendue des brûlures chez les enfants » et le tableau 6, « Classification des brûlures selon leur gravité (surface brûlée) »).

Objectifs

- Favoriser la cicatrisation et la réparation des tissus.
- Prévenir les complications.
- Prévenir les récidives.

Premiers soins pour toutes les brûlures

- *Brûlure thermique* : Retirer rapidement les vêtements, les bijoux et tout débris évident en contact avec la région touchée pour réduire le temps de contact et permettre une évaluation exacte. Refroidir la région brûlée avec de l'eau ou appliquer des compresses de soluté physiologique à au moins 8 °C pendant 10 à 20 minutes immédiatement. Ne pas appliquer de glace. Prévenir l'hypothermie en surveillant la température interne et administrer une solution intraveineuse tiède si elle est inférieure à 35 °C.^{32,33}
- *Brûlure chimique* : Irriguer. Enlever la poudre visible sur la peau avant d'irriguer. Rincer à grande eau pendant au moins 15 minutes (de préférence 30 minutes) après avoir enlevé la poudre. Ces soins doivent être prodigués sur les lieux mêmes de l'accident, si possible. Les brûlures causées par des produits alcalins doivent être irriguées pendant 1 à 2 heures après l'accident. Communiquer avec le centre antipoison pour les consignes à suivre. La profondeur d'une brûlure chimique est difficile à évaluer jusqu'à ce que le tissu commence à tomber quelques jours après. On devrait considérer toutes les brûlures chimiques comme des brûlures du 2^e ou du 3^e degré jusqu'à preuve du contraire.³³

- *Brûlure au goudron* : Refroidir la brûlure, la nettoyer délicatement et appliquer une pommade antibactérienne à base de gelée de pétrole (par exemple, Polysporin) ou tout autre produit à base de gelée de pétrole. Ne pas gratter la peau pour essayer d'enlever le goudron, ce qui pourrait aggraver les lésions. Éviter d'utiliser des solvants chimiques qui peuvent causer d'autres brûlures. Après 24 heures, laver la région atteinte pour enlever le goudron et traiter la lésion comme une brûlure thermique.
- *Brûlure électrique* : Rester vigilant et surveiller étroitement le client. Être à l'affût de la présence d'arythmie, de fractures consécutives à une contraction musculaire et d'un syndrome des loges.³⁴ Surveiller la fonction cardiaque pendant 24 heures en cas d'exposition importante au courant électrique. Poser un collet cervical. Les brûlures électriques peuvent causer une thrombose dans n'importe quelle partie du corps. Nettoyer et panser la blessure en procédant comme pour une brûlure thermique.
- Si vous utilisez un pansement argentique, nettoyer avec de l'eau stérile uniquement.
- Débrider délicatement la brûlure au moyen d'instruments stériles (porter des gants stériles).
- Éliminer la peau morte des ampoules crevées, mais le traitement des ampoules intactes est controversé. Ne jamais tenter d'aspirer le contenu d'une ampoule à l'aide de l'aiguille d'une seringue, car cette intervention augmente le risque d'infection. Il est parfois recommandé d'éclater les ampoules remplies d'un liquide trouble ou si la rupture est imminente, par exemple, si elles se trouvent sur une articulation. Les ampoules présentes pendant plusieurs semaines qui ne se résorbent pas peuvent indiquer une brûlure du 2^e ou du 3^e degré sous-jacente nécessitant une orientation du client vers une autre ressource médicale.
- Refroidir la région brûlée avec de l'eau ou appliquer des compresses de soluté physiologique à au moins 8 °C pendant 10 à 20 minutes immédiatement. Ne pas appliquer de glace. Surveiller la température interne, en particulier si la surface corporelle touchée est > 10 % et < 20 %, pour prévenir l'hypothermie. Administrer une solution intraveineuse tiède si la température interne est inférieure à 35 °C.^{32,36}

TRAITEMENT DES BRÛLURES THERMIQUES MINEURES (< 10% DE LA SURFACE CORPORELLE)

Consultation

Consulter un médecin si vous avez des inquiétudes au sujet de la brûlure ou du client (par exemple, infection, âge, douleur).

Traitement adjuvant

Vérifier que la vaccination antitétanique est à jour; administrer le vaccin au besoin (*voir le Guide canadien d'immunisation*³⁵ au <http://www.atlantique.phac.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php>)

Interventions non pharmacologiques

Brûlures du premier degré

- Nettoyer la région touchée avec du soluté physiologique ou de l'eau stérile.
- *Pansements* : Couvrir légèrement la région touchée avec une compresse de gaze stérile et sèche ou un pansement de gaze non adhérent (par exemple, Jelonet^{MC}, Adaptic^{MC}).

Brûlures du deuxième degré

- Retirer les vêtements et les débris en contact avec la région brûlée.
- Nettoyer la région touchée avec du soluté physiologique ou de l'eau stérile.

- *Pansements* : utiliser un pansement argentique à faible adhérence (par exemple, Acticoat^{MC}) comme barrière antimicrobienne en cas de brûlures du 2^e et du 3^e degré. Utiliser de l'eau stérile pour le nettoyage et imbiber le pansement avant l'application, si vous avez recours à ce type de pansement.
- Certaines données indiquent que l'utilisation d'antibiotiques topiques (par exemple, bactracine ou pansements imprégnés d'antibiotique comme Sofratulle^{MC}) pour le soin des brûlures superficielles du 2^e degré est utile. Cependant, rien n'indique clairement que ces traitements améliorent les résultats en cas de brûlures mineures.
- L'application d'un pansement de gaze non adhérent et poreux (par exemple, Jelonet^{MC}) sur les brûlures superficielles du 2^e degré peut aussi être envisagée.
- Surélever les extrémités brûlées pour atténuer le risque d'œdème.
- Augmenter l'hydratation pendant 24 heures.
- Les stéroïdes ne sont d'aucun secours pour le traitement des brûlures mineures.

Éducation du client

- Décrire à la personne qui prend soin de l'enfant les signes d'infection.
- Conseiller les membres de la famille sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Administrer un analgésique à l'enfant 1 heure avant le changement du pansement.
- Préciser que le pansement doit rester propre et sec jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée.
- Recommander l'utilisation d'écrans solaires.
- Recommander de protéger l'accès aux poêles à bois, aux fils et aux prises électriques contre les enfants.
- Suggérer de ranger les produits ménagers hors de la portée des enfants.
- Proposer de baisser la température du chauffe-eau.
- Recommander l'installation de détecteurs de fumée en insistant particulièrement sur leur entretien.
- Recommander de préparer un plan d'évacuation de la maison en cas d'incendie.
- Donner des conseils sur l'entreposage et l'utilisation des produits inflammables.

Interventions pharmacologiques

Analgésique:

ibuprofène (Motrin)

enfants de 6 mois à 12 ans : ibuprofène 5–10 mg/kg PO, toutes les 6-8 h au besoin;

enfants de plus de 12 ans : ibuprofène 200–400 mg PO, toutes les 4-6 h au besoin.

Utiliser la plus faible dose efficace et la plus courte durée de traitement; prendre avec de la nourriture.

ou

acétaminophène (Tylenol)

enfants de moins de 12 ans : acétaminophène 10–15 mg/kg/dose PO, toutes les 4 h au besoin

enfants de 12 ans et plus : acétaminophène 325 mg, 1–2 comprimés PO, toutes les 4 h, au besoin (maximum de 4 g par jour).

La prise d'une dose à intervalle régulier peut être nécessaire, plutôt que de prendre le médicament au besoin.

Les brûlures du 2^e degré plus étendues et plus graves nécessitent l'application d'un onguent antibiotique ou de pansements imprégnés (les onguents peuvent compliquer l'évaluation du drainage de la plaie).

Appliquer :

un pansement Jelonet^{MC} et un onguent antibiotique tous les 2 jours;

ou

un pansement de framycétine (Sofratulle^{MC}) chaque jour;

ou

de la sulfadiazine d'argent (Flamazine), une fois par jour.

Contre-indication relative à la sulfadiazine d'argent : sensibilité croisée possible avec d'autres sulfamides et la grossesse.

Une antibiothérapie prophylactique est rarement nécessaire, mais peut être envisagée chez :

- les enfants immunodéprimés,
- les enfants à risque élevé d'endocardite.

Utiliser au besoin des antibiotiques à large spectre comme les céphalosporines de première génération ou la pénicilline résistante à la pénicillinase, en association avec un aminoglycoside. Discuter des différentes possibilités avec un médecin.

Surveillance et suivi

- Effectuer un suivi après 24 heures, puis tous les jours jusqu'à la cicatrisation de la brûlure.
- Réévaluer la profondeur et l'étendue de la brûlure.
- Surveiller la cicatrisation et l'apparition d'une infection.
- Nettoyer et débrider la plaie au besoin; l'immersion de la région brûlée peut aider à désintégrer les caillots de sang et accélérer l'expulsion des débris nécrosés.
- Réappliquer un pansement Sofratulle^{MC} ou de la sulfadiazine d'argent et un pansement stérile sec.

Il n'est pas obligatoire d'assurer une stérilité totale durant les changements de pansement; toutefois, la propreté et le nettoyage minutieux des mains, des lavabos, des baignoires et des instruments utilisés sont d'une importance capitale.

TRAITEMENT DES BRÛLURES MODÉRÉES ET SÉVÈRES

Consultation

Consulter un médecin dès que l'état de l'enfant est stable et préparer l'évacuation médicale.

Traitement adjuvant

Examen primaire

- Stabiliser les voies respiratoires, la respiration et la circulation.
- Dégager les voies respiratoires et assurer une ventilation artificielle au besoin.
- Administrer de l'oxygène pour maintenir la saturation en oxygène à plus de 97 % ou 98 %.
- Amorcer un traitement par du soluté physiologique ou du soluté lactate de Ringer administré par voie intraveineuse à l'aide de la canule du plus grand calibre possible si plus de 10 % de la surface corporelle de l'enfant est brûlée (ou plus de 5 % s'il s'agit de brûlures du 3^e degré). Voir le tableau 5 « Évaluation de l'étendue des brûlures chez les enfants ».

Réanimation liquidienne en cas de brûlures graves (voir le tableau 6, « Classification des brûlures selon leur gravité (surface brûlée) »)

- Remplacer les pertes liquidiennes.^{37,38}
 - Perfuser du soluté physiologique ou du lactate de Ringer tiède.
- Chez les nourrissons et les enfants: 3 à 4 ml X poids corporel (en kg) X pourcentage de la surface corporelle brûlée (voir le tableau 5, « Évaluation de l'étendue des brûlures chez les enfants »).
 - Administrer la moitié du liquide au cours des 8 premières heures et l'autre moitié au cours de 16 heures suivantes.
 - Chez les enfants de plus de 5 ans, en plus de la quantité de liquide calculée selon la formule ci-dessus, administrer un soluté de dextrose à 5 % conformément au tableau 8, « Besoins liquidiens de base par heure ».
 - Maintenir le débit urinaire à environ 1 à 2 ml/kg/h chez les enfants de moins de 30 kg et à 1 ml/kg/h chez les enfants de plus de 30 kg.
 - Le volume de soluté peut être ajusté en fonction des signes vitaux (en particulier de la fréquence cardiaque), après consultation d'un médecin.

Tableau 8 – Besoins liquidiens de base par heure³⁹

Calcul

4 ml/kg/heure pour les 10 premiers kilogrammes du poids corporel
 + 2 ml/kg/heure pour les 10 kilogrammes suivants du poids corporel
 + 1 ml/kg/heure pour chaque kilogramme additionnel
 Maximum de 100 ml/heure ou 2 400 ml par jour pour répondre aux besoins de base.

Exemples

Pour un enfant de 10 kg : 10 kg x 4 ml/kg/heure = 40 ml/heure

Pour un enfant de 15 kg : (10 kg x 4 ml/kg/heure) + (5 kg x 2 ml/kg/heure) = 50 ml/heure

Pour un enfant de 25 kg : (10 kg x 4 ml/kg/heure) + (10 kg x 2 ml/kg/heure) + (5 kg x 1 ml/kg/heure) = 65 ml/heure

Le choc des brûlés ne se manifeste généralement pas avant plusieurs heures. Si l'état de choc est évident dès le début, chercher d'autres causes d'hypovolémie, comme une blessure grave à une autre partie du corps. Voir la section « État de choc » du chapitre « Urgences générales et traumatismes majeurs ».

Considérations spéciales liées à la réanimation

- L'agitation peut être consécutive à l'hypoxie.
- Surveiller les signes de détresse ou d'insuffisance respiratoire.
- Tenir pour acquis qu'il y a eu inhalation de fumée (voir « Inhalation de substances toxiques » dans le chapitre « Appareil respiratoire » s'appliquant aux adultes).

Examen secondaire et recherche de lésions associées

- Poser une sonde urinaire, au besoin; effectuer le bilan des entrées et des sorties liquidiennes sur des périodes de 1 heure.
- Mettre en place une sonde nasogastrique, au besoin, sur l'avis d'un médecin.
- Évaluer la circulation périphérique si l'enfant présente une brûlure circonscrite aux membres.
- Surveiller la couleur, le remplissage capillaire, la paresthésie et les douleurs aux tissus profonds.

Interventions non pharmacologiques

Soin des plaies⁴⁰

- Couvrir les brûlures de pansements stériles et secs pendant le transfert vers le centre des brûlés. Consulter la section sur les interventions non pharmacologiques en cas de brûlures du 2^e degré pour obtenir des renseignements sur la prise en charge des ampoules.
- Ne pas immerger les brûlures graves dans de l'eau froide ou y appliquer de l'eau froide (voir le tableau 6, « Classification des brûlures selon leur gravité (surface brûlée) »).

Interventions pharmacologiques

S'il faut administrer un analgésique, consulter d'abord un médecin, et envisager :

morphine IV en petites doses fréquentes (0,1 mg/kg par dose).⁴¹

Surveiller la respiration pour éviter toute dépression respiratoire causée par les opioïdes.

Une antibiothérapie prophylactique n'est pas indiquée.

Surveillance et suivi

- Évaluer fréquemment les voies respiratoires, la respiration, la circulation ainsi que les signes vitaux.
- Surveiller les signes d'état de choc (le choc des brûlés ne survient généralement qu'après plusieurs heures).
- En cas de brûlures circonférentielles, de brûlures étendues aux membres ou de brûlures électriques, surveiller les signes d'atteinte vasculaire ou neurologique, évocateurs du syndrome des loges. Dans ce cas, pratiquer immédiatement une incision de décharge.
- Surélever les membres pour réduire l'œdème.
- Envelopper l'enfant dans un drap propre et le couvrir de couvertures pour qu'il garde sa chaleur et prévenir l'hypothermie.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procéder à l'évacuation médicale (se reporter au tableau 9, « Critères de transfert des brûlés » et à l'avis d'un médecin).

Tableau 9 – Critères de transfert des brûlés⁴²

Combinaison de brûlures du 2^e et du 3^e degré couvrant au moins 10 % de la surface corporelle chez les enfants âgés de moins de 10 ans ou chez les adultes de plus de 50 ans

Combinaison de brûlures du 2^e et du 3^e degré couvrant une surface corporelle supérieure à 20 % dans tous les autres groupes d'âge (≥ 10 ans et ≤ 50 ans)

Brûlures du 3^e degré couvrant une surface corporelle supérieure à 5 %, peu importe le groupe d'âge

Brûlures du 2^e et du 3^e degré du visage, des yeux, des oreilles, des mains, des organes génitaux, du périnée ou des principales articulations

Brûlures circonférentielles au thorax ou aux membres

Toute brûlure par inhalation, électrisation par courant à haut voltage, brûlure causée par la foudre, brûlures chimiques graves

Tout enfant nécessitant des services sociaux et psychologiques ou tout enfant soupçonné d'être maltraité

Présence d'une maladie préexistante qui pourrait compliquer la guérison (par exemple, diabète sucré)

GELURES

Lésions des tissus dues au froid. La lésion peut être accompagné (voir le tableau 11 « Classification des gelures ») ou non (voir le tableau 10 « Types de lésions dues au froid non accompagnées de gelures ») du gel des tissus, caractérisé par la formation de cristaux de glace.

Tableau 10 – Types de lésions dues au froid non accompagnées de gelures

Type de lésion	Cause	Observations cliniques	Traitement
Engelure (lésion périphérique due au froid, non accompagnée de gel des tissus)	Exposition prolongée au froid, dans un milieu sec, à des températures au-dessus du point de congélation	Les régions touchées sont prurigineuses, bleu rougeâtre; œdème possible; présence possible de bulles ou d'ulcères superficiels; les régions touchées pourraient désormais être plus sensibles au froid; pas de lésions permanentes.	Réchauffer comme pour les gelures (voir « <i>Interventions non pharmacologiques</i> »); un analgésique devrait être administré
Pied des tranchées ou pied d'immersion	Exposition prolongée au froid, dans un milieu humide, à des températures au-dessus du point de congélation	Destruction possible des tissus semblable aux brûlures du deuxième degré (ampoules, douleur, hypersensibilité au froid); la sensibilité au froid peut être permanente.	Réchauffer comme pour les gelures (voir « <i>Interventions non pharmacologiques</i> »)

Tableau 11 – Classification des gelures^{43,44}

premier degré (superficielle)	deuxième degré	troisième degré	quatrième degré
Aspect macroscopique de la lésion			
Superficielle, altérations réversibles de la peau Plaques fermes blanchâtres ou jaunâtres, engourdissement; perte de sensibilité Comparable à une brûlure thermique superficielle (premier degré)	Ampoules superficielles contenant un liquide clair ou laiteux accompagnées ou non d'érythème et d'œdème dans les tissus environnants Apparition des ampoules après 24 à 48 h; réabsorption du liquide; escarres dures et noirâtres éventuelles; demeure sensible à la chaleur et au froid Traitement conservateur; guérit généralement sans intervention chirurgicale en 3 à 4 semaines.	Ampoules profondes contenant un liquide rouge ou violet OU peau de couleur foncée sans ampoules Tissus sous-cutanés durcis; les muscles, les tendons, etc. sont touchés. Ampoules hémorragiques et perte de la fonction dans les parties distales; il peut s'écouler plusieurs mois avant que l'étendue des lésions puisse être constatée. Les tissus gelés finissent par tomber.	Peau noire et cyanosée sans ampoules ou œdème
Conséquences			
Région centrale pâle entourée d'un érythème, sans perte de tissus, mais présence possible de douleur	Perte limitée de la couche superficielle de la peau; ampoules entourées d'érythème et d'œdème	Ampoules hémorragiques et formation d'escarres ayant diverses répercussions selon la profondeur de la lésion	Nécrose et perte de tissus. La gangrène peut s'installer en quelques heures.

CAUSE

Exposition au froid.

SYMPTOMALOGIE

Quatre-vingt-dix pour cent des cas de gelures concernent les mains et les pieds; les joues, le nez, les oreilles et le pénis sont fréquemment touchés.⁴⁵

Gelures superficielles

- Sensation de froid, puis sensation de brûlure
- La région touchée devient blanche.
- La région touchée devient rouge au moment du réchauffement.

Gelures graves

- Douleur froide et brûlante accompagnée ultérieurement de picotements.
- Apparition ultérieure d'un engourdissement ou d'une sensation de lourdeur.
- La région touchée devient pâle ou blanche.
- Le réchauffement de la région gelée cause une douleur pulsative ou une sensation de brûlure.
- Vérifier si le client est en hypothermie.
- Facteurs contributifs : intoxication alcoolique, itinérance, vêtements qui ne conviennent pas à la température.

OBSERVATIONS

- Les signes vitaux peuvent varier.
- La température peut être basse en cas d'hypothermie ou élevée en présence d'infection.
- Détresse légère à intense
- Région touchée possiblement rouge, blanche ou bleue
- Présence possible d'œdème
- Présence possible d'ampoules
- Infection manifeste possible si le client a tardé à venir à la clinique
- Région atteinte d'abord froide et dure au toucher
- Perte de sensibilité
- Chaleur et sensibilité de la région atteinte si elle a été réchauffée
- Sudation excessive
- Présence possible de nécrose

Voir aussi le tableau 10, « Types de lésions dues au froid non accompagnées de gelures » et le tableau 11, « Classification des gelures ».

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Gelures superficielles ou profondes

COMPLICATIONS

- Infection
- Hypothermie
- Perte tissulaire
- Hypersensibilité au froid de la région atteinte pendant plusieurs années ou en permanence

TRAITEMENT**Objectifs**

- Déceler l'hypothermie et/ou la déshydratation associées.
- Réchauffer les régions touchées.
- Soulager la douleur (le réchauffement actif est très douloureux).
- Soigner les plaies.
- Prévenir l'infection.

Consultation

Consulter un médecin pour toutes les gelures, sauf celles de premier degré.

Traitement adjuvant

Vérifier si le client a été vacciné contre le tétanos; administrer le vaccin au besoin (*voir le plus récent Guide canadien d'immunisation au <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>*).

Interventions non pharmacologiques

- Réchauffer rapidement la région touchée en l'immergeant dans de l'eau à 40 °C (il n'est pas recommandé de procéder lentement).
- Continuer à réchauffer jusqu'à ce que la peau soit chaude, ramollie, souple et rouge.
- Immobiliser le membre atteint; protéger la peau contre les irritations.
- Mise en garde : éviter de frotter ou d'utiliser des bouillottes.
- Veiller à ce que la région atteinte ne gèle pas de nouveau; à l'extérieur, ne pas réchauffer les membres à moins d'être certain qu'ils ne gèleront pas de nouveau.
- Surélever le membre touché une fois celui-ci réchauffé; ne pas couvrir la région atteinte, si possible.
- Ne pas crever les ampoules sauf si elles nuisent à l'amplitude de mouvement d'un membre.
- Séparer les doigts et les orteils avec de la ouate hydrophile sèche.
- Envelopper le client dans une couverture douce et épaisse, sans le comprimer. Veiller à ce qu'il ne soit pas blessé ou exposé aux éléments durant le transport.
- Faire boire des liquides chauds au patient.
- Interdire au patient de fumer; la nicotine ralentit la circulation sanguine en provoquant un rétrécissement des artérioles.
- Traiter les engelures et les gelures superficielles comme des brûlures thermiques du 1^{er} degré (*voir la section « Brûlures »*).

Éducation en matière de prévention

Conseiller au client :

- de porter plusieurs couches de vêtements prévus pour le temps froid,
- de couvrir toutes les parties du corps exposées,
- de bien se préparer en prévision de déplacements par temps froid.

Interventions pharmacologiques

Gelures bénignes

Analgésiques :

ibuprofène (Motrin), 4–10 mg/kg par dose PO, toutes les 6-8 h au besoin

ou

acétaminophène (Tylenol) 10–15 mg/kg par dose par PO, toutes les 4-6 h au besoin

Gelures modérées ou graves

Comme la douleur peut être intense pendant le réchauffement, l'administration de morphine pour soulager la douleur peut être envisagée. Consulter un médecin.

Surveiller la respiration pour éviter toute dépression respiratoire causée par les opioïdes.

Surveillance et suivi

Gelures bénignes

Réévaluer et panser la plaie quotidiennement pendant 4 à 7 jours, jusqu'à ce qu'elle commence à cicatriser. Surveiller les signes d'infection.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procéder, dans les plus brefs délais, à l'évacuation médicale de toute personne ayant subi des gelures modérées ou graves.

LÉSIONS CUTANÉES

Rupture de la peau (épiderme).

CAUSE

- *Traumatisme contondant* : les blessures par perforation ou écrasement présentent plus d'œdème et de tissus dévitalisés ainsi qu'un risque d'infection plus élevé.
- *Plaie perforante* : bords nets, blessure cellulaire mineure et faible risque d'infection.
- *Morsure* : animale ou humaine; présente un risque d'infection élevé.

TYPES DE LÉSIONS D'ORIGINE TRAUMATIQUE⁴⁶

Les lésions qui résultent d'un traumatisme peuvent être classées selon leur type.

Tableau 12 – Classification du type de lésion

Type	Définition
Lacération	Lésion ouverte résultant d'un traumatisme contondant ou d'une perforation de la peau.
Abrasion	Lésion cutanée causée par un traumatisme tangentiel touchant le derme et l'épiderme, semblable à une brûlure
Avulsion	Perte des tissus profonds qui empêche le rapprochement des bords de la plaie. Touche fréquemment l'extrémité des doigts, le bout du nez, le lobe d'oreille ou les dents permanentes (perte). L'une de formes graves d'avulsion est le « dégantage », qui correspond à l'arrachement de la peau jusqu'aux couches profondes de la peau; touche les doigts, la main, le pied ou une région d'un membre, causant une dévascularisation de la peau et une lésion des tissus sous-jacents.
Plaie perforante	Pénétration des tissus par un objet contondant ou perforant.
Présence d'un corps étranger	Tout objet (par exemple, éclat de bois ou de métal, bijoux corporels, verre, hameçon, fragment de balle, aiguille) qui s'implante dans une partie du corps. Le corps réagit fortement aux corps étrangers d'origine végétale (par exemple, épines ou bout de bois), qui peuvent entraîner une infection. Ces corps étrangers doivent être retirés sans délai.
Plaie par projectile	Lésion cutanée causée par un objet pénétrant dans le corps à grande vitesse.
Morsure	Lésion cutanée infligée par soi, par une autre personne ou par un animal; le risque d'infection est élevé.

SYMPTOMATOLOGIE

- Mécanisme de blessure, présence possible d'un corps étranger
- Contaminants : le risque d'infection augmente si la plaie a été en contact avec du fumier, un objet rouillé, de la saleté, etc.
- Les blessures subies dans une ferme ou une étable doivent être considérées comme contaminées (*Clostridium tetani* est une bactérie naturellement présente dans le fumier).
- Âge de la blessure (après 3 heures, la numération bactérienne dans une plaie augmente considérablement).
- Quantité de sang perdue
- Perte de fonction des tendons, des ligaments, des nerfs avoisinants (sensibilité)
- Maladies, troubles, traitements médicaux (par exemple, le diabète sucré, la chimiothérapie, les stéroïdes, une maladie vasculaire périphérique et la malnutrition peuvent retarder la cicatrisation et accroître le risque d'infection)
- Allergies (aux médicaments, aux pansements, à l'anesthésique local)
- Médicaments que prend le client (en particulier les stéroïdes, les anticoagulants)
- Statut de la vaccination antitétanique

OBSERVATIONS

- Température
- Fréquence cardiaque, tension artérielle (s'il y a eu une perte importante de sang)
- Dimension et profondeur de la plaie

Vérifier si la plaie est infectée :

- Rougeur
- Chaleur
- Sensibilité
- Écoulement
- Fièvre
- Adénopathie locale

Évaluer si les structures sous-jacentes (nerfs, ligaments, tendons, vaisseaux sanguins) sont intactes :

- *Lésion vasculaire* : Vérifier le remplissage capillaire en aval de la blessure.
- *Lésion neurologique* : Vérifier la force musculaire, la mobilité et la sensibilité en aval de la plaie. Toujours vérifier la sensibilité avant d'administrer l'anesthésique. En cas de lacération de la main ou du doigt, vérifier la discrimination spatiale, qui devrait être < 1 cm au bout des doigts.

- *Tendons* : Effectuer une inspection, mais vérifier aussi l'amplitude de mouvement et la force de chacun des muscles. Évaluer l'amplitude de mouvement de toutes les parties du corps entourant le siège de la plaie.
- *Os* : Vérifier s'il y a une fracture ouverte ou des fractures associées.
- *Corps étrangers* : Inspecter la région lésée.

COMPLICATIONS

- Infection
- Mauvaise cicatrisation
- Lacération d'un nerf
- Syndrome des loges : une perte de sensibilité peut en être le premier signe; douleurs intenses, disproportionnées par rapport à la blessure
- Dans les cas de lésion par écrasement, la discrimination spatiale peut être réduite et la guérison peut prendre plusieurs mois.
- Lésion des structures vasculaires principales (par exemple artères)
- Lésion des tendons
- Infection à SARM attribuable à une morsure d'animal¹⁹
- Rage

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun, en général
- Radiographie ou une échographie, en cas de présence soupçonnée d'un corps étranger

TRAITEMENT**Objectifs**

- Rétablir la fonction.
- Réduire le risque d'infection.
- Réparer les tissus endommagés

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- La plaie est étendue, profonde ou infectée.
- Un muscle, un tendon, un nerf ou un vaisseau est ou pourrait être lésé.
- Déficit tissulaire important.
- Blessure remontant à plus de 12 heures.
- Plaie causée par une morsure.

Traitement adjuvant

Vérifier si le client a été vacciné contre le tétanos; administrer le vaccin au besoin (*voir le plus récent Guide canadien d'immunisation au <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fre.php>*).

Interventions non pharmacologiques

Soins des plaies : principes généraux

- La plupart des plaies peuvent être fermées au moyen de colle cutanée ou de points de suture jusqu'à 12 heures après la blessure. Consulter le chapitre sur les interventions en pédiatrie (*voir chapitre 2, « Méthodes utilisées en pédiatrie »*) pour obtenir les indications et les contre-indications de l'utilisation des colles cutanées. Utiliser votre jugement clinique pour déterminer les plaies à fermer et les méthodes à utiliser.
- *Ne pas suturer et ne pas coller* les plaies infectées ou enflammées, les plaies sales, les morsures humaines ou animales, les plaies perforantes, les plaies négligées ou les blessures graves par écrasement.
- Ne pas suturer les plaies à l'aide de fils de suture résorbables chez les patients diabétiques ou prenant des stéroïdes.
- Les plaies au visage qui remontent à 24 heures ou moins peuvent être fermées après avoir été nettoyées à fond. L'irrigation sanguine dans cette région est meilleure et, pour cette raison, le risque d'infection beaucoup plus faible.
- Ne pas clamber les structures vasculaires avant d'avoir écarté la nécessité de réparer un vaisseau important.

Homéostasie

L'exercice d'une pression directe est la technique privilégiée pour enrayer un saignement. En cas de fracture, l'immobilisation du membre touché aidera à arrêter le saignement.

Préparation de la peau

- *Débridement* : Au moyen d'une technique aseptique, retirer les tissus dévitalisés; prendre garde de ne pas retirer de tissus sains. L'irrigation de la plaie avec du soluté physiologique projeté à haute pression au moyen d'une aiguille de calibre 18 ou 19 ou d'un cathéter IV est la méthode la plus efficace pour nettoyer une plaie. Le lavage manuel ne nettoie pas la plaie aussi bien, et l'utilisation d'un antiseptique directement sur la plaie détruit des cellules saines qui sont nécessaires à la guérison

- *Désinfection de la peau* : Peut être effectuée au moyen d'une solution de providone-iode. Éviter de répandre la solution dans la plaie, ce qui nuirait à la cicatrisation. Les cheveux peuvent être coupés dans la région touchée, au besoin, mais il n'est pas recommandé de les raser.

Ne jamais raser les sourcils. Ils sont nécessaires pour l'alignement (respect de la symétrie) et ils pourraient ne pas repousser.

Soins d'une plaie ouverte

- Pour maintenir une plaie ouverte, introduire dans la plaie des pansements épais imbibés de soluté physiologique, quotidiennement, ce qui permet d'humidifier les tissus et aide à débrider la plaie.
- Éviter les pansements imbibés d'iode, car ils endommagent les tissus sains et ralentissent la formation des tissus de granulation.
- Lorsque des tissus de granulation propres se forment, envisager la fermeture secondaire à l'aide d'un pansement sec et stérile.

Fermeture de la plaie

- *Steri-Strips* : Si la plaie est de petite taille, superficielle, et qu'elle suit naturellement les lignes de contraction musculaire, il suffira peut-être de la renforcer avec un pansement adhésif (Steri-Strip). Panser la plaie avec une compresse de gaze stérile sèche. Indiquer au client que la plaie doit rester propre et sèche pendant 48 heures.
- *Colle cutanée* : Si la lacération est située au-dessus du fascia et mesure 5 cm ou moins en longueur et 0,5 cm ou moins en largeur, et si les bords peuvent être rapprochés facilement, sans induire une tension ou avec une tension minimale, on peut envisager d'utiliser une colle cutanée. Consulter le chapitre 2, « Méthodes utilisées en pédiatrie » pour obtenir les contre-indications de l'utilisation d'une colle cutanée
- *Suture* : Les plaies plus profondes doivent être suturées (*voir le tableau 13, « Choix du fil de suture en fonction de l'endroit du corps »*). Refermer, au besoin, par une suture en plusieurs plans à points séparés.

Tableau 13 – Choix du fil de suture en fonction de l'endroit du corps

	Type de suture	Taille	Région du corps
Non résorbable	Nylon-Dermalon, Ethilon	N° 3-0, 4-0	Cuir chevelu
		N° 5-0, 6-0	Front
		N° 3-0, 4-0, 5-0	Dos
		N° 3-0, 4-0, 5-0	Torse
		N° 3-0, 4-0, 5-0	Membres
	Nylon enduit de polypropylène glycol (Prolène)	N° 5-0, 6-0	Visage
Résorbable	Polygalactin (Vicryl, Dexon)	N° 4-0, 5-0	Tissus sous-cutanés
	Monofilament (Monocryl)		Muscles

Types d'aiguilles à suture

- Privilégier les aiguilles tranchantes à pointe de précision pour petits points et petites sutures (n° 5-0 ou n° 6-0) lorsqu'il importe d'éviter les conséquences inesthétiques (par exemple, sur le visage).
- Utiliser les aiguilles tranchantes classiques n° 4-0 ou n° 3-0 pour points de suture en nylon pour les sutures courantes.

Anesthésique local pour les sutures

La lidocaïne à 1 % est l'anesthésique local le plus utilisé (délai d'action de 2 à 5 minutes, durée d'action de 30 à 60 minutes) :

lidocaïne (Xylocaïne) à 1 % sans épinéphrine, 3-4 mg/kg (0,3 à 0,4 ml/kg d'une solution à 1 % sans épinéphrine; maximum de 28 ml). Utiliser la plus faible dose efficace chez les enfants pour éviter les effets toxiques généralisés.

Le personnel infirmier devrait utiliser de la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine comme premier choix pour la suture d'une plaie, car l'épinéphrine prolonge l'effet anesthésiant et est contre-indiquée pour les régions présentant des artères terminales ou une mauvaise circulation (doigts, bout du nez, oreilles, pénis).⁴⁷ Une réaction allergique à la lidocaïne est possible, mais rare. Une trousse d'urgence en cas de choc anaphylactique doit être à portée de main.

Ne jamais utiliser de lidocaïne avec épinéphrine pour anesthésier les oreilles, le nez, les doigts, les orteils ou le pénis.

- Utiliser une aiguille de calibre 27 ou 30 pour injecter la lidocaïne.
- Injecter l'anesthésique lentement par le point culminant de la plaie ouverte, en évitant de toucher la peau intacte.

- Tirer systématiquement sur le piston pour veiller à ce que l'aiguille ne soit pas insérée dans un vaisseau sanguin.
- Faire les injections subséquentes dans la zone déjà anesthésiée.
- Préanesthésier la plaie en l'aspergeant de quelques gouttes de lidocaïne avant de procéder à l'injection.
- Le délai d'action de l'anesthésique est de 5 minutes.
- Dans le cas d'une suture importante, anesthésier et suturer une partie à la fois pour maintenir l'effet de l'anesthésique jusqu'à la fin de l'intervention.
- *Effets toxiques de la lidocaïne* : en cas d'injection intravasculaire accidentelle, les symptômes suivants peuvent survenir : étourdissements, acouphènes, nystagmus, coma, dépression respiratoire, arythmie et convulsions (tous les symptômes se résorbent généralement d'eux-mêmes).

Interventions pharmacologiques

Antibiothérapie prophylactique

Il n'existe pas d'indications médicales prévoyant le recours à une antibiothérapie prophylactique dans le cas de lésions cutanées non contaminées courantes. Cependant, il faut y recourir chez les patients sujets aux endocardites, chez les diabétiques qui ont une plaie contaminée au pied et chez les clients immunodéprimés :

cloxacilline, 25-50 mg/kg par jour PO, doses fractionnées 4 fois par jour pendant 7 jours (maximum de 2 g par jour).

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine, 30-40 mg/kg par jour PO, doses fractionnées 3-4 fois par jour pendant 7 jours (maximum de 2 g par jour).

Antibiotiques topiques

Utiliser une pommade antibiotique pour les plaies au visage et au torse :

pommade à la bacitracine/polymyxine B (Polysporin), 3-4 fois par jour pendant 5 jours.

Les autres traitements comprennent l'utilisation de pansements imprégnés d'antibiotique comme Sofratulle^{MC} ou de pansements argentiques à faible adhérence (par exemple, Acticoat^{MC}) qui agissent comme une barrière antimicrobienne.

Il est déconseillé de laisser la pommade antibiotique sur les plaies des extrémités distales durant plus de 24 à 48 h, pour éviter tout risque de macération et ne pas retarder la cicatrisation.

Antibiotiques en cas de morsure⁴⁸

Morsure humaine

Une antibiothérapie prophylactique est recommandée pour toutes les morsures humaines :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 40 mg/kg par jour PO, doses fractionnées 3 fois par jour pendant 3 à 5 jours.

Le traitement par antibiotique est plus long si une infection est déjà présente. Consulter un médecin à ce sujet.

Le céfuroxime axétil est également acceptable. En cas d'allergie au bêta-lactame, consulter un médecin qui pourra suggérer l'un des traitements suivants :

enfants ≤ 8 ans : clindamycine + TMP/SMX,
enfants > 8 ans : doxycycline.

Envisager de consulter un médecin au sujet de l'administration d'un antibiotique par voie intraveineuse si une infection est déjà installée, en particulier pour une morsure à la main.

Morsure de chat

Administration systématique d'une antibiothérapie prophylactique en cas de morsure de chat. L'antibiotique de choix est :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin), 40 mg/kg par jour PO, doses fractionnées 3 fois par jour pendant 3 à 5 jours.

Le traitement par antibiotique est plus long si une infection est déjà présente. Consulter un médecin à ce sujet.

Le céfuroxime axétil est également acceptable. En cas d'allergie au bêta-lactame, consulter un médecin qui pourra suggérer l'un des traitements suivants :

enfants ≤ 8 ans : clindamycine + TMP/SMX,
enfants > 8 ans : doxycycline.

Morsure de chien

Comme environ 20 % des morsures de chiens s'infectent, un traitement prophylactique n'est recommandé que dans certaines circonstances : morsures modérées ou graves; lésion ou œdème par écrasement; plaie perforante; lésion touchant l'os ou l'articulation; lésions à la main, au pied, au visage ou aux parties génitales; patients splénectomisés ou immunodéprimés.⁴⁸ Consulter un médecin à ce sujet. S'il faut traiter le client, l'amoxicilline/clavulanate est le médicament de choix (comme dans le cas d'autres types de morsures). Envisager un traitement prophylactique contre la rage (*voir la section « Rage » dans le chapitre « Maladies transmissibles »*) et le plus récent Guide canadien d'immunisation pour de plus amples renseignements) (*voir <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fre.php>*).

Surveillance et suivi

Le risque d'infection étant accru au cours des 48 premières heures, révéifier la plaie tous les jours afin de déceler tout signe d'infection.

- Effectuer ensuite un suivi lorsque vient le moment d'enlever les points de suture.
- Demander au client de se faire réexaminer en cas de rougeur, d'œdème, d'écoulement de pus, de douleur ou de fièvre.

Lignes directrices générales concernant le retrait des points de suture

- La plaie semble propre et cicatrisée.
- La plaie semble sèche; aucun écoulement n'est visible.
- Dans le cas des plaies importantes, il convient d'enlever les points de suture en alternance pour veiller à ce que les lèvres de la plaie soient symétriques.
- Les points de suture devraient être enlevés conformément aux indications au *tableau 14*, « *Délai pour le retrait des points de suture* ».

Tableau 14 – Délai pour le retrait des points de suture⁴⁹

Siège de la plaie	Délai
Visage	3 à 5 jours; renforcer au moyen de Steri-Strip après le retrait des points de suture
Cuir chevelu	5 à 8 jours
Cou	3 à 5 jours
Thorax	7 à 10 jours
Abdomen	7 à 10 jours
Dos	10 à 12 jours
Membre supérieur	
Siège autre que l'articulation	7 à 10 jours
Articulation	10 à 12 jours (envisagez la pose d'une attelle)
Membre inférieur	
Cuisse	7 à 10 jours
Genou	12 à 14 jours
Partie inférieure de la jambe	7 à 10 jours
Pied	7 à 10 jours

Retarder le retrait des points de suture chez les diabétiques ou les clients corticodépendants, chez lesquels le processus de cicatrisation peut s'échelonner sur plusieurs semaines.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adresser le patient à un médecin dans les cas suivants :

- Si l'on soupçonne une blessure aux structures majeures (par exemple, tendons, ligaments, nerfs, vaisseaux sanguins). Si la blessure nécessite une chirurgie plastique.
- Lorsqu'on observe des lacérations au niveau des paupières ou du cartilage de l'oreille ou traversant la face cutanée de la lèvre, ou des lacérations complexes ou de forme très irrégulière.
- Dans le cas des fractures ouvertes, un chirurgien doit procéder à l'excision des débris de la plaie et à la réparation des tissus (sauf dans le cas des fractures de la phalange distale, où une irrigation abondante et l'administration d'antibiotiques par voie orale constituent un traitement acceptable pourvu que l'on puisse effectuer un suivi étroit pour déceler tout risque d'infection et que l'os est aligné).

SOURCES

Les adresses Internet ont été vérifiées en juin 2010.

MONOGRAPHIES

Bickley LS. *Guide de l'examen clinique*. 7^e éd. Paris. Arnette. 2001.

Cheng A, et al. *The Hospital for Sick Children handbook of pediatrics*. 10th ed. Toronto, ON: Elsevier; 2003.

Cohen J, Powderly WG. *Infectious diseases*. 2nd ed. New York, NY: Elsevier; 2004.

Colman R, Somogyi R (Editors-in-chief). *Toronto Notes – MCCQE 2008 review notes*. 24th ed. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Medicine; 2008.

Ferri FF. *Ferri's clinical advisor: Instant diagnosis and treatment*. St. Louis, MO: Mosby; 2004.

Fitzpatrick TB, Allen R, Johnson K, et al. *Color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 4th ed. McGraw-Hill; 2001.

Gray J (Editor-in-chief). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007.

Habif TP. *Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and therapy*. 4th ed. Baltimore, MD: Mosby; 2004.

Jensen B, Regier L (Editors). *The Rx files*. 7th ed. Saskatoon, SK: 2008.

McCance KL, Huether SE. *Pathophysiology: Biologic basis for disease in adults and children*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. p. 1527.

Repchinsky C, dir. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Ottawa (Ont.). Association des pharmaciens du Canada. 2007.

Rosser W, Pennie R, Pilla N, and the Anti-infective Review Panel (Canadian). *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto: MUMS Guidelines Clearing House; 2005.

Rudolph CD, et al. *Rudolph's pediatrics*. 21st ed. McGraw-Hill; 2003.

Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*. 7^e éd. Ottawa (Ont.). Santé Canada. 2006.

Uphold CR, Graham MV. *Clinical guidelines in child health*. 3rd ed. Gainesville, FL: Barmarrae Books; 2003.

LIGNES DIRECTRICES EN LIGNE

Barton M, Hawkes M, Moore D, Conly J, et al. The Writing Group of the Expert Panel of Canadian Infectious Disease, Infection Prevention and Control, and Public Health Specialists. Guidelines for the prevention and management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A perspective for Canadian health care practitioners. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006; Vol 17 Suppl C. Disponible à : <http://www.ccar-ccra.com/english/ca-mrsa.shtml>

Comité de santé des Premières nations et des Inuits, Société canadienne de pédiatrie (SCP). «La prise en charge de la gale», *Paediatrics & Child Health*. 2001, 6(110):784-6. N° de référence II01-01 (antérieurement II94-01). Réapprouvé en février 2009. Disponible à : <http://www.cps.ca/francais/enonces/II/ii01-01.htm>

Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société canadienne de pédiatrie (SCP). «Le staphylocoque doré méthicillino-résistant non nosocomial : les répercussions pour les soins des enfants», *Paediatrics & Child Health* 2007, 12(4):325-27. Disponible à : <http://www.cps.ca/francais/enonces/id/Staphylococcus.htm>

Cunliffe T, Carmichael A. *Dermatology guidelines*. Produced in collaboration with the Directorate of Dermatology, James Cook University Hospital, London, England; April 2004. Disponible à : http://www.darlingtonpct.nhs.uk/documents/Derm_guidelines.pdf

Gibbs S, Harvey I. (2006, May 24). *Topical treatments for cutaneous warts*. Disponible à : <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001781.html>

Goodis J, Schraga ED. *Thermal burns*. Mis à jour : 29 octobre 2008. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/769193-overview>

Koning S, Verhagen AP, van Suijlekom-Smit LWA, Morris A, Butler CC, van der Wouden JC. (2004, April 19). *Interventions for impetigo*. Disponible à : <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003261.html>

Oakley, A. (April 2009) How to treat acne. *Best Practice Journal* Issue 20 pages 7-16. Found at URL : <http://www.bpac.org.nz/magazine/2009/april/acne.asp>

NOTES DE FIN DE CHAPITRE

- 1 Wolff K, Allen R, Johnson DS. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. McGraw-Hill; 2009. p. xxvi-xxxiv.
- 2 Uphold CR, Graham MV. *Clinical guidelines in family practice*. 4th ed. Gainesville, FL: Barmarrae Books; 2003. p. 264-69.
- 3 Lichtenwald D. Acne. In: Gray J (Editor). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007. p. 1013-20.
- 4 Filate W, Ng D, Leung R, Sinyor M. *Essentials of clinical examination handbook*. 5th ed. Toronto, ON: University of Toronto Medical Society; 2005. p. 322.
- 5 Wirth FA. (2006, December). Patient Information: Acne. Disponible à : <http://www.utdol.com>
- 6 Wolff K, Allen R, Johnson DS. *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*. 6th ed. McGraw-Hill; 2009. p. 617.
- 7 Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric dosage handbook*. 14th ed. Hudson, OH: Lexi-Comp; 2007.
- 8 Lau E (Editor). *SickKids drug handbook and formulary*.
- 9 Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the Anti-infective Review Panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto: MUMS Guideline Clearinghouse; 2005.
- 10 Weinstein M. Atopic Dermatitis. In: Gray J (Editor). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007. p. 1069-76.
- 11 Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric dosing handbook*. 14th ed. Hudson, OH: Lexi-Comp; 2007. p. 510-11.
- 12 Barton M, Hawkes M, Moore D, Conly J, et al. The Writing Group of the Expert Panel of Canadian Infectious Disease, Infection Prevention and Control, and Public Health Specialists. Guidelines for the prevention and management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A perspective for Canadian health care practitioners. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2006; Vol 17 Suppl C.

- 13 Société canadienne de pédiatrie (SCP). «Le staphylocoque doré méthicillino-résistant dans les communautés des Premières nations du Canada». FNIH05-02. *Paediatr Child Health*. 2005, 10(9):561-4. Disponible à : <http://www.cps.ca/francais/enonces/ii/fnih05-02.htm>
- 14 Dugdale DC, Vyas JM. (2008, September 28). MRSA. Medline Plus. Disponible à : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007261.htm>
- 15 Health Link Alberta. (2007, December). *Community Acquired MRSA*. Disponible à : <http://www.healthlinkalberta.ca/Topic.asp?GUID={A299C309-4128-45B4-BD96-4173D1CA7F63}>
- 16 Nicolle L. Community acquired MRSA: A practitioner's guide. *JAMC* 2006;175(2):145-46.
- 17 Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Community-Associated Methicillin Resistant Staphylococcus aureus*. Disponible à : http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/ar_mrsa_ca.html
- 18 Oehler RA, Velez AP, Mizrachi M, Lamarche J, Gompf S. (2009). Bite-related and septic syndromes caused by cats & dogs. *The Lancet Infectious Diseases* 2007;9(7):439-47. Disponible à : [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(09\)70110-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(09)70110-0/fulltext)
- 19 Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2006). Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings. Disponible à : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/mdroGuideline2006.pdf>
- 20 Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric dosing handbook*. 14th ed. Hudson, OH: Lexi-Comp; 2007. p. 510-11.
- 21 Goldstein BG, Goldstein AO. (2009, May). Scabies. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 22 Comité de santé des Premières nations et des Inuits, Société canadienne de pédiatrie (SCP). «La prise en charge de la gale». *Paediatrics & Child Health*. 2001, 6(110):784-6. n° de référence : II01-01 (antérieurement II94-01), réapprouvé en février 2009. Disponible à : <http://www.cps.ca/francais/enonces/II/ii01-01.htm>
- 23 Knowles S, Shear N. Scabies and Pediculosis. In: Gray J (Editor). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007. p. 1089-97.
- 24 Schilling JA (Executive publisher). *Nurse's quick check diseases*. 2nd ed. Wolters Kluwere, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 860-61.
- 25 Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric dosing handbook*. 14th ed. Hudson, OH: Lexi-Comp; 2007.
- 26 Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric dosing handbook*. 14th ed. Hudson, OH: Lexi-Comp; 2007.
- 27 Labbe J. (2002, July). Cutaneous signs of physical abuse. *The Canadian Journal of CME*; 83-92. Disponible à : <http://www.stacommunications.com/journals/pdfs/cme/julycme/i.pdf>
- 28 Filate W, Ng D, Leung R, Sinyor M (Editors). *Essentials of clinical examination handbook*. 5th ed. Toronto, ON: University of Toronto Medical Society; 2005.
- 29 Adapté de Mertens DM, Jenkins ME, Warden GD. *Med Clin North Am* 1997;32:343; and Peate WF. *Am Fam Physician* 1992;45:1321; and Clayton MC, Solem LD. *Postgrad Med* 1995; 97:151. In: Morgan ED, Miser WF. *Treatment of minor thermal burns*. May 2009. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 30 McCance KL, Huether SE. *Pathophysiology: Biologic basis for disease in adults and children*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. p. 1527.
- 31 Joffe MD. (2009, May). Emergency care of moderate and severe thermal burns in children. UpToDate Online 17.2. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 32 Rice PL. (2009). *Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults*. UpToDate Online 17.2. p. 9. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 33 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 814.
- 34 Joffe MD. (2009, May). *Emergency care of moderate and severe thermal burns in children*. UpToDate Online 17.2. p. 7. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 35 Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). *Guide canadien d'immunisation, 7^e éd.*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2006, p. 89. Disponible à : <http://www.atlantique.phac.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php>
- 36 Joffe MD. (2009, May). *Emergency care of moderate and severe thermal burns in children*. UpToDate Online 17.2. p. 6. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 37 Joffe MD. (2009, May). Emergency care of moderate and severe thermal burns in children. UpToDate Online 17.2. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 38 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 812-13.
- 39 Somers MJ, Endom EE. (2008, May 30). *Maintenance fluid therapy in children*. UpToDate Online 16.3. Disponible à : <http://www.uptodate.com>
- 40 Joffe MD. (2009, January). Emergency care of moderate and severe thermal burns in children. UpToDate. Disponible à : www.uptodate.com

- 41 Henry DB, Foster RL. Burn pain management in children. *Pediatr Clin North Am* 2000;47(3):681-98, ix-x.
- 42 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). Emergency nursing core curriculum. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 814. Adapté de Amercian College of Surgeons Committee on Trauma (2004). Advanced Trauma life support for doctors. 7th ed. Chicago: American College of Surgeons.
- 43 Tableau adapté de Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). Emergency nursing core curriculum. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 320.
- 44 Tableau adapté de Robson MC, Smith DJ Jr. Chapter 26: Cold injuries. In: McCarthy JG (Editor). Plastic surgery. WB Saunders Company; 1990. p. 849-66. Disponible à : <http://www.medal.org/visitor/www%5CActive%5Cch34%5Cch34.01%5Cch34.01.08.aspx>
- 45 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 320.
- 46 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). Emergency nursing core curriculum. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 742-58.
- 47 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). *Emergency nursing core curriculum*. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 744.
- 48 Blondel-Hill E, Fryters S. Bugs and drugs 2006. Edmonton (AB): Capital Health; 2006. Disponible à : <http://www.bugsanddrugs.ca>
- 49 Hoyt KS, Selfridge-Thomas J (Editors). Emergency nursing core curriculum. 6th ed. Emergency Nurses Association and Saunders-Elsevier; 2007. p. 745.