
SOINS AUX ADULTES

CHAPITRE 11 – MALADIES TRANSMISSIBLES

Guide de pratique 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 mis à jour en février 2017.

Table des matières

MALADIES TRANSMISSIBLES FRÉQUENTES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADULTES	11-1
IMMUNISATION	11-1
ÉVALUATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES.....	11-1
Anamnèse et revue des systèmes	11-1
Examen physique.....	11-2
MALADIES TRANSMISSIBLES COURANTES	
BOTULISME.....	11-3
Aperçu.....	11-3
Évaluation	11-4
Prise en charge	11-6
Surveillance et suivi	11-7
Annexe	11-8
Bibliographie	11-11
GASTROENTÉRITE	11-13
Aperçu.....	11-13
Évaluation	11-13
Prise en charge	11-20
Surveillance et suivi	11-22
Annexe	11-22
Bibliographie	11-24
VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (HIV).....	11-28
Aperçu.....	11-28
Évaluation	11-29
Prise en charge	11-33
Surveillance et suivi	11-36
Annexe	11-37
Bibliographie	11-39

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A (SGA)	11–42
Aperçu.....	11–42
Évaluation	11–42
Prise en charge	11–44
Surveillance et suivi	11–46
Annexe	11–46
Bibliographie	11–47
MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE.....	11–49
Aperçu.....	11–49
Évaluation	11–49
Prise en charge	11–51
Surveillance et suivi	11–52
Bibliographie	11–52
EXPOSITION À LA RAGE.....	11–54
Aperçu.....	11–54
Évaluation	11–54
Prise en charge	11–56
Surveillance et suivi	11–61
Annexe	11–61
Bibliographie	11–64
INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS).....	11–66
Aperçu.....	11–66
Évaluation	11–66
Prise en charge	11–70
Surveillance et suivi	11–73
Annexe	11–74
Bibliographie	11–77
SYNDROME DU CHOC TOXIQUE (SCT)	11–79
Aperçu.....	11–79
Évaluation	11–79
Prise en charge	11–81
Surveillance et suivi	11–83
Annexe	11–83
Bibliographie	11–85

TUBERCULOSE	11–87
Aperçu.....	11–87
Évaluation	11–88
Prise en charge.....	11–90
Surveillance et suivi	11–94
Annexe	11–95
Bibliographie	11–101
HÉPATITE VIRALE	11–104
Aperçu.....	11–104
Évaluation	11–106
Prise en charge.....	11–109
Surveillance et suivi	11–112
Annexe	11–114
Bibliographie	11–116
VULVOVAGINITE (CANDIDOSE, TRICHOMONASE ET VAGINOSE BACTÉRIENNE)	11–119
Aperçu.....	11–119
Évaluation	11–119
Prise en charge.....	11–123
Surveillance et suivi	11–125
Annexe	11–127
Bibliographie	11–128

MALADIES TRANSMISSIBLES FRÉQUENTES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADULTES

Pour de plus amples renseignements sur les maladies transmissibles qui touchent généralement les enfants, mais dont souffrent parfois les adultes, consulter le chapitre « Maladies transmissibles » du Guide de pratique pédiatrie clinique. Ce chapitre porte sur les maladies suivantes :

- Varicelle
- Diphtérie
- Érythème infectieux (cinquième maladie)
- Rougeole
- Oreillons (parotidite)
- Coqueluche (toux quinteuse)
- Oxyurose
- Roséole infantile
- Rubéole
- Scarlatine
- Tuberculose
- Méningite

IMMUNISATION

Pour de nombreuses maladies transmissibles, l'immunisation est la mesure de prévention la plus importante. Les vaccins sont sûrs et efficaces, et constituent la pierre angulaire de la santé publique. Ils contribuent grandement à la lutte contre les maladies infectieuses au Canada. Les vaccins sont destinés aussi bien aux enfants qu'aux adolescents et aux adultes. Des lacunes dans l'immunisation à tout âge représentent un risque pour l'ensemble de la population. Quand il est indiqué qu'une maladie transmissible peut

être prévenue par un vaccin, il est recommandé de bien vérifier le carnet de vaccination du client pour s'assurer que la série de vaccins est complète et que tous les vaccins ont été administrés aux bons intervalles. Pour de plus amples renseignements sur un vaccin en particulier, consulter le *Guide canadien d'immunisation*, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html>. Consulter aussi les calendriers de vaccination locaux et provinciaux/territoriaux, ainsi que les protocoles régionaux.

ÉVALUATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES

ANAMNÈSE ET REVUE DES SYSTÈMES

Si on soupçonne l'existence d'une maladie transmissible, il faut faire une anamnèse détaillée. Comme les microorganismes peuvent affecter n'importe quel système ou appareil, un examen rigoureux de chacun d'eux est indiqué. Certains des symptômes les plus courants sont énumérés ci-dessous.

Mettre l'accent sur les éléments suivants :

- Apparition (date et heure) et durée de la maladie
- Fièvre, frissons
- Douleur
- Éruption cutanée : siège, couleur, texture
- Atteinte des muqueuses ou de la conjonctive
- Coryza (rhume de cerveau)
- Toux
- Mal de gorge
- Vomissements
- Diarrhée
- État de conscience
- Convulsions
- Contact avec une personne présentant des symptômes semblables ou souffrant d'une maladie transmissible
- Antécédents de voyage (plus précisément, voyage récent dans une région où une maladie transmissible est endémique)
- Antécédents liés aux habitudes alimentaires : poisson cru, viande crue ou mal cuite

EXAMEN PHYSIQUE

Comme bon nombre de maladies transmissibles touchent plus d'un système ou appareil, un examen minutieux et complet de la tête aux pieds est indiqué. Les signes les plus couramment observés sont énumérés ci-dessous.

Signes vitaux

- Température
- Fréquence cardiaque
- Fréquence respiratoire
- Saturation en oxygène
- Tension artérielle

Inspection

- Couleur
- Coryza
- Pharynx : rougeur, lésions
- Muqueuses : humidité, lésions (par exemple, taches de Koplik)
- Peau : description de l'éruption ou des pétéchies (pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 9 – Dermatologie*).
- Articulations : œdème et mobilité

Palpation

- Raideur de la nuque
- Caractéristiques tactiles de l'éruption cutanée
- Adénopathie
- Hépatosplénomégalie
- Mobilité articulaire
- Signe du pli cutané et hydratation

Auscultation (cœur et poumons)

- Murmure vésiculaire
- Crépitations
- Respiration sifflante
- Stridor
- Bruits du cœur
- Frottement pleural ou péricardique
- Souffles

BOTULISME

APERÇU

Consulter les directives provinciales/territoriales traitant du botulisme, là où elles sont disponibles.

Le botulisme est une maladie neuromusculaire causée par une neurotoxine produite par la bactérie *Clostridium botulinum* (*C. botulinum*)⁽¹⁾. Le botulisme s'installe quand une personne ingère la toxine ou quand la bactérie se multiplie dans le système digestif ou dans des blessures et produit la toxine. Pour connaître les pratiques de déclaration relatives au botulisme, consulter la rubrique *Lignes directrices provinciales/territoriales* à l'Annexe, Section B du présent guide.

Le botulisme est une maladie grave qui doit être traitée d'urgence et qui peut exiger une évacuation médicale, selon la gravité clinique. Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne en cas de botulisme soupçonné.

- Il existe 4 formes naturelles de botulisme^(1; 2) :
 - Botulisme d'origine alimentaire
 - Botulisme intestinal chez l'adulte
 - Botulisme infantile
 - Botulisme par blessure
- S'il n'est pas traité, le botulisme est associé à un taux de mortalité clinique de 40 % à 50 %⁽³⁾.

CAUSES

- Botulisme d'origine alimentaire
 - Causé par l'ingestion de la toxine botulinique préformée dans des aliments ou des boissons contaminés⁽¹⁾.
- Botulisme intestinal chez l'adulte
 - Se produit quand des spores de *C. botulinum* germent et libèrent la toxine dans le système digestif.

- Touche les adultes dont l'anatomie et/ou la microflore gastrointestinale a été modifiée (p. ex. les personnes ayant subi une chirurgie de l'intestin, atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou de la maladie de Crohn, ayant récemment reçu une antibiothérapie ou se trouvant dans un état immunodéficient)^(1; 4; 5).
- Botulisme infantile
 - Causé par l'ingestion de spores de *C. botulinum*, qui germent ensuite dans l'intestin et produisent la bactérie qui libère la toxine botulinique.
 - La source est rarement déterminée, mais certains cas ont été associés à l'ingestion de miel⁽⁶⁾.
- Botulisme par blessure
 - Affection rare résultant de l'infection d'une blessure par *C. botulinum*; la bactérie produit la toxine qui est ensuite absorbée par l'organisme.
 - Survient presque exclusivement chez les utilisateurs de drogues injectables (p. ex. héroïne « black tar »)^(7; 14).

TRANSMISSION

Le botulisme ne se transmet pas de façon secondaire de personne à personne⁽⁷⁾.

PÉRIODE D'INCUBATION

- **Botulisme d'origine alimentaire**
 - Les symptômes se manifestent généralement entre 12 à 36 heures après l'ingestion d'aliments contaminés; la période d'incubation peut toutefois aller de 6 heures à 10 jours après l'ingestion⁽¹⁾.
- **Botulisme intestinal chez l'adulte**
 - Période d'incubation inconnue⁽¹⁴⁾
- **Botulisme infantile**
 - Période d'incubation estimative de 3 à 30 jours⁽²⁾
- **Botulisme par blessure**
 - Période d'incubation moyenne de 4 à 14 jours⁽²⁾

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

- Poissons et mammifères terrestres et marins préparés de manière inappropriée (c.-à-d. crus, partiellement cuits, fumés ou fermentés)⁽⁸⁾;
- Aliments peu acides mis en conserve à la maison d'une manière inappropriée (p. ex. maïs, haricots verts, pois, asperges, betteraves, champignons, sauce à spaghetti, saumon, thon, poisson salé)^(7; 9);
- Produits de viande préparés d'une manière inappropriée (p. ex. jambon et saucisses)⁽⁷⁾;

- Jus de fruits et autres jus peu acides entreposés d'une manière inappropriée (p. ex. jus de carotte)⁽⁹⁾;
- Pommes de terre cuites au four conservées dans du papier d'aluminium pendant plus de 2 heures à température ambiante^(8; 9);
- Miel ingéré par un enfant de moins d'un an (le miel a été associé à des cas de botulisme infantile et ne devrait pas être ingéré par des enfants de moins d'un an)^(2; 9).

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Déterminer la source de la toxine (p. ex. aliment, blessure).
- Interroger le client à propos de ses antécédents en matière d'alimentation, de voyage, d'activité et de travail (p. ex. travail dans un laboratoire, dans un abattoir, etc.), ainsi que de ses antécédents en matière d'utilisation de drogues injectables.
- Obtenir la liste des aliments consommés durant toute la période d'incubation soupçonnée.
- Demander au client si des proches ont consommé les mêmes aliments⁽¹⁰⁾.

TABLEAU 1

Anamnèse des symptômes de la maladie^(1; 6)

BOTULISME D'ORIGINE ALIMENTAIRE, INTESTINAL CHEZ L'ADULTE OU PAR BLESSURE	BOTULISME INFANTILE
Botulisme d'origine alimentaire, intestinal chez l'adulte ou par blessure <ul style="list-style-type: none"> - Premiers symptômes possibles : fatigue, faiblesse, vertige, nausée, vomissements et/ou diarrhée, et crampes abdominales - Trouble de la vue - Dysphagie - Sécheresse de la bouche et dysphonie - La constipation est un symptôme fréquent après l'apparition des autres symptômes Botulisme par blessure seulement <ul style="list-style-type: none"> - Origine de la blessure; mêmes symptômes que ci-dessus, mais sans symptômes gastrointestinaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Le premier symptôme clinique est généralement la constipation - Perte d'appétit - Ptyalisme - Réflexe de succion faible - Pleurs ou voix faibles - Corps et/ou tête du nourrisson « mous »

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Réaliser une évaluation neurologique complète pour déterminer s'il y a paralysie des nerfs crâniens.
- Toutes les formes de botulisme produisent le même syndrome clinique distinctif de paralysie symétrique des nerfs crâniens, suivie d'une paralysie descendante et symétrique des muscles volontaires.
 - Si elles ne sont pas traitées, les paralysies peuvent progresser jusqu'à compromettre la respiration et provoquer la mort^(1; 6).
- Pour de plus amples renseignements sur la fonction de chaque nerf crânien, consulter le *Tableau 3 : Nerfs crâniens et leurs fonctions* à l'Annexe, Section A de ce guide.
- Le client ne présente généralement pas de fièvre⁽¹⁾.
- Le client peut présenter les symptômes de paralysie des nerfs crâniens suivants⁽¹⁾ :
 - Ptose
 - Trouble de la vue
 - Pupilles dilatées et réagissant lentement/fixes
 - Paralysie faciale, faciès inexpressif
- Dysphonie
- Dysphagie
- Dysarthrie
- Voix faible
- Paralysie du diaphragme et des muscles accessoires, pouvant entraîner une insuffisance ou un arrêt respiratoire
- Autres observations liées au botulisme infantile :
 - Déconjugaison axiale des yeux dans le regard
 - Pleurnichements/faible réflexe de succion
 - Contrôle réduit du sphincter anal
 - Hypotonie
 - Perte de contrôle importante des mouvements de la tête

Botulisme par plaie souillée : Peut se présenter sous forme de plaie ou d'abcès cutané et peut ressembler à une cellulite bénigne⁽⁶⁾.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

TABLEAU 2

Diagnostic différentiel pour le botulisme^(1; 11; 12)

DIAGNOSTICS GÉNÉRAUX	AUTRES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS POUR LE BOTULISME INFANTILE
<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Guillain-Barré - Myasthénie - Poliomyélite et autres infections paralysantes à entérovirus - Accident vasculaire cérébral - Intoxication paralysante par les mollusques - Paralysie à tiques - Exposition à des produits toxiques (organophosphates, atropine, monoxyde de carbone, aminoglycosides) 	<ul style="list-style-type: none"> - Déséquilibre électrolytique-minéral - Méningite - Troubles neuromusculaires et musculaires (p. ex. myopathie congénitale) - Encéphalopathie métabolique - Syndrome de Reye - Septicémie

COMPLICATIONS

- Insuffisance respiratoire⁽¹³⁾
- Mort⁽¹³⁾

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

- Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.
- Pour connaître les pratiques de déclaration relatives au botulisme, consulter la rubrique *Lignes directrices provinciales/territoriales* à l'Annexe, Section B de ce guide.
- Suivre les directives provinciales/territoriales et/ou les lignes directrices du Service de référence pour le botulisme, à l'adresse https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/pdf/legislation/guide-ld/botulism-botulisme-prof-fra.pdf^(1;11)

Laboratoire

- Les tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales ou à celles du Service de référence pour le botulisme, qui expliquent comment prélever les échantillons et obtenir des échantillons des aliments consommés par le client aux fins d'analyse en laboratoire.
- La toxine botulinique peut être décelée dans le sérum, dans les selles, dans le liquide d'aspiration gastrique ou dans les aliments.
- Pour le prélèvement des échantillons⁽¹⁾ :
 - Consulter l'agent d'hygiène du milieu pour obtenir des directives sur la façon d'obtenir un échantillon des aliments consommés par le client.
 - Prélever les échantillons auprès du client conformément aux directives du Service de référence pour le botulisme (ou l'or-

ganisme équivalent).

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Prévenir les complications.
- Offrir des soins de confort.
- Mener rapidement une enquête pour déterminer s'il y a éclosion à partir d'une source commune.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Le client qui présente des signes cliniques, des symptômes ou des antécédents permettant de soupçonner le botulisme pourrait avoir besoin de soins intensifs; surveiller les signes d'insuffisance respiratoire^(6;9).
- Placer le client dans une position la plus confortable possible et optimisant la fonction respiratoire.
 - Le client ne doit pas être couché.
- Administrer de l'oxygène au besoin.
- Préparer ce qu'il faut pour placer le client sous ventilation mécanique en cas d'insuffisance respiratoire.
- Ne rien administrer par voie orale.
- En cas de **botulisme par blessure**, il pourrait être nécessaire de débrider, de drainer et d'irriguer la plaie⁽¹⁴⁾.

Enseignement au client

Informez le client et les membres de sa famille des moyens de prévenir les affections d'origine alimentaire.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Thérapie intraveineuse

- Mettre en place une ligne IV et administrer une solution IV (p. ex. du chlorure de sodium à 0,9 %), à un débit suffisant pour maintenir l'hydratation.
- Si le client est un enfant, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 4 – Maintien de l'équilibre hydroélectrolytique*.

Interventions pharmacologiques possibles

- Consulter le médecin de la santé publique responsable et un spécialiste des maladies infectieuses conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.
- Le seul traitement qui existe contre le botulisme est l'administration d'antitoxine botulinique ou d'immunoglobulines, qui peuvent arrêter la progression et la durée de la paralysie et de la dépendance à la ventilation mécanique.
- Si un traitement est nécessaire, prendre les dispositions pour une évacuation médicale le plus rapidement possible.

Botulisme d'origine alimentaire

- Dans l'heure qui suit l'ingestion des aliments soupçonnés, administrer ce qui suit :
 - Lavage gastrique
 - Lavement
 - Agent cathartique (p. ex. sorbitol, polyéthylène glycol (PEG))⁽¹⁴⁾

Botulisme par blessure

- Une antibiothérapie peut être initiée⁽¹⁴⁾.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

- Surveiller les signes vitaux et la fonction respiratoire, y compris la saturation en oxygène, tel qu'indiqué par l'état du client⁽¹⁾.
- Surveiller la paralysie des nerfs crâniens⁽¹⁾.
- Surveiller l'apport liquidien et le débit urinaire.
- Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI

- Le médecin et/ou l'infirmière praticienne doivent consulter le Service de référence pour le botulisme et l'agent d'hygiène du milieu pour obtenir des directives sur la façon de déterminer la source alimentaire et de rechercher les autres personnes qui pourraient avoir consommé le même aliment soupçonné.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiqué.

Déclaration

- Le botulisme est une maladie à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire. Pour de plus amples renseignements, consulter *Lignes directrices provinciales/territoriales* à l'Annexe, Section B de ce guide.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

TABEAU 3

Nerfs crâniens et leurs fonctions⁽¹⁵⁾

NERF CRÂNIEN		FONCTIONS
I	Olfactif	Odorat
II	Optique	Vision
III	Moteur oculaire commun	Contrôle moteur de certains muscles de l'œil et de la paupière
IV	Trochléaire	Contrôle moteur de certains muscles de l'œil
V	Trijumeau	Muscles masticateurs et sensations de la face
VI	Moteur oculaire externe	Contrôle moteur de certains muscles de l'œil
VII	Facial	Contrôle moteur de certains muscles faciaux, salivation, goût et sensations cutanées
VIII	Vestibulocochléaire	Équilibre, sens de l'équilibre et audition
IX	Glossopharyngien	Langue et pharynx
X	Vague	Contrôle moteur du cœur et des viscères, sensations de la gorge, du pharynx et des viscères abdominaux
XI	Spinal	Contrôle moteur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze
XII	Hypoglosse	Contrôle moteur de la langue

Progression de la paralysie des nerfs et paralysies des nerfs crâniens en cas de botulisme⁽¹⁶⁾

- Les paralysies des nerfs crâniens sont typiquement suivies d'une paralysie flasque, descendante et entièrement symétrique des muscles volontaires.
 - L'ampleur de la paralysie (de quelques nerfs crâniens seulement jusqu'à la quadriplégie) dépend de la quantité de toxine dans l'organisme.
- Une paralysie du diaphragme et des muscles respiratoires accessoires peut entraîner une insuffisance ou un arrêt respiratoire et causer la mort.
- Un effondrement du pharynx découlant de la paralysie des nerfs crâniens peut compromettre les voies respiratoires et exiger une intubation, même si la fonction des muscles respiratoires n'est pas compromise.

- Le botulisme peut être une affection bénigne ou très grave pouvant entraîner la mort dans les 24 heures.

Prévention

Les renseignements qui suivent peuvent être utiles au client pour prévenir le botulisme⁽¹⁷⁾.

Apparence

- Les aliments contaminés par la toxine produite par *C. botulinum* peuvent avoir une apparence, une odeur et un goût habituels. Les spores de *C. botulinum* ne sont pas nécessairement détruites par la cuisson.

Mise en conserve ou embouteillage d'aliments peu acides à la maison

- Utiliser des recettes et du matériel à jour et respecter les directives à la lettre.
- Faire bouillir les aliments mis en conserve à la maison pendant 10 minutes avant de les consommer⁽¹⁸⁾.
- Maintenir propres toutes les surfaces de travail, les aliments, les ustensiles, le matériel et les mains à toutes les étapes du processus de mise en conserve.
- Dater et étiqueter tous les aliments mis en conserve.

Miel

- Ne pas donner de miel (même du miel pasteurisé) à un enfant de moins d'un an.
- Les enfants en bonne santé d'un an ou plus peuvent consommer du miel sans danger, car ils sont très peu susceptibles d'acquérir un botulisme infantile.

Aliments en conserve

- Ne pas consommer les aliments en conserve si le contenant est endommagé.

Utilisation de papier d'aluminium pour la cuisson et la conservation

- Ne pas utiliser de papier d'aluminium pour emballer les pommes de terre ou d'autres légumes pendant la cuisson, sauf si les aliments sont cuits et consommés immédiatement.
- Pour conserver les aliments cuits dans du papier d'aluminium, les débarrasser et les réfrigérer immédiatement.

Mention « Garder au réfrigérateur »

- Conserver au réfrigérateur tous les jus peu acides (comme le jus de carottes) et tous les autres produits portant la mention « Garder au réfrigérateur ».

Aliments conservés dans l'huile préparés à la maison

- Il convient de faire preuve de prudence en ce qui concerne les aliments conservés dans l'huile préparés à la maison (comme de l'ail, des légumes, des herbes et des épices).
- Si ces produits sont préparés à partir d'ingrédients frais, il faut les garder au réfrigérateur et les consommer dans les 10 jours.

Consulter l'agent d'hygiène du milieu pour en savoir davantage à propos de la salubrité alimentaire, y compris les séances d'information et les cours sur la manipulation sûre des aliments. Pour de plus amples renseignements sur les moyens de prévenir le botulisme, consulter la section *Prévention* à l'Annexe, Section A de ce guide.

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES**Lignes directrices provinciales/territoriales****Alberta**

Santé et Bien-être Alberta
Public Health Notifiable Disease Management Guidelines: Botulism. À l'adresse <http://www.health.alberta.ca/professionals/notifiable-diseases-guide.html> (en anglais seulement).

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
Communicable Disease Control Management of Specific Diseases: Botulism. À l'adresse http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/EPI_Guidelines_CDChapter1_Botulism_Botulism_20100625.pdf (en anglais seulement).

Manitoba

Santé publique et soins de santé primaires
Communicable Disease Management Protocols: Botulism. À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/botulism.pdf> (en anglais seulement).

Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et des Services communautaires de la Nouvelle-Écosse
Nova Scotia Communicable Disease Manual: Botulism.

À l'adresse <http://www.novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/botulism.pdf> (en anglais seulement).

Territoires du Nord-Ouest

Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Communicable Disease Manual. À l'adresse <http://www.hss.gov.nt.ca> (cliquer sur *HSS Professionals (staff only)* et entrer code d'utilisateur et mot de passe) (en anglais seulement).

Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé et des services communautaires

Newfoundland and Labrador *Disease Control Manual: Section 2 Enteric, Food and Waterborne Diseases*. À l'adresse http://www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/health_pro_info.html - disease (en anglais seulement).

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Maladies et états : Guide sur le botulisme pour les professionnels de la santé. À l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/publications/disease/default.aspx>

Yukon

Santé et Services sociaux du Yukon

Centre de lutte contre les maladies transmissibles *Botulism*. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/fr/disease_guidelines.php (en anglais seulement).

Autres ressources

Botulisme (Clostridium botulinum) : Comment éviter de tomber malade? Consulté à l'adresse <http://www.healthycanadians.gc.ca/eating-nutrition/poisoning-intoxication/botulism-botulisme-fra.php>. *Salubrité des aliments pour les Premières nations du Canada : Manuel sur les saines pratiques alimentaires*. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/intoxication-alimentaire/botulisme-clostridium-botulinum.html>

Salubrité des aliments pour les Premières nations du Canada: Manuel sur les saines pratiques alimentaires. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/promotion-sante/salubrite-aliments-premieres-nations-canada-manuel-saines-pratiques.html>

Salubrité alimentaire pour les Premières nations. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/salubrite-aliments-pour-populations-vulnerables/salubrite-alimentaire-pour-premieres-nations.html>

Conseils de salubrité sur la mise en conserve des aliments.

Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/conseils-generaux-salubrite/conseils-salubrite-mise-conserve-aliments.html>

Mise en conserve et en bouteille de fruits de mer. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/salubrite-viandes-volailles-poissons-et-fruits-mer/mise-conserve-et-bouteille-fruits-mer.html>

Salubrité des aliments

À l'adresse <http://www.healthycanadians.gc.ca/eating-nutrition/safety-salubrite/index-fra.php>

Conseils sur la salubrité des aliments.

Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/salubrite-aliments/conseils-salubrite-aliments.html>

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. Botulisme - *Guide pour les professionnels de la santé*. [Internet] Ottawa (ON) : Bureau des dangers microbiens; 2016. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/guide-ld/botulism-botulisme-prof-fra.php>
2. American Academy of Pediatrics. « Botulism and infant botulism (*Clostridium botulinum*) », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de D.W. Kimberlin, M.T. Brady, M.A. Jackson et S.S. Long. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015. Section 3. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
3. Chalk CH, Benstead TJ et Keezer M. « Medical treatment for botulism ». *Cochrane Database Syst Rev*. 20(2); février 2014 CD008123. doi: 10.1002/14651858.CD008123.pub3
4. Division de la santé publique et des soins de santé primaires. *Botulism. Communicable Disease Management Protocol*. Lutte contre les maladies transmissibles. [Internet] Winnipeg (MB) : Gouvernement du Manitoba; 2012. Consulté le 10 avril 2015, à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/botulism.pdf>
5. Santé publique Ontario. Rapport mensuel de surveillance des maladies infectieuses : *Botulism*. [Internet] Ottawa (ON) : Santé publique Ontario; 2013; 2(4), 1 à 13. Consulté à l'adresse http://www.publichealthontario.ca/en/DataAndAnalytics/Documents/2013_April_PHO_Monthly_Report.pdf
6. Sobel, J. « Botulism. Food Safety ». *Clin Infect Dis*. [Internet] 15 octobre 2005; 41(8) p. 1167 à 1173. Consulté à l'adresse <https://academic.oup.com/cid/article/41/8/1167/379325/Botulism%20doi:10.1093/cid/cis629>
7. Organisation mondiale de la santé. Aide-mémoire : Botulisme. [Internet] Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé; 2016. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs270/fr/>
8. Santé Canada. *Salubrité des aliments pour les Premières nations du Canada : Manuel sur les saines pratiques alimentaires*. [Internet] Ottawa (ON) : Santé Canada; 2012 [cité le 15 octobre 2015]. Consulté à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_safety-salubrite/manual-manuel-fra.php
9. Agence de la santé publique du Canada. *Feuillelet d'information : Botulisme*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté le 9 mars 2015, à l'adresse <http://phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/botulism-fra.php>
10. Organisation mondiale de la santé. *Food-borne disease outbreaks. Guidelines for investigation and control*. [Internet] : Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé; 2008, p. 1 à 146. Consulté à l'adresse http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/outbreak_guidelines.pdf
11. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Guide sur le botulisme pour les professionnels de la santé*. [Internet] Toronto (ON) : Gouvernement de l'Ontario; septembre 2017, p. 1 à 17. Consulté à l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/publications/disease/docs/botulism.pdf>

12. Bodamer OA et Miller G. « Neuromuscular junction disorders in newborns and infants ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté le 6 juin 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

13. Pegram PS et Stone SM. « Botulism ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté le 6 juin 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

14. Agence de la santé publique du Canada. *Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes - Clostridium botulinum*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2011. Consulté le 29 mars 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/clostridium-fra.php>

15. Lowenstein DH, Martin JB et Hauser SL. « Approach to the patient with neurologic disease », dans *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18^e édition, sous la direction de D.L. Longo, D.L. Kasper, J.L. Jameson, A.S. Fauci, S.L. Hauser et J. Loscalzo. New York : McGraw Hill Medical; 2012, p. 3236 à 3237.

16. Sobel J et Maslanka S. « Botulism », dans *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18^e édition, sous la direction de D.L. Longo, D.L. Kasper, J.L. Jameson, A.S. Fauci, S.L. Hauser et J. Loscalzo New York : McGraw Hill Medical; 2012, p. 1201 à 1203.

17. Gouvernement du Canada. *Botulisme (Clostridium botulinum)*. [Internet] Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; 2013. Consulté le 29 mars 2015, à l'adresse <http://healthycanadians.gc.ca/eating-nutrition/poisoning-intoxication/botulism-botulisme-fra.php>

18. Centers for Disease Control and Prevention (É.U.). *Botulism - General information*. [Internet] Atlanta (GA, É.-U.) : Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases; 2015. Consulté le 10 avril 2015, à l'adresse <https://www.cdc.gov/botulism/>

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of therapeutic choice: Canada's Trusted Reference for primary care therapeutics* (7^e édition). Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.

Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Avril 2016.

GASTROENTÉRITE

APERÇU

Consulter les lignes directives provinciales/territoriales traitant de la gastroentérite, là où elles sont disponibles.

La gastroentérite désigne une inflammation de l'estomac et des intestins. Elle provoque des diarrhées, des vomissements, ainsi que des douleurs et des crampes abdominales. La gastroentérite infectieuse est causée par des virus, des bactéries ou des parasites. La gastroentérite peut aussi avoir pour cause des médicaments et des toxines chimiques, par exemple des substances végétales et des métaux tel que le plomb⁽¹⁾.

La gastroentérite est généralement causée par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés, ou par contact avec les matières fécales des humains ou des animaux infectés⁽¹⁾.

La diarrhée est la présence d'au moins 3 selles anormalement molles ou aqueuses dans les 24 heures précédentes⁽²⁾.

- Diarrhée aiguë : durée de 14 jours ou moins⁽³⁾.
- La diarrhée persistante est un épisode de diarrhée aiguë durant plus de 14 jours⁽³⁾.
- La dysenterie est la présence de sang visible dans les selles⁽²⁾.

CAUSES

Voir les tableaux suivants dans la section d'Évaluation de ce guide

- Tableau 1 – Campylobactériose, salmonellose non typhoïdique, E. coli,
- Tableau 2 – Shigellose, C-difficile,
- Tableau 3 – Rotavirus, Norovirus et
- Tableau 4 – Giardiase, cryptosporidiose

Bactéries^(1; 2; 4)

- Espèces de salmonelles non typhoïdiques, espèces de Campylobacter, Escherichia coli 0157:H7 (E. coli), Shigella.
- *Le Clostridium difficile* (C. difficile) est la principale cause de diarrhée nosocomiale associée aux antibiotiques

Parasites⁽⁴⁾

- *Giardia intestinalis* (appelé également *Giardia lamblia* et *Giardia duodenalis*) et *cryptosporidiose*
- Autres parasites : *Cyclospora*, *Endolimax fragilis*

Virus^(1; 4)

- *Rotavirus*, *Norovirus*

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en ventre libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toutes autres substances chimiques qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

- Les personnes âgées, les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes immuno-déprimées sont plus à risque d'éprouver de graves infections et complications^(1; 7).

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Diarrhée, notamment l'apparition, la fréquence, la consistance et le volume des selles, la présence de sang ou de mucosités^(2; 4; 5).
- Anorexie, vomissements⁽¹⁾
- Malaise abdominal⁽¹⁾
- Les indices épidémiologiques, par exemple les expositions aux aliments insalubres, à l'eau non traitée, aux animaux ou aux personnes malades, à une garderie, les voyages, l'utilisation récente d'antimicrobiens, l'histoire d'activité sexuelle oro-anale^(5; 6).

- Pour en savoir plus sur les signes physiques associés à la gastro-entérite, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 5 – Appareil digestif – Diarrhée et Déshydratation (hypovolémie)*.
- Pour les besoins liquidiens d'entretien chez l'adulte, consulter le *Tableau 6 : Besoins liquidiens d'entretien chez l'adulte pesant de 20 à 80 kg (base horaire) – Soins aux adultes – Annexe, Section A* de ce guide.

N.B. : Les vomissements et la diarrhée peuvent causer des déficits liquidiens et des troubles électrolytiques. Dans les cas graves, une déplétion hydrique peut entraîner de l'hypotension et de la tachycardie⁽¹⁾. Une évacuation médicale pourrait être nécessaire.

EXAMEN PHYSIQUES

- Effectuer un examen physique, incluant une évaluation ciblée de l'état d'hydratation, en utilisant l'approche IPPA.
- Pour les *Signes physiques associés à la déshydratation*, consulter le *Tableau 5 : Signes physiques associés au degré de déshydratation – Soins aux adultes – Annexe, Section A* de ce guide.

TABLEAU 1

Campylobactériose, salmonelloses non typhoïdiques, E. coli

Caractéristiques	CAMPYLOBACTÉRIOSE	SALMONELLOSES NON TYPHOÏDIQUES	E. COLI (EHEC**, STEC***)
Transmission	<ul style="list-style-type: none"> - Ingestion d'eau ou d'aliments contaminés - Préparation des aliments - Contact avec des animaux infectés et leurs excréments - La transmission interhumaine est occasionnelle (jeunes enfants, et nouveau-né, par la mère infectée)⁽⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingestion d'eau ou d'aliments contaminés - Préparation des aliments - Aliments mal cuits - Contact avec des animaux infectés et leurs excréments - Transmission interhumaine par voie oro-fécale⁽⁸⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingestion d'eau ou d'aliments contaminés - Préparation des aliments - Interhumaine⁽⁹⁾ - Voie oro-fécale

Caractéristiques	CAMPYLOBACTÉRIOSE	SALMONELLOSES NON TYPHOÏDIQUES	E. COLI (EHEC**, STEC***)
Aliments à risque	<ul style="list-style-type: none"> - Volaille, bœuf, porc, agneau crus ou insuffisamment cuits - Œufs crus - Lait non pasteurisé - Produits laitiers non pasteurisés - Légumes crus - Mollusques et crustacés - Eau non traitée⁽⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Volaille, bœuf, œufs - Produits laitiers - Lait et produits laitiers non pasteurisés - Fruits et légumes crus (p. ex. les germes ou les cantaloups et leur jus) - Produits maison (p. ex. sauces à salade, sauce hollandaise et mayonnaise) - Crème glacée, pâte à biscuits, et glaçages⁽⁸⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Bœuf cru - Bœuf haché insuffisamment cuit - Fruits et légumes crus (p. ex. les germes et les légumes verts) - Eau potable non traitée - Lait et les produits laitiers non pasteurisés, notamment les fromages au lait cru, le jus de pomme ou le cidre non pasteurisé⁽⁹⁾
Contagiosité	<ul style="list-style-type: none"> - Faible : la transmission interhumaine se produit à l'occasion⁽¹⁰⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Aussi longtemps qu'elle est évacuée dans les selles - Certains porteurs excrètent la bactérie pendant des années⁽¹¹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Aussi longtemps qu'elle est évacuée dans les selles (7 à 9 jours) - Certains enfants : jusqu'à 21 jours⁽⁹⁾
Période d'incubation	1 à 10 jours ⁽⁷⁾	6 à 72 heures ⁽⁸⁾	1 à 10 jours ⁽⁹⁾
Signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée (sang ou mucosités) - Douleurs abdominales - Nausée et vomissements - Malaise - Fièvre - Peut être déshydraté⁽⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée - Crampes abdominales - Nausée et vomissements - Maux de tête - Fièvre jusqu'à 39°C et frissons - La dysenterie (multiples petites selles muqueuses sanglantes avec ténésme*) est peu commune⁽⁸⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortes crampes et douleurs abdominales - Diarrhée, aqueuse au début; (sanglante après 2 à 3 jours) - Vomissements - Pas ou peu de fièvre (généralement moins de 38,5°C) - Déshydratation^(9; 12)
Complications	<ul style="list-style-type: none"> - Arthrite réactionnelle - Méningite - Syndrome de Guillain-Barré - Colite chronique - Inflammation soudaine de la vésicule biliaire - Syndrome de l'intestin irritable - Myocardite - Péricardite⁽⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Bactériémie - Maladie grave - Parfois mortelle - Arthrite réactionnelle⁽⁸⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome hémolytique et urémique chez l'enfant^(12; 13) - Purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) chez l'adulte^(5; 13) - Convulsions - Accident vasculaire cérébral⁽⁹⁾

* Le ténésme est l'envie d'aller à la selle; il peut comporter des tensions, des douleurs et des crampes.

** EHEC : Entérohémorragique, *E. coli*

*** STEC : les *E. coli* producteurs de Shiga-toxine

Tableau 2
Shigellose, C-difficile

Caractéristiques	SHIGELLOSE (BACTÉRIENNE)	C-DIFFICILE
Transmission	<ul style="list-style-type: none"> - Voie oro-fécale - Ingestion d'aliments ou d'eau contaminés (ou d'eau des piscines) - Préparation des aliments Interhumaine (activité sexuelle anale) La mouche peut être un vecteur⁽¹⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Voie oro-fécale - Ingestion d'aliments contaminés - Fomites - Mains^(15; 16)
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> - Aliments exposés par manipulation - Aliments exposés par l'eau contaminée - Eau contaminée/piscines - Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> • personne soignante d'un enfant affecté • vie en promiscuité • hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes • conditions non hygiéniques et accès limité à l'eau propre^(14; 17) 	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiotiques (p. ex. amoxicilline, ampicilline, clindamycine, céphalosporines, fluoroquinolones) - Plusieurs antibiotiques ou de plus longue durée - Traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) - État immunodéprimé - Maladie grave sous-jacente - Antinéoplasiques, antiviraux et narcotiques - Hospitalisation - Foyer de soins infirmiers/séjour en soins de longue durée^(15; 16)
Contagiosité	<ul style="list-style-type: none"> - Aussi longtemps que les organismes sont présents dans les excréments - L'état du porteur prend habituellement fin 1 à 4 semaines après l'apparition de la maladie⁽¹⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépend de la quantité de toxine dans les selles; peut persister plusieurs semaines - Transmission nosocomiale par des mains, des instruments et un milieu contaminés⁽¹⁸⁾
Période d'incubation	1 à 7 jours ⁽¹⁴⁾	1 jour à plusieurs semaines après traitement antibiotique en cas de diarrhée associée aux antibiotiques ⁽¹⁵⁾
Signes physiques	<p>Les symptômes vont de la diarrhée légèrement aqueuse avec peu ou pas de symptômes, aux symptômes graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selles muqueuses, avec ou sans sang - Nausée - Vomissements - Perte d'appétit - Crampes abdominales, parfois fortes - Ténésme* - Fièvre - L'hypoglycémie est plus fréquente que lors d'autres types de maladies diarrhéiques^(14; 17) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée aqueuse (rarement sanglante)⁽⁵⁾ - La diarrhée peut aller de quelques jours de perte de liquide intestinal à la colite pseudomembraneuse mortelle - Nausée - Perte d'appétit - Crampes abdominales, douleur/sensibilité - Fièvre possible^(15; 16)

Caractéristiques	SHIGELLOSE (BACTÉRIENNE)	C-DIFFICILE
Complications	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation grave - Perforation intestinale, mégacôlon toxique - Septicémie - Chez l'enfant : convulsions dues à la forte fièvre et aux anomalies électrolytiques - Hémolyse - Syndrome hémolytique et urémique - Arthrite réactionnelle^(14; 17) 	<ul style="list-style-type: none"> - Colite pseudomembraneuse grave ou mortelle - Mégacôlon toxique - Perforation intestinale - Septicémie - Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) - Mort^(15; 16)

Tableau 3
Rotavirus, Norovirus

Caractéristiques	ROTAVIRUS	NOROVIRUS
Transmission	<ul style="list-style-type: none"> - Voie oro-fécale - Interhumaine ou par contact avec des surfaces de l'environnement contaminées - Aliments et eau contaminés de matières fécales^(2; 19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voie oro-fécale - Interhumaine ou par contact avec des surfaces de l'environnement contaminées, aérosols⁽²⁰⁾ - Aliments et eau contaminés de matières fécales⁽¹⁹⁾
Facteurs de risque	Rare : aliments et eau contaminés ⁽¹⁹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Aliments contaminés - Fêtes, banquets, et garderies^(5; 20)
Contagiosité	Hautement contagieux ⁽⁵⁾	Hautement contagieux ⁽⁵⁾
Période d'incubation	1 à 8 jours ⁽¹⁹⁾	12 à 48 heures, peut persister pendant 3 semaines ou plus ⁽²⁰⁾
Signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Associés à une gravité au-dessus de la moyenne de la gastroentérite - Fièvre - Vomissements - Diarrhée et déshydratation^(2; 5; 19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vomissements soudains - Crampes abdominales - Nausée - Diarrhée, présence éventuelle de mucosités dans les selles, déshydratation - Fièvre⁽²⁰⁾
Complications	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation, hypernatrémie, acidose - Mort^(2; 19) 	Déshydratation ⁽²⁾

Tableau 4

Giardiase, Cryptosporidiose

Caractéristiques

	GIARDIASE	CRYPTOSPORIDIOSE
Transmission	<ul style="list-style-type: none"> - Voie oro-fécale - Aliments ou eau contaminés (ou eau des piscines) - Interhumaine (activité sexuelle oro-anale) - Terre et fomites^(21; 22) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voie oro-fécale - eau potable contaminée (ou l'eau des piscines) - Interhumaine - Contact avec des animaux infectés et leurs excréments - Aliments contaminés⁽²³⁾
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> - Eau contaminée - Piscine contaminée - Mains contaminées, préparation des aliments - Activité sexuelle oro-anale⁽²²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Promiscuité accrue - Mauvaises conditions d'hygiène - Les individus immunodéprimés risquent une maladie plus grave et plus longue - Plus grande prévalence chez l'enfant⁽²³⁾
Contagiosité	<ul style="list-style-type: none"> - Aussi longtemps que les parasites sont présents dans les excréments⁽²⁴⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Aussi longtemps que les parasites sont présents dans les excréments
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> - 1 à 2 semaines (les symptômes peuvent durer de 2 à 4 semaines)⁽²²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 à 28 jours⁽²³⁾
Signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition soudaine de diarrhée aqueuse; les selles sont souvent mal-odorantes, flottent parfois, sont parfois pâles (stéatorrhée) - Sensibilité et crampes abdominales - Flatulences, éructations à l'odeur de soufre - Perte de poids - Signes de malnutrition - Faible fièvre⁽²¹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée faible ou abondante; peut être aiguë ou chronique, passagère, intermittente ou continue - Malaise - Nausée - Anorexie - Crampes abdominales douloureuses - Faible fièvre - Perte de poids chez le client souffrant de diarrhée chronique⁽²³⁾
Complications	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation - Malabsorption intestinale et perte de poids - Anémie - Complications à long terme (rare) : syndrome de fatigue chronique, arthrite réactionnelle, myopathie, syndrome de l'intestin irritable, éruption cutanée, urticaire⁽²²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation - Diarrhée persistante - Malabsorption intestinale et perte de poids - Atteinte des voies biliaires⁽²³⁾ - Atteinte respiratoire⁽²⁵⁾

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

- Gastrointestinal : la maladie intestinale inflammatoire, appendicite, invagination, intolérance au lactose⁽²²⁾ ou ténias intestinaux⁽²⁷⁾.
- Autres infections bactériennes (p. ex. *listériose*, *yersiniose*)^(26; 27).
- Intoxication Alimentaire due à des toxines, ou maladies à médiation de toxines, p. ex. :
 - le *Staphylococcus aureus* et le *Bacillus cereus* pouvant causer des symptômes 1 à 6 heures d'un repas contaminé^(27; 28)
 - *Clostridium perfringens* pouvant causer des symptômes dans les 8 à 16 heures d'un repas contaminé⁽²⁸⁾
 - Les toxines des mollusques et crustacés pouvant causer des troubles gastro-intestinaux et neurologiques⁽²⁷⁾

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du patient ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire^(2; 5; 29)

Ces tests devraient être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

Échantillons recommandés

- Glycémie.
- Électrolytes, azote uréique du sang, créatinine peuvent être envisagés⁽¹⁾.
- En cas de soupçon de diarrhée nosocomiale (l'apparition survient plus de 3 jours après l'hospitalisation), ou de prise récente d'antibiotiques, (p. ex. au cours des 3 derniers mois), tester les selles pour rechercher la cytotoxine *C. difficile*.
- Si une cause virale est envisagée, s'assurer que les échantillons soient prélevés conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.
- Le test d'œufs et de parasites pourra être envisagé chez les clients à risque d'infection parasitaire par le *Giardia* et le *Cryptosporidium*; des kystes pouvant être excrétés par intermittence, plusieurs prélèvements de selles sont nécessaires pour accroître la sensibilité (c.-à-d. 3 échantillons de selles pour les œufs et les parasites devront être recueillis à différents jours)^(24; 25).
- Hémoculture et antibiogramme en cas d'immunodépression ou d'infection grave.
- Selles pour culture et antibiogramme si 6 selles molles ou plus en 24 heures pendant plus de 5 jours^(3; 29).
- Envisager de recueillir les selles avec diarrhée durant moins de 5 jours en cas de considérations cliniques supplémentaires, notamment :^(3; 29)
 - Diarrhée inflammatoire sévère (dont diarrhée sanglante)
 - Température supérieure ou égale à 38,5 °C
 - Le client présente une comorbidité
 - Maladie systémique avec diarrhée, particulièrement chez les femmes enceintes
 - Le client est immunodéprimé
 - Le client est âgé

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Pour de plus amples renseignements sur la prise en charge d'une gastro-entérite, consulter le :

- *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 5 – Appareil digestif – Diarrhée et déshydratation (hypovolémie)*
- *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 14 – Urgences générales et traumatismes majeurs – État de choc.*

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Traiter la déshydratation
- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications
- Prévenir la transmission de la maladie

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Peser le client et évaluer le degré de déshydratation et de choc; fréquence selon l'état du client.
- Calculer les pertes connues, PLUS les liquides d'entretien, PLUS les liquides de remplacement. Si le client mange, compter la prise de liquides pour 75 % du total. Pour en savoir plus sur les besoins liquidiens d'entretien chez l'adulte, consulter le *Tableau 6 : Besoins liquidiens d'entretien chez l'adulte pesant de 20 à 80 kg (base horaire) – Soins aux adultes – Annexe, Section A* de ce guide.
- Encourager la prise de liquides par voie orale et l'alimentation rapide pour réduire la durée de la maladie et améliorer les résultats nutritionnels.

Thérapie de réhydratation par voie orale (RVO)

- Pour une déshydratation légère à modérée, RVO au moyen d'une solution de réhydratation orale disponible sur le marché (p. ex. Gastrolyte)^(2; 30).
- La RVO est contre-indiquée dans la gestion initiale des déshydratations graves⁽²⁾. Pour les clients gravement déshydratés et ceux qui ne tolèrent pas la thérapie de réhydratation orale, des solutés intraveineux sont nécessaires.
- Si le client est capable d'absorber des liquides par voie orale, lui donner fréquemment de faibles volumes de solution de réhydratation orale.

Régime alimentaire

- La consommation d'aliments solides doit être dictée par l'appétit⁽²⁾. Les aliments tels que la soupe, les craquelins, le riz, les pâtes, les lentilles, les pois, la purée de pommes de terre, le pain, les fruits frais, les viandes maigres, le yaourt et les légumes sont recommandés⁽³⁰⁾.
- Une fois la déshydratation rectifiée, encourager la reprise d'un régime normal, selon la tolérance.
- Éviter les boissons gazeuses et les jus commerciaux à forte concentration de glucides simples⁽³⁰⁾. D'autres boissons sans caféine ni alcool sont aussi utiles en cas de déshydratation légère; toutefois, ces boissons ne remplaceront pas les nutriments et les minéraux perdus lors de la maladie.

Enseignement au client

- Pour de plus amples renseignements sur la prévention de la gastro-entérite, consulter *Prévention à l'Annexe, Section A*.
- Informer le client et sa famille quant à la bonne façon de se laver les mains y compris le lavage rigoureux des mains avant et après la préparation des aliments, le contact avec des matières souillées ou après l'utilisation des toilettes.

- Donner au(x) client/soignant(s) et à la famille des informations sur la salubrité alimentaire (pour de plus amples renseignements, consulter *Salubrité alimentaire* à l'Annexe, Section B de ce guide.
- Si la cause potentielle est une maladie d'origine hydrique, recommander la purification de l'eau par l'ébullition à gros bouillon de toutes eaux utilisées pour la boisson ou la cuisson pour une minute⁽³¹⁾.
- Informer le client sur les signes de la déshydratation et lui recommander de revenir à la clinique si l'un de ces signes se présente.
- En cas de prescription de métronidazole, conseiller au client d'éviter l'alcool pendant le traitement et jusqu'à 48 h après.
- Expliquer au client l'utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.

N.B. : L'infection à la *shigella* est très contagieuse; le client ne doit pas manipuler d'aliments, s'occuper d'enfants, ni soigner qui que ce soit jusqu'à ce que les cultures de selles de suivi soient négatives. Un enfant atteint de shigellose ne doit pas aller en garderie ni à l'école, et le contact avec d'autres enfants doit être réduit.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Thérapie intraveineuse

- Si le client se présente en état de déshydratation, les soins consistent à restaurer le volume par la réhydratation orale ou l'administration IV d'une solution cristalloïde. Pour de plus amples renseignements, consulter le Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 5 – Appareil digestif – Diarrhée et Déshydratation (hypovolémie).

Remarque : les antidiarrhéiques tels que le lopéramide ou l'association diphénoxylate-atropine (Lomotil) ne sont pas recommandés. Ces agents ralentissent la clairance bactérienne et prolongent l'exposition aux bactéries de la muqueuse intestinale, aggravant le risque de mégacolon toxique ou de maladie systémique. Ils sont contre-indiqués en cas de diarrhée sanglante ou de soupçon de diarrhée inflammatoire (clients fébriles)^(2; 32).

Antibiothérapie

L'antibiothérapie n'est généralement pas requise ni recommandée. Consulter le médecin ou l'infirmière praticienne avant d'initier un traitement antibiotique.

Analgésiques/antipyrétique

Acétaminophène

- Acétaminophène 325 à 650 mg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 4 000 mg en 24 heures

Antiprotozoan pour la giardiase⁽²⁴⁾

Métronidazole

- Métronidazole 250 mg PO TID pendant 5 jours.

Antinauséeux/antiémétique

DimenhyDRINATE

- DimenhyDRINATE (Gravol) 25 à 50 mg PO/IM/IV q4 à 6 h PRN.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

- Surveiller les signes vitaux selon l'état du client.
- Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI

- Faire revenir le client pour suivi après 24 à 48 heures si les symptômes s'aggrave ou ne s'améliorent pas.
- Les contacts familiaux ou autres contacts du client pourraient avoir besoin d'une évaluation ainsi que des échantillons de selles conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.

- Afin d'assurer la résolution de l'infection par la *Giardia* ou le *Cryptosporidium*, répéter le prélèvement de selles pour la recherche d'œufs et de parasites 1 à 2 semaines suivant les 3 échantillons initiaux de selles ou conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Prévoir une évacuation médicale si cliniquement indiquée.

Déclaration

- Les cas soupçonnés et confirmés doivent être signalés au médecin de la santé publique conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.
- En cas de contamination potentielle de l'eau, prévenir l'agent d'hygiène du milieu ou le technicien de l'eau pour un échantillonnage de l'eau.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

TABLEAU 5

Signes physiques associés au degré de déshydratation (adulte)

SIGNE CLINIQUE	DÉSHYDRATATION LÉGÈRE	DÉSHYDRATATION MODÉRÉE	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE
Perte liquidienne (% du poids corporel)	< 6 %	de 6 % à 10 %	> 10 %
Pouls radial	Normal	Rapide, faible	Très rapide, faible
Respiration	Normale	Profonde	Profonde, rapide
Tension artérielle systolique	Normale	Basse ou orthostatique Modification >10 mm Hg	Très basse ou imperceptible
Pli cutané	Rétraction rapide	Rétraction lente	Rétraction très lente
Yeux	Normaux	Enfoncés	Très enfoncés
Degré de lucidité	Alerte	Agité	Somnolent, comateux
Débit urinaire	Normal	Faible	Oligurie

Remarque : Une déshydratation modérée à sévère peut s'accompagner de troubles électrolytiques.

TABLEAU 6

Besoins liquidiens d'entretien chez l'adulte pesant de 20 à 80 kg (base horaire)

CALCUL

- 4 ml/kg/heure pour les 10 premiers kilos de poids corporel
 - **Plus** 2 ml/kg/heure pour les 10 kilos suivants de poids corporel (au-delà des 10 premiers kilos de poids corporel)
 - **Plus** 1 ml/kg/heure pour chaque kilo au-delà de 20 kg de poids corporel

Prévention⁽³⁴⁾

Le lavage des mains est l'un des meilleurs modes de prévention de la prolifération des maladies d'origine alimentaire. Se laver soigneusement les mains à l'eau tiède et au savon après être allé aux toilettes, après avoir changé des couches et avant de cuisiner. S'assurer de jeter correctement les couches sales. Pour en savoir plus, consulter *Salubrité des aliments*. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/salubrite-aliments.html>.

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES**Salubrité alimentaire**

Salubrité alimentaire pour les Premières nations. Gouvernement du Canada. [Internet] 2013. Disponible à l'adresse : http://www.canadien-sensante.gc.ca/eating-nutrition/healthy-eating-saine-alimentation/safety-salubrite/vulnerable-populations/first-premieres-nations-fra.php?_ga=1.223061267.908905656.1474564612

Conseils sur la salubrité des aliments. Santé Canada. [Internet] 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/kitchen-cuisine/index-fra.php>

Salubrité des aliments. Gouvernement du Canada. [Internet] Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/salubrite-aliments.html>

Feuillets d'information

Salmonelles. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/salmonella-fra.php>

Shigellose. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/shigellos-fra.php>

E. coli. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/ecoli-fra.php>

Campylobactéries. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/campylo-fra.php>

C.difficile. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/cdiff-fra.php>

Norovirus. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] 2014. Disponible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/norovirus-eng.php

À propos du Rotavirus. Centers for Disease Control. [Internet] 2016. Disponible à l'adresse : www.cdc.gov/rotavirus/about/ (en anglais).

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour de ce guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Boyce TG. « Overview of gastroenteritis ». *Merck Manual Professional Version*. [Internet] Whitehouse Station, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp; 2014. Consulté le 29 mai 2016, à l'adresse : <http://www.merckmanuals.com/home/digestive-disorders/gastroenteritis/overview-of-gastroenteritis>
2. Farthing M, Salam M, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E et al. « Acute diarrhea in adults and children: A global perspective ». [Internet] Milwaukee, WI: *World Gastroenterology Organization (WGO) Guidelines and Publications Committee*; 2012 February. Consulté le 29 mai 2016, à l'adresse <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-english>
3. Wanke CA. « Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich countries ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U.) : *UptoDate*; 2015. Consulté le 12 mai 2016, à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
4. Thomas MK, Murray R, Flockhart L, Pintar K, Fazil A, Pollari F. « Estimates of foodborne illness – Related hospitalizations and deaths in Canada for 30 specified pathogens and unspecified agents ». *Foodborne Pathog Dis*. 2015 octobre; 12(10), p. 820 à 827. doi:10.1089/fpd.2015.1966.
5. Newton M et Suawicz C. « Infectious gastroenteritis and colitis », dans *Diarrhea, Clinical Gastroenterology* (p. 33 à 59), sous la direction de Guandalini S et Vaziri H (Eds.). New York, N.Y.; London: Springer. C2011; doi: 10.1007/978-1-60761-183-72
6. Farthing M, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, Ramakrishna BS, et al. « World Gastroenterology Organisation practice guideline: Acute diarrhea ». [Internet] Milwaukee, WI: World Gastroenterology Organisation (WGO) Guidelines and Publications Committee; 2008, p. 1 à 29. Consulté à l'adresse <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea>
7. Agence de la santé publique du Canada. « Feuilles d'information – Campylobactéries ». [Internet] Ottawa, ON: *Agence de la santé publique du Canada*; 2013. Consulté le 30 mai 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/index-eng.php>
8. Agence de la santé publique du Canada. « Feuilles d'information – Salmonelles ». [Internet] Ottawa, ON: *Agence de la santé publique du Canada*; 2013. Consulté le 30 mai 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/index-eng.php>
9. Agence de la santé publique du Canada. « Feuilles d'information – E. coli ». [Internet] Ottawa, ON : *Agence de la santé publique du Canada*; 2015. Consulté le 30 mai 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/index-eng.php>
10. American Academy of Pediatrics. « Campylobacter infections », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015, p.273 à 275. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

11. American Academy of Pediatrics. « Salmonella infection », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
12. American Academy of Pediatrics. « Escherichia coli diarrhea », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015, p. 343 à 347. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
13. George JN et Al-Nouri ZL. « Diagnostic and therapeutic challenges in the thrombotic thrombocytopenic purpura and hemolytic uremic syndromes ». Washington, DC: American Society of Hematology. *Hematology*, 2012, p. 604 à 609. doi:10.1182/asheducation-2012.1.604
14. Agence de la santé publique du Canada. « Feuilles d'information – Shigellose ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté le 30 mai 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/fs-sa/fs-fi/index-eng.php>
15. American Academy of Pediatrics. « Clostridium difficile », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
16. Agence de la santé publique du Canada. « Feuilles d'information – Clostridium difficile (C. difficile) ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 22 avril 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/cdiff-eng.php>
17. American Academy of Pediatrics. « Shigella infections », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015, p.106. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
18. Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. « Clostridium difficile Infection (CDI) outbreaks in public hospitals ». *Infectious Diseases Protocol. Appendix A: Disease-Specific Chapters*. [Internet] Ottawa, ON: Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario; 2014. Consulté le 27 avril 2015, à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/cdi_chapter.pdf
19. American Academy of Pediatrics. « Rotavirus », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
20. American Academy of Pediatrics. « Norovirus », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

21. Pearson RD. « Giardiasis ». *Merck Manual Professional Version*. [Internet] Whitehouse Station, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp; 2013. Consulté le 29 mai 2016, à l'adresse <https://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/intestinal-protozoa-and-microsporidia/giardiasis>
22. Leder K, Ryan ET et Baron EL. « Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of giardiasis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2015. Consulté le 29 juillet 2015, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
23. Leder, K., & Weller, P. F. (2016). « Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cryptosporidiosis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2016. Consulté le 9 août 2016, à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis).
24. American Academy of Pediatrics. « Giardia intestinalis (formerly Giardia lamblia and Giardia duodenalis) Infections », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA et Long SS. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015 p. 353 à 355. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
25. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Parasites - Cryptosporidium (also known as “Crypto”) ». [Internet]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2015. Consulté le 9 août 2016, à l'adresse www.cdc.gov/parasites/crypto
26. Agence de la santé publique du Canada. « Maladie d'origine alimentaire au Canada - Estimations sur les maladies d'origine alimentaire au Canada ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/efwd-emo-ha/efbi-emoa-eng.php>
27. Acheson DWK. « Differential diagnosis of microbial foodborne disease ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2016. Consulté le 2 août 2016, à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis).
28. Noonan L et Freeman J. « Bacillus cereus and other non-anthraxis Bacillus species ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2015. Consulté le 2 août 2016, à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis).
29. British Columbia (CA) Ministry of Health Services. « Infectious Diarrhea - Guideline for Ordering Stool Specimens ». [Internet] Vancouver, BC: Guidelines and Protocols Advisory Committee; 2009. Consulté le 16 août 2015, à l'adresse <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/infectious-diarrhea>
30. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Guidelines for the management of acute diarrhea after a disaster ». [Internet] Atlanta, GA: National Center for Environmental Health. Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté le 12 août 2015, à l'adresse <https://www.cdc.gov/disasters/disease/diarrheaguidelines.html>
31. Santé Canada. « Conseils concernant l'émission et annulation des avis d'ébullition de l'eau ». [Internet] Ottawa, ON: Santé Canada; 2014. Consulté le 9 août 2015, à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/consult/_2014/boil_water-eau_ebullition/consult-fra.php
32. Kao D. « Diarrhea », dans *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)*. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2014. Chapitre 59, p. 717 à 732.

33. Santé Canada. « Conseils sur la salubrité des aliments ». [Internet] Ottawa, ON : Santé Canada; 2014 [cité le 20 avril 2015]. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/kitchen-cuisine/index-fra.php>

AUTRES SOURCES

Anti-infective Review Panel. « *Anti-infective Guidelines for Community-acquired Infections* ». Toronto: MUMS Guideline Clearinghouse; 2013.

Association des Pharmaciens du Canada. « *Dimenhydrinate (Gravol)* ». [Internet] Ottawa, ON: e-Therapeutics; 2012. Consulté à l'adresse www.e-therapeutics.ca (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Canadian Pharmacists Association. « *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)* ». Ottawa: Canadian Pharmacists Association; 2014.

Santé Canada. « *La liste des médicaments des postes de soins infirmiers et le système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et de Inuits (DGSPNI)* ». Avril 2016.

« Dimenhydrinate ». [Internet] Hudson (OH): Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), là où elles sont disponibles.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) provoque une infection virale chronique, et est le plus souvent transmis par contact sexuel. Au sein de la population autochtone, l'utilisation de drogues injectables (UDI) est responsable d'un taux d'infection supérieur⁽¹⁾. Chez les jeunes Autochtones autodéclarés, l'UDI est à l'origine de presque tous les cas connus de VIH⁽²⁾.

Le VIH progresse au fil du temps, depuis la phase de transmission et le début de l'infection jusqu'au VIH chronique et enfin au syndrome d'immunodéficience acquise (sida), qui s'accompagne de diverses infections opportunistes graves en raison de l'état d'immunodéficience.

Le traitement antirétroviral (TAR) actuel permet de réduire considérablement le nombre d'infections opportunistes et de décès associés au sida, ce qui contribue à améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie des adultes et des enfants qui en sont atteints.

Les cas pédiatriques d'infection par le VIH sont presque tous attribuables à une transmission verticale (c.-à-d. de la mère à l'enfant). Grâce à de nouvelles stratégies de prévention efficaces, le risque de contracter la maladie par ce mode de transmission est maintenant considérablement réduit et s'établit à moins de 2 %⁽³⁾.

PHASES DU VIH

Transmission

- Acquisition du virus par exposition à du sang ou à des liquides organiques infectés. Pour plus de renseignements, consulter la rubrique *Facteurs de risque* de la section *Évaluation* de ce guide.

Début de l'infection⁽⁵⁾

- Il s'agit de la période de 6 mois suivant l'acquisition du virus, durant laquelle se produit la séroconversion.
- La plupart des clients sont asymptomatiques durant cette phase.

Infection aiguë symptomatique

- Le client peut présenter des symptômes s'apparentant à ceux de la mononucléose (syndrome rétroviral aigu)⁽⁵⁾.
- En règle générale, la période d'incubation après l'exposition au VIH est de 2 à 4 semaines, bien que les symptômes puissent mettre jusqu'à 10 mois pour se manifester^(5; 6).

Infection chronique⁽⁷⁾

- Période suivant les 6 premiers mois après l'acquisition du virus.
- Le client peut être asymptomatique initialement, mais présente généralement une adénopathie persistante.
- En l'absence de traitement, on constate un déclin progressif de la fonction immunitaire chez la plupart des personnes atteintes.

Sida⁽⁷⁾

- Stade avancé de l'infection par le VIH, défini par une numération des lymphocytes CD4 inférieure à 200 cellules/microlitre ou par la présence d'une maladie définissant le sida. Pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – Annexe, Section A : Informations supplémentaires pour la prise en charge*.
- Sans traitement, la médiane de survie est de 12 à 18 mois pour les personnes ayant une infection au VIH à un stade avancé⁽⁷⁾.

CAUSE

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH de type 1)⁽⁶⁾

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

N.B. : Il convient de maintenir un fort soupçon clinique de VIH si le client présente des symptômes couramment associés à une infection par le VIH, puisqu'il arrive que les clients soient réticents à parler ouvertement de leurs comportements à risque élevé⁽⁵⁾.

Facteurs de risque de transmission par voie sexuelle

- Charge virale; une personne infectée par le VIH et dont la charge virale est élevée est plus susceptible de transmettre le virus⁽⁷⁾.

- Infections transmises sexuellement (ITS) concomitantes; toute ulcération génitale multiplie par 4 le risque de transmission⁽⁷⁾.
- Les pratiques sexuelles provoquant des lésions aux muqueuses ou des saignements sont considérées comme présentant un risque élevé⁽¹⁰⁾. Les pratiques sexuelles à risque élevé comprennent notamment^(5; 10) ce qui suit :
 - Relations sexuelles anales passives non protégées
 - Partenaire ayant une ITS concomitante
 - Partenaire sexuel ayant reçu un diagnostic de VIH positif
 - Partenaires sexuels multiples
- Hommes non circoncis⁽⁷⁾
- Facteurs propres à l'hôte et facteurs génétiques⁽⁷⁾

Facteurs de risque de transmission par voie sanguine

- Le risque de transmission du VIH par voie sanguine varie selon le type d'exposition. Pour plus de renseignements, consulter le *Tableau 1 : Risque estimatif d'acquisition du VIH selon l'acte et selon le type d'exposition* ci-dessous⁽⁹⁾.

TABEAU 1

Risque estimatif d'acquisition du VIH selon l'acte et selon le type d'exposition⁽⁹⁾

MODE D'EXPOSITION		RISQUE POUR 10 000 EXPOSITIONS À UNE SOURCE INFECTÉE (RISQUE)
Exposition par voie sanguine	Transfusion sanguine	9 000 (9/10)
	Utilisation de drogues par injection (UDI) à l'aide d'une aiguille ayant déjà servi	67 (1/150)
	Piqûre d'aiguille percutanée	23 (1/435)
	Exposition d'une muqueuse à du sang contaminé (p. ex. éclaboussure dans l'œil)	10 (1/1 000)
Autre	Morsure, crachat, liquides organiques projetés (y compris le sperme et la salive), partage d'accessoires sexuels	Négligeable

Facteurs de risque de transmission périnataux

Si la mère est porteuse du VIH, la transmission de la mère à l'enfant peut se produire *in utero*, durant l'accouchement ou durant l'allaitement⁽¹¹⁾. Le risque de transmission varie entre 15 % et 45 %, mais diminue considérablement lorsque des stratégies de réduction du risque sont adoptées.

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse en utilisant le format OPQRST.

Début de l'infection

Le client peut présenter des infections opportunistes; la candidose buccale et la candidose œsophagienne sont les plus fréquentes⁽⁵⁾.

Infection aiguë symptomatique

- Se manifeste couramment par une constellation de symptômes aigus, que l'on appelle le syndrome rétroviral aigu.
- Symptômes constitutionnels couramment associés avec une infection aiguë par le VIH⁽⁵⁾ :
 - Fièvre
 - Fatigue
 - Myalgie, arthralgie
- Autres symptômes aigus possibles⁽⁵⁾ :
 - Adénopathie
 - Mal de gorge
 - Éruption cutanée, se produisant généralement après le début de la fièvre et persistant jusqu'à 8 jours
 - Diarrhée, nausée, anorexie, perte de poids
 - Maux de tête et autres manifestations neurologiques

N.B. : Aucun de ces symptômes n'est propre à l'infection à VIH, mais leur présence sur une période prolongée jumelée à l'observation d'ulcères cutanéomuqueux sont des signes évocateurs.

Infection chronique⁽⁸⁾

Symptômes non spécifiques (p. ex. maux de tête, fatigue, faible fièvre, sueurs nocturnes ou perte de poids).

Sida⁽⁷⁾

- Les maladies définissant le sida sont des infections opportunistes, la malignité ou d'autres maladies connexes (p. ex. encéphalopathie ou dépérissement).
- Le client peut signaler diverses lésions cutanéomuqueuses.

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

N.B. : Entre 10 % et 60 % des personnes ayant une infection à VIH aiguë sont asymptomatiques⁽⁵⁾.

Début d'infection et infection aiguë⁽⁵⁾

- Les signes le plus couramment associés à une infection aiguë à VIH comprennent ce qui suit :
 - Température élevée (entre 38 °C et 40 °C)
 - Adénopathie
 - Caractéristiques oropharyngées : œdème et hyperémie du pharynx, ulcération cutanéomuqueuse douloureuse (avec généralement un centre blanc et un pourtour érythémateux)
 - Éruption cutanée : lésions généralisées, petites (de 5 mm à 10 mm), bien délimitées, circulaires, de teinte rose à rouge foncé; lésions maculopapulaires principalement au visage, à la gorge et dans la région supérieure du thorax
 - Ulcères cutanéomuqueux sur la muqueuse buccale, dans l'œsophage, dans l'anus ou sur le pénis
 - Perte de poids

Nourrissons et enfants⁽¹²⁾

- Les manifestations cliniques varient et peuvent être non spécifiques.
- Les premières observations peuvent comprendre une hépatosplénomégalie et une adénopathie.
- Autres observations : retard de croissance, candidose buccale et retard de développement sont des caractéristiques courantes.

Infection à VIH chronique

Infection à VIH chronique sans immunosuppression grave⁽⁷⁾

- Un examen cutané complet est indiqué.
 - Les atteintes de la peau ou des muqueuses sont prédominantes, notamment : candidose vulvovaginale ou buccale, leucoplasie chevelue, dermatite séborrhéique ou folliculite.
- L'examen révèle souvent une adénopathie généralisée persistante, c.-à-d. au moins 2 sièges d'adénopathie non contigus persistant sur plus de 3 à 6 mois et ne s'expliquant pas autrement.
- Examens ciblés pour déceler des signes d'immunodéficience ou d'infection opportuniste :
 - Dépistage de trouble mental
 - Examen du champ visuel et du fond de l'œil
 - Examen de l'abdomen et du thorax
 - Examen pelvien et rectal

Sida et infection à VIH à un stade avancé

- Comme pour le sida au stade chronique, des examens ciblés pour déceler des signes d'immunodéficience ou d'infection opportuniste, y compris un examen cutanéomuqueux approfondi, s'imposent⁽⁷⁾.

Infections opportunistes

- Les caractéristiques cliniques des infections bactériennes peuvent comprendre les signes habituels (p. ex. température élevée, numération des globules blancs élevée), mais ne sont pas nécessairement cohérentes chez les enfants infectés par le VIH⁽⁴⁾.
- Les méthodes pour prévenir l'exposition et réduire le risque d'infections opportunistes sont décrites dans la rubrique *Prévention* de l'Annexe, Section A de ce guide.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Infection à VIH aiguë

- Syndrome de type mononucléosique découlant de⁽⁵⁾ :
 - cytomégalovirus
 - virus d'Epstein-Barr
- Toxoplasmose
- Rubéole
- Syphilis
- Infection gonococcique disséminée
- Hépatite virale

Observations cliniques distinguant l'infection à VIH aiguë d'autres diagnostics cliniques

- Les ulcères cutanéomuqueux sont rares dans toutes les affections susmentionnées, sauf la syphilis et l'herpès, et leur présence est évocatrice d'une infection à VIH.
- Une éruption cutanée généralisée est rare dans les autres affections.
- Une manifestation subite de symptômes, particulièrement l'œdème du pharynx et la diarrhée, peut être observée en cas d'infection à VIH aiguë.

COMPLICATIONS

Les complications d'une infection à VIH sont liées à la progression de la maladie et aux effets secondaires du traitement⁽¹³⁾.

- En l'absence de traitement antirétroviral (TAR), le VIH progresse plus rapidement vers le sida.
- Le sida est une affection qui apparaît lorsque l'infection à VIH est avancée.
 - Un certain nombre de maladies définissent le sida, par exemple une pneumonie bactérienne récurrente⁽¹³⁾. Pour plus de renseignements, consulter le *Tableau 2 : Maladies définissant le sida* à l'Annexe, Section A de ce guide.
 - On trouve une liste complète des maladies définissant le sida à la section 3.3.1, *Syndrome de l'immunodéficience acquise (sida)* du *Chapitre 3 – Vivre avec le VIH et le sida* dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/people-personnes/chapter-chapitre-3-fra.php>

- Après l'instauration d'un traitement antirétroviral (TAR), un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (SIRI) peut se manifester chez l'adulte et chez l'enfant⁽⁴⁾.
 - Le SIRI est une réponse inflammatoire à une maladie ou à un pathogène spécifique des patients infectés par le VIH, qui se manifeste parfois après l'instauration ou la réinstauration d'un TAR ou après un changement pour un TAR plus actif. Il s'accompagne généralement d'une hausse de la numération des lymphocytes CD4 et/ou d'une diminution rapide de la charge virale⁽²⁷⁾.
- Les jeunes infectés par le VIH et recevant un TAR présentent des taux supérieurs de séquelles à long terme (p. ex. dyslipidémie, asthme, eczéma, hypertension, diabète sucré et troubles thyroïdiens)⁽¹⁴⁾.
- Les jeunes infectés par le VIH finissent souvent par présenter des troubles psychiatriques (p. ex. troubles de l'humeur et troubles anxieux)⁽¹⁴⁾.

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire

Ces tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

Adultes

N.B. : Il peut arriver que le test de dépistage des antigènes-anticorps du VIH de 4^e génération ne donne pas de résultat positif durant les 15 à 20 jours suivant immédiatement l'infection⁽¹⁹⁾. Si le test de dépistage du VIH de confirmation ne donne pas de résultat déterminant ou si le soupçon clinique est fort, refaire une analyse au moyen d'un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour l'ARN du VIH. Le TAAN est le test pour le VIH qui raccourcit le plus la période de latence sérologique et permet de déceler une infection à VIH de 7 à 14 jours après l'infection⁽²⁰⁾.

Test de dépistage du VIH

- Les tests de dépistage du VIH de quatrième génération permettent de déceler l'infection chez 50 % des personnes atteintes dans les 18 jours suivant l'infection, chez 95 %, dans les 34 jours, et chez 99 %, dans les 45 jours⁽²⁰⁾.
- Les personnes qui doivent subir des tests de dépistage du VIH trouveront des renseignements complets à propos des procédures dans le *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php#e1>.

Nourrissons et enfants

- Pour diagnostiquer une infection à VIH chez les nourrissons et les enfants, on utilise des épreuves virologiques pour déceler la présence d'ARN ou d'ADN du VIH^(3; 18).
- Pour les enfants de plus de 24 mois, qu'ils aient ou non été exposés en période périnatale, on utilise un test de détection des anticorps anti-VIH.
- Pour les nourrissons ou les jeunes enfants dont la mère est atteinte par le VIH, des épreuves virologiques en série doivent être réalisées pour déceler le VIH⁽¹⁵⁾.

Dépistage des infections ou des maladies concomitantes⁽¹⁸⁾

- Dépistage de l'hépatite (virus de l'hépatite A, B et C). Pour de plus amples renseignements sur les tests, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Hépatite – Tableau 2*, Caractéristiques sérologiques des hépatites virales.
- Un dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) doit être effectué pour tous les clients venant de recevoir un diagnostic d'infection à VIH. Pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Infections transmissibles sexuellement (ITS) – Tests diagnostiques*.
- Dépistage de la tuberculose. Pour de plus amples renseignements sur les tests, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Tuberculose – Annexe, Section A – Tableau 2 : Effets secondaires possibles du traitement antituberculeux de première intention*.
- Test Pap pour déterminer s'il y a néoplasie associée au virus du papillome humain (VPH) (p. ex. cancer du col de l'utérus, cancer de l'anus).

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité associés au VIH
- Améliorer la qualité de vie
- Ralentir la progression de la maladie
- Diminuer la réplication du virus
- Retarder l'émergence de souches de VIH résistantes aux médicaments
- Prévenir la transmission de la maladie

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Dans le cadre de l'examen initial de tous les clients infectés par le VIH, effectuer un dépistage des infections concomitantes afin de déterminer les besoins en matière d'immunisation, de traitement ou de prophylaxie (pour de plus amples renseignements, consulter la section *Dépistage des infections ou des maladies concomitantes* de ce guide)⁽¹⁸⁾.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant⁽¹¹⁾

- Les stratégies de réduction/prévention des risques pour les clientes enceintes comprennent ce qui suit :
 - L'aiguillage de la cliente vers un spécialiste ayant l'expertise appropriée⁽⁸⁾.
 - L'administration d'un traitement antirétroviral (TAR), qui est la pierre angulaire des stratégies de prévention durant la grossesse ainsi que durant le travail et l'accouchement.
 - Un accouchement prévu dans un établissement de santé en mesure d'offrir un TAR à la mère, une prophylaxie intrapartum et une prophylaxie néonatale est recommandé.
 - L'allaitement est contre-indiqué si la mère est infectée par le VIH⁽⁸⁾.
 - Un allaitement de remplacement est recommandé pour les nourrissons dont la mère est infectée par le VIH⁽¹⁷⁾.

Enseignement au client

Pour de plus amples renseignements sur les moyens de prévenir l'acquisition du VIH, consulter la section *Prévention* à l'*Annexe, Section A* de ce guide.

- Parler au client des comportements à adopter pour réduire la transmission par voie sexuelle ou sanguine (p. ex. utiliser un condom ou un autre dispositif de protection de manière appropriée pour toutes les activités sexuelles, ne pas partager le matériel pour l'utilisation de drogues injectables [UDI]⁽⁵⁾) et des programmes de traitement de substitution aux opioïdes⁽¹⁰⁾.

- Expliquer au client en attente d'un diagnostic ce qu'est la « période de latence sérologique », c.-à-d. qu'à cause de la variabilité de la période d'incubation, une personne exposée au VIH peut obtenir un résultat négatif aux tests de dépistage parce que son organisme n'a pas encore produit d'anticorps⁽¹⁹⁾.
- Informer le client qui effectue des tests de dépistage du VIH qu'il peut trouver des renseignements complets à propos des procédures dans le document intitulé *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vih-gdd-fra.php>.
- Conseiller le client sur les stratégies pour vivre avec le VIH et le sida; lui expliquer que le traitement peut protéger son système immunitaire et lui permettre de vivre en santé⁽²¹⁾.
- Expliquer au client/à sa famille/au soignant l'utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

N.B. : La disponibilité des médicaments pour traiter le VIH varie selon le formulaire provincial/territorial; consulter la liste des services de santé non assurés (SSNA).

Traitement antirétroviral⁽⁸⁾

Traitement antirétroviral combiné (TARc)

- Le TARc est le traitement reconnu pour l'infection à VIH; il s'agit d'une combinaison d'au moins 3 médicaments antirétroviraux :
 - Le traitement de première intention comprend une combinaison de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) ou inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTtI), ainsi que d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ((INNTI), un inhibiteur de la protéase (IP) potentialisé par le ritonavir ou un inhibiteur de transfert de brin de l'intégrase (ITBI).
 - On trouve d'autres renseignements sur les médicaments ainsi que des outils d'identification des comprimés dans CATIE, à l'adresse <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/traitement-antiretroviral/annexes/b>.
- Le TARc s'appliquant aux adolescents suit les mêmes principes que le TARc pour les adultes⁽¹⁶⁾.
- Le TARc est recommandé pour les femmes enceintes, afin de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant⁽²³⁾.
- Le TARc réduit le taux d'infections opportunistes et améliore la survie⁽⁴⁾.
 - L'instauration d'un TARc en présence d'une infection opportuniste aiguë requiert une expertise; parmi les difficultés, citons les interactions médicamenteuses, qui peuvent accroître la toxicité et réduire l'efficacité du traitement⁽⁴⁾.
- Le médicament spécifique à utiliser dépend de la charge virale et du génotype du client, ainsi que de la présence des affections concomitantes suivantes⁽²²⁾ :
 - Dysfonction rénale (TFGe)
 - Cardiopathie confirmée, ou facteurs de risque de cardiopathie
 - Coinfection par la VHB
 - Ostéoporose⁽⁶⁾
- Les avantages possibles de l'instauration d'un TARc sont les suivants⁽²³⁾ :
 - Réduction des taux de morbidité et de mortalité

- Atténuation de la gravité des symptômes
- Diminution du risque de transmission
- Réduction du réservoir viral et amélioration de la capacité des cellules immunitaires à maîtriser le virus
- Risques associés à l'instauration d'un TARc⁽²³⁾ :
 - Mutations entraînant une résistance aux médicaments si le traitement n'est pas respecté; pour contrer ce risque, l'observance stricte du traitement est essentielle.
 - Toxicité, p. ex. effet néfaste sur la densité osseuse et la fonction rénale.

Prophylaxie pour prévenir la transmission du VIH

- Traitement comme outil de prévention (TOP) : traitement antirétroviral administré pour réduire le risque de transmission au(x) partenaire(s) sexuel(s).
- Prophylaxie pré-exposition (PPrE) : traitement antirétroviral continu pour les personnes présentant un risque élevé d'acquisition du VIH.
- Prophylaxie post-exposition (PPE) : traitement antirétroviral à court terme administré après une exposition possible au VIH (dans un contexte professionnel ou non).

Prophylaxie pour lutter contre les infections opportunistes chez les personnes infectées par le VIH⁽⁸⁾

- Une prophylaxie contre la pneumonie pneumocystique (PPC) peut être indiquée si la numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/microlitre.
- Une prophylaxie contre *Toxoplasma gondii* (toxoplasmose) est indiquée si la numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 100 cellules/microlitre.
- Une prophylaxie contre le complexe *Mycobacterium avium* (MAC) peut être envisagée en l'absence d'infection active et si la numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 50 cellules/microlitre.

- Dans le cas des enfants infectés par le VIH et présentant une immunodéficience grave et des infections bactériennes récurrentes ou invasives, un traitement antimicrobien approprié pourrait être nécessaire⁽⁴⁾.

Traitement contre le SIFI⁽⁴⁾

- Un traitement contre le SIFI est administré selon la gravité de la maladie :
 - Les cas bénins font l'objet d'une surveillance en laboratoire et en clinique;
 - Des AINS peuvent être administrés dans les cas modérés pour soulager les symptômes;
 - Des corticostéroïdes, p. ex. la dexaméthasone, peuvent être administrés dans les cas graves.

Vaccination⁽⁸⁾

- Les clients ayant une infection à VIH avancée et une faible numération des lymphocytes CD4 ne doivent pas recevoir de vaccins vivants⁽⁴⁾.
- Le statut d'immunisation doit être optimisé pour protéger le client contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin. Pour les adultes infectés par le VIH, les vaccins suivants sont recommandés :
 - Vaccin annuel contre la grippe
 - Vaccin antipneumococcique
 - Vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B
- La vaccination des enfants infectés par le VIH doit être optimisée pour protéger contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin, en fonction de ce qui est indiqué pour leur âge⁽⁴⁾.

Pour de plus amples renseignements sur la vaccination des personnes infectées par le VIH, consulter le *Tableau 5 : Vaccination des personnes infectées par le VIH* publié par l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-07-fra.php>.

N.B. : La vaccination contre le BCG est contre-indiquée dans le cas des clients immunodéficients, y compris ceux qui sont infectés par le VIH⁽²⁴⁾.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

- Surveiller les signes vitaux selon l'état du client.
- Après l'instauration d'un TARc, surveiller les effets indésirables et la toxicité au moyen d'évaluations cliniques et en laboratoire⁽⁴⁾.
- Dans le cas des clients recevant un TARc :
 - Faire un suivi à intervalles réguliers pour dépister les maladies cardiovasculaires et l'hyperlipidémie⁽⁷⁾.
- Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI⁽²⁵⁾

N.B. : Une surveillance à intervalles plus courts peut être indiquée si des signes de détérioration cliniques se manifestent⁽⁴⁾.

- Clients infectés par le VIH asymptomatiques ne recevant pas de traitement : tous les 3 à 6 mois.
- Clients infectés par le VIH recevant un traitement : la périodicité du suivi varie selon les cas.
- Clients recevant un TARc : détermination régulière en laboratoire de la charge virale et de la numération des lymphocytes CD4, selon les directives du spécialiste du VIH ou du spécialiste en médecine interne.
- Clients infectés par le VIH :
 - Revoir le statut d'immunisation à chaque visite et administrer les vaccins requis⁽⁴⁾;
 - Test cutané à la tuberculine (TCT) avant tout traitement, puis selon l'état clinique.

- Suivi des nourrissons (dont la mère est infectée par le VIH) : surveillance de la croissance, observance du calendrier d'immunisation, dépistage continu du VIH.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiquée.
- Coordonner les demandes de consultation, le cas échéant :
 - Spécialiste du VIH/ressources locales pour un suivi continue, un traitement et/ou des services de counseling.

Déclaration

- L'infection par le VIH est une maladie à déclaration obligatoire dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada⁽²⁶⁾. Consulter les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire.

Pour de plus amples renseignements, consulter le *Chapitre 3 : Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada* publié par l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/3-fra.php>

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

TABEAU 2

Maladies définissant le sida⁽⁷⁾

MALADIES ASSOCIÉES AU SIDA
<p>Infections bactériennes multiples ou récurrentes</p> <p>Candidose des bronches, de la trachée ou des poumons</p> <p>Candidose de l'œsophage</p> <p>Cancer du col utérin invasif</p> <p>Coccidioïdomycose diffuse ou extrapulmonaire</p> <p>Cryptococcose extrapulmonaire</p> <p>Cryptosporidiose intestinale chronique (durée >1 mois)</p> <p>Infection à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques) se manifestant à un âge >1 mois</p> <p>Rétinite à cytomégalovirus (avec cécité)</p> <p>Encéphalopathie liée au VIH</p> <p>Herpès simplex: ulcérations chroniques (durée >1 mois) ou bronchite, pneumonite ou œsophagite (se manifestant à un âge >1 mois)</p> <p>Histoplasmose diffuse ou extrapulmonaire</p> <p>Isosporiase intestinale chronique (durée >1 mois)</p> <p>Sarcome de Kaposi</p> <p>Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)</p> <p>Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)</p> <p>Lymphome primaire du cerveau</p> <p>Complexe <i>Mycobacterium avium</i> (MAC) ou <i>Mycobacterium kansasii</i> (infection diffuse ou extrapulmonaire)</p> <p><i>Mycobacterium tuberculosis</i>, tout site, infection pulmonaire, diffuse ou extrapulmonaire</p> <p><i>Mycobacterium</i> appartenant à une autre espèce ou à une espèce non identifiée, infection diffuse ou extrapulmonaire</p> <p>Pneumonie à <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PJP) (auparavant <i>Pneumocystis carini</i>)</p> <p>Pneumonie récurrente</p> <p>Leucoencéphalopathie multifocale progressive</p> <p>Septicémie à <i>Salmonella</i> récurrente</p> <p>Toxoplasmose du cerveau, se manifestant à un âge >1 mois</p> <p>Syndrome cachectique dû au VIH</p>

Prévention⁽⁹⁾

- **Pour les personnes infectées par le VIH**, particulièrement les adolescents, les stratégies de réduction du risque de transmission comprennent l'utilisation du condom et la diminution des pratiques sexuelles à risque élevé⁽¹⁶⁾. Les condoms masculins offrent un degré élevé de protection; utilisés correctement, ils réduisent de 80 % à 97 %⁽⁶⁾ la transmission du VIH.
- **Pour les personnes présentant un risque d'acquisition du VIH**, une prophylaxie avant et après l'exposition peut prévenir l'acquisition. Le dépistage systématique

par des tests du VIH pour détecter rapidement une infection et amorcer un traitement constitue un élément clé pour prévenir la transmission.

- Les stratégies de réduction du risque sont axées sur la diminution des risques de transmission et d'acquisition. Pour les enfants dont la mère est infectée par le VIH, la réduction du risque de transmission verticale est cruciale. Les facteurs suivants peuvent représenter des obstacles à l'efficacité de la prévention :
 - les femmes enceintes qui ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH;

- le manque d'accès à des soins prénataux;
 - les femmes qui doivent être éduquées quant aux mesures à prendre pour réduire le risque de transmission;
 - l'interruption du traitement antirétroviral (TAR) durant la grossesse, p. ex. à cause de nausées ou de vomissements.
- Pour de plus amples renseignements sur le VIH chez la femme enceinte, le nourrisson et l'enfant, consulter le document intitulé *HIV Among Pregnant Women, Infants, and Children* des *Centers for Disease Control and Prevention*, à l'adresse : <http://www.cdc.gov/hiv/group/gender/pregnantwomen/index.html> (en anglais seulement).

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Alberta Guidelines for Non-Occupational and Mandatory Testing and Disclosure Act Post-Exposure Management and Prophylaxis: HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, and Sexually Transmitted Infections. À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/6861344> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

HIV Testing Guidelines for the Province of British Columbia. À l'adresse <http://hivguide.ca/> (en anglais seulement)

Primary Care Guidelines

À l'adresse <http://www.cfenet.ubc.ca/> (en anglais seulement)

AUTRES RESSOURCES

BC Centre for Disease Control. *Chee Mamuk (Aboriginal Health)*. [Internet] à l'adresse <http://www.bccdc.ca/our-services/programs/chee-mamuk-aboriginal-health> (en anglais seulement)

Centre de distribution de CATIE (Canadian AIDS Treatment Information Exchange). Rubriques *Transmission, dépistage et diagnostic; Traitement; Traitement Actualités; et Vivre avec le VIH et/ou l'hépatite C*. [Internet] à l'adresse <http://orders.catie.ca/index.php?cPath=13>

Gouvernement du Canada. *VIH et SIDA*. [Internet] à l'adresse <http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/vih-et-sida.html>

Agence de la santé publique du Canada. *Virus de l'immunodéficience humaine – Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php>

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. National Aboriginal Health Organization. *HIV/AIDS – A fact sheet*. National Aboriginal Health Organization. [Internet] Ottawa (Ontario) : National Aboriginal Health Organization; 2009. (N'est plus disponible en ligne)
2. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/sida et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/youth-jeunes/index-fra.php>
3. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A et Read SE. « A national review of vertical HIV transmission ». *AIDS* 26(6), 757 à 763. doi :10.1097/QAD.0b013e328350995c

4. Panel on Opportunistic Infections in HIV-Exposed and HIV-Infected Children. « Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-exposed and HIV-infected children ». *Pediatr Infect Dis J*. 2013;32, A1–KK1. doi:10.1097/01.inf.0000437856.09540.11
5. Sax PE. « Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
6. Rothman R et Ehmman M. *HIV infection. BMJ Best Practice*. [Internet] Londres : BMJ Evidence Centre; 2015. Consulté à l'adresse www.bestpractice.bmj.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
7. Bartlett JG. « The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
8. Harris M, Montessori V et Montaner JSG. « HIV Infection », dans *Compendium of Therapeutic Choices*, 7^e édition, sous la direction de B. Jovaisas, L. Arman, F. Dandachi, J. Hutsul, G. Lewis, N.L. Pearson et A. Raghuveer. [Internet] Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada; 2014, p. 1361 à 1377.
9. Cohen MS. « HIV infection: risk factors and prevention strategies ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
10. Ard K. « HIV prevention ». [Internet] Ipswich (MA) *Dynamed* : EBSCO Information Services; 2016. Consulté à l'adresse www.dynamed.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
11. Flynn PM, Abrams EJ et Fowler MG. « Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
12. Gillespie SL. « Pediatric HIV infection: classification, clinical manifestations, and outcome ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
13. Agence de la santé publique du Canada. *Chapitre 3 - Vivre avec le VIH et le sida. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/people-personnes/chapter-chapitre-3-fra.php>
14. Mirani G, Williams PL, Chernoff M, Abzug MJ, Levin MJ et Van Dyke RB. « Changing trends in complications and mortality rates among US youth and young adults with HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy ». *Clin Infect Dis*; 2016, 61(12), p. 1850 à 1861. doi:10.1093/cid/civ687
15. Gillespie SL. « Diagnostic testing for HIV infection in infants and children younger than 18 months ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
16. Gillespie SL. « The adolescent with HIV infection ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse : www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
17. Gillespie SL. « Fever in human immunodeficiency virus-infected children ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)

18. Libman H et Pollack TM. « Initial evaluation of the HIV-infected adult ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
19. Agence de la santé publique du Canada. *Virus de l'immunodéficience humaine - Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php>
20. CATIE. *Les technologies de dépistage du VIH*. [Internet] Toronto (ON) : CATIE, la source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C; 2015. Consulté le 2 février 2017, à l'adresse <http://www.catie.ca/fr/feuilles-info/de-pistage/les-technologies-depistage-vih>
21. Société canadienne du sida. *Parler de dépression, d'anxiété et de VIH/sida*. [Internet] Ottawa (ON) : Société canadienne du sida; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.cdnaids.ca/fr/parler-de-depression-danxiete-et-de-vihsida/>
22. Bartlett JG et Sax PE. « Selecting antiretroviral regimens for the treatment-naïve HIV-infected patient ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse : www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
23. Sax PE. « Acute and early HIV infection: Treatment ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
24. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-meas-roug-fra.php>
25. Agence de la santé publique du Canada. *Section 5 - Prise en charge et traitement d'infections spécifiques. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcdits/section-5-8-fra.php>
26. Agence de la santé publique du Canada. *Chapitre 3 : Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2010. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/vih-sida/guide-depistage-diagnostic-infection-vih.html>
27. New York State Department of Health AIDS Institute. « Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS) in HIV-Infected Patients ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2009. Consulté à l'adresse <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/immune-reconstitution-inflammatory-syndrome-iris-in-hiv-infected-patients/>

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « HIV Infection », dans *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)*. Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada; 2014, p. 1361 à 1377.

Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP-NI). Avril 2016.

Santé Canada. Liste des médicaments du Programme des services de santé non assurés de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. 2015.

Kim, K.K., C.B. Bridges et K.H. Harriman.
« Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older - United States, 2016 ». Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). Dans *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6504a5.htm>

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A (SGA)

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant des infections invasives à streptocoque du groupe A, là où elles sont disponibles.

L'infection invasive à streptocoque du groupe A (SGA) est une maladie grave et parfois fatale, caractérisée par l'invasion bactérienne de diverses parties du corps où on ne trouve habituellement pas de bactéries. De telles infections peuvent se manifester sous forme de différents syndromes cliniques : pneumonie, cellulite, bactériémie, sepsis puerpéral, fasciite nécrosante ou choc toxique streptococcique⁽¹⁾.

Deux des formes les plus graves, mais également les moins fréquentes, d'infections invasives causées par des streptocoques du groupe A sont la fasciite nécrosante et le syndrome de choc toxique streptococcique⁽¹⁾.

Ce *Guide de pratique clinique* est principalement axé sur la fasciite nécrosante – une infection sous-cutanée⁽²⁾ relativement rare caractérisée par une destruction fulminante des tissus, des signes systémiques de toxicité et une mortalité élevée⁽¹⁾.

Pour de plus amples renseignements sur le syndrome de choc toxique streptococcique, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Syndrome du choc toxique*.

La fasciite nécrosante constitue une urgence chirurgicale et médicale. Tous les clients chez qui on soupçonne une fasciite nécrosante doivent faire l'objet d'une évacuation médicale. Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne.

CAUSES

- La fasciite nécrosante monomicrobienne est généralement attribuable à un streptocoque du groupe A⁽¹⁾.

N.B. : L'infection peut être causée par un streptocoque du groupe A seulement, ou par d'autres agents pathogènes, le plus souvent *Staphylococcus aureus*⁽¹⁾.

TRANSMISSION

- Gouttelettes de salive
- Contact direct avec des écoulements nasaux ou des lésions infectées⁽⁷⁾

PÉRIODE D'INCUBATION

- Généralement de 1 à 3 jours, selon la voie d'inoculation⁽⁸⁾

CONTAGIOSITÉ

7 jours avant l'apparition des symptômes, jusqu'à 24 heures après l'administration d'une antibiothérapie efficace⁽⁶⁾

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

- Diabète sucré
- Maladie vasculaire artériosclérotique
- Insuffisance veineuse accompagnée d'œdème
- Stase veineuse ou insuffisance vasculaire⁽²⁾
- Lésions cutanées, y compris les plaies chirurgicales ou traumatiques et les plaies associées à la varicelle, à l'accouchement, à l'utilisation de drogues injectables et aux ulcères^(1; 2)
- Obésité⁽¹⁾
- Immunodéficience^(1; 3)
- Contact étroit récent avec une personne ayant une fasciite nécrosante⁽³⁾
- Maladie chronique, y compris les maladies touchant le cœur, les poumons ou le foie⁽³⁾

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Forte fièvre
- Tuméfaction de la peau s'étendant rapidement, présentant une rougeur, très douloureuse et chaude au toucher (une tuméfaction se produit parfois au siège d'une blessure mineure, par exemple une petite coupure ou une ecchymose, mais il arrive qu'elle se manifeste alors qu'il n'y a pas de source d'infection apparente⁽³⁾)
- Symptômes systémiques : malaise, myalgies, diarrhée et anorexie⁽¹⁾

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Symptômes aigus, escaladant rapidement
- Zone touchée pouvant présenter de l'érythème (sans marge nette) et être enflée, chaude, luisante et extrêmement sensible⁽¹⁾
- Inflammation cutanée sus-jacente, pouvant ressembler à une cellulite⁽²⁾
- Les caractéristiques suivantes indiquent une atteinte des tissus profonds :
 - Douleur extrême qui semble démesurée par rapport aux observations recueillies à l'examen physique

- Toxicité systémique, notamment : forte fièvre, tachycardie, hypotension, altération de l'état mental (p. ex désorientation, léthargie)^(1; 2)
- Antibiothérapie initiale inefficace⁽²⁾
- Tissus sous-cutanés durs comme du bois au toucher (les groupes de muscles sous-jacents ne pouvant pas être palpés distinctement), dans un rayon allant au-delà de la zone cutanée apparemment atteinte^(1; 2)
- Œdème ou sensibilité au toucher s'étendant au-delà de l'érythème cutané⁽²⁾
- Crépitation palpable, indiquant la présence de gaz dans les tissus⁽¹⁾
- Lésions vésiculaires (cloques cutanées contenant un liquide rose ou rouge foncé)
- Nécrose cutanée ou ecchymoses, gangrène et anesthésie^(1; 2)
- Lymphangite et lymphadénite sont rares.⁽¹⁾

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

- Cellulite
- Thrombose veineuse profonde
- Gangrène gazeuse⁽¹⁾
- Syndrome de choc toxique⁽⁴⁾
- Fasciite nécrosante attribuable à d'autres pathogènes aérobie ou anaérobies (infections monobactériennes ou polymicrobiennes)⁽²⁾

COMPLICATIONS

- Toxicité/sepsis/choc systémiques
- Syndrome de loges
- Perte/amputation d'un membre
- Décès⁽¹⁾

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire

Ces tests devraient être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

- FSC
- Taux sériques de la créatinine kinase, du lactate et de la créatinine
- Hémoculture et antibiogramme⁽¹⁾

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

N.B. : La fasciite nécrosante constitue une urgence chirurgicale exigeant le débridement rapide de tous les tissus nécrotiques, y compris l'amputation, afin de limiter l'infection. Le recours à une antibiothérapie sans débridement chirurgical est associée à un taux de mortalité de près de 100 %⁽¹⁾.

N.B. : Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne en cas d'infection invasive à SGA ou de fasciite nécrosante soupçonnée. Il faut également consulter le médecin de la santé publique responsable pour faciliter la recherche des contacts du cas index d'infection invasive à SGA ou de fasciite nécrosante.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Réduire le taux de morbidité
- Prévenir les complications
- Enrayer l'infection
- Empêcher la transmission de l'infection

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Protéger la zone infectée pour prévenir la progression de l'infection en attendant l'évacuation médicale.
- Administrer une oxygénothérapie, s'il y a lieu. Pour de plus amples renseignements sur le recours à l'oxygénothérapie pour la prise en charge d'un état de choc, consulter *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 14 – Urgences générales et traumatismes majeurs – Choc*.

Enseignement au client

- Expliquer au client et à ses proches les façons de prévenir l'infection et la transmission de la maladie.
- Enseigner au client les soins à apporter à ses blessures⁽⁵⁾ :
 - Couvrir les plaies exsudatives ou ouvertes d'un pansement propre et sec jusqu'à ce qu'elles soient guéries.
 - Ne pas retarder l'administration de premiers soins aux plaies non infectées comme les cloques, les égratignures ou toute autre coupure de l'épiderme, même si elles paraissent mineures.
 - Si le client a une plaie ouverte ou une infection active, lui conseiller d'éviter d'utiliser un bain tourbillon, un spa ou une piscine jusqu'à ce que l'infection soit guérie.
 - Se laver souvent les mains avec du savon et de l'eau ou, s'il n'est pas possible de se laver les mains, utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool.
 - Traiter comme il se doit les blessures et coupures mineures : laver à l'eau tiède savonneuse la zone touchée et couvrir d'un pansement pour la garder sèche et propre⁽³⁾.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Thérapie intraveineuse

- Si le client présente des signes de sepsis ou de choc septique, une réanimation liquidienne énergétique est nécessaire :
 - Installer 2 intraveineuses de gros calibre contenant du chlorure de sodium à 0,9 %.

Pour de plus amples renseignements sur la prise en charge d'un état de choc, consulter *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 14 – Urgences générales et traumatismes majeurs – Choc*.

Antibiothérapie

Une exploration chirurgicale est le seul moyen d'établir avec certitude le diagnostic de fasciite nécrosante et de prélever les spécimens nécessaires pour identifier le(s) pathogène(s) responsable(s)⁽¹⁾. Par conséquent, il faut donc administrer une antibiothérapie empirique à large spectre, qui cible notamment les organismes aérobies et anaérobies, ainsi que la souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM); il faut également considérer le SGA et les espèces du genre *Clostridium*^(1; 2).

N.B. : Plusieurs agents peuvent être utilisés en combinaison dans le cadre d'une antibiothérapie empirique pour traiter une fasciite nécrosante. Si la présence de SARM est confirmée ou soupçonnée, l'administration de vancomycine est recommandée⁽²⁾. En consultation avec l'établissement de santé de départ, déterminer les antibiotiques à administrer en attendant l'évacuation médicale.

Voici des exemples d'antibiothérapies empiriques possibles⁽²⁾ :

Vancomycine

- Vancomycine 15 mg/kg IV q12h

ou

CefTRIAXone

- CefTRIAXone 1 à 2 g IV q24h ou

Métronidazole

- Métronidazole 500 mg IV q6h
- ou

Fluoroquinolone et métronidazole

- Fluoroquinolone et métronidazole

S'il est confirmé qu'un SGA est le pathogène responsable, appliquer le schéma posologique suivant⁽²⁾ :

Pénicilline

- Pénicilline G 12 à 24 millions d'unités IV

en 24 heures, divisées en doses q4 à 6 h

et

Clindamycine

- Clindamycine 600 à 900 mg IV q8h

Chimioprophylaxie pour les contacts étroits

Il pourrait convenir d'administrer une chimioprophylaxie aux contacts étroits d'un client ayant reçu un diagnostic grave d'infection invasive à SGA/fasciite nécrosante, selon les lignes directrices provinciales/territoriales en matière de santé publique et en consultation avec le médecin de la santé publique responsable.

Pour en savoir davantage à propos des contacts étroits, consulter la rubrique *Contacts étroits* à l'Annexe, Section A du présent guide; pour de plus amples renseignements à propos de la chimioprophylaxie pour les contacts étroits, consulter la page Web suivante : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/infection-a-streptocoque-envahissante-du-groupe-A>.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

- Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.
- Surveiller les signes vitaux selon l'état du client.
- Surveiller l'apport liquidien et le débit urinaire.
- Surveiller l'évolution de la plaie.

SUIVI

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si cliniquement indiquée.
- Consulter le médecin de la santé publique responsable et/ou les lignes directrices provinciales/territoriales en matière de santé publique pour tous les cas soupçonnés ou confirmés d'infection invasive à SGA.

Déclaration

L'infection invasive à SGA/fasciite nécrosante est une maladie à déclaration obligatoire dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada. Chaque province et territoire a mis en place des procédures pour le signalement rapide des cas au médecin de la santé publique responsable et la déclaration en temps opportun à l'autorité de santé publique provinciale/territoriale concernée⁽⁶⁾.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Contacts étroits⁽⁶⁾ :

- Contacts familiaux qui ont passé une moyenne d'au moins 4 heures par jour au cours des 7 derniers jours ou 20 heures par semaine avec le cas.
- Personnes ne faisant pas partie de la famille qui ont couché dans le même lit que le cas ou ont eu des relations sexuelles avec lui.
- Personnes qui ont eu des contacts muqueux directs avec les sécrétions orales ou nasales d'un cas (p. ex. bouche-à-bouche, baiser la bouche ouverte) ou un contact direct non protégé avec une lésion cutanée ouverte chez le cas.
- Utilisateurs de drogues injectables qui ont partagé des aiguilles avec le cas.
- Certains contacts dans les établissements de soins de longue durée.
- Certains contacts en milieu de garde – particulièrement ceux qui ont eu la varicelle.
- Certains contacts dans les hôpitaux

N.B. : Pour être considérée comme contact étroit, une personne doit avoir été en contact avec le cas dans les 7 jours précédant l'apparition des symptômes et/ou dans les 24 heures suivants l'instauration d'une antibiothérapie.

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Alberta Health
Public Health Notifiable Disease Management Guidelines: Streptococcal Disease – Group A, Invasive. À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/streptococcal-disease-group-a-invasive> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control

Communicable Disease Control Manual: Communicable Disease Control: Invasive Group A Streptococcal Disease. À l'adresse <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/iGAS.pdf> (en anglais seulement)

Manitoba

Santé publique et Soins primaires

Communicable Disease Management Protocols: Reporting of Streptococcal invasive disease (Group A) (Streptococcus pyogenes). À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/igas.pdf> (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

Santé et Services communautaires

Newfoundland and Labrador Disease Control Manual. À l'adresse <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/diseasecontrol/dcrep.pdf> (en anglais seulement)

Territoires du Nord-Ouest

Santé et Services sociaux. *Communicable Disease Manual*. À l'adresse <http://www.hss.gov.nt.ca> (cliquer sur *HSS Professionals (staff only)* et entrer code d'utilisateur et mot de passe) (en anglais seulement)

Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Communicable Diseases Manual: Streptococcal Toxic Shock Syndrome [STSS] General Information. À l'adresse <http://www.novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/STSS-General-Information.pdf> (en anglais seulement)

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue

durée *Infectious Diseases Protocol: Group A Streptococcal Disease, invasive (iGAS)*. À l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/gas_chapter.pdf (en anglais seulement)

Yukon

Santé et Affaires sociales

Invasive Group A Streptococcal Disease: Yukon Communicable Disease Control. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_igas.pdf (en anglais seulement)

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Stevens DL et Baddour LM. « Necrotizing soft tissue infections ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2014. Consulté le 7 avril 2016, à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
2. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC et Wade JC.. « Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America ». *Clin Infect Dis*; 2014. (59), doi: 10.1093/cid/ciu296
3. Agence de la santé publique du Canada. « Maladie mangeuse de chair ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. Consulté le 2 mai 2016, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-mangeuse-chair.html>
4. Edlich RF. « Necrotizing Fasciitis Differential Diagnoses ». [Internet] New York. NY: Medscape; 2016. Consulté le 2 mai 2016, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
5. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Necrotizing Fasciitis: A rare disease, especially for the healthy ». [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.); 2015. Consulté à l'adresse <https://www.cdc.gov/features/necrotizingfasciitis/>

6. Agence de la santé publique du Canada. « Supplément - Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A. Relevé des maladies transmissibles au Canada ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2006. Consulté le 30 mai 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s2/index-fra.php>

7. Agence de la santé publique du Canada. « Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes - Streptococcus pyogenes ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2010. Consulté le 2 mai 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/strep-pyogenes-fra.php>

8. Santé publique et Soins primaires. « Streptococcal Invasive Disease (Group A) Reporting and Case Investigation Communicable Disease Control ». [Internet] Winnipeg (MB) : Gouvernement du Manitoba; 2016. Consulté le 1^{er} décembre 2016, à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/igas.pdf>

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics* (CTC 7). Ottawa : 2014.

Santé Canada (2016). *Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)*. Avril 2016.

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

APERÇU

Consulter les directives provinciales/territoriales traitant de la mononucléose, là où elles sont disponibles.

La mononucléose infectieuse est une infection virale aiguë généralement résolutive, caractérisée par de la fièvre, de la fatigue, une sensation de malaise, une pharyngite et une adénopathie cervicale. La durée de la maladie est variable : sans complication, elle dure habituellement 1 à 4 semaines, tandis que le malaise et la fatigue peuvent persister plusieurs mois. La mononucléose infectieuse est plus courante chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement les étudiants de niveau collégial^(1; 2).

CAUSE

Virus d'Epstein-Barr, également appelé herpèsvirus humain de type 4⁽³⁾

TRANSMISSION

- La mononucléose infectieuse se transmet le plus souvent par contact direct avec la salive d'une personne infectée (d'où le nom de « maladie du baiser » qu'on lui donne parfois)^(3; 4).
- Les autres modes de transmission sont les suivants :
 - Contact sexuel (le virus d'Epstein-Barr a été isolé dans les cellules épithéliales du col de l'utérus et dans le sperme)
 - Transfusion sanguine
 - Greffe d'organe⁽²⁾

PÉRIODE D'INCUBATION

30 à 50 jours⁽⁴⁾

CONTAGIOSITÉ

- La période de contagion est prolongée et indéterminée⁽¹⁾.
- Après l'infection primaire, le virus d'Epstein-Barr demeure dans l'hôte à vie et est excrété de façon intermittente et asymptomatique de l'oropharynx⁽¹⁾.
- La fréquence de l'excrétion et les niveaux des titres sont plus élevés chez les personnes immunodéficientes (p. ex. les receveurs d'une allogreffe d'organe et les personnes infectées par le virus de l'immunodéficiency humaine (VIH))⁽¹⁾.

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

- Personnes :
 - Entre 15 et 24 ans⁽³⁾
 - Vivant à proximité immédiate d'un grand nombre de personnes⁽⁵⁾
 - Ayant une résistance immunitaire affaiblie à cause d'une autre maladie, du stress ou de la fatigue⁽⁵⁾

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

Le client peut signaler les symptômes suivants :

- Fièvre
- Mal de gorge
- Fatigue extrême, malaise (généralement au plus fort durant les 2 ou 3 premières semaines, et pouvant durer plusieurs mois)
- Maux de tête et courbatures
- Douleurs abdominales, nausées ou vomissements⁽⁶⁾

SIGNES PHYSIQUES

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Température élevée⁽⁴⁾
- Pharyngite⁽⁴⁾
- Amygdalite⁽⁴⁾
- Adénopathie, plus couramment localisée dans les ganglions lymphatiques cervicaux postérieurs⁽³⁾, mais devenant parfois plus généralisée^(3; 4)
- Pétéchies palatines⁽⁴⁾
- Œdème périorbitaire⁽⁴⁾
- Éruption maculopapuleuse, particulièrement chez les personnes ayant récemment pris de l'amoxicilline ou de l'ampicilline; une telle éruption a aussi été rapportée chez les personnes ayant récemment pris de la céphalexine, de l'azithromycine ou de la lévofloxacine^(4; 6)
- Splénomégalie⁽⁴⁾
- Hépatomégalie⁽⁴⁾
- Ictère⁽⁴⁾

N.B. : On observe le trio de diagnostic fièvre-pharyngite-adénopathie dans la majorité des cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

- Infection à cytomégalovirus⁽⁷⁾
- Pharyngite à streptocoque du groupe A⁽³⁾
- Hépatite A, B ou C⁽²⁾
- VIH⁽³⁾
- Rubéole⁽⁷⁾
- Syphilis secondaire
- Toxoplasmose (rare)⁽³⁾
- Pharyngite virale⁽⁸⁾

COMPLICATIONS

- Rupture de la rate⁽⁴⁾
- Hépatite⁽¹⁾
- Anémie hémolytique⁽⁴⁾
- Thrombocytopénie⁽¹⁾
- Agranulocytose⁽⁹⁾
- Méningite aseptique⁽³⁾
- Encéphalite⁽⁷⁾
- Syndrome de Guillain-Barré⁽³⁾
- Myocardite⁽⁷⁾
- Hypertrophie des amygdales (parfois grave, menant à une obstruction des voies respiratoires)⁽⁷⁾
- Orchite (rare)⁽¹⁰⁾
- Le syndrome lymphoprolifératif post-greffe (SLPG) est une complication connue de la greffe d'organe plein et de l'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques; il constitue une cause courante de malignité après une greffe et est souvent associé à une infection par le virus d'Epstein-Barr, attribuable soit à l'acquisition du virus après la greffe, soit à une infection primaire par le virus. L'infection primaire par le virus d'Epstein-Barr peut provenir du donneur ou, moins fréquemment, de l'environnement⁽¹¹⁾.

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire

Les tests devraient être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

- Test de dépistage d'anticorps hétérophiles (MNI-test)

N.B. : Environ le tiers des cas ne sont pas révélés par un MNI-test effectué durant la première semaine de la maladie, mais plus de 80 % le sont si le test est effectué durant la deuxième semaine.

- FSC (lymphocytose caractéristique)⁽⁷⁾
- Culture et antibiogramme de gorge et épreuve de détection rapide d'antigènes pour éliminer une pharyngite à streptocoque du groupe A
 - Tests de la fonction hépatique (p. ex. ALT, AST, bilirubine)
 - Tests sérologiques du VIH pour éliminer une infection aiguë par le VIH chez les clients à risque, étant donné que l'infection par le VIH primaire ressemble à une infection aiguë par le virus d'Epstein-Barr⁽¹⁾

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Offrir des soins de confort au client jusqu'à son rétablissement
- Prévenir les complications
- Prévenir la transmission de la maladie

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

- Conseiller au(x) parent(s)/soignant(s)/client de :
 - Veiller à un apport liquidien suffisant et à la consommation des aliments tolérés, en insistant sur l'importance d'une alimentation bien équilibrée
 - Reprendre les activités, en tenant compte de l'état de santé
 - Réduire le stress, dans la mesure du possible
 - Éviter de soulever des poids lourds⁽¹⁾
 - Éviter les sports de contact pendant au moins un mois, jusqu'à ce que la splénomégalie soit résolue
 - Revenir à la clinique pour un autre examen si les signes et symptômes de la maladie ne s'améliorent pas.
- Expliquer l'utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.
- Le client pédiatrique ne doit pas recevoir d'acide acétylsalicylique (AAS) ni tout autre produit contenant de l'AAS. L'AAS augmente le risque de contracter le syndrome de Reye, qui peut endommager le foie et le cerveau.

Pour réduire le risque de transmission de la mononucléose, conseiller au client :

- D'éviter l'exposition aux liquides corporels, particulièrement la salive
- D'éviter de partager des boissons, des aliments, des tasses, des ustensiles ou des cigarettes^(2; 7)
- De bien se laver les mains
- D'éviter de donner du sang jusqu'à ce que l'infection soit complètement guérie et en respectant les directives de la Société canadienne du sang.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Analgésiques/Antipyrétiques

Acétaminophène

- Acétaminophène 325 à 650 mg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : 4 000 mg en 24 heures

Ibuprofène

- Ibuprofène 200 à 400 mg PO q4 à 6 h PRN**

**Maximum selon toutes les sources : 1200 mg en 24 heures. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes $\leq 2\ 400$ mg peuvent être administrées.

Consulter le médecin/l'infirmière praticienne pour les enfants de moins de 12 ans.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

- Surveiller les signes vitaux selon l'état clinique du client.
- Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI

- Faire un suivi auprès du client une fois par semaine jusqu'à la disparition des symptômes comme la fatigue, le mal de gorge et/ou la splénomégalie.
- Prendre les mesures qui s'imposent s'il y a des complications ou si l'état du client ne s'améliore pas.

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Kaye KM. « Infectious Mononucleosis - Herpesviruses », dans *Merck Manual Professional Version*. [Internet] Whitehouse Station (NJ) : Merck Sharp & Dohme Corp; 2013. Consulté le 29 mai 2016, à l'adresse <https://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/herpes-viruses/infectious-monomucleosis>
2. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Epstein-Barr Virus and Infectious Mononucleosis ». [Internet] Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté le 12 août 2015, à l'adresse <http://www.cdc.gov/epstein-barr/about-mono.html>

3. Aronson MD et Auwaerter PG. « Infectious mononucleosis in adults and adolescents ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2014. Consulté le 30 mars 2015, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
 4. Agence de la santé publique du Canada. « Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes – Virus d'Epstein-Barr ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2011. Consulté le 17 avril 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/epstein-barr-fra.php>
 5. Mount Sinai Hospital. « Mononucleosis ». [Internet] New York (NY) : Mount Sinai Health System; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.mountsinai.org/patient-care/health-library/diseases-and-conditions/mononucleosis>
 6. DynaMed Plus. « Epstein-Barr virus-associated infectious mononucleosis ». [Internet] Ipswich (MA) : EBSCO Information Services; 2013. Consulté le 27 mars 2015, à l'adresse <http://www.dynamed.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
 7. Cunha BA et Bronze MS. « Infectious Mononucleosis Follow-up: Further Outpatient Care, Further Inpatient Care, Deterrence/Prevention ». [Internet] New York (NY) : Medscape; 2014. Consulté le 14 juin 2015, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
 8. Ebell MH. « Epstein-Barr virus infectious mononucleosis ». *Am Fam Physician*. [Internet] Leawood (KS, É.-U.) : American Academy of Family Physicians; 2004; 70(7), p. 1279 à 1287. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15508538>
 9. Lennon P, Crotty M, et Fenton JE. « Infectious mononucleosis ». *BMJ*. [Internet] London (G.-B.) : *BMJ*; 21 avril 2015; 350:h1825. Consulté le 1^{er} juin 2015, à l'adresse <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1825>
 10. Shenot PJ. « Orchitis », dans *Merck Manual Professional Version*. [Internet] Whitehouse Station (NJ) : Merck Sharp & Dohme Corp; 2015. Consulté le 19 octobre 2015, à l'adresse <http://www.merckmanuals.com/professional/genitourinary-disorders/penile-and-scrotal-disorders/orchitis>
 11. Garfin PM, Shapiro R, et Twist CJ. « Posttransplant Lymphoproliferative Disease ». [Internet] New York (NY) : Medscape; 2015. Consulté le 14 juin 2015, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
- ## AUTRES SOURCES
- Association des pharmaciens du Canada. « Acétaminophène (Tylenol) ». [Internet] Ottawa (ON) : eTherapeutics; 2012. Consulté le 13 mai 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
- Association des pharmaciens du Canada. « Ibuprofène (Advil) ». [Internet] Ottawa (ON) : eTherapeutics; 2012. Consulté le 13 mai 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
- Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP-NI). Avril 2016.
- « Ibuprofen ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 13 mai 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
- « Acetaminophen ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 13 mai 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

EXPOSITION À LA RAGE

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant de l'exposition à la rage, là où elles sont disponibles.

La rage est une infection virale rare qui atteint le système nerveux central et qui est presque toujours mortelle⁽¹⁾. Pour de plus amples renseignements, consultez le *Guide canadien d'immunisation*, à la Partie 4, *Agents d'immunisation active*, Vaccin contre la rage à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-rabi-rage-fra.php.

CAUSES

Virus de la rage⁽¹⁾

TRANSMISSION

- La morsure par un animal sauvage ou domestique infecté est la principale voie d'exposition⁽¹⁾.
- Les animaux comme les chauves-souris, les renards, les mouffettes, les rats laveurs, les chiens et les chats sont les sources les plus courantes de transmission de la rage à l'humain. Toutefois, les furets, les coyotes, les écureuils, les tamias, les castors, les marmottes, les vaches et les chevaux peuvent aussi transmettre l'infection.
- Il arrive qu'une morsure de chauve-souris passe inaperçue et ne laisse pas de marque visible.
- Le virus atteint ensuite le système nerveux central en passant par les nerfs périphériques et provoque une encéphalite ou une méningoencéphalite aiguë^(1; 2).
- Rarement, la transmission peut survenir suite au contact avec la salive d'un animal infecté par l'entremise d'une égratignure, d'une éraflure, des muqueuses et des voies respiratoires, ainsi que par la transplantation d'organes provenant d'un donneur infecté non-diagnostiqué⁽¹⁾.

PÉRIODE D'INCUBATION

La période d'incubation peut aller de quelques jours à quelques années, mais dure généralement de 3 à 8 semaines, selon la distance qui sépare l'endroit de pénétration dans l'organisme du cerveau⁽¹⁾.

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toutes autres substances chimiques qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

Les groupes suivants sont considérés comme présentant un risque supérieur d'exposition à la rage⁽¹⁾ :

- Les personnes qui s'adonnent à des activités (telles que la chasse ou le trappage) qui les exposent étroitement à des animaux potentiellement enragés, dans des régions où la rage est présente;
- Les personnes qui travaillent de près avec des animaux ou qui pourraient entrer en contact avec le virus de la rage (p. ex. les vétérinaires et le personnel vétérinaire, les agents de contrôle des animaux domestiques, les agents de protection de la faune et les employés de laboratoire);
- Les personnes qui sont mordues au visage par un animal sauvage;
- Les personnes qui sont plus susceptibles d'approcher les animaux et moins susceptibles de signaler une morsure ou une égratignure (p. ex. les enfants).

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Obtenir les antécédents du client en matière de santé, effectuer une évaluation exhaustive des risques liés à l'exposition à un animal potentiellement enragé et déterminer si le client a besoin d'un traitement prophylactique post-exposition⁽¹⁾.
- Recueillir les renseignements suivants⁽¹⁾ :
 - L'espèce animale;
 - Le comportement de l'animal (p. ex. comportement inhabituel, écume à la gueule);
 - Le type d'exposition (p. ex. morsure, éraflure, ou contact avec une chauve-souris) et gravité;
 - Les circonstances de l'exposition (avec ou sans provocation);
 - Le siège anatomique de la morsure ou de l'éraflure, qui peut influencer sur la période d'incubation (varie en fonction de la proximité du cerveau);
 - Le statut d'immunisation;
 - L'âge de la personne exposée.

Pour de plus amples renseignements concernant les facteurs à considérer, voir le *Tableau 1: Évaluation du risque associé à une exposition à un animal potentiellement enragé* à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-rabi-rage-fra.php#ru.

En cas de rage soupçonnée, suivre les politiques et procédures/lignes directrices provinciales/territoriales en matière de consultation et de déclaration.

EXAMEN PHYSIQUE

N.B. : La plaie doit être nettoyée immédiatement. Pour de plus amples renseignements, voir *Gestion initiale de la plaie* dans la section *Interventions non-pharmacologiques* de ce guide.

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Examiner l'ampleur et la gravité de la ou des plaies.
- Déterminer le type de plaie(s) et le(s) siège(s).
- Déterminer s'il y a des signes d'infection.
- Pour connaître les signes et symptômes de la rage, consulter *Spectre clinique de la rage* à l'Annexe, Section A de ce guide.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Problèmes de santé présentant des manifestations semblables à la présentation paralytique de la rage :

- Syndrome de Guillain-Barré^(2; 3);
- Infection par le virus du Nil occidental⁽³⁾;
- Paludisme cérébral⁽³⁾;

Problèmes de santé présentant des manifestations semblables à la présentation encéphalitique de la rage :

- Botulisme⁽³⁾;
- Diphtérie⁽³⁾;
- Encéphalomyélite virale ou post-infectieuse (après une grippe, la rougeole, les oreillons, l'herpès simplex ou une autre infection)^(3; 4);
- Abus d'alcool ou de drogues, sevrage alcoolique avec delirium tremens⁽³⁾;
- Tétanos^(3; 5).

COMPLICATIONS

Chez une personne infectée non immunisée et non traitée, les complications de la rage comprennent notamment ce qui suit^(1; 2) :

- Délire;
- Convulsions;
- Paralyse flasque;
- Dépression respiratoire;
- Coma;
- Décès.

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire

Les tests devraient être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales relatives à la confirmation d'une infection par des analyses de laboratoire.

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Suivre les politiques et procédures/lignes directrices provinciales/territoriales relatives à la prise en charge de la consultation et au signalement; suivre aussi les directives de l'agent d'hygiène du milieu.

La prise en charge après l'exposition à la rage (soupçonnée ou confirmée) peut comprendre toutes les étapes suivantes⁽¹⁾ :

- Traitement immédiat de la plaie (pour de plus amples renseignements, voir *Gestion initiale de la plaie* dans la section *Interventions non-pharmacologiques* de ce guide);
- Évaluation de l'exposition à un animal potentiellement enragé;
- Administration de la prophylaxie post-exposition;
- Administration d'un traitement prophylactique antitétanique et antibiotique, s'il y a lieu;
- Prise en charge de l'animal potentiellement enragé, si possible;

Pour de plus amples renseignements, voir le *Tableau 2 : Résumé de la prophylaxie post-exposition administrée à des personnes potentiellement exposées à la rage, selon l'animal*, à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-rabi-rage-fra.php#ru.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Prévenir la rage
- Offrir des soins de confort
- Prévenir les complications

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

La gestion post-exposition vise à neutraliser le virus de la rage au site d'infection, avant que le virus n'atteigne le système nerveux central (pour de plus amples renseignements sur la gestion de la plaie, voir le *Tableau 1 : Gestion post-exposition de la plaie*).

Tableau 1**Gestion post-exposition de la plaie**

Gestion initiale de la plaie ^(1; 2; 6)	
<i>Certaines choses à savoir</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement immédiat de la plaie s'impose même si le client se présente longtemps après l'exposition. - Prendre soin de nettoyer la plaie en profondeur sans l'élargir^(1; 2).
<i>Traitement de la plaie</i>	<p>Le traitement de la plaie consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - laver et irriguer immédiatement à l'eau et au savon, ou à l'eau seulement, pendant 15 minutes; - désinfecter avec un détergent, de l'éthanol (70 %), de l'iode (teinture ou solution aqueuse) ou une autre substance ayant des propriétés virocidiques⁽⁶⁾.
<i>Fermeture de la plaie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'est pas recommandé de fermer la plaie; toute suture doit être reportée, sauf si la plaie se trouve au visage. Toutefois, la décision de suturer ou non la plaie doit être prise au cas par cas et en consultation avec le médecin/l'infirmière praticienne^(1; 2).
<i>Saignement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un saignement au siège d'une plaie indique une exposition potentiellement sévère^(2; 6). Il pourrait être nécessaire d'injecter des immunoglobulines antirabiques dans la plaie conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.

Enseignement au client

- Renseigner le client ou le(s) parent(s)/soignant(s) sur les soins de la plaie et les signes d'infection (p. ex. fièvre, écoulement purulent, douleur accrue autour de la plaie).
- Conseiller au client de revenir pour un examen si des signes et symptômes d'infection se manifestent.
- Encourager le client à revenir pour un suivi, en insistant sur l'importance de terminer la série vaccinale amorcée.
- Fournir au client et/ou au(x) parent(s)/soignant(s) les dates auxquelles les suivis sont prévus.
- Le client ne devrait pas recevoir d'acide acétylsalicylique (AAS) ni tout autre produit contenant de l'AAS. L'AAS augmente le risque de contracter le syndrome de Reye, qui peut endommager le foie et le cerveau.

- En cas de prescription de métronidazole, conseiller au client d'éviter l'alcool pendant le traitement et jusqu'à 48 h après.
- Expliquer au client ou au(x) parent(s)/soignant(s) l'utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Thérapie intraveineuse

- S’il y a lieu, mettre en place une ligne IV et administrer une solution IV (p. ex. du chlorure de sodium à 0,9 %, à un débit suffisant pour maintenir l’hydratation).
- Pour le client pédiatrique, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 4 – Maintien de l’équilibre hydroélectrolytique*.
- Pour le client adulte, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 5 – Appareil digestif – Déshydratation (hypovolémie)*.

Prophylaxie post-exposition à la rage⁽¹⁾

- Si l’exposition à la rage est jugée très probable, il est recommandé d’administrer une prophylaxie post-exposition le plus tôt possible.
- Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales pour obtenir un vaccin contre la rage et des immunoglobulines antirabiques(RIg), s’il y a lieu.

N.B. : Le vaccin antirabique et les immunoglobulines antirabiques ne doivent jamais être administrés dans la même seringue et doivent être injectés séparément, à différents sites anatomiques.

Prophylaxie post-exposition par administration d’un vaccin antirabique⁽¹⁾

- Un vaccin doit être administré dans tous les cas de rage confirmés et dans certains cas de rage soupçonnés.
- Le nombre de doses à administrer dépend de plusieurs facteurs.
- Consulter le médecin de la santé publique responsable ou le médecin/l’infirmière praticienne conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.
- Pour les lignes directrices générales en matière de vaccination, voir *Calendrier de vaccination post-exposition contre la rage* à l’Annexe, Section A de ce guide.

Sites d’injection recommandés

- Enfants de moins de 2 ans : partie antérolatérale de la cuisse

- Enfants de 2 ans ou plus et adultes : muscle deltoïde⁽⁸⁾

N.B. : Le vaccin antirabique ne doit jamais être administré dans le muscle fessier, car les tissus adipeux de cette région retardent l’absorption de l’antigène, ce qui entrave la production d’une réponse immunitaire optimale.

Prophylaxie post-exposition par administration d’immunoglobulines antirabiques⁽¹⁾

- Des RIg (ainsi que le vaccin antirabique) doivent être administrées au client qui n’a pas déjà été vacciné contre la rage.
- Si, pour quelque raison que ce soit, des RIg n’ont pas été administrées au début de la série vaccinale antirabique, elles peuvent l’être jusqu’au jour 7 inclusivement après le début de la série, mais pas plus tard.
- Avant d’injecter des RIg dans la plaie, s’assurer que la région est bien lavée, rincée et nettoyée selon les directives énoncées à la section *Gestion initiale de la plaie* de ce guide, dans la section *Interventions non-pharmacologiques*. Pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 9 – Dermatologie, Lésions cutanées*.
- La dose d’immunoglobulines antirabiques recommandée est de 20 unités/kg le jour 0, la plus grande quantité possible étant injectée dans la plaie et autour. Pour d’autres directives à ce sujet, consulter les politiques et procédures provinciales/territoriales énumérées à l’Annexe, Section B de ce guide.
- Si des RIg sont administrées, informer le client qu’il ne devrait pas recevoir de vaccin vivant pendant les 4 mois suivants⁽⁷⁾.

Prophylaxie antitétanique

- La nécessité d’administrer l’anatoxine tétanique avec ou sans immunisation passive à l’aide d’immunoglobulines antitétaniques (TIg), dépend de l’état de la plaie et des antécédents de vaccination du client.

- Afin de déterminer si une prophylaxie post-exposition antitétanique est nécessaire, consultez le Guide canadien d'immunisation à : http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=22&_ga=1.187404904.1915199907.1484320206

Analgésiques/antipyrétiques

Pour les clients adultes^(9; 10)

Acétaminophène

- Acétaminophène 325 à 650 mg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 4 000 mg en 24 heures

Ibuprofène

- Ibuprofène 200 à 400 mg PO q4 à 6 h PRN**
- **Maximum selon toutes les sources : 1200 mg en 24 heures. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes $\leq 2\ 400$ mg peuvent être administrées.

Pour les clients pédiatriques

N.B. : Puisque les nouveau-nés et les nourrissons de moins de 3 mois sont moins capables de générer une réponse fébrile, il est plus probable qu'il s'agisse d'une maladie grave s'ils deviennent fébriles^(11; 12). Consulter le médecin/l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène^(13; 14)

- Acétaminophène 10 à 15 mg/kg/dose PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 75 mg/kg en 24 heures ou 4 000 mg en 24 heures, selon la moindre de ces valeurs

Ibuprofène

Nourrissons de moins de 6 mois

- Les données sont limitées pour les nourrissons.

Enfants de 6 mois à 12 ans

- Ibuprofène 5 à 10 mg/kg/dose PO toutes les 6 à 8 heures PRN
- Maximum de 400 mg par dose*

Enfants de plus de 12 ans

- Ibuprofène 200 à 400 mg/dose PO q4 à 6 h PRN*

***Maximum selon toutes les sources et pour tous les âges :**

- Ibuprofène 40mg/kg/jour ou 1 200 mg par jour selon la moindre de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes $\leq 2\ 400$ mg peuvent être administrées.

Antibiothérapie prophylactique pour les adultes et les enfants

- L'antibiothérapie prophylactique en cas de morsure ne fait pas l'unanimité, mais est presque toujours recommandée pour les plaies présentant un risque élevé afin de prévenir des infections bactériennes secondaires attribuables aux différentes bactéries qu'on trouve généralement dans les morsures d'animaux, particulièrement celles du genre *Pasteurella*^(17; 18).
- Une antibiothérapie prophylactique sur une période de 3 à 5 jours est recommandée pour les clients suivants⁽¹⁸⁾ :
 - Clients immunodéprimés ou aspléniques;
 - Clients qui ont une maladie hépatique à un stade avancé, un œdème préexistant ou subséquent dans la région touchée, des blessures modérées ou graves (particulièrement aux mains ou au visage), ou des blessures pénétrant dans le périoste ou la capsule articulaire.
- Il peut être nécessaire d'administrer des antibiotiques par voie intraveineuse dans certains cas; la décision d'amorcer un tel traitement revient au médecin/à l'infirmière praticienne.

Pour de plus amples renseignements concernant les antibiotiques, voir le *Tableau 2 : Posologie des antibiotiques pour les adultes et les enfants*.

TABEAU 2

Posologie des antibiotiques pour les adultes et les enfants

ANTIBIOTIQUE	POSOLOGIE POUR ADULTE	POSOLOGIE POUR ENFANTS
Traitement privilégié		
Amoxicilline/acide clavulanique	<ul style="list-style-type: none"> - 875 mg/ 125 mg PO BID ou - 500 mg/ 125 mg PO TID⁽¹⁹⁾ 	<p>Moins de 38 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calculer l'amoxicilline à raison de 40 mg/kg en 24 heures PO à diviser en TID^(17; 20) <p>Plus de 38 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posologie pour adulte⁽¹⁹⁾
Autre traitement : En cas d'allergie connue ou soupçonnée à la pénicilline ou à la céphalosporine		
Doxycycline	<p>Jour 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 mg PO BID <p>Puis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 mg PO chaque jour⁽¹⁷⁾ 	<p>Plus de 8 ans et inférieur ou égale à 45 kg :</p> <p>Jour 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calculer 2 à 4 mg/kg en 24 heures PO à diviser en BID le premier jour, <p>Puis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire la dose de moitié, une fois par jour⁽¹⁷⁾; - maximum de 200 mg en 24 heures⁽²¹⁾ <p>Plus de 8 ans et plus de 45 kg⁽²¹⁾ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posologie pour adulte
OU		
Triméthoprimé/ sulfaméthoxazole	<ul style="list-style-type: none"> - 160 mg/ 800 mg (un comprimé à double dose) PO BID^(18; 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Calculer le triméthoprimé à raison de 8 à 12 mg/kg en 24 heures PO à diviser en BID; - Maximum de 160 mg de triméthoprimé/dose^(18; 23)
Éviter d'administrer à un enfant de moins de 2 mois à cause du risque d'ictère nucléaire⁽²²⁾		
<u>avec/sans</u>		
Métronidazole	<ul style="list-style-type: none"> - 500 mg PO TID^(17; 18; 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Calculer 15 à 30 mg/kg en 24 heures PO à diviser en TID; - Maximum de 2 000 mg de métronidazole en 24 heures⁽²⁴⁾
N.B. : On peut utiliser la clindamycine au lieu du métronidazole ⁽¹⁷⁾ . Consulter le médecin/l'infirmière praticienne.		

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI

- Faire le suivi de la gestion de la plaie selon ce qui est indiqué.
- Prévoir l'administration des vaccins et/ou des immunoglobulines selon ce qui est indiqué.
- Mettre à jour le dossier d'immunisation.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si cliniquement indiquée.

Déclaration

- La rage est une maladie à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire. Pour de plus amples renseignements, voir les lignes directrices provinciales/territoriales à l'Annexe, Section B de ce guide.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Calendrier de vaccination post-exposition contre la rage

N.B. : Consulter les politiques et procédures provinciales/territoriales.

Si le client a déjà été vacciné contre la rage

- Prendre les dispositions nécessaires pour l'administration d'un vaccin antirabique – 1 ml IM aux jours 0 et 3 (2 doses au total)⁽¹⁾.

Si le client n'a PAS déjà été vacciné contre la rage

- Prendre les dispositions nécessaires pour l'administration d'un vaccin antirabique – 1 ml IM aux jours 0, 3, 7 et 14 (4 doses au total)⁽¹⁾.

Si le client est immunocompromis ou s'il prend des médicaments antipaludiques et n'a PAS déjà été vacciné contre la rage

- Prendre les dispositions nécessaires pour l'administration d'un vaccin antirabique et de rappels – 1 ml IM aux jours 0, 3, 7, 14 et 28 (5 doses au total)⁽¹⁾.

Administration d'immunoglobulines antirabiques (RIg)⁽¹⁾

- À cause de l'interférence possible entre les RIg et la réponse immunitaire au vaccin antirabique, la posologie de RIg ne doit pas être dépassée.
- Dans la mesure du possible, la totalité de la dose de RIg devrait être infiltrée en profondeur dans la plaie et autour de celle-ci.
- Le reste de la dose de RIg doit être injecté par voie intramusculaire à un endroit éloigné du point d'injection du vaccin.
- S'il y a plus d'une plaie, une partie de la dose de RIg doit être infiltrée localement dans chaque plaie, à l'aide d'une nouvelle aiguille.
- Dans un tel cas, la dose de RIg peut être diluée dans une solution de chlorure de sodium à 0,9 % d'un volume double ou triple afin d'avoir une quantité de RIg suffisante pour bien infiltrer toutes les plaies.
- Si le siège de la plaie n'est pas connu, la totalité de la dose doit être administrée par voie IM à un endroit distinct du site d'injection du vaccin antirabique; voir le *Tableau 3 : Volumes maximaux selon le site d'injection intramusculaire – Adultes* pour en savoir davantage à propos des volumes d'injection acceptables.

TABEAU 3Volumes maximaux selon le site d'injection intramusculaire – Adultes⁽²⁵⁾

SITE D'INJECTION	VOLUME MAXIMAL D'INJECTION	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Deltoïde	0,5 à 2 ml	Facile d'accès	Capacité limitée en termes de nombre d'injections et de volume (petite région)
Dorsofessier	4 ml		Présence de nerfs et de vaisseaux, absorption lente
Ventrofessier	2,5 à 5 ml	Aucun nerf ni vaisseau, moins de gras (par rapport au dorso fessier)	
Droit antérieur	5 ml	Auto-injection possible	Douloureux
Vaste latéral	5 ml	Facile d'accès Aucun nerf ni vaisseau	

N.B. : Les volumes ci-dessus s'appliquent lorsque l'administration de RIg est requise.

Pour de plus amples renseignements, consulter les politiques et procédures provinciales et territoriales à l'Annexe, Section B de ce guide.

Spectre clinique de la rage⁽¹⁾

- Les premiers symptômes de la rage comprennent des céphalées, un malaise, de la fièvre et de la fatigue. Le site d'exposition (c.-à-d. l'endroit où la personne a été mordue) peut être sensible ou douloureux.
- Les symptômes progressent rapidement lorsque le SNC est atteint, et la maladie se présente généralement de l'un des 2 manières suivantes :
 - La forme furieuse, plus courante, présente des symptômes classiques d'hydrophobie et d'aérophobie (spasmes aigus du larynx ou du diaphragme, accompagnés d'une sensation de suffocation lorsque le malade tente de boire ou qu'on lui souffle de l'air au visage); une encéphalite s'installe rapidement, suivie du décès.

- La forme paralytique (qu'on appelle souvent la rage muette) de la maladie se manifeste par une paralysie flasque progressive, évolue plus lentement et est plus difficile à diagnostiquer.

Prévention

Enseignement au client

- Faire régulièrement vacciner les animaux domestiques selon les recommandations du vétérinaire.
- Signaler tout comportement animal inhabituel à un vétérinaire ou au bureau de l'hygiène du milieu.
- Se faire vacciner s'ils occupent un emploi à risque élevé d'exposition.

Dose, calendrier et site d'injection recommandés pour le vaccin antirabique prophylactique préexposition

- Une prophylaxie préexposition est nécessaire pour les personnes considérées comme présentant un risque élevé d'exposition à la rage (pour de plus amples renseignements, voir *Facteurs de risque* dans la section d'*Évaluation* de ce guide).
- Une dose du vaccin antirabique de 1 ml IM doit être administrée au jour 0, au jour 7 et à n'importe quel moment entre les jours 21 et 28, pour un total de 3 doses.
- Le coût de l'immunisation préexposition n'est pas couvert par les programmes publics de vaccination.
- **N.B. :** Le vaccin antirabique ne doit jamais être administré dans le muscle fessier, car les tissus adipeux de cette région retardent l'absorption de l'antigène, ce qui entrave la production d'une réponse immunitaire optimale⁽¹⁾.
- Le vaccin antirabique peut être administré dans le muscle deltoïde chez les enfants plus âgés et les adultes, et dans la partie antérolatérale de la cuisse chez les enfants plus jeunes⁽¹⁾.
- Pour de plus amples renseignements, consultez le *Guide canadien d'immunisation : Partie 3 – Vaccination de populations particulières* à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-fra.php.

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Alberta Notifiable Disease Guidelines: Rabies. À l'adresse : <https://open.alberta.ca/publications/rabies> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control: Communicable Disease Control Management of Specific Diseases: Rabies. À l'adresse : <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20>

[and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/BCRabiesGuidelines.pdf](#) (en anglais seulement)

Manitoba

Communicable Disease Management Protocols: Rabies, Protocol for Management of Human Rabies and Management of Animal Exposures to prevent Human Rabies. À l'adresse : www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/index.html (en anglais seulement)

Nouvelle-Écosse

Nova Scotia Communicable Disease Manual: Rabies, and Rabies Response Plan. À l'adresse : www.novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/ (en anglais seulement)

Territoires du Nord-Ouest

Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Communicable Disease Manual. À l'adresse : <http://www.hss.gov.nt.ca> (cliquer sur *HSS Professionals (staff only)*) et entrer code d'utilisateur et mot de passe) (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

CDC Information for Health Professionals: Disease Control Manual: Section 6, Vectorborne and other Zoonotic Diseases: Rabies. À l'adresse : www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/health_pro_info.html#disease (en anglais seulement)

Nunavut

Department of Health
Communicable Disease Manual

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario *Maladies et états : Rage*. À l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/publications/disease/default.aspx>

Yukon

Santé et services sociaux, Yukon

Lignes directrices concernant les maladies transmissibles : Rage. À l'adresse : <http://www.hss.gov.yk.ca/fr/pdf/ydcdrabies.pdf> (en anglais seulement)

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. « Guide canadien d'immunisation : Partie 4 – Agents d'immunisation actives. Vaccin contre la rage ». [Internet] Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consulté le 17 avril 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-rabi-rage-fra.php>
2. Crowcroft NS et Thampi N. « The prevention and management of rabies ». London, GB: *British Medical Journal (BMJ)*, 14 janvier 2015; 1 à 9. doi:10.1136/bmj.g7827
3. Nigg AJ, Walker PL. « Overview, prevention, and treatment of rabies ». *Pharmacotherapy*. Octobre 2009; 29(10), p. 1182 à 1195
4. Jackson AC. « Rabies and other rhabdovirus infections ». Dans *Harrison's Principles of Internal Medicine*, sous la direction de Longo DL., Kasper, D. L., Jameson, J.L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., et Loscalzo, (18^e édition, p. 1611 à 1617). New York : McGraw Hill Medical; c2012
5. Grompf SG. et Bronze MS. « Rabies differential diagnosis ». [Internet] New York. NY: Medscape; 2014. Consulté le 3 mai 2015, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com/article/220967-differential>
6. Organisation mondiale de la santé. « WHO guide for rabies pre and post exposure prophylaxis in humans ». [Internet]: Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la santé; 2014. Consulté le 17 avril 2015, à l'adresse http://www.who.int/rabies/PEP_Prophylaxis_guide-line_15_12_2014.pdf?ua=1
7. Agence de la santé publique du Canada. « Guide canadien d'immunisation : Partie 1 - Information clé sur l'immunisation ». [Internet] Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/1-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php>
8. Agence de la santé publique du Canada . « Guide canadien d'immunisation : Partie 5 - Agents d'immunisation passive ». [Internet] Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/5-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php>
9. « Acetaminophen ». [Internet] Hudson, OH : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 13 mai 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
10. Association des pharmaciens du Canada. « Ibuprofène (Motrin) ». [Internet] Ottawa, ON : *e-Therapeutics*; 2015. Consulté le 22 avril 2015, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca/apc> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
11. Smitherman HF. et Macias CG. « Evaluation and management of the febrile young infant (7 to 90 days of age) ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U.): *UptoDate*; 2016. Consulté le 5 mai 2016, à l'adresse www.uptodate.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)
12. El Khoury AC, Durden E, Ma Markson LE, Lee AW, Duan Y, et al. « Perception and management of fever in infants up to six months of age: a survey of US pediatricians ». *BMC Pediatrics*; Décembre 2010; 10(1), 95: 115-24. doi:10.1186/1471-2431-10-95
13. « Acetaminophen (Pediatric) ». [Internet] Hudson, OH: Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 13 mai 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

14. « Acetaminophen », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. [Internet]. Toronto (ON) et Hudson (OH): The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2014. p. 38. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
15. « Ibuprofen », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. [Internet]. Toronto (ON) et Hudson (OH) : The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2014. p. 156. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
16. Ibuprofen: Pediatric drug information. [Internet] Waltham, MA (US): UptoDate; 2017 [cited 2017 March 27]. Consulté à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
17. Anti-infective Review Panel. « Bites: Cat, dog, wild animal and human ». Dans *Anti-infective guidelines for community-acquired infections* (p. 53 et 54). Toronto (Canada): MUMS Guideline Clearinghouse; 2013.
18. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger E P, Goldstein EJC et Wade JC. « Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America ». *Clinical Infectious Diseases*; 2014. (59), doi:10.1093/cid/ciu296
19. « Amoxicillin: Clavulanic acid (Clavulin) ». [Internet] Brentford, GB: GlaxoSmithKline Inc.; c2014. Consulté à l'adresse <http://ca.gsk.com/media/590864/clavulin.pdf>
20. « Amoxicillin and Clavulanate », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. [Internet]. Toronto (ON) et Hudson (OH) : The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2014.p. 52 et 53. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
21. « Doxycycline », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. [Internet]. Toronto (ON) et Hudson (OH): The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2014. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
22. Association des pharmaciens du Canada. « Monographie de produit du sulfaméthoxazole-triméthoprim ». [Internet] Ottawa, ON: *e-Therapeutics*; c2013. Consulté à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca/apc> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
23. « Sulfamethoxazole and Trimethoprim ». [Internet] Hudson, OH: Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 21 avril 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
24. « Metronidazole », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. [Internet]. Toronto (ON) et Hudson (OH): The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2015. p. 191. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
25. Hopkins U et Arias CY. « Large-volume IM injections: A review of best practices ». *Oncol Nurse Advis*. [Internet] New York, NY: Haymarket Media, Inc.; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.oncologynurseadvisor.com>

AUTRES SOURCES

Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP-NI). Avril 2016.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant des infections transmissibles sexuellement (ITS), là où elles sont disponibles.

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) sont acquises par contact sexuel. Elles sont transmises d'une personne à l'autre par le sang et par les fluides organiques. Pour de plus amples renseignements sur les syndromes et infections spécifiques, consulter la dernière version des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>.

CAUSES

Les ITS peuvent être causées par des bactéries, des virus, des parasites ou des champignons.

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE^(1; 2; 3)

Sont plus susceptibles de contracter une ITS les personnes qui :

- ont eu un contact sexuel avec au moins une personne ayant une ITS confirmée;
- sont sexuellement actives et âgées de moins de 25 ans;

- ont un nouveau partenaire sexuel;
- ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours de la dernière année;
- pratiquent la monogamie sérielle (c.-à-d. ont des relations monogames en série);
- n'utilisent pas de moyen de contraception;
- utilisent des moyens de contraception non barrières (p. ex. contraceptifs oraux ou DIU);
- utilisent des drogues injectables ou consomment d'autres substances, particulièrement en association avec des activités sexuelles;
- s'adonnent à des pratiques sexuelles à risque, par exemple :
 - relations sexuelles non protégées;
 - activités sexuelles comportant un échange de sang;
 - partage d'accessoires sexuels;
- sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;
- se livrent au commerce du sexe de survie (p. ex. rapports sexuels en échange d'argent, de drogues, d'un abri ou de repas, ou entre travailleurs du sexe et leurs clients);
- vivent dans la rue et/ou sont sans abri;
- ont des liaisons anonymes;
- ont été victime d'une agression ou de violence sexuelle;
- ont déjà eu une ITS.

Les clients ayant une ITS sont souvent asymptomatiques. Si un client est asymptomatique mais présente un ou plusieurs facteurs de risque, considérer un dépistage des ITS conformément aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>, ou consulter les politiques et procédures provinciales/territoriales.

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Il est essentiel d’obtenir en détail les antécédents sexuels du client⁽³⁾.
 - Endroit(s) de contact sexuel (vaginal, oral, anal)
 - Orientation sexuelle (homosexualité, bisexualité, hétérosexualité)
 - Utilisation de condoms afin de prévenir les ITS
 - Utilisation d’autres méthodes de contraception
 - Nombre de partenaires sexuels récents
 - Relations sexuelles avec des utilisateurs de drogues injectables
 - Utilisation de drogues par injection, partage d’aiguilles
 - Échange de rapports sexuels contre de l’argent ou des drogues
 - Symptômes actuels d’ITS chez le client et son ou ses partenaires
 - Antécédents d’ITS (y compris le VIH) confirmée ou traitée
 - Derniers contacts sexuels
 - Antécédents d’agression ou de violence sexuelle
- Symptômes généraux⁽³⁾
 - Fièvre ou frissons
 - Perte de poids
 - Hypertrophie des ganglions
- Douleur aux articulations⁽²⁾
- Conjonctivite⁽²⁾
- Éruption⁽⁴⁾
- Revoir les antécédents d’immunisation avec le client pour déterminer s’il y a un risque accru à cause d’une vaccination incomplète :
 - Éléments clés de l’immunisation relative à la santé sexuelle : hépatite A, B et virus du papillome humain (VPH)

Hommes

- Douleur ou hypertrophie testiculaire ou inguinale
- Éruptions ou lésions génitales, indolores ou douloureuses
- Douleur ou écoulement rectal

- Irritation ou démangeaison urétrale, écoulement douloureux : noter la quantité, la couleur, le moment de la journée où l’écoulement est le plus abondant (dans les cas d’urétrite, l’écoulement est particulièrement abondant après une longue période sans miction).

Femmes

- Dysurie
- Rapports sexuels douloureux, soit à l’entrée du vagin, soit à la pénétration, ou sentiment de dyspareunie profonde (la dyspareunie est principalement associée à la gonorrhée)
- Saignement post-coïtal, entre les menstruations ou saignements excessifs durant les menstruations
- Dernières menstruations et possibilité de grossesse
- Éruptions ou lésions génitales, indolores ou douloureuses
- Prurit ou douleur au vagin ou au rectum, accompagné ou non d’un écoulement : noter la quantité, la couleur, le moment de la journée où l’écoulement est le plus abondant⁽¹⁾.

Facteurs sociaux

Pour de plus amples renseignements sur les facteurs sociaux augmentant le risque d’ITS, consulter la rubrique *Facteurs de risque* du présent guide.

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l’approche IPPA⁽³⁾.

- Examiner la conjonctive, le pharynx et toutes les muqueuses, ainsi que la peau du bas-ventre, des cuisses, des fesses, de la paume des mains, des avant-bras et de la plante des pieds, afin de déceler les éruptions et les signes d’infection.
- Effectuer un examen complet de la région génito-urinaire :
 - Inspecter et palper les organes génitaux externes pour déceler la présence de lésions, d’inflammation, d’irrégularités ou d’écoulements;

- Inspecter la région périanale pour vérifier la présence de lésions, de fissures ou d'écoulements.

N.B. : D'autres examens, par exemple une anoscopie ou un toucher rectal, pourraient être nécessaires si le client éprouve des symptômes rectaux et a eu des rapports sexuels anaux passifs.

- Vérifier si des poux et des lentes se trouvent dans les poils pubiens.
- Palper l'aîne pour détecter une adénopathie inguinale.

Hommes⁽³⁾

- Examiner le gland; si le prépuce est présent, le repousser pour examiner le repli.
- Déterminer s'il y a écoulement urétral : comprimer l'urètre de la base jusqu'au gland 3 ou 4 fois (ou demander au client de le faire).
- Palper les testicules et l'épididyme pour déterminer s'ils sont enflammés, sensibles ou enflés, ou s'il y a des nodules.

Femmes⁽³⁾

- Écartier les lèvres pour voir l'entrée du vagin.
- Effectuer un examen à l'aide d'un spéculum, afin de bien voir les parois du vagin et le col de l'utérus pour déterminer s'il y a écoulement, érythème, friabilité, œdème ou lésions dans le vagin et le col. Cet examen peut être reporté dans certaines circonstances, par exemple en présence d'herpès au stade primaire (lésions visibles) ou de vaginite, afin d'éviter l'inconfort à la cliente.
- Effectuer un examen pelvien bimanuel pour déceler toute masse ou toute sensibilité de l'utérus et des annexes de l'utérus⁽³⁾.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le tableau ci-dessous présente un aperçu des signes et symptômes associés aux ITS, ainsi que les affections ou diagnostics connexes auxquels ils se rapportent.

TABEAU 1

Signes et symptômes de certaines infections transmissibles sexuellement⁽⁵⁾

SIGNES ET SYMPTÔMES	DIAGNOSTIC POSSIBLE	CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement urétral - Brûlure à la miction - Érythème urétral ou méatique - Irritation ou démangeaisons 	<ul style="list-style-type: none"> - Urétrite - Prostatite 	<ul style="list-style-type: none"> - Chlamydiose - Gonorrhée - Herpès (VHS) - Mycoplasmes - Uréaplasme - Trichomonase
<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement cervical mucopurulent - Friabilité cervicale - Col framboisé - Pertes vaginales 	<ul style="list-style-type: none"> - Cervicite 	<ul style="list-style-type: none"> - Chlamydiose - Gonorrhée - HSV - Trichomonase
<ul style="list-style-type: none"> - Lésions ou ulcères génitaux internes ou externes douloureux - Ganglions inguinaux douloureux 	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcère génital 	<ul style="list-style-type: none"> - VHS de type 1 ou 2 - Lymphogranulome vénérien
<ul style="list-style-type: none"> - Lésion(s) génitale(s) indolore(s) (généralement une seule) avec ou sans adénopathie 	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcère génital 	<ul style="list-style-type: none"> - T. pallidum (syphilis)

SIGNES ET SYMPTÔMES	DIAGNOSTIC POSSIBLE	CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Excroissances asymétriques, multiples et/ou polymorphes dans la région génitale ou anale ou sur les muqueuses; peuvent causer des démangeaisons, des saignements ou une obstruction 	<ul style="list-style-type: none"> - Lésions anales/génitales papuleuses 	<ul style="list-style-type: none"> - Virus du papillome humain (VPH) - Molluscum contagiosum (avec centre affaissé) - Acrochordons - Carcinome
<ul style="list-style-type: none"> - Douleur/œdème testiculaire unilatéral, avec/sans écoulement urétral - Fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Épididymite 	<ul style="list-style-type: none"> - Chlamydia - Gonorrhée - Coliformes - Pseudomonas
<ul style="list-style-type: none"> - Douleur dans le bas-ventre - Dyspareunie profonde - Saignements anormaux - Fièvre - Sensibilité aux mouvements cervicaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte inflammatoire pelvienne⁽⁶⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Chlamydia - Gonorrhée - Mycoplasme des voies génitales - Bactéries anaérobies et autres bactéries
Symptômes vaginaux : <ul style="list-style-type: none"> - Pertes - Odeur - Prurit - Dysurie - Érythème 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes vaginales 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaginose bactérienne - Candidose - Trichomonase
<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement rectal - Douleur anorectale, constipation - Sang dans les selles - Diarrhée - Nausée - Douleur/crampes/ballonnements abdominaux - Fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Syndromes intestinaux et entériques : - Proctite - Proctocolite - Entérite 	<ul style="list-style-type: none"> - Chlamydia (y compris lymphogranulome vénérien) - Gonorrhée - <i>T. pallidum</i> (syphilis) - VHS - <i>Entamoeba histolytica</i> - Campylobacter - Salmonella - Shigella - Giardia lamblia

Pour une description détaillée du tableau clinique et du traitement des ITS, consulter les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>.

COMPLICATIONS

- De nombreuses complications peuvent survenir à la suite d'une ITS; ces complications sont propres à chaque infection.
- Cancer du col de l'utérus et risque accru de transmission virale (y compris le VIH)^(1; 4).

- La gonorrhée et la chlamydie peuvent notamment avoir les complications suivantes :
 - Grossesse ectopique
 - Atteinte inflammatoire pelvienne
 - Syndrome de Reiter
 - Infertilité^(1; 2)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Pour de plus amples renseignements sur certains tests de dépistage et tests sérologiques, consulter la *Section 2 – Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* et la *Section 3 – Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>.

Laboratoire

Les tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests ci-dessous sont à considérer lorsqu'il n'y a pas de politiques provinciales/territoriales.

Sites de prélèvement recommandés⁽⁸⁾

- Col utérin
- Rectum
- Urètre (hommes)
- Pharynx
- Vagin (filles prépubertaires, femmes n'ayant pas de col)
- Lésion
- Urine

Échantillons recommandés

- Enlever le sang ou les sécrétions du col avant de prélever un échantillon.
- Des écouvillons pour culture et/ou test de détection rapide des antigènes (TAAN) peuvent être utilisés pour prélever des échantillons, au besoin.
- Un échantillon d'urine est souvent utilisé pour le TAAN.
- Prélever un échantillon d'urine pour culture et antibiogramme, s'il y a lieu.
- Culture virale pour les lésions génitales.
- Une préparation à l'état frais ou un test à la potasse des sécrétions vaginales peuvent

faciliter le diagnostic différentiel de la vaginose bactérienne, de la trichomonase et de la candidose; pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Vulvovaginite*.

- Prélever des échantillons pour les tests sérologiques de dépistage de la syphilis, du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C.
- Des échantillons pour tests sérologiques ne sont pas utiles pour le diagnostic d'une infection aiguë à chlamydia ou gonococcique⁽¹⁾.

Pour de plus amples renseignements sur les sites de prélèvement et les tests recommandés, consulter la *Section 3 des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>.

Des TAAN sur échantillon d'urine peuvent remplacer l'écouvillonnage urétral, endocervical et vaginal pour le diagnostic de la chlamydie et de la gonorrhée. Le TAAN ne permet pas de déterminer la sensibilité pour orienter le choix d'un agent anti-infectieux. La disponibilité du TAAN varie d'une province et d'un territoire à l'autre; consulter les directives provinciales/territoriales concernant les tests de laboratoire disponibles.

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Beaucoup d'ITS sont des maladies à déclaration obligatoire. Il importe de connaître les ITS qui doivent être déclarées dans votre province/territoire. La recherche des contacts est essentielle pour prévenir certaines ITS. Pour de plus amples renseignements, consulter la rubrique *Recherche des contacts*, à l'Annexe, *Section A* du présent guide.

OBJECTIFS

- Guérir l'infection, si possible
- Soulager les symptômes
- Prévenir les récurrences, si possible
- Prévenir la transmission de l'ITS (y compris le VIH)
- Prévenir les complications

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

- Il y a des considérations supplémentaires si le client est un enfant, une femme enceinte ou une femme qui allaite. Pour de plus amples renseignements, consulter la *Section 6 des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-1-fra.php>.

Enseignement au client⁽²⁾

- Pour prévenir une réinfection gonococcique ou à chlamydia, expliquer au client et à ses contacts qu'ils doivent s'abstenir d'avoir des contacts non-protégés sexuels jusqu'à :
 - 7 jours après l'administration d'une antibiothérapie à dose unique, ou
 - la fin de l'antibiothérapie multidoses, selon le cas, et jusqu'à ce que
 - tous les partenaires aient terminé le traitement.
- Expliquer au client comment réduire le risque d'infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).
- Recommander au client de passer un test de dépistage du VIH et lui proposer des services de counseling conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales (obtenir un consentement éclairé si le client accepte de passer un test de dépistage du VIH).
- Expliquer au client comment utiliser correctement les condoms, les lubrifiants et les autres dispositifs barrières, comme les digues dentaires.

- Conseiller aux clients actifs sexuellement d'éviter les produits contenant du nonoxonyl-9, car ils peuvent irriter les muqueuses et accroître le risque d'infection. Pour de plus amples renseignements sur les risques associés au nonoxonyl-9, consulter la page <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/release55/fr/>.
- Expliquer au client l'utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

- Sauf si le client est traité pour un syndrome spécifique présumé (p. ex. atteinte inflammatoire pelvienne, épидидymite), considérer les options de prise en charge en fonction du site d'infection, des résultats des analyses de laboratoire disponibles et des politiques et procédures provinciales/territoriales^(1; 2).
- Un traitement sous observation directe en une seule dose est préférable^(1; 2).
- Avant d'initier le traitement, prélever les échantillons nécessaires pour les analyses de laboratoire, le cas échéant.

Gonorrhée⁽²⁾

N.B. : Les clients traités pour la gonorrhée devraient aussi être traités pour l'infection à chlamydia^(2; 7).

- Consulter un médecin / une infirmière praticienne en présence d'autres manifestations de la gonorrhée et pour le traitement des enfants.

- Un traitement contre la gonorrhée combinant 2 médicaments ayant des modes d'action différents est considéré comme étant plus efficace et permet de repousser l'émergence d'une souche de gonorrhée résistante.
- Les clients traités pour la gonorrhée doivent aussi être traités pour l'infection à chlamydia^(2; 7), puisque la chlamydiose est une affection souvent concomitante à la gonorrhée⁽²⁾.

Infection anogénitale sans complication **Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes**

- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, le traitement privilégié est le suivant : CefTRIAxone 250 mg IM, avec azithromycine 1 g PO en une seule dose⁽²⁾.
 - La CefTRIAxone est le médicament privilégié pour ce groupe, en raison des échecs du traitement au céfixime signalés principalement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes⁽²⁾.

Autres populations

- Pour les autres populations, le traitement privilégié est le suivant : CefTRIAxone 250 mg IM ou céfixime 800 mg PO en une seule dose, avec azithromycine 1 g PO en une seule dose⁽²⁾.

Infection pharyngée

- Pour toutes les populations, le traitement privilégié est le suivant : CefTRIAxone 250 mg IM, avec azithromycine 1 g PO en une seule dose⁽²⁾.
 - La CefTRIAxone est le médicament privilégié, parce qu'elle a un taux de pénétration des tissus oropharyngés plus élevé que le céfixime, ce qui favorise la guérison⁽²⁾.

Gonorrhée résistante⁽²⁾

- Au Canada, les données montrent que la résistance de *N. gonorrhoeae* aux médicaments augmente; le recours à une polyantibiothérapie vise à améliorer l'efficacité du traitement et à repousser l'apparition d'une souche résistante⁽²⁾.
- Les quinolones comme la ciprofloxacine et l'ofloxacine ne sont plus systématiquement recommandées.

Pour de plus amples renseignements sur le diagnostic de la gonorrhée et la prise en charge des cas de gonorrhée résistante aux médicaments, consulter l'*Annexe, Section A* et la présentation intitulée *N. gonorrhoeae résistante aux antimicrobiens : Séance d'information*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/assets/ppt/5-set-amrgc-clean-fra.pptx>.

Autres options de traitement⁽²⁾

- En cas d'allergie anaphylactique à la pénicilline ou de sensibilité connue à une céphalosporine de 3^e génération, une monothérapie à l'azithromycine peut être envisagée; consulter les lignes directrices provinciales/territoriales en matière de santé publique.
- Un contrôle post-traitement doit être effectué si une autre option de traitement est utilisée.

Chlamydiose⁽¹⁾

Femmes adultes qui ne sont pas enceintes et qui n'allaitent pas

- Dans le cas d'une femme adulte qui n'est pas enceinte et qui n'allait pas et ayant une infection urétrale, endocervicale, rectale ou conjonctivale, administrer de l'azithromycine 1 g PO en une seule dose^(1; 2) ou de la doxycycline 100 mg PO BID pendant 7 jours^(1; 8).
 - L'observance du traitement pendant 7 jours peut poser problème dans certains cas.

Clientes enceintes ou qui allaitent

L'administration d'azithromycine 1 g PO en une seule dose est le traitement privilégié pour les femmes enceintes ou qui allaitent⁽⁹⁾.

Enfants

Pour le traitement des enfants, il faut tenir compte de considérations supplémentaires; consulter un médecin / une infirmière praticienne.

Prise en charge des autres infections transmissibles sexuellement

- Pour de plus amples renseignements sur le traitement des ITS qui ne sont pas abordées dans le présent guide, consulter la section *Prise en considération d'autres ITS des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>, ainsi que les politiques et procédures provinciales/territoriales.
- Pour de plus amples renseignements sur l'épididymite et l'orchite-épididymite, consulter la rubrique *Épididymite* dans le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 6 – Appareil génito-urinaire*.
- Pour de plus amples renseignements sur la présentation et le traitement de la vulvovaginite, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Vulvovaginite*.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI^(1; 2)

- Conseiller au client de revenir à la clinique pour une autre évaluation si les signes et symptômes de l'infection ne s'améliorent pas après le traitement.
- Un nouveau dépistage est recommandé 6 mois après le traitement pour la chlamydie et la gonorrhée, en raison du risque élevé de réinfection.

Contrôle post-traitement pour la gonorrhée

- Un contrôle post-traitement est recommandé dans tous les cas, particulièrement dans les cas suivants :
 - le client est un enfant
 - la cliente est enceinte ou a subi un avortement thérapeutique
 - l'observance du traitement pose problème
 - des symptômes persistent après le traitement
 - le client est ré-exposé à un partenaire non traité
 - il s'agit d'une infection pharyngée traitée
 - un régime autre que le traitement privilégié a été utilisé
 - le client a des antécédents d'échec de traitement pour la gonorrhée
 - il s'agit d'un cas soupçonné ou confirmé de résistance aux antimicrobiens
 - le client est associé à un cas documenté de résistance aux antimicrobiens pour le traitement donné
 - il s'agit d'une infection gonococcique dispersée
 - il s'agit d'une atteinte inflammatoire pelvienne et la gonorrhée a été isolée.
- Effectuer un contrôle post-traitement dans les 3 à 7 jours suivant la fin de l'antibiothérapie.
- S'il n'est pas possible d'effectuer une culture, faire un contrôle post-traitement au moyen d'un TAAN 2 ou 3 semaines après la fin de l'antibiothérapie.

Contrôle post-traitement pour la chlamydie

- Un test de contrôle post-traitement pour la chlamydie n'est généralement pas indiqué si le traitement recommandé est suivi ET que les symptômes et signes disparaissent ET qu'il n'y a pas de nouvelle exposition à un partenaire non traité. Un test de contrôle post-traitement est recommandé dans les cas suivants⁽¹⁾ :
 - l'observance du traitement pose problème;
 - un autre régime de traitement a été utilisé;
 - le client est un enfant;
 - la cliente est enceinte.
- Un test de contrôle post-traitement au moyen d'un TAAN, s'il y a lieu, doit être effectué 3 ou 4 semaines après la fin d'un traitement.

Maladies à déclaration obligatoire et principes généraux de recherche des contacts^(1; 2)

Enfants

Un enfant présentant une gonorrhée et/ou une chlamydie rectale, génitale ou pharyngée doit être considéré comme étant à risque de violence sexuelle.

- Consulter un médecin / une infirmière praticienne et/ou un fournisseur de soins de santé ayant l'expérience des cas de violence sexuelle soupçonnés.
- En vertu de la loi, toute violence sexuelle soupçonnée ou confirmée à l'égard d'un enfant doit être signalée aux organismes provinciaux/territoriaux chargés des services à l'enfance et à la famille.

Maladies à déclaration obligatoire

La chlamydie et la gonorrhée sont des maladies à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire. Pour de plus amples renseignements sur la recherche des contacts, consulter la rubrique *Recherche des contacts* à l'Annexe, Section A du présent guide.

Échecs thérapeutiques

- L'échec thérapeutique est déterminé par un résultat positif au test de contrôle effectué après l'antibiothérapie.
- L'échec d'un traitement au céfixime, à la CefTRIAXone ou à l'azithromycine doit être signalé au ministère de la santé publique provincial/territorial; l'ASPC se sert des données sur les échecs thérapeutiques pour suivre l'évolution de la résistance aux antimicrobiens.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Résistance aux antimicrobiens – Gonorrhée

- Un protocole de surveillance nationale accrue faisant le suivi des données recueillies en laboratoire, des données épidémiologiques et des données sur les échecs thérapeutiques a été mis en place.
- La résistance à la pénicilline et/ou à la tétracycline est forte au Canada.
- Le ministère provincial/territorial responsable de la santé publique doit être informé de tous les échecs thérapeutiques du céfixime, de l'azithromycine et de la CefTRIAXone.
- Consulter les agences de la santé publique provinciales/territoriales pour en savoir davantage à propos des profils de résistance aux antimicrobiens.

Pour de plus amples renseignements sur le diagnostic et la prise en charge de la gonorrhée, consulter la présentation intitulée *N. gonorrhoeae résistante aux antimicrobiens : Séance d'information*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/assets/ppt/5-set-amrgc-clean-fra.pptx>.

Prélèvement d'échantillons

- Des recommandations complètes sont publiées à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/>.
- Prélever simultanément des échantillons pour les tests de dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie, étant donné le taux élevé de concomitance de ces 2 infections.

Recherche des contacts

Un cas index s'entend du premier cas signalé aux autorités⁽²⁾.

- Un client présentant des symptômes d'ITS doit être considéré comme un cas index jusqu'à preuve du contraire.
- Obtenir la liste de tous les partenaires sexuels au cours des 60 derniers jours; cette période peut être plus longue en fonction des antécédents^(1; 2).
- Rassurer le client en lui expliquant que son identité ne sera jamais dévoilée si on communique avec ses partenaires.
- Consulter le bureau de santé publique provincial/territorial pour obtenir plus de détails sur les exigences.

Si les résultats des analyses sont négatifs pour un ITS

- Il n'est pas nécessaire de prendre d'autres mesures.

Si les résultats des analyses sont positifs pour un ITS

- Communiquer avec les contacts du cas index, tout en préservant la confidentialité des renseignements sur ce dernier.
- Remplir les formulaires de déclaration appropriés et les transmettre au service de santé publique provincial/territorial ou au responsable désigné dans le protocole pertinent.
- Traiter chaque contact comme s'il s'agissait d'un nouveau cas index et effectuer les tests appropriés.
- Administrer les médicaments appropriés à chaque contact sans attendre les résultats des tests. On réduit ainsi le délai de traitement des cas potentiellement positifs et le risque de réinfection du ou des partenaire(s).

Prévention

- Pour prévenir la réinfection, les partenaires doivent être évalués, subir des tests, suivre un traitement et recevoir des services de counseling⁽¹⁾.

- Des approches favorisant un mode de vie sain et la réduction des dommages dans les collectivités et intégrant des services traditionnels et occidentaux sont énoncées dans la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones⁽¹⁰⁾ (pour de plus amples renseignements, consulter le site Web <http://www.oahas.org>).

Enseignement au client/Services de counseling

Parmi les sujets fréquemment abordés dans le cadre des activités de sensibilisation ou de counseling en matière d'ITS, citons :

- Considérations relatives à la monogamie sérielle
- Initiation de l'activité sexuelle
- Conseils en matière de contraception
- Conseils en matière de pratiques sexuelles plus sûres
- Mesures de prévention des ITS, y compris les méthodes barrières

Pour de plus amples renseignements, consulter la page <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/az-index-fra.php#its>

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES**Lignes directrices provinciales/territoriales****Alberta**

Santé et Bien-être Alberta

Alberta Treatment Guidelines for Sexually Transmitted Infections (STI) in Adolescents and Adults
À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/6880386> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
British Columbia Treatment Guidelines - Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Adults 2014. À l'adresse http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205%20-%20STI/CPS_BC_STI_Treatment_Guidelines_20112014.pdf (en anglais seulement)

Saskatchewan

Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Communicable Disease Control Manual – Section 5: Sexually Transmitted Infections
À l'adresse <https://www.ehealthsask.ca/services/manuals/Documents/cdc-section-5.pdf> (en anglais seulement)

Manitoba

Ministère de la Santé du Manitoba
Prévention des maladies transmissibles – Infections transmissibles sexuellement ou par le sang
À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/sti/index.fr.html>

Ministère de la Santé du Manitoba
Communicable Disease Management Protocols
À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/> (en anglais seulement)

Nouveau-Brunswick

Bureau du médecin hygiéniste en chef (Santé publique). *Infections transmissibles sexuellement et par le sang*. À l'adresse <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/9246f-final.pdf>

Terre-Neuve-et-Labrador

Santé et Services communautaires
Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Pathogens. À l'adresse <http://www.health.gov.nl.ca/> (en anglais seulement)

Nouvelle-Écosse

Mieux-être. *STI Guidelines for Gonococcal Infections*. À l'adresse http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/diseasecontrol/s5_sexually_transmitted_and_bloodborne_pathogens.pdf (en anglais seulement)

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Le VIH et le SIDA en Ontario. À l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hiv aids/default.aspx>

Santé publique Ontario
Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts.
À l'adresse <http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/STIs%20Case%20Management%20Contact%20Tracing%20FR.pdf>

Québec

Santé et Services sociaux
Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang
À l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>

Yukon

Centre de lutte contre les maladies transmissibles
Yukon Treatment Guidelines for Sexually Transmitted Infections (STI) in Adolescents and Adults.
À l'adresse <http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/stitreatmentguidelines.pdf> (en anglais seulement)

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 5 - Prise en charge et traitement d'infections spécifiques. Infections à Chlamydia*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté le 28 juillet 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-fra.php>
2. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 5 - Prise en charge et traitement d'infections spécifiques. Infections gonococciques*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté le 28 juillet 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-fra.php>
3. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 2 - Soins primaires et infections transmissibles sexuellement*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-fra.php#a2>.
4. Sax PE. « Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.): UpToDate; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
5. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 4 – Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques – Prise en charge des infections transmissibles sexuellement en fonction du syndrome présenté*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 28 juillet 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-4-fra.php>
6. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 4 - Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques. Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 28 juillet 2016, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-22.html>
7. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 1 - Préface*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-1-fra.php>
8. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 3 - Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-3-fra.php>
9. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement - Mises à jour et nouveau contenu prévus pour 2014 : Évolution des tendances épidémiologiques*. [Internet] Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 9 mars 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/updates-fra.php>

10. Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones. *A Strategic Plan for the Years 2010 - 2015*. [Internet] Toronto, ON: Stratégie Ontarienne de lutte contre le VIH et le sida; 2010. Consulté à l'adresse www.oahas.org/downloads/OAHAS_Strategic_Plan_2010-2015.pdf (en anglais seulement)

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « Doxycycline (Vibramycin) ». [Internet] Ottawa (ON) : eTherapeutics; 2010. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Azithromycin (Zithromax) ». [Internet] Ottawa (ON) : eTherapeutics; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Ceftriaxone ». [Internet] Ottawa (ON) : eTherapeutics; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Cefixime (Suprax) ». [Internet] Ottawa (ON) : eTherapeutics; 2012. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)*. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.

Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Avril 2016.

« Doxycycline ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Azithromycin ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Ceftriaxone ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Cefixime ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

SYNDROME DU CHOC TOXIQUE (SCT)

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant du syndrome du choc toxique, là où elles sont disponibles.

Le syndrome du choc toxique (SCT) est une maladie potentiellement mortelle caractérisée par l'apparition soudaine d'une forte fièvre, d'hypotension, d'une éruption érythémateuse diffuse et de l'insuffisance de plusieurs organes (p. ex. syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), coagulopathie, insuffisance hépatique, insuffisance rénale, altération de l'état mental)^(1; 2). Le SCT est déclenché par une infection et peut progresser rapidement⁽³⁾. Les taux de morbidité et de mortalité associés au SCT sont élevés, particulièrement lorsque la cause est un streptocoque du groupe A (SGA)^(1; 2).

Le syndrome de choc toxique constitue une urgence médicale. Tout client chez qui un syndrome du choc toxique est soupçonné doit être évacué le plus rapidement possible. Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne.

CAUSES

- *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*)⁽²⁾
- Streptocoque du groupe A (SGA)⁽¹⁾
- *Clostridium sordelli*, dans de rares cas relatifs à des interventions gynécologiques, à l'accouchement et à l'avortement (spontané, chirurgical et médical)⁽⁴⁾

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

Colonisation par *S. aureus* ou par un SGA^(1; 2)

Facteurs de risques associés au SCT à *S. aureus*⁽²⁾

- Utilisation de tampons hygiéniques hautement absorbants
- Utilisation de tampons hygiéniques de façon continue pendant plusieurs jours du cycle menstruel
- Maintenir en place le même tampon durant une longue période
- Infection d'une plaie après une chirurgie ou un accouchement
- Infection secondaire à une autre infection, notamment :
 - Brûlure
 - Échaudure
 - Mastite
 - Septorhinoplastie
 - Sinusite
 - Ostéomyélite
 - Arthrite
 - Lésions cutanées (particulièrement aux extrémités, dans la région périanale et aux aisselles)
 - Infections respiratoires (p. ex. grippe) et entérocolite

Facteurs de risque associés à un SCT à infection invasive à SGA⁽¹⁾

- Traumatisme mineur, y compris des blessures donnant lieu à des hématomes, à des ecchymoses ou à une entorse musculaire
- Chirurgie récente (p. ex. liposuction, hystérectomie, exostosectomie, brochage, césarienne)
- Infection virale récente (p. ex. grippe, varicelle)
- Accouchement récent
- Maladie chronique, y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), diabète sucré, cancer, abus d'alcool

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse. Le client peut signaler les symptômes suivants.

- Symptômes et signes qui peuvent apparaître soudainement^(1; 2) :
 - Fièvre et frissons
 - Malaise
 - Maux de tête
 - Mal de gorge
 - Myalgies
 - Fatigue
 - Nausée et vomissements
 - Douleurs abdominales et diarrhées
 - Étourdissements ou syncopes^(1; 2)
- Le syndrome du choc toxique associé aux règles se manifeste en moyenne de 2 à 3 jours après le début des menstruations⁽²⁾.
- Le symptôme clinique le plus courant du syndrome du choc toxique est une douleur qui précède les signes physiques de l'infection⁽¹⁾.
- La douleur atteint généralement les tissus mous des extrémités, mais peuvent aussi ressembler à la douleur associée à d'autres conditions, dont⁽¹⁾ :
 - Péritonite
 - Maladie inflammatoire pelvienne
 - Pneumonie
 - Infarctus aigu du myocarde
 - Cholécytite

SIGNES PHYSIQUES

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA. Le SCT est généralement associé à certains ou à tous les signes suivants :

- Fièvre (signe le plus courant, bien qu'il arrive qu'une personne en état de choc puisse aussi présenter de l'hypothermie)^(1; 2)
- Hypotension^(1; 2) (p. ex. tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg chez les adultes)⁽⁵⁾
 - L'hypotension peut s'installer rapidement chez le client^(1; 2).
- Manifestations cutanées :
 - SCT à staphylocoque : desquamation⁽²⁾ et éruption érythémateuse évoquant un coup de soleil, touchant aussi la paume des mains et la plante des pieds⁽²⁾
 - SCT à streptococoque : œdème et érythème localisés, suivis d'une desquamation de la peau qui évolue souvent vers une fasciite nécrosante ou une myonécrose⁽¹⁾
- Insuffisance touchant un ou plusieurs organes :
 - Symptômes gastrointestinaux souvent présents (p. ex. diarrhée abondante, vomissements)^(1; 2)
 - Altération de l'état mental très courant^(1; 2); le client peut être agité, désorienté ou confus, ou avoir des convulsions⁽²⁾
 - Insuffisance rénale^(1; 2)
 - Insuffisance hépatique^(1; 2)
 - SDRA⁽¹⁾

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

- Septicémie^(1; 2)
- Choc septique⁽⁶⁾
- Cellulite⁽⁶⁾
- Éruptions d'origine médicamenteuse⁽⁶⁾
- Méningococcémie^(1; 2)

- Maladie de Ritter (syndrome de Lyell)⁽³⁾
- Fièvre typhoïde^(1; 2)
- Leptospirose^(1; 2)
- Infection à *Streptococcus pneumoniae*⁽¹⁾
- Coup de chaleur⁽¹⁾

COMPLICATIONS

- État de choc⁽⁷⁾
- Septicémie⁽⁷⁾
- Amputation⁽⁸⁾
- Coagulation intravasculaire disséminée avec thrombocytopénie⁽⁷⁾
- Décès⁽⁷⁾

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire

Les tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

- Le diagnostic du syndrome du choc toxique repose sur le tableau clinique⁽²⁾.
- Des analyses de laboratoire peuvent être faites pour confirmer le diagnostic clinique du syndrome du choc toxique et pour orienter l'antibiothérapie^(1; 2).
- Les tests suivants peuvent être considérés pour déterminer s'il y a insuffisance de différents organes^(1; 2) :
 - FSC
 - Azote uréique du sang
 - Créatinine
 - Tests de la fonction hépatique
 - Créatine phosphokinase

- Tests permettant de déterminer l'agent pathogène en cause :
 - Culture et antibiogramme pour isoler l'agent pathogène (à partir d'un échantillon de sang, d'exsudat ou de muqueuse)⁽³⁾
 - SCT à staphylocoque (hémocultures généralement négatives, mais l'organisme peut être détecté à partir d'un prélèvement d'exsudat ou de muqueuse)⁽²⁾
 - SCT à streptocoque (hémocultures positives dans au moins 60 % des cas)⁽¹⁾

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

N.B. : Il faut aussi faire appel au médecin hygiéniste pour la recherche des contacts d'un cas index du syndrome du choc toxique, particulièrement si ce dernier est attribuable à une infection invasive à SGA. Le médecin hygiéniste sera en mesure de prodiguer des conseils quant au traitement approprié des contacts.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Réduire le taux de morbidité⁽⁹⁾.
- Prévenir les complications⁽⁹⁾.
- Enrayer l'infection⁽⁹⁾.

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Stabiliser les voies respiratoires, la respiration et la circulation et administrer des soins de soutien énergiques pour traiter le choc et l'insuffisance des organes (p. ex. traitement de remplacement liquidien, ventilation mécanique, assistance circulatoire)⁽³⁾.
- Protéger la zone infectée pour éviter qu'elle ne s'élargisse.
- Si un SCT associé aux menstruations est soupçonné, retirer le tampon ou autre produit hygiénique.

- S’il y a une plaie, la nettoyer.
 - Il pourrait être nécessaire de débrider chirurgicalement le siège en cause^(2; 8).
 - Couvrir la plaie à l’aide d’un pansement approprié.

Oxygénothérapie

Administer une oxygénothérapie, s’il y a lieu.

Enseignement au client

Expliquer au client l’utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l’importance de l’adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s’assurer de revoir les monographies et la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d’initier une thérapie.

Soins de confort

Thérapie intraveineuse

- Mettre en place une ligne IV et administrer une solution IV (p. ex. du chlorure de sodium à 0,9 %).
- Si le client présente des signes de sepsis ou de choc septique, une réanimation liquidienne énergétique est nécessaire :
 - Pratiquer une perfusion IV en mettant en place deux tubulures de gros calibre et administrer du chlorure de sodium à 0,9 %; pour de plus amples renseignements sur la prise en charge d’un client en état de choc, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 14 – Urgences générales et traumatismes majeurs – État de choc*.

Antibiothérapie

- Une antibiothérapie est nécessaire pour éradiquer les agents pathogènes et prévenir une récurrence⁽²⁾.
- L’antibiothérapie peut être amorcée en attendant l’évacuation médicale du client.
- En consultation avec un médecin / une infirmière praticienne et en tenant compte des données provinciales/territoriales sur la sensibilité aux antimicrobiens pour orienter le traitement, considérer ce qui suit pour la prise en charge du SCT :

SCT à staphylocoque

En présence de *S. aureus* sensible à la méthicilline (SASM)^(10–11) :

CéFAZoline

- CéFAZoline 2 g IV q8h

et

Clindamycine

- Clindamycine 600 à 900 mg IV q8h
- En présence de *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) soupçonné ou en cas d’allergie connue ou soupçonnée à la pénicilline et/ou à la céphalosporine^(10; 11; 12) :

Vancomycine

- Vancomycine 15 mg/kg/dose IV divisés en q12 h (maximum de 2 000 mg en 24 heures)

et

Clindamycine

- Clindamycine 600 à 900 mg IV q8h

SCT à streptocoque

En cas de SCT à streptocoque soupçonné, administrer une combinaison d’antibiotiques^(10; 11; 13) :

Clindamycine

- Clindamycine 600 à 900 mg IV q8h

et

Pénicilline G

- Pénicilline G 12 à 24 millions d'unités IV en 24 heures, divisées en doses q4 à 6 h

ou

En cas d'allergie connue ou soupçonnée à la pénicilline et/ou à la céphalosporine :

Vancomycine

- Vancomycine 15 mg/kg/dose IV divisés en q12h (maximum de 2 000 mg en 24 heures).

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

- Surveiller les signes vitaux.
- Surveiller l'état respiratoire.
- Surveiller l'apport liquidien et le débit urinaire.
- Surveiller l'évolution de la plaie.
- Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Prévoir une évacuation médicale d'urgence.

Déclaration

Il est possible que le syndrome du choc toxique soit une maladie à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire. Pour de plus amples renseignements sur les politiques et procédures provinciales/territoriales, consulter la rubrique *Lignes directrices provinciales/territoriales* pour le syndrome du choc toxique à l'Annexe, Section B de ce guide.

ANNEXE**SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE****Prévention⁽¹⁴⁾**

- Demander au client de garder les plaies cutanées propres, afin de prévenir une infection.
- Expliquer au client d'éviter de gratter les lésions cutanées.
- Éviter d'utiliser des tampons hygiéniques et des dispositifs de contraception de barrière durant les 12 premières semaines suivant l'accouchement.
- Suivre les directives d'utilisation figurant sur la notice qui se trouve dans l'emballage des tampons hygiéniques et des dispositifs de contraception de barrière.
- Se laver les mains correctement, particulièrement après avoir touché une lésion.
 - Pour de plus amples renseignements sur le lavage des mains, consulter le site Web de Santé Canada à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/hygiene-mains.html>.

N.B. : Expliquer aux clientes qui ont eu un syndrome du choc toxique à staphylocoque qu'elles ne doivent pas utiliser de tampons, de dispositifs de contraception de barrière ni de stérilet.

Chimioprophylaxie pour les contacts familiaux

Il pourrait convenir d'administrer une chimioprophylaxie aux contacts étroits d'un client ayant reçu un diagnostic de syndrome du choc toxique, selon les lignes directrices provinciales/territoriales en matière de santé publique et en consultation avec le médecin hygiéniste.

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Santé et Bien-être Alberta

Public Health Notifiable Disease Management Guidelines: Toxic Shock Syndrome (Staphylococcus aureus) [Internet] Edmonton (AB) : Gouvernement de l'Alberta; 2011. À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/streptococcal-disease-group-a-invasive> (en anglais seulement)

Santé et Bien-être Alberta

Public Health Notifiable Disease Management Guidelines: Streptococcal Disease – Group A, Invasive. [Internet] Edmonton (AB) : Gouvernement de l'Alberta; 2013. À l'adresse <https://open.alberta.ca/dataset/b6405d01-6ffd-4b8a-9762-2d6c29772f9c/resource/0fc-41de9-1b42-427d-914c-0c687eca0652/download/Guidelines-Streptococcal-A-Invasive-2013.pdf> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control

Communicable Disease Control Management of Specific Diseases: Invasive Group A Streptococcal Disease. [Internet] Vancouver (C.-B.) : BC Centre for Disease Control; 2014. À l'adresse <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/iGAS.pdf> (en anglais seulement)

Manitoba

Communicable Disease Management Protocols: Invasive Group A Streptococcal Disease. [Internet] Winnipeg (MB) : Santé publique; 2015. À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/igas.pdf> (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

Communicable Disease Control. À l'adresse <http://www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/cdc.html> (en anglais seulement)

Territoires du Nord-Ouest

Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Communicable Disease Manual. À l'adresse <http://www.hss.gov.nt.ca> (cliquer sur *HSS Professionals (staff only)*) et entrer code d'utilisateur et mot de passe) (en anglais seulement)

Nouvelle-Écosse

Nova Scotia Communicable Diseases Manual: Streptococcal Toxic Shock Syndrome [STSS] General Information [Internet] Halifax (N.-É.) : Ministère de la Santé et du Mieux-être; (n.d.). À l'adresse <http://www.novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/STSS-General-Information.pdf> (en anglais seulement)

Ontario

Protocole concernant les maladies infectieuses, 2016 : Group A Streptococcal Disease, invasive (iGAS). À l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/gas_chapter.pdf (en anglais seulement)

Yukon

Centre de lutte contre les maladies transmissibles. *Communicable Disease Guidelines: Invasive Group A Streptococcal*. [Internet] Whitehorse (Yukon) : Centre de lutte contre les maladies transmissibles; 2011. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_igas.pdf (en anglais seulement)

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Stevens DL. « Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of streptococcal toxic shock syndrome ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2014. Consulté le 23 février 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
2. Chu VH. « Staphylococcal toxic shock syndrome ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté le 23 février 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
3. Bush LM et Perez MT. « Syndrome de choc toxique ». *Le Manuel Merck, Version pour les professionnels de la santé*. [Internet] Whitehouse Station (NJ) : Merck Sharp & Dohme Corp; 2014. Consulté le 25 février 2016, à l'adresse <http://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/maladies-infectieuses/cocci-gram-positifs/syndrome-de-choc-toxique>
4. Spelman D. « Toxic shock syndrome due to *Clostridium sordellii* ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté le 5 août 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
5. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *Toxic shock syndrome (other than Streptococcal) (TSS) 2011 Case Definition*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2011. Consulté le 24 février 2016, à l'adresse <https://wwwn.cdc.gov/nndss/conditions/toxic-shock-syndrome-other-than-streptococcal/case-definition/2011/>
6. Venkataraman R et Sharma S. *Toxic shock syndrome: Differential diagnosis*. [Internet] New York (NY) : Medscape; 2015. Consulté le 1^{er} mars 2016, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
7. Venkataraman R et Sharma S. *Toxic shock syndrome: Follow-up*. [Internet] New York (NY) : Medscape; 2015. Consulté le 1^{er} mars 2016, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
8. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC et Wade JC. « Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America ». *Clin Infect Dis*. 2014; (59). doi: 10.1093/cid/ciu296.
9. Venkataraman R et Sharma S. *Toxic shock syndrome: Medication*. [Internet] New York (NY) : Medscape; 2015. Consulté le 1^{er} mars 2016, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
10. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, et Wade JC. « Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America ». *Clin Infect Dis*. 2014; (59). doi: 10.1093/cid/ciu296.
11. Gilbert DN, Moellering RCJ, Eliopoulos GM, Chambers HF, et Saag MS (rédacteurs en chef). *The Sanford guide to antimicrobial therapy 2012*, 42^e édition. Sperryville (VA) : Antimicrobial Therapy, Inc.; 2012.
12. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum RS, Fridkin SK, et Chambers HF. « Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children ». *Clin Infect Dis*. 2011; 52(3). doi:10.1093/cid/ciq146.

13. Qaseem A. *Streptococcal toxic shock syndrome*. [Internet] Ipswich (MA) : EBSCO Information Services; 2014. Consulté le 2 mai 2016, à l'adresse <http://www.dynamed.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

14. Healthwise Staff. *Toxic shock syndrome*. [Internet] Vancouver (C.-B.) : HealthLinkBC; 2015. Consulté le 24 février 2016, à l'adresse <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/hw140188>

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of therapeutic choice: Canada's Trusted Reference for primary care therapeutics (CTC 7)*. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.

Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Avril 2016.

TUBERCULOSE

APERÇU

Consulter les directives provinciales/territoriales traitant de la tuberculose, là où elles sont disponibles.

La tuberculose est une maladie bactérienne infectieuse qui touche le plus souvent les poumons (tuberculose pulmonaire)⁽¹⁾. L'expression « tuberculose non respiratoire » se rapporte à la tuberculose touchant n'importe quel siège qui n'est pas associé aux poumons⁽²⁾. L'infection se produit quand des microgouttelettes en aérosol contenant la bactérie *Mycobacterium tuberculosis* sont inhalées.

CAUSE

Bactérie *Mycobacterium tuberculosis*⁽³⁾

Sous-groupes de tuberculose

Tuberculose active

- La tuberculose active est la présence de la maladie accompagnée d'une réplication active des bactéries de la tuberculose dans les poumons ou d'autres organes⁽³⁾. Il s'agit d'une affection exigeant une évaluation et un traitement rapides si l'on veut éviter les complications⁽⁴⁾.
- Caractéristiques de la tuberculose active⁽⁵⁾ :
 - Présence de *M. Tuberculosis* confirmée dans les échantillons pulmonaires ou non pulmonaires
 - Radiographie thoracique anormale (dans le cas de la tuberculose pulmonaire)
 - Présentation symptomatique (toux, fièvre et perte de poids sont les symptômes les plus courants)
 - Signes et symptômes cliniques associés à une tuberculose non respiratoire⁽⁴⁾

Évolution précoce vers la maladie (primo-infection tuberculeuse progressive)⁽³⁾

- Chez certaines personnes récemment infectées par la tuberculose, l'infection ne peut être maîtrisée.
 - Dans ces cas, l'infection évolue vers la maladie active en quelques mois.
 - Cette forme de la maladie touche principalement les jeunes enfants et les personnes immunodéficientes.
- Chez les personnes gravement immunodéficientes, la maladie précoce se manifeste souvent par une adénopathie intrathoracique.

Infection tuberculeuse latente (ITL) ou tuberculose inactive

- L'ITL est la présence d'une infection latente ou quiescente par *M. tuberculosis*.
- Les clients ayant une ITL ne sont pas contagieux et⁽⁶⁾ :
 - ils ne présentent aucun signe clinique de la maladie active;
 - les radiographies n'indiquent aucun changement évoquant une maladie active;
 - les analyses de microbiologie sont négatives.
- Le risque de transition d'une ITL à une tuberculose active dépend beaucoup de la compétence immunitaire de l'hôte⁽⁷⁾.
- Le risque d'évolution vers une tuberculose active est plus élevé au cours des 2 premières années suivant l'infection, et la maladie est alors considérée soit comme une primo-infection tuberculeuse, soit comme une réactivation.

Évolution tardive vers la tuberculose (tuberculose de réactivation)⁽³⁾

- Au Canada, la plupart des cas de tuberculose sont considérés comme des « réactivations » de la maladie (c.-à-d. se manifestant de 18 à 24 mois (ou plus) après l'infection initiale).

- Elle se présente généralement comme une maladie pulmonaire de l'adulte, bien qu'il arrive qu'elle se manifeste aussi comme une tuberculose non respiratoire.
- Dans tous les groupes de la population, la réactivation de l'ITL menant à une tuberculose active est beaucoup plus fréquente chez les personnes immunodéficientes et les jeunes enfants de moins de 5 ans⁽⁸⁾.

Pour de plus amples renseignements sur la tuberculose, consulter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/index-fra.php>.

TRANSMISSION⁽³⁾

- La transmission se fait par voie aéroportée, par des personnes atteintes d'une tuberculose pulmonaire, laryngée ou cavitaire.
- Une fois inhalées, les bacilles se trouvant dans les microgouttelettes provoquent une ITL ou une tuberculose active.
- La tuberculose est rarement acquise par ingestion ou par inoculation percutanée.
- La probabilité de transmission augmente si la personne contagieuse :
 - présente une toux fréquente et grave,
 - a un contact étroit et prolongé avec d'autres personnes, ou
 - vit dans un logement surpeuplé et mal ventilé.
- L'infection initiale se résout habituellement de façon spontanée et est suivie d'une période de latence (infection tuberculeuse latente (ITL)), qui peut évoluer vers une tuberculose active chez une certaine proportion des personnes infectées.
- Les moyens les plus efficaces de prévenir la transmission comprennent le diagnostic et le traitement rapides des personnes ayant une tuberculose pulmonaire active, ainsi que le respect des procédures de prévention et de contrôle des infections.

CONTAGIOSITÉ

- La primo-infection tuberculeuse et la tuberculose active sont transmises par des microgouttelettes en aérosol contenant l'agent pathogène⁽³⁾.
- L'ITL n'est pas contagieuse⁽⁹⁾.
- La tuberculose non respiratoire est rarement transmissible.

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE⁽¹⁰⁾

- Personnes ayant des antécédents de tuberculose active
- Personnes exposées à un cas source de tuberculose active
- Utilisateurs de drogues injectables à usage récréatif
- Personnes infectées par le VIH
- Autochtones vivant dans des collectivités à risque élevé de tuberculose et où les taux d'ITL sont élevés
- Personnel et résidents de refuges pour itinérants
- Personnel et détenus des établissements correctionnels (y compris les anciens détenus)
- Travailleurs de la santé desservant des groupes à risque
- Personnes vivant ou travaillant dans des lieux surpeuplés et mal ventilés⁽³⁾
- Personnes immunodéficientes⁽³⁾
- Personnes souffrant de malnutrition⁽³⁾

Pour de plus amples renseignements sur les risques associés à la tuberculose et sur les personnes susceptibles de contracter la maladie, consulter la rubrique *Quelles sont les personnes les plus à risque?* du document intitulé *Risques de contracter la tuberculose*, à l'adresse <http://www.canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/tuberculosis-tuberculose/risks-risques-fra.php>.

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Il convient d'envisager un diagnostic de tuberculose si un client appartenant à un groupe à risque élevé présente les symptômes suivants :
 - Toux inexpliquée;
 - Symptômes inquiétants qui persistent plus de quelques semaines; ou
 - Pneumonie qui ne guérit pas (chez *n'importe quel* client)⁽¹¹⁾.
- Le client peut signaler les symptômes suivants :
 - Toux chronique (productive ou non) durant 2 semaines ou plus
 - Fièvre (parfois absente chez les enfants et les personnes âgées)
 - Sueurs nocturnes (parfois absentes chez les enfants et les personnes âgées)
 - Fatigue
 - Hémoptysie (généralement associée au stade avancé de la maladie)
 - Diminution de l'appétit (anorexie généralement associée au stade avancé de la maladie)
 - Perte de poids (généralement associée au stade avancé de la maladie)

Antécédents médicaux

- Exposition à la tuberculose active
- Antécédents de tuberculose active et traitement antérieur peut-être inadéquat
- Antécédents de résultats positifs à un test cutané à la tuberculine (TCT) et prophylaxie peut-être inadéquate, si le client a reçu une prophylaxie contre l'ITL

EXAMEN PHYSIQUE

- Effectuer un examen physique complet en utilisant l'approche IPPA.
- La tuberculose respiratoire et non respiratoire peuvent coexister; il est important d'écarter la possibilité de tuberculose respiratoire en présence d'une tuberculose non respiratoire diagnostiquée et vice versa. Un examen normal est le signe physique le plus courant en cas de tuberculose pulmonaire⁽¹¹⁾.

Observations courantes^(2; 11) :

- Fièvre
- Perte de poids
- Signes thoraciques :
 - Adventice : souffle tubaire, râles discontinus ou crépitations
 - Signes d'épanchement pleural à l'examen du thorax et à l'auscultation
- Lymphadénopathie, touchant particulièrement les ganglions cervicaux
- Atteinte abdominale ou ostéo-articulaire⁽²⁾
- Autres signes selon le siège de l'infection tuberculeuse

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le diagnostic de tuberculose active repose sur les résultats de tests diagnostiques et sur le tableau clinique. On recommande aux cliniciens de maintenir un fort soupçon clinique de tuberculose à l'égard des personnes à risque.

Les diagnostics différentiels peuvent inclure :

- Bronchectasie
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Infections (p. ex. infection fongique (y compris une mycose pulmonaire), infection mycobactérienne non tuberculeuse)⁽¹⁰⁾

- Lymphome, sarcome de Kaposi⁽¹²⁾, cancer du poumon ou autre tumeur maligne
- Embolie pulmonaire⁽¹²⁾

COMPLICATIONS

- Bronchectasie⁽¹⁰⁾
- Décès⁽¹⁾
- Empyème⁽¹⁰⁾
- Hémoptysie massive⁽¹¹⁾
- Pneumothorax⁽¹⁰⁾
- Septicémie ou choc septique⁽¹²⁾
- Insuffisance d'un organe vital (p. ex. insuffisance respiratoire)⁽¹⁰⁾

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire

Ces tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

Échantillons recommandés

- 3 échantillons d'expectorations de 5 à 10 ml chacun, dont au moins un doit, dans la mesure du possible, être prélevé tôt le matin, pour⁽¹¹⁾ :
 - dépistage des bacilles acidorésistants, et
 - culture et/ou analyse PCR pour *M. tuberculosis*
- Les 3 échantillons d'expectorations peuvent être prélevés le même jour, à intervalles d'au moins une heure, dans une zone bien ventilée ou à l'extérieur⁽¹¹⁾.

Pour de plus amples renseignements sur la collecte des échantillons d'expectorations, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.

Autres analyses de laboratoire

- FSC
- Tests de la fonction hépatique (p. ex. ALT, AST, bilirubine)
- Créatinine
- Test sérologique pour le dépistage du VIH
- Tests sérologiques pour le dépistage de l'hépatite B et C (P. Jessamine, L'Hôpital d'Ottawa, janvier 2017)
- S'il y a une raison de soupçonner une tuberculose urogénitale, obtenir 3 à 6 échantillons d'urine à la première miction du matin pour frottis et culture de bacilles acidorésistants⁽²⁾.

Radiographie

- Il pourrait être nécessaire de faire des radiographies pour confirmer un diagnostic⁽¹¹⁾ ou pour déterminer la réponse au traitement⁽¹³⁾.
- La fréquence des radiographies varie d'un cas à l'autre et est laissée à la discrétion du pneumologue ou du spécialiste de la tuberculose.

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Assurer un traitement adéquat de la maladie active⁽⁴⁾
- Prévenir la transmission de la maladie⁽⁴⁾
- Prévenir la pharmacorésistance⁽⁴⁾
- Offrir une guérison durable⁽⁴⁾
- Prévenir le décès⁽⁴⁾
- Repérer les contacts et effectuer un dépistage chez eux afin de déceler les signes de tuberculose active ou d'infection latente⁽¹⁴⁾

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Pour connaître les étapes recommandées pour l'isolement à domicile d'un cas soupçonné ou confirmé de tuberculose respiratoire active, consulter la figure 2 des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, Chapitre 15, *La prévention et la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les milieux de soins de santé et d'autres milieux*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch15-fra.php>
- Particulièrement si la maladie est active, conseiller au client :
 - de se reposer suffisamment;
 - de bien s'alimenter;
 - de s'exposer suffisamment à l'air frais.
- Identification et prise en charge des contacts (pour de plus amples renseignements sur la prise en charge des contacts, consulter la rubrique *Principes de recherche des contacts* à l'Annexe, Section A de ce guide).

Recommandations pour l'isolement à domicile⁽¹³⁾

- Il est recommandé d'isoler immédiatement les clients chez qui on soupçonne une tuberculose respiratoire active, plutôt que d'attendre la confirmation de la maladie.
- L'isolement à domicile peut être nécessaire au début du traitement ou jusqu'à ce que le client puisse être transféré en dehors de la collectivité dans un hôpital de soins tertiaires.

Pour de plus amples renseignements sur les conditions de l'isolement à domicile, consulter l'Annexe, Section A de ce guide.

Enseignement au client⁽¹⁰⁾

- Fournir au client des renseignements sur :
 - la tuberculose;
 - les signes et symptômes de la maladie;
 - la différence entre la tuberculose active et l'ITL;
 - le plan de traitement prévu.

Pour de plus amples renseignements, consulter la fiche d'information de Santé Canada intitulée *La tuberculose se guérit – Renseignements sur la tuberculose*, à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/diseases-maladies/tuberculos/factsheet-fiche-fn-pn-fra.pdf.

Traitement

- Expliquer l'objet, le fonctionnement et l'importance d'un traitement sous observation directe
- Insister sur l'importance d'observer à la lettre le traitement prescrit pour assurer une guérison complète de la tuberculose et prévenir la pharmacorésistance.
- Encourager le recours à un traitement sous observation directe pour favoriser l'adhérence au traitement et la surveillance. Tous les médicaments doivent être pris à la même heure chaque jour.
- Insister sur l'importance d'assurer un suivi de près pour que le traitement soit efficace et pour déceler rapidement les effets indésirables des médicaments.
 - Expliquer au client que les antituberculeux peuvent avoir des effets indésirables qu'il vaut mieux prendre en charge rapidement; pour assurer une bonne surveillance des effets secondaires, particulièrement durant les 3 premiers mois du traitement, il faut faire des analyses sanguines, et le client doit être attentif aux signes et symptômes⁽⁴⁾.
- Insister sur l'importance, pour les clients prenant des antituberculeux, d'être à l'affût de leurs symptômes et d'informer *immédiatement* leur prestataire de soins de santé s'ils éprouvent l'un des signes ou symptômes suivants⁽¹⁵⁾ :
 - Changement de la vision⁽¹⁶⁾
 - Nausée et/ou vomissements
 - Perte d'appétit
 - Ictère
 - Urine foncée
 - Fièvre inexpliquée durant 3 jours ou plus

Médicaments

Conseiller au(x) client(s)/soignant(s) à propos :

- de l'utilisation appropriée des médicaments; soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.
- des effets secondaires les plus courants (pour connaître les effets secondaires courants des médicaments, consulter le *Tableau 2 : Effets secondaires possibles du traitement antituberculeux de première intention* à l'Annexe, Section A de ce guide)
- des interactions médicamenteuses et les interactions médicaments-aliments relatives aux médicaments prescrits pour la tuberculose (pour de plus amples renseignements, consulter le document du Heartland National TB Centre intitulé *Tuberculosis medication drug and food interactions*, à l'adresse http://www.heartlandntbc.org/assets/products/tuberculosis_medication_drug_and_food_interactions.pdf (en anglais seulement).

Conseiller au(x) client(s)/soignant(s) :

- de ne pas consommer d'alcool et
- d'autres produits hépatotoxiques, afin de ne pas aggraver l'hépatite médicamenteuse⁽¹⁶⁾.

Si le client fume, évaluer son usage du tabac à chaque visite et lui proposer un soutien pour cesser de fumer. Les produits pour arrêter de fumer sont couverts sans restriction dans le cadre du programme de la DGSPNI (pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 15 – Santé mentale – Dépendance à la nicotine*).

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Maladie active⁽⁴⁾

Les antituberculeux sont habituellement prescrits par des spécialistes de la tuberculose. Toutefois, dans certaines provinces/territoires, le traitement peut être initié et/ou prescrit par un autre médecin / une infirmière praticienne.

- À moins de contre-indication, les traitements de première intention comprennent généralement⁽²⁾ :
 - L'isoniazide (INH),
 - La rifampicine (RMP),
 - L'éthambutol (EMB) et
 - La pyrazinamide (PZA) (pour connaître les posologies quotidiennes, consulter le *Tableau 1* à l'Annexe, Section A de ce guide).
- Dans le cas des clients chez qui on soupçonne une méningite tuberculeuse ou une péricardite tuberculeuse, le spécialiste de la tuberculose ou le médecin / l'infirmière praticienne peut prescrire un anti-inflammatoire comme la dexaméthasone ou la prednisone.

Isoniazide (INH) et pyridoxine (vitamine B6)

- Si de l'isoniazide (INH) est prescrit, un supplément vitaminique de pyridoxine (vitamine B6) doit aussi être prescrit en raison du risque accru de symptômes associés à une carence en pyridoxine, particulièrement chez les personnes qui souffrent de diabète, d'insuffisance rénale, de malnutrition, d'abus d'alcool ou de drogues, de troubles épileptiques ou d'une infection au VIH, ainsi que chez les femmes enceintes ou allaitantes.

N.B. : Une dose quotidienne de 25 mg de pyridoxine est suffisante; une dose plus élevée risque d'interférer avec l'action de l'INH.

Éthambutol (EMB)

- L'éthambutol (EMB) doit être arrêté immédiatement si les résultats des tests de pharmacosensibilité indiquent que la bactérie est sensible à tous les antituberculeux, ou s'il est confirmé que le cas source est sensible à tous les antituberculeux.

Durée du traitement

- La durée du traitement varie selon le(s) siège(s) d'infection par la bactérie de la tuberculose, les antituberculeux prescrits, la gravité de la maladie et les facteurs de risque du client⁽²⁾.

Initiation du traitement de la tuberculose

- Le client à qui on administre un traitement contre la tuberculose doit être suivi de près, afin de surveiller et de réduire le risque de toxicité et de s'assurer que le traitement est achevé⁽¹⁷⁾.
- Pour que le traitement contre la tuberculose soit efficace, toutes les doses doivent être prises telles que prescrites.
- Un traitement sous observation directe est recommandé, au moins pour les clients susceptibles de ne pas adhérer au traitement.
- Considérer des solutions de remplacement à un traitement sous observation directe (p. ex. par vidéoconférence), lorsque c'est possible.

Phases du traitement

Le traitement de la maladie active consiste en l'administration de plusieurs médicaments pendant 6 mois ou plus. Le traitement est administré en 2 phases :

- Phase initiale, qui dure 2 mois
- Phase de continuation, qui dure 4 mois ou plus

Phase initiale du traitement

(durée : deux mois)⁽⁴⁾

- **Traitement standard :** 4 médicaments doivent être prescrits (INH, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide)
- **Traitement de remplacement** (en raison de la toxicité de la pyrazinamide) : au moins 3 médicaments (INH, rifampicine et éthambutol). Lorsque seulement 3 médicaments sont utilisés durant cette phase, la phase de continuation avec l'INH et la rifampicine dure 3 mois de plus.
- La pyrazinamide (PZA) est le médicament de première intention standard le plus toxique et la cause la plus courante d'hépatotoxicité médicamenteuse chez les clients recevant un traitement contre la tuberculose.
- Les clients susceptibles de ressentir des effets hépatotoxiques, par exemple ceux qui ont des antécédents d'alcoolisme, les personnes âgées et/ou les clients souffrant d'une dysfonction hépatique pré-existante légère ou modérée, pourraient ne pas tolérer ce médicament.

Phase de continuation du traitement

(durée : 4 mois ou plus)⁽⁴⁾

- **Traitement standard :** Au moins 2 médicaments efficaces doivent être prescrits (INH et rifampicine pendant 4 à 7 mois, sauf en cas d'isolat pharmacorésistant)
- Lorsque les médicaments antituberculeux doivent être administrés de manière intermittente, par exemple s'ils sont pris 3 fois par semaine pendant la phase de continuation, le client doit faire l'objet d'une étroite surveillance (traitement sous observation directe).
- Il est recommandé de prolonger la phase de continuation au-delà de 4 mois (auquel cas la durée totale du traitement dépasse 6 mois) dans les cas suivants :
 - Si la radiographie thoracique révèle toujours des cavités après 2 mois ou à la fin d'un traitement antituberculeux efficace, si le frottis ou la culture demeurent positifs après 2 mois de traitement, ou s'il y a coinfection par le VIH⁽¹³⁾;

- Dans certains cas de tuberculose non respiratoire (p. ex. méningite tuberculeuse, tuberculose ostéo-articulaire)⁽²⁾ (pour de plus amples renseignements sur les différents types de tuberculose non respiratoire, consulter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, Chapitre 7, *La tuberculose non respiratoire*, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-19.html>
- Quand un traitement de deuxième intention est nécessaire, particulièrement si on a affaire à un cas de tuberculose pharmacorésistante (pour de plus amples renseignements sur les différents types de pharmacorésistance, consulter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, Chapitre 8, *La tuberculose pharmacorésistante*, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-20.html>

Infection tuberculeuse latente (ITL)

Le schéma thérapeutique pour l'ITL peut varier en fonction des lignes directrices provinciales/territoriales. Consulter le bureau de lutte contre la tuberculose responsable pour en savoir davantage.

- **Traitement standard** : INH quotidienne pendant 9 mois⁽¹⁸⁾
- **Traitement de remplacement**⁽¹⁸⁾ :
 - INH et rifampicine quotidiennement pendant 3 à 4 mois
 - Rifampicine quotidiennement pendant 4 mois

N.B. : Si de l'isoniazide (INH) est prescrit, un supplément vitaminique de pyridoxine (vitamine B6) doit aussi être prescrit en raison du risque accru de symptômes associés à une carence en pyridoxine, particulièrement chez les personnes qui souffrent de diabète, d'insuffisance rénale, de malnutrition, d'abus d'alcool ou de drogues, de troubles épileptiques ou d'une infection au VIH, ainsi que chez les femmes enceintes ou allaitantes. Une dose quotidienne de 25 mg de pyridoxine est suffisante; une dose plus élevée risque d'interférer avec l'action de l'INH⁽⁴⁾.

Pour des renseignements détaillés sur le recours à un traitement plus court à la rifampicine pour traiter l'ITL, consulter les documents suivants :

- *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, Chapitre 6, *Le traitement de l'infection tuberculeuse latente*, Tableau 4, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-16.html> ou
- *L'infection tuberculeuse latente : un aperçu*, à l'adresse <http://www.phac-as-pc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/17vol43/dr-rm43-3-4/ar-01-fra.php>
- D'autres options de traitement pourraient consister en l'administration de rifapentine et d'INH pendant 3 mois⁽¹⁸⁾.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI

Les clients recevant un traitement antituberculeux doivent être suivis de près. Considérer ce qui suit :

- Des radiographies thoraciques doivent être effectuées périodiquement durant le traitement pour évaluer la réponse, les complications éventuelles et le risque de rechute⁽⁴⁾.
- Si le client présente un risque d'échec thérapeutique, il est recommandé d'effectuer 2 frottis et cultures d'expectorations (ainsi qu'une épreuve de pharmacosensibilité si les cultures sont positives)⁽⁴⁾.
- Les clients dont les frottis d'expectorations directs sont positifs pour les bacilles acido-résistants doivent être suivis de près afin de vérifier la réponse clinique et objective

au traitement. La qualité d'un échantillon d'expectorations est directement liée à l'effort exercé par le client pour produire l'échantillon. Les échantillons pour frottis doivent être recueillis toutes les 2 semaines au plus. (P. Jessamine, L'Hôpital d'Ottawa, janvier 2017).

- Les clients dont les frottis et les cultures sont positifs pour la tuberculose doivent être maintenus en isolement jusqu'à ce que 3 échantillons d'expectorations ressortent négatifs pour les bacilles acidorésistants⁽¹³⁾.
- Si les frottis d'expectorations directs sont négatifs pour les bacilles acidorésistants, il faut effectuer une culture à la fin du deuxième mois après le début du traitement pour évaluer le risque de rechute, puis de nouveau vers la fin du traitement⁽⁴⁾.
- Pendant le traitement d'une tuberculose active, les clients doivent être vus au moins une fois par mois pour évaluer l'adhérence au traitement (traitement sous observation directe), la réponse au traitement et les effets indésirables; la réponse au traitement doit être évaluée par un examen clinique, par des radiographies et par des analyses microbiologiques. Le suivi microbiologique est considéré la méthode la plus fiable⁽⁴⁾. Pour obtenir d'autres directives, consulter les politiques et procédures provinciales et territoriales.
- Surveiller les clients qui reçoivent un traitement antituberculeux de première intention standard pour déceler les signes et symptômes d'hépatotoxicité.
- Des analyses de la fonction hépatique doivent être faites régulièrement, conformément aux directives du médecin / de l'infirmière praticienne⁽⁴⁾.

Clients recevant de l'éthambutol (EMB)

- Les clients prenant de l'éthambutol devraient subir un examen de l'acuité visuelle et de la discrimination du rouge et du vert tous les mois (la fréquence peut varier selon les lignes directrices provinciales/territoriales en matière de traitement et/ou selon le médecin traitant / l'infirmière praticienne).

- Les clients prenant de l'éthambutol sur une période plus longue que la phase initiale du traitement doivent être orientés vers un ophtalmologiste pour une évaluation périodique de leur acuité visuelle, de leur vision des couleurs et de leur champ visuel⁽⁴⁾.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiqué.
- Il pourrait être nécessaire de procéder à l'évacuation médicale des cas soupçonnés de tuberculose active pour examen et traitement.
- En cas de tuberculose active confirmée ou soupçonnée, le client pourrait devoir prendre certaines mesures de précaution additionnelles durant le transport; consulter les politiques et procédures provinciales/territoriales pour en savoir plus à ce sujet.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Prévention⁽¹⁰⁾

- Une alimentation équilibrée adéquate favorise le rétablissement et peut aider à prévenir la tuberculose active chez les personnes ayant une infection latente.
- La sensibilisation de la communauté à la tuberculose peut contribuer à améliorer les connaissances et dissiper les préjugés liés à la tuberculose.
- Des activités de promotion peuvent favoriser la détection précoce de la maladie active.
- De la formation peut contribuer à souligner l'importance de bien repérer les membres de la communauté qui bénéficieraient d'un traitement contre l'infection latente, ainsi qu'à diffuser de l'information sur le bien-fondé du recours à un traitement contre l'infection latente.

Principes de recherche des contacts

- Les lignes directrices relatives au dépistage de la maladie chez les contacts peuvent varier d’une province ou d’un territoire à l’autre. Consulter l’agent de lutte antituberculeuse de la province/du territoire pour en savoir davantage à ce sujet. Pour de plus amples renseignements, consulter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition – Chapitre 12.
- Les jeunes enfants de moins de 5 ans et les personnes immunodéficientes sont une priorité élevée étant donné qu’ils sont plus susceptibles de contracter la maladie active s’ils sont infectés⁽¹⁴⁾.
- Un TCT doit être refait 8 semaines après le dernier contact avec une personne contagieuse pour tous les contacts à priorité élevée dont le premier TCT était négatif.
- Dans le cas des contacts à priorité moyenne et faible, un seul TCT doit être effectué, 8 semaines après le dernier contact avec une personne contagieuse⁽¹⁴⁾.

Conditions à respecter pour l’isolement à domicile⁽¹³⁾

- La personne ne respire pas le même air que des personnes ne faisant pas partie de la maisonnée et l’air intérieur n’est pas recirculé vers d’autres unités de logement.
- Tous les membres de la maisonnée ont déjà été exposés à la personne.
- Si un membre de la maisonnée a un résultat négatif au TCT, il doit être informé des risques et bien les comprendre.
- Aucun enfant de moins de 5 ans ni aucune personne immunodéficiente ne sont présents au domicile (sauf s’ils reçoivent un traitement prophylactique ou curatif contre la tuberculose active ou l’ITL).
- Aucun visiteur, à l’exception des travailleurs de la santé, ne doit être admis au domicile.
- La personne reçoit du counseling et est capable et désireuse de respecter les restrictions de sortie à l’extérieur du domicile (p. ex. ne pas aller au travail, à l’école ni à l’intérieur de tout autre édifice public).

- La personne ne doit utiliser aucun moyen de transport public (si c’est absolument nécessaire, elle peut prendre un taxi pour se rendre à un rendez-vous essentiel chez le médecin, à condition de porter un masque).
- La personne peut être autorisée à aller à l’extérieur, car le risque de transmission est négligeable si elle n’a pas de contact très étroit prolongé avec une personne réceptive.
- Le médecin / l’infirmière praticienne responsable du traitement peut lever l’isolement à domicile si le client montre des signes cliniques d’amélioration, si la recherche de bacilles acidorésistants est négative dans 3 frottis d’expectorations consécutifs et s’il est admis que le patient s’est conformé pendant au moins 2 semaines à un traitement efficace.

Test cutané à la tuberculine (TCT) (test de Mantoux)⁽⁷⁾

- Ce test diagnostique sert à déterminer s’il y a ITL.
- Le TCT consiste en une injection intradermique de 0,1 ml de tuberculine dérivée de protéines purifiées, obtenue à partir d’une culture de la bactérie *M. tuberculosis*.
- Une injection intradermique mal exécutée peut fausser les résultats.
- Chez les personnes ayant une immunité à médiation cellulaire aux antigènes tuberculiniques, l’injection peut produire une réaction d’hypersensibilité retardée dans les 48 à 72 heures.
 - La réaction cause un œdème localisé et se manifeste par une induration de la peau au point d’injection.
- Le TCT est indiqué dans les cas suivants :
 - Diagnostic d’ITL chez une personne présentant un risque accru de tuberculose active et qui bénéficierait donc d’un traitement.
 - Seules les personnes qui bénéficieraient d’un traitement devraient subir un TCT; la décision d’effectuer le test suppose donc une décision de traitement si les résultats sont positifs. En règle générale, il n’est pas recommandé d’effectuer le test chez les personnes âgées, parce que les risques associés au traitement d’une

ITL chez les personnes âgées sont plus importants que les avantages.

- Preuves à l'appui d'une maladie active chez les jeunes enfants et les personnes atteintes de tuberculose non respiratoire.
- Personnes ayant une ITL nouvelle repérées durant la recherche des contacts; un TCT initial et un autre 8 semaines après l'exposition sont recommandés pour les contacts appartenant à la maisonnée et les autres contacts à priorité élevée⁽¹⁴⁾.
- Un seul TCT 8 semaines après l'exposition est recommandé pour les contacts à priorité moyenne ou faible⁽¹⁴⁾.

Le TCT est déconseillé dans les cas suivants :

- Personnes qui ont présenté dans le passé une réaction positive grave au TCT sous forme de vésicules;
- Client ayant déjà eu une réaction ou un résultat positif au TCT, à l'occasion d'un test interprété par un professionnel de la santé compétent;
- Client qu'on sait atteint de tuberculose active ou qui a déjà été traité adéquatement pour une tuberculose active;
- Client présentant des brûlures étendues ou de l'eczéma au siège prévu pour le test;
- Client qui, au cours du dernier mois, a contracté une infection virale (par exemple, rougeole, oreillons, et varicelle) ou reçu un vaccin à virus vivant; dans de tels cas, le TCT peut donner un faux négatif. Le clinicien peut tout de même choisir d'administrer un TCT, malgré le risque théorique de faux négatif. Le TCT peut être administré le même jour qu'un vaccin vivant.

Interprétation des résultats du TCT :

- Les résultats du TCT doivent être interprétés entre 48 et 72 heures après l'administration.
- La réaction au TCT est mesurée en fonction du diamètre de l'induration en millimètre, et non de celui de l'érythème.

Résultat faussement négatif :

- Un faux négatif peut se produire chez les nourrissons de moins de 6 mois, les personnes âgées, gravement malades ou anergiées (p. ex. les personnes ayant le VIH/sida ou d'autres déficiences immunitaires, ou les personnes prenant des corticostéroïdes), ainsi que chez les personnes ayant une tuberculose active.

Résultat faussement positif :

- Si le client a reçu le vaccin bacille Calmette-Guérin, le TCT pourrait donner un résultat positif.

Marche à suivre pour effectuer un TCT⁽⁷⁾

Manipulation de la solution de tuberculine :

- Au Canada, l'utilisation de Tubersol est recommandée; il s'agit d'un produit contenant 5 unités de tuberculine (5 UT) de PPD-S (tuberculine dérivée de protéines purifiées – standard).
- La solution peut être altérée si elle est exposée à la lumière. La tuberculine doit être conservée à l'obscurité.
- Jeter la solution si la fiole est ouverte depuis plus d'un mois ou depuis un laps de temps indéterminé (la puissance de la solution peut être réduite).

Préparation du client

- Utiliser la face antérieure de l'avant-bras, de préférence du bras non dominant, à 10 cm (4 pouces) environ en bas du coude; éviter les zones où il y a des abrasions, une tuméfaction, des veines visibles ou des lésions. Éviter également les zones où l'on observe une éruption localisée, une brûlure ou un eczéma localisé.
- Ne pas utiliser de crème d'anesthésie locale, car des œdèmes localisés ont été signalés après l'application de ce type de produit et pourraient être facilement confondus avec un résultat positif au TCT.

Injection de la solution de tuberculine

- Utiliser une aiguille de 0,6 à 1,3 cm ($\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ pouce) de longueur et de calibre 26 ou 27 avec une seringue à tuberculine jetable en plastique.
- Orienter le biseau de l’aiguille de façon que l’ouverture soit vers le haut.
- Administrer la tuberculine par une injection intradermique lente de 0,1 ml de 5 UT.
- Une papule pâle bien délimitée de 6 à 10 mm de diamètre devrait apparaître. Elle disparaît habituellement en l’espace de 10 à 15 minutes. Le diamètre de la papule n’est pas une donnée tout à fait fiable, mais s’il y a une fuite importante de liquide au moment de l’injection et qu’il n’y a pas de papule, il faut refaire l’injection sur l’avant-bras opposé, ou sur le même avant-bras, mais à une distance d’au moins 5 cm du point d’injection précédent.
- Expliquer au client qu’il ne doit pas masser le point d’injection afin d’éviter de faire sortir la tuberculine et de nuire au test.
- Ne pas couvrir le site d’un bandage.
- Dire au patient de ne pas gratter le point d’injection et l’informer qu’il peut vaquer à toutes ses activités normales, y compris prendre une douche ou un bain.
- Le TCT doit être lu par un professionnel de la santé dûment formé. Les personnes qui n’ont pas l’expérience de la lecture du résultat d’un TCT peuvent ne pas percevoir une induration légère.
- L’interprétation de la réaction au TCT doit tenir compte de beaucoup plus de facteurs que la seule taille de l’induration.
- La lecture doit être faite de 48 à 72 heures après l’administration, car l’induration peut atteindre sa taille maximale jusqu’à 48 heures après l’inoculation, mais il est difficile d’interpréter une réaction après 72 heures. La réaction peut persister pendant au plus une semaine.
- Si le TCT ne peut pas être lu dans les 72 heures à cause de circonstances imprévues, il devrait être refait à un point d’injection assez éloigné de celui utilisé pour le test précédent de façon qu’il n’y ait pas de chevauchement des réactions. Aucun délai minimal d’attente ne doit être respecté avant de refaire le test.
- L’avant-bras doit être appuyé sur une surface ferme et légèrement fléchi au coude.
- Consultez le guide intitulé *Mantoux Tuberculosis Skin Test Facilitator Guide* pour connaître la marche à suivre détaillée pour lire les résultats du test cutané, à l’adresse <https://www.cdc.gov/tb/education/mantoux/pdf/mantoux.pdf> (en anglais seulement).
- Consigner le résultat du TCT en millimètres. S’il n’y a pas d’induration, inscrire « 0 mm ».
- Ne pas tenir compte de l’érythème dans la lecture des résultats.
- Environ 2 % à 3 % des personnes testées présentent un érythème ou une éruption cutanée localisée (sans induration) dans les 12 premières heures. Il s’agit de réactions allergiques bénignes qui ne signalent pas une infection tuberculeuse. Elles ne sont pas une contre-indication à la réalisation d’autres TCT dans l’avenir.

Tests de libération d’interféron gamma (TLIG)

- Les TLIG sont des tests sanguins *in vitro* qui permettent d’évaluer la réponse immunitaire à médiation cellulaire; ils mesurent la libération d’interféron gamma (IFN-gamma) par les lymphocytes T après stimulation par des antigènes spécifiques de *Mycobacterium tuberculosis*. Les TLIG s’effectuent sur des échantillons de sang frais.
- Comme le statut vaccinal à l’égard du BCG n’a pas d’incidence sur les TLIG, ceux-ci sont utiles pour évaluer l’ITL chez les personnes vaccinées par le BCG. De plus, bien que cette constatation soit basée sur des données limitées, la plupart des mycobactéries non tuberculeuses qui peuvent causer

des réactions faussement positives au TCT ne semblent pas avoir d'effet sur les TLIG. L'infection à VIH réduit la sensibilité des TLIG. Confirmer la disponibilité des TLIG dans la province/le territoire.

Collecte d'échantillons d'expectorations⁽¹⁹⁾

Donner au client des explications détaillées sur le nombre d'échantillons d'expectorations qu'il doit fournir et sur le moment du prélèvement de ces échantillons.

- Informations essentielles à fournir au client pour la collecte :
 - L'échantillon d'expectorations doit être prélevé loin d'autres personnes, à l'extérieur ou à côté d'une fenêtre ouverte.

- Prendre deux grandes respirations, en expirant lentement, puis tousser très fort jusqu'à ce que des expectorations remontent dans la bouche; cracher ensuite ces expectorations dans le contenant de collecte.
- Après la collecte d'un échantillon, bien se laver les mains.

Pour de plus amples renseignements sur la collecte d'expectorations pour les tests de dépistage de la tuberculose, consulter le document intitulé *La collecte des expectorations pour le test de dépistage de la tuberculose*, à l'adresse <http://www.healthlinkbc.ca/hlbc/files/documents/healthfiles/hfile51b-f.pdf>.

TABLEAU 1

Posologies des médicaments antituberculeux de première intention chez l'adulte⁽⁴⁾

MÉDICAMENT	POSOLOGIE QUOTIDIENNE HABITUELLE
Isoniazide	5 mg/kg, maximum de 300 mg
Rifampicine	10 mg/kg, maximum de 600 mg
Pyrazinamide	20 à 25 mg/kg, maximum de 2 000 mg
Éthambutol	15 à 20 mg/kg, maximum de 1 600 mg

Surveillance des effets secondaires des antituberculeux

TABLEAU 2

Effets secondaires possibles du traitement antituberculeux de première intention⁽⁴⁾

MÉDICAMENT	EFFETS SECONDAIRES COURANTS	EFFETS SECONDAIRES RARES MAIS GRAVES
Isoniazide	Éruption cutanée, hépatite, neuropathie	Toxicité pour le système nerveux central, anémie
Rifampicine	Interactions médicamenteuses, éruption cutanée	Hépatite, maladies d'allure grippale, neutropénie, thrombocytopénie
Pyrazinamide	Hépatite, éruption cutanée, arthralgie	Goutte
Éthambutol	Toxicité oculaire	Éruption cutanée

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Santé et Bien-être Alberta
Tuberculosis Prevention and Control Guidelines for Alberta. À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/tuberculosis-prevention-and-control-guidelines-for-alberta>(en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
Chapter 4: Tuberculosis Manual. À l'adresse <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/communicable-disease-control-manual/tuberculosis> (en anglais seulement)

Manitoba

Ministère de la Santé du Manitoba
Communicable Disease Control - Manitoba Tuberculosis Protocol. À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/tb.html> (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

Santé et Services communautaires
Guideline for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis across the Continuum of Care. À l'adresse http://www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/tuberculosis_management.pdf (en anglais seulement)

Territoires du Nord-Ouest

Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *NWT Tuberculosis Manual*. À l'adresse À l'adresse <http://www.hss.gov.nt.ca> (cliquer sur *HSS Professionals (staff only)* et entrer code d'utilisateur et mot de passe) (en anglais seulement)

Nouvelle-Écosse

Santé et Mieux-être. *Communicable Disease Prevention and Control, Tuberculosis*. À l'adresse <https://novascotia.ca/dhw/CDPC/tuberculosis.asp> (en anglais seulement)

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Normes de santé publique de l'Ontario : Prévention et contrôle de la tuberculose*. À l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/tbpc.aspx

Saskatchewan

Saskatoon Health Region. *Tuberculosis Diagnosis and Treatment*. À l'adresse https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/TB-Prevention/Documents/Resourses/Tuberculosis%20Control%20-%20A%20Reference%20Guide%20to%20the%20TB%20Program%20in%20Saskatchewan.pdf (en anglais seulement)

Yukon

Santé et Services sociaux. *TB Control Manual*. À l'adresse <http://www.hss.gov.yk.ca/tbmanual.php> (en anglais seulement)

Autres ressources

Alvarez, G., P. Orr, W. Wobeser, V. Cook et R. Long. « Chapitre 14 – La prévention de la tuberculose et les soins aux tuberculeux chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-10.html>

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Halverson J, Ellis E, Gallant V et Archibald C. « Chapitre 1 - L'épidémiologie de la tuberculose au Canada », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 7 à 25. Consulté à l'adresse: <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch1-fra.php>
2. Fisher D et Elwood K. « Chapitre 7 : La tuberculose non respiratoire », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 153 à 185. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-19.html>
3. Long R et Schwartzman K. « Chapitre 2 : La pathogenèse et la transmission de la tuberculose », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 25 à 43. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-14.html>
4. Menzies D et Elwood K. « Chapitre 5 : Le traitement de la tuberculose active », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 97 à 125. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch5-fra.php>
5. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS): Tuberculosis (TB) 2009 Case Definition, CSTE Position Statement (09-ID-65)*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention. Consulté à l'adresse www.cdc.gov/nndss/conditions/tuberculosis/case-definition/2009/
6. « Annexe A : Glossaire », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2013, P. 7 à 25. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/appendix-annexe-a-fra.php>
7. Pai M, Kunimoto D, Jamieson F et Menzies D. « Chapitre 4 : Le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 63 à 97. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-16.html>
8. Menzies D, Alvarez G et Khan K. « Chapitre 6 : Le traitement de l'infection tuberculeuse latente », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 125 à 153. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-18.html>
9. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers* [Internet]. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.cdc.gov/tb/publications/ltni/>
10. Pozniak A. « Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis ». [Internet]. Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2014. Consulté à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
11. Pai M, Minion J, Jamieson F, Wolfe J et Behr M. « Chapitre 3 – Le diagnostic de la tuberculose active et de la pharmacorésistance », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 43-63. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch3-fra.php>

12. « Pulmonary tuberculosis ». [Internet] Ipswich (MA) : EBSCO Information Services; 2015. Consulté à l'adresse www.dynamed.com (code d'utilisateur et mot de passe requis)

13. Ogunremi T, Menzies J et Embil D. « Chapitre 15 - La prévention et la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les milieux de soins de santé et d'autres milieux », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 361 à 405. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch15-fra.php>

14. Rea E et Rivest P. « Chapitre 12 - Le suivi des contacts et la gestion des éclosions dans le cadre de la lutte antituberculeuse », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 293 à 321. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch12-fra.php>

15. Mayo Clinic. *Patient Care and Health Information - Diseases and Conditions: Tuberculosis*. Rochester (MN) : Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/tuberculosis/basics/treatment/con-20021761>

16. Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)*. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.

17. Kitai I et Demers AM. « Chapitre 9 - La tuberculose de l'enfant », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 219 à 247. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch9-fra.php>

18. Kiazzyk S et Ball TB. « L'infection tuberculeuse latente : un aperçu », dans *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2 mars 2017. Consulté le 6 mars 2017, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/17vol43/dr-rm43-3-4/ar-01-fra.php>

19. BC Centre for Disease Control. *La collecte des expectorations pour le test de dépistage de la tuberculose*. [Internet] Vancouver (C.-B.) : HealthLink; 2014. Consulté à l'adresse <https://www.healthlinkbc.ca/hlbc/files/documents/healthfiles/hfile51b-f.pdf>

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « HIV Infection », dans *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)*. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.

Association des pharmaciens du Canada. « Ethambutol ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. À l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Ethambutol ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP-NI). Avril 2016.

Association des pharmaciens du Canada. « Isoniazid ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Isoniazid ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada.
« Pyrazinamide ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Pyrazinamide ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada.
« Rifampin (Rifadin) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Rifampin ». [Internet]. Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

HÉPATITE VIRALE

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant de l'hépatite virale, là où elles sont disponibles.

L'hépatite est une affection inflammatoire du foie, généralement causée par une infection virale⁽¹⁾. Au Canada, les types d'hépatite virale diagnostiqués sont l'hépatite A, B, C, D et E, les types A, B et C étant les plus courants⁽¹⁾. Bien que d'autres types de virus puissent causer une hépatite, il n'en sera pas question dans le présent guide de pratique clinique. Tous les types d'hépatite virale sont transmissibles. Le cas échéant, des soins de confort sont prodigués; la majorité des personnes atteintes d'une hépatite A ou B aiguë se rétablissent complètement sans complications chroniques⁽²⁾. En revanche, la majorité des personnes atteintes d'une hépatite C acquièrent une infection chronique. L'hépatite C constitue un problème de santé important en raison du fardeau que représente la maladie pour chacune des personnes atteintes et du risque d'éclosion et de transmission de la maladie.

CAUSES

- Virus de l'hépatite A (VHA)⁽¹⁾
- Virus de l'hépatite B (VHB)⁽¹⁾
- Virus de l'hépatite C (VHC)⁽¹⁾
- Virus de l'hépatite D (VHD)⁽¹⁾
- Virus de l'hépatite E (VHE)⁽¹⁾

Autres causes de l'hépatite virale⁽²⁾ :

- Virus Coxsackie
- Cytomégalovirus
- Virus d'Epstein-Barr

Virus de l'hépatite A (VHA)⁽³⁾

- Le VHA peut être prévenu par un vaccin.
- Le VHA touche principalement les enfants.
- Les enfants sont souvent asymptomatiques, ou ont certains symptômes bénins évoquant une affection virale⁽⁴⁾.
- La maladie clinique est plus grave chez les adultes que chez les enfants.
- Les signes cliniques apparaissent généralement entre 3 et 5 semaines après l'infection et comprennent ce qui suit :
 - Ictère
 - Hépatomégalie
 - Hépatite
- L'hépatite A disparaît généralement spontanément après 4 à 8 semaines, sans complications ni infection chronique.
- Aucun traitement antiviral spécifique n'est nécessaire; seuls des soins de confort sont indiqués.

Virus de l'hépatite B (VHB)⁽⁵⁾

- Le VHB peut être prévenu par un vaccin.
- La plupart des enfants infectés par le VHB sont asymptomatiques.
- Les adultes immunodéficients et les enfants de moins de 7 ans sont plus susceptibles d'acquérir une infection chronique.
- Une maladie clinique aiguë se manifeste chez 30 à 50 % des personnes de plus de 5 ans atteintes du VHB. Les caractéristiques cliniques comprennent des symptômes non spécifiques et bénins d'affection virale (p. ex. fièvre, malaise, nausée et douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit [QSD])⁽⁶⁾.
- Le tableau clinique d'une infection aiguë du VHB chez les adultes varie; dans 70 % des cas, l'affection est subclinique; on constate une hépatite ictérique dans 30 % des cas, et une hépatite fulminante dans 1 % des cas. Durant la phase chronique, l'infection à VHB se manifeste de diverses manières : porteur asymptomatique, hépatite chronique, cirrhose et/ou carcinome hépatocellulaire⁽²⁾.

Virus de l'hépatite C (VHC)⁽⁸⁾

- La plupart des cas aigus d'hépatite C sont asymptomatiques.
 - 25 % des personnes atteintes présentent un ictère ou des symptômes bénins d'affection virale.
- Entre 50 et 85 % des personnes atteintes d'une infection aiguë progressent vers une infection à VHC chronique.
- Le VHC est la cause la plus courante de maladie du foie au Canada.

Virus de l'hépatite D (VHD)⁽¹⁾

- Le VHD provoque soit :
 - une infection aiguë avec infection aiguë à VHB; ou
 - une superinfection avec infection chronique à VHB⁽⁹⁾
- L'infection aiguë à VHD peut se manifester par des symptômes d'infection virale, notamment :
 - Ictère
 - Symptômes gastro-intestinaux
 - Fièvre
 - Urine ou selles décolorées
 - Fatigue
- L'infection à VHD :
 - accélère la fibrose du foie (cirrhose);
 - peut progresser vers une hépatite fulminante en association avec une infection à VHB⁽⁹⁾.

Virus de l'hépatite E (VHE)

- L'infection aiguë à VHE présente les mêmes manifestations cliniques que l'infection à VHA⁽¹¹⁾.
- Une infection chronique à VHE est parfois constatée chez les clients immunodéficients, y compris les personnes ayant reçu une greffe de foie⁽¹⁰⁾.
- Le VHE est plus courant dans certaines régions en dehors de l'Amérique du Nord⁽¹¹⁾, où il est endémique.

- Le VHE est rare au Canada⁽¹¹⁾.
- L'infection disparaît généralement spontanément⁽¹¹⁾.
- Le taux de mortalité est élevé chez les femmes enceintes qui en sont atteintes (15 à 20 %)⁽¹⁰⁾.

TRANSMISSION**VHA et VHE**

- Transmission par voie orofécale⁽³⁾.
 - La voie de transmission orofécale s'entend de la transmission de personne à personne par contact étroit ou par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés⁽¹⁾.

VHB, VHC, VHD et VHE

- Transmission de personne à personne par contact avec du sang ou des fluides corporels⁽¹⁾.
- Les modes de transmission les plus courants sont les suivants :
 - percutanée (utilisation de drogues injectables)
 - périnatale
 - horizontale
 - sexuelle
 - par transfusion
 - par greffe d'organe
 - nosocomiale (p. ex. piqûre d'aiguille)
- La prévalence du VHD est très forte chez les utilisateurs de drogues injectables infectés par le VHB.
- L'infection à VHB est très contagieuse.

Pour de plus amples renseignements à propos de la transmission du virus de l'hépatite, consulter le *Tableau 1, Comparaison des six formes d'hépatite virale*.

PÉRIODE D'INCUBATION

TABEAU 1

Comparaison des six formes d'hépatite virale⁽¹⁾

FORME	TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	CHRONICITÉ (RISQUE D'INFECTION CHRONIQUE APRÈS L'INFECTION INITIALE)
A	Adulte ou enfant : - Voie orofécale - Voie sexuelle ⁽¹⁾	De 15 à 50 jours	Aucun
B	Adulte ou enfant : - Voie parentérale - Voie sexuelle - Voie verticale - Voie sanguine - Greffe d'organe	De 45 à 180 jours	Oui; il y a chronicité chez : - 70 à 90 % des nourrissons - 10 à 30 % des enfants de moins de 7 ans - 5 % des adultes
C	Adulte ou enfant : - Voie parentérale - Voie verticale - Voie sexuelle	De 14 à 180 jours ⁽¹²⁾	Oui, il y a chronicité dans 50 à 85 % des cas
D	Adulte ou enfant : - Voie parentérale; toujours concomitante avec l'hépatite B	De 14 à 56 jours	Oui
E	Adulte ou enfant : - Voie orofécale - Transfusion sanguine Enfant : - Voie verticale	De 14 à 60 jours	Généralement non, sauf chez les personnes immunodéficientes

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

VHA⁽⁴⁾

- Voyage ou travail dans des régions où le taux d'infection à VHA est élevé
- Contact familial ou étroit avec une personne atteinte d'une infection aiguë à VHA
- Fréquentation d'une garderie ou travail dans une garderie
- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes⁽¹³⁾
- Utilisateurs de drogues injectables
- Contact avec de l'eau ou des aliments contaminés

- Résidents de certaines collectivités autochtones (parfois à cause d'un approvisionnement en eau potable inadéquat ou d'un surpeuplement)
- Résidents de certains établissements (y compris les établissements correctionnels)

VHB⁽¹⁴⁾

- Activités sexuelles à risque élevé (p. ex. rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes)
- Utilisation de drogues incluant le partage de matériel (p. ex. matériel d'injection ou d'inhalation)
- Enfants nés d'une mère infectée
- Contacts familiaux ou sexuels avec des personnes porteuses du VHB
- Partage d'articles de soins personnels (p. ex. rasoir, brosse à dents, coupe-ongles) avec une personne infectée par le VHB
- Exposition professionnelle à du sang ou à des liquides organiques infectés
- Transfusion de sang ou de produit sanguin ou procédure médicale au Canada avant 1970
- Matériel médical ou de services personnels contaminés (p. ex. instruments utilisés pour le tatouage ou le perçage)
- Naissance, résidence ou voyage dans une région où l'hépatite B est endémique
- Résidents de certains établissements (y compris les établissements correctionnels)

VHC^(15; 16)

- Utilisation de drogues incluant le partage de matériel (p. ex. matériel d'injection ou d'inhalation)
- Transfusion de sang ou de produit sanguin et greffe d'organe avant 1992
- Matériel médical, dentaire ou de services personnels contaminés (p. ex. instruments utilisés pour le tatouage ou le perçage)
- Exposition professionnelle à du sang
- Enfants nés d'une mère infectée
- Partenaires sexuels multiples et comportements sexuels à risque entraînant une exposition directe au sang d'une autre personne

- Coïnfection avec d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS)
- Partage d'articles de soins personnels (p. ex. rasoir, brosse à dents, coupe-ongles) avec une personne infectée par le VHB
- Populations incarcérées
- Autochtones
- Immigrants provenant d'un pays où la prévalence du VHC est forte

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Tous les types d'hépatite présentent des manifestations cliniques similaires, mais de gravité variable; des tests de laboratoire permettent de confirmer le type d'hépatite.

Hépatite aiguë

- Symptômes prodromaux (qui peuvent précéder les symptômes dominants)⁽³⁾ :
 - Fièvre
 - Éruption cutanée
 - Arthralgie
 - Arthrite

N.B. : La fièvre est courante chez les personnes atteintes du VHA, mais rare dans les cas d'hépatite B ou C.

- Symptômes dominants⁽³⁾ :
 - Nausée
 - Fatigue
 - Douleur abdominale dans le QSD
 - Perte d'appétit
 - Ictère (courant)
 - Vomissements
 - Maux de tête
 - Selles pâles
 - Prurit
 - Urine foncée

Hépatite chronique

- La plupart des clients sont asymptomatiques ou présentent des symptômes constitutionnels non spécifiques (p. ex. de la fatigue)⁽³⁾.

- Lors d’une hépatopathie avancée ou décompensée, le client peut être symptomatique et présenter des signes de maladie hépatique au stade terminal :
 - Ascite
 - Saignement
 - Encéphalopathie

SIGNES PHYSIQUES

Effectuer un examen physique en utilisant l’approche IPPA. Les observations physiques varient selon le stade de la maladie (c.-à-d. aigu ou chronique).

Stade aigu de l’hépatite⁽³⁾ :

- Le client peut sembler légèrement ou modérément incommodé.
- Les observations peuvent varier et les premiers signes peuvent comprendre une douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit, une urine foncée, des selles pâles, et une fièvre suivie d’un ictère.
- Les manifestations extrahépatiques peuvent comprendre des éruptions cutanées, de l’arthralgie, de l’arthrite et de la fièvre.
- La plupart des clients atteints d’une infection aiguë à VHC sont asymptomatiques⁽⁸⁾, mais peuvent aussi présenter ces symptômes typiques.

Stade chronique de l’hépatite⁽¹⁷⁾ :

- Les caractéristiques cliniques prévalentes comprennent un érythème palmaire, un ictère (sclérotique, peau), des angiomes stellaires, une splénomégalie ou une hépatomégalie et des manifestations abdominales (p. ex. une ascite)
- Distension accrue des veines jugulaires
- Œdème périphérique⁽⁷⁾
- Manifestations extrahépatiques (p. ex. fièvre, éruptions cutanées, arthralgie, arthrite)

N.B. : Des changements de comportement (p. ex. léthargie, comportements associés à une encéphalopathie) peuvent se produire au stade aigu ou chronique⁽³⁾. Pour de plus amples renseignements, consulter *Encéphalopathie hépatique* à l’Annexe, Section A de ce guide.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n’a été obtenue.

- Hépatite Alcoolique⁽¹⁷⁾
- Hépatite Auto-immune⁽¹⁷⁾
- Cirrhose⁽¹⁷⁾
- Hépatite médicamenteuse ou toxique⁽¹⁷⁾
- Carcinome hépatocellulaire⁽¹⁷⁾
- Ictère obstructif (lié à des calculs biliaires ou à une tumeur du pancréas)⁽¹⁷⁾
- Autres causes d’hépatite virale (p. ex. mononucléose infectieuse et cytomégalovirus (CMV)⁽¹⁷⁾

COMPLICATIONS

- Cirrhose⁽³⁾
- Hépatopathie décompensée avec ou sans encéphalopathie hépatique⁽³⁾. Pour de plus amples renseignements, consulter la rubrique *Encéphalopathie hépatique* à l’Annexe, Section A de ce guide.
- Carcinome hépatocellulaire⁽³⁾
- Hépatite fulminante (rare)⁽³⁾ (pour de plus amples renseignements sur cette affection, consulter *Hépatite fulminante* à l’Annexe, Section A de ce guide).

N.B. : L’infection à VHA disparaît généralement spontanément, et est associée à un faible taux de complications⁽³⁾.

Les clients manifestant des signes d’hépatite fulminante présentent un risque de décompensation grave et doivent faire l’objet d’une évaluation médicale.

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n’a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests.

Laboratoire

Ces tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

- Analyses hépatiques (p. ex. albumine, phosphatase alcaline, glutamate pyruvate transaminase, aspartate transaminase, bilirubine, gamma-glutamyl-transférase)⁽¹⁷⁾
- Mesure de l'albumine⁽¹⁷⁾
- RNI, temps de prothrombine⁽¹⁷⁾, temps de thromboplastine partielle activée
- Glycémie
- Analyse d'urine (pour déceler la présence de bilirubine)⁽³⁾
- Test sérologique de dépistage de l'hépatite⁽³⁾ (pour de plus amples renseignements sur le dépistage de l'hépatite et l'interprétation des résultats des tests de laboratoire, consulter le *Tableau 2, Caractéristiques sérologiques des hépatites virales* à l'*Annexe, Section A* de ce guide).
- VIH

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Offrir des soins de confort.
- Empêcher l'infection de se propager⁽²⁾.
- Réduire au minimum les lésions au foie et prévenir la mortalité⁽²⁾.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions en cas d'hépatite A, B ou C aiguë⁽³⁾

Des soins de confort sont indiqués pour les clients symptomatiques atteints d'hépatite aiguë. Ces soins comprennent :

- Un apport liquidien suffisant avec réhydratation, selon l'état clinique du client;
- Une alimentation saine, sans restriction;
- De l'activité, en tenant compte de l'état de santé.

Enseignement au client Clients infectés par le VHA

Interventions visant à prévenir la transmission de l'infection⁽⁴⁾ :

- Se laver rigoureusement les mains
- Éliminer les matières fécales de façon hygiénique
- Éviter l'alcool avec un soutien approprié
- Ne pas aller à l'école, au travail ou à la garderie jusqu'à ce que l'ictère ait disparu depuis une semaine complète⁽¹⁹⁾
- Ne pas préparer de nourriture jusqu'à ce que l'ictère ait disparu depuis une semaine complète
- En cas d'exposition à l'école, une vaccination systématique n'est pas recommandée.

Clients infectés par le VHB et le VHC

- Informer toutes les personnes administrant des soins de la maladie virale (p. ex. positif pour le VHB)⁽²⁾.
- Ne pas donner d'organe⁽²⁾, de tissu, de sang ou de sperme⁽¹⁸⁾.
- Ne pas partager d'articles de soins personnels, de matériel pour drogue à usage récréatif ou d'aiguilles^(2; 22).
- Nettoyer les souillures de sang avec de l'eau de Javel diluée dans l'eau (1 part d'eau de Javel pour 9 parts d'eau)⁽¹⁴⁾.
- Diminuer ou éviter la prise de médicaments hépatotoxiques⁽¹⁴⁾.

- Éviter l'alcool avec un soutien approprié⁽²⁾.
- Recommander un programme d'abandon du tabac, si possible^(2; 14).
- S'assurer que tous les contacts étroits vulnérables sont vaccinés (VHB seulement)⁽¹⁴⁾.
- Utiliser des condoms durant les rapports sexuels, jusqu'à ce que les partenaires soient immunisés (VHB seulement)⁽¹⁴⁾.
- Informer le(s) parent(s)/soignant(s)/client que le client (pédiatrique) ne doit pas recevoir d'acide acétylsalicylique (AAS) ni tout autre produit contenant de l'AAS. L'AAS augmente le risque de contracter le syndrome de Reye, qui peut endommager le foie et le cerveau.
- Expliquer au client ou au(x)parent(s)/soignant(s) l'utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Hépatite aiguë

Par définition, une hépatite virale aiguë est une infection virale systémique présente depuis moins de 6 mois (souvent moins de 6 semaines) et causant une inflammation du foie⁽²⁰⁾. Dans la plupart des cas d'hépatite virale aiguë, aucun traitement antiviral spécifique n'est recommandé. Comme le tableau clinique est le même pour tous les types d'hépatite virale aiguë et que seul un test sérologique permet de déterminer le traitement à administrer, il importe de prodiguer des soins de confort appropriés.

Thérapie intraveineuse

Si le client est déshydraté, mettre en place une ligne IV et administrer une solution IV (p. ex. du chlorure de sodium à 0,9 %), à un débit suffisant pour maintenir l'hydratation. Si le client est un adulte, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 5 – Appareil digestif*. Si le client est un enfant, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 4 – Maintien de l'équilibre hydroélectrolytique*.

Autres traitements de confort⁽²⁰⁾

- S'il y a lieu, les médicaments suivants peuvent être administrés, en faisant preuve de prudence et en consultant un médecin / une infirmière praticienne : acétaminophène, des agents anti-inflammatoires (p. ex. ibuprofène) et/ou antiémétique comme le dimenhydrinate (Gravol) ou l'ondansétron. Il pourrait être nécessaire d'administrer de la vitamine K et/ou du lactulose pour prendre en charge la coagulopathie et l'encéphalopathie hépatique, respectivement.
- Passer en revue tous les médicaments que prend le client, y compris les produits à base d'herbes médicinales, afin de déterminer s'il convient d'arrêter les médicaments hépatotoxiques (p. ex. contraceptifs oraux).
- Offrir un traitement de confort approprié aux clients ayant des antécédents de consommation chronique d'alcool, afin d'éviter un sevrage alcoolique.

Hépatite chronique

Un traitement antiviral est recommandé pour certains clients ayant une hépatite B chronique, et pour tous les clients ayant une hépatite C chronique. Le traitement est complexe et habituellement prescrit par un spécialiste, mais dans certaines provinces/territoires, il peut être initié et/ou prescrit par un autre médecin / une infirmière praticienne. On peut obtenir des médicaments antiviraux pour les clients par l'entremise du Programme des services de santé non assurés (SSNA).

Hépatite B chronique⁽²⁰⁾

- Pour les clients ayant une hépatite B chronique, le traitement antiviral peut être sous forme injectable (peginterféron alfa-2a) ou orale (ténofovir, entécavir), selon les caractéristiques propres au client, les résultats des marqueurs sériques et les maladies concomitantes.
- La durée du traitement au peginterféron alfa-2a est fixe, le client devant recevoir une injection hebdomadairement pendant 48 semaines; par contre, la durée optimale du traitement par voie orale n'est pas bien établie. La plupart des clients recevant un traitement antiviral par voie orale doivent prendre des médicaments durant au moins 4 à 5 ans, et parfois indéfiniment (p. ex. s'il y a fibrose hépatique à un stade avancé).
- Les clients qui reçoivent des injections de peginterféron alfa-2a peuvent éprouver de nombreux effets indésirables, comme la dépression, des cytopénies graves et de l'anémie; une surveillance étroite de ces clients est donc recommandée.

Pour de plus amples renseignements sur les effets indésirables et les contre-indications des traitements antiviraux, consulter la dernière version du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* (CPS), la monographie du produit rédigée par le fabricant ou d'autres systèmes d'information sur les médicaments reconnus.

Hépatite C chronique

- Il est recommandé de considérer l'administration d'un traitement antiviral à tous les patients atteints d'une hépatite C chronique, particulièrement ceux qui ont une fibrose hépatique avancée et des manifestations extrahépatiques (c.-à-d. vascularite, glomérulonéphrite), quelle que soit la gravité de l'hépatopathie⁽¹⁵⁾.
- Le traitement à double modalité au peginterféron et à la ribavirine n'est plus la norme recommandée⁽¹⁵⁾.

- De nouveaux médicaments antiviraux administrés par voie orale sont recommandés comme traitement de première intention en raison de leur efficacité grandement améliorée, de leur tolérabilité, de leur facilité d'administration et de la durée plus courte du traitement (de 8 à 12 semaines)⁽¹⁵⁾.
- Les nouveaux médicaments antiviraux administrés par voie orale sont des agents antiviraux à action directe (AAD) et interfèrent directement dans le processus de réplication du virus de l'hépatite C; ils appartiennent aux classes des inhibiteurs de la polymérase (-buvir), des inhibiteurs du complexe de réplication (-asvir) et des inhibiteurs de la protéase (-previr)⁽²¹⁾. Par exemple, une polythérapie courante fait appel au sofosbuvir (400 mg) et au ledipasvir (90 mg) (Harvoni^{MC}).
- Pour de plus amples renseignements sur la prise en charge de l'hépatite C et les effets indésirables des médicaments, consulter la page <http://www.catie.ca/fr/traitement/hepatite-c>.
- Le risque d'interactions médicamenteuses doit être évalué avant d'initier un traitement par AAD. Certaines interactions médicamenteuses avec les AAD peuvent avoir de graves répercussions. Par exemple, le sofosbuvir et l'amiodarone, s'ils sont pris en même temps, peuvent entraîner une bradycardie symptomatique grave. Pour de plus amples renseignements sur les interactions médicamenteuses avec les médicaments antiviraux, consulter le site <http://www.hep-druginteractions.org/> (en anglais seulement).

Autres traitements de confort (pour l'hépatite B ou C chronique)

- S'il y a lieu, les médicaments suivants peuvent être administrés, en faisant preuve de prudence et en consultant un médecin / une infirmière praticienne : acétaminophène, des agents anti-inflammatoires (p. ex. ibuprofène) et/ou antiémétique comme le dimenhylDRINATE (Gravol) ou l'ondansétron.

- On peut administrer du lactulose pour prévenir la récurrence de l'encéphalopathie hépatique (30 à 60 ml divisés en 2 ou 3 doses, de façon que le client évacue 2 ou 3 selles molles par jour)⁽²¹⁾.

Immunisation active et passive

Il existe des vaccins contre le VHA et le VHB, mais pas contre le VHC⁽²⁾.

- Hépatite A :
 - Le vaccin contre le VHA est recommandé pour l'immunisation préexposition des clients âgés de 6 mois ou plus qui présentent un risque accru d'infection ou d'hépatite A grave.
 - Dans le cas des clients (adultes et enfants de plus de 6 mois) exposés à un cas infectieux de VHA, un vaccin contre le VHA doit être administré le plus rapidement possible (de préférence dans les 14 jours suivant la dernière exposition)⁽¹³⁾.
 - Dans le cas des enfants de moins de 6 mois, ou si un vaccin contre le VHA est contre-indiqué ou non disponible, il est recommandé d'administrer des immunoglobulines (Ig) comme traitement prophylactique post-exposition au VHA (jusqu'à 14 jours après la dernière exposition).
 - Dans le cas des personnes immunodéficientes, des personnes ayant une hépatopathie chronique et des adultes susceptibles de 60 ans ou plus, il convient d'envisager d'administrer des Ig et un vaccin contre le VHA comme traitement prophylactique post-exposition⁽¹³⁾.
 - Les clients infectés par le VHB devraient être vaccinés contre le VHA s'ils ne sont pas déjà immunisés⁽²⁾.
- Hépatite B :
 - Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales en matière de vaccination pour connaître le calendrier d'immunisation systématique contre le VHB.

- Un vaccin post-exposition contre le VHB et des immunoglobulines contre l'hépatite B (IgHB) devraient être administrés aux nourrissons nés d'une mère infectée par le VHB⁽²²⁾.
- Les IgHB procurent une immunité passive immédiate à court terme contre le VHB⁽²⁾. Les immunoglobulines peuvent être indiquées dans le cas des clients ayant subi une exposition aiguë ou qui présentent un risque élevé de contracter le virus.
- Les clients infectés par le VHC devraient être vaccinés contre le VHA et le VHB s'ils ne sont pas déjà immunisés⁽²⁾.
- Pour obtenir des immunoglobulines ordinaires contre l'hépatite A et des immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B (IgHB), suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales pertinentes.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec le coordonnateur désigné pour les vaccins et/ou consulter le *Guide canadien d'immunisation : Partie 4 – Agents d'immunisation active*, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active.html>.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

- Surveiller les signes vitaux et les points ABC tel qu'indiqué par l'état du client.
- Surveiller l'état neurologique, cognitif et de vigilance pour déceler toute détérioration ou changement.
- Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI

Hépatite aiguë

VHA

- Faire un suivi tel qu'indiqué par l'état du client. L'infection à VHA disparaît généralement spontanément, sans laisser de séquelles.

VHB et VHC

- Les mesures de suivi de l'hépatite B ou C aiguë varient selon le tableau clinique. Les tests diagnostiques ci-dessous sont généralement recommandés. Il convient de consulter une infirmière praticienne ou un médecin pour obtenir des conseils.
- Faire faire des analyses hépatiques jusqu'à ce que l'état du client redevienne normal⁽²⁾.
- Dans le cas des clients atteints d'une hépatite B aiguë, un test de dépistage des AgHBs devrait être fait après 6 mois pour déterminer si l'infection est disparue⁽³⁾.
- Dans le cas des clients infectés par le VHC, un test de dépistage de l'ARN du VHC devrait être effectué régulièrement⁽³⁾.

Hépatite chronique (VHB et VHC)

- Les mesures de suivi des clients atteints d'une hépatite B ou C chronique sont déterminées par un spécialiste.
- Faire faire des analyses hépatiques périodiquement.
- Des tests de laboratoires doivent être effectués selon un calendrier préétabli pour les clients qui reçoivent un traitement antiviral (pour de plus amples renseignements, consulter la rubrique *Tests de laboratoire à effectuer pour les clients recevant un traitement antiviral* à l'Annexe, Section A de ce guide).
- Il est recommandé aux clients atteints d'hépatite de cesser l'usage du tabac pour réduire le risque de cancer du foie. Si le client est fumeur, évaluer son usage du tabac à chaque visite et lui proposer un soutien pour cesser de fumer, puisque les produits pour arrêter de fumer sont couverts sans restriction dans le cadre du programme de

la DGSPNI (pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 15 – Santé mentale – Dépendance à la nicotine*).

- Il est recommandé d'éviter de boire de l'alcool pour ralentir la progression de l'hépatopathie et du cancer du foie et pour réduire la mortalité qui y est associée chez les clients atteints d'hépatite⁽¹⁴⁾.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prendre les dispositions nécessaires pour une évacuation médicale, tel qu'indiqué par l'état du client, particulièrement si celui-ci présente une décompensation ou une encéphalopathie hépatique.
- Coordonner les demandes de consultation, le cas échéant⁽¹⁴⁾ :
 - Les cas de VHB et de VHC sont généralement vus par un infectiologue ou un autre spécialiste (p. ex. en médecine interne ou en hépatologie)⁽²⁾.
 - Si un client recevant de l'interféron présente des symptômes suicidaires ou dépressifs, consulter un médecin / une infirmière praticienne et considérer l'orientation vers un spécialiste en santé mentale.
 - Recourir aux ressources provinciales/territoriales pour une orientation urgente si l'état clinique du client se détériore, s'il y a des signes de complications et/ou pour la prise en charge d'une hépatite chronique.

Déclaration

- Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire.
- Rechercher les contacts, en effectuant les tests de dépistage et en administrant les vaccins nécessaires selon l'état clinique.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

TABEAU 2

Caractéristiques sérologiques des hépatites virales⁽³⁾

FORME	MARQUEUR SÉROLOGIQUE	INTERPRÉTATION
A	IgM anti-VHA	Infection courante ou récente ⁽¹⁴⁾
	IgG anti-VHA	Infection ancienne et immunité
B*	Anti-HBs	Immunité acquise à la suite d'une infection naturelle ou d'une vaccination
	AgHBs	Maladie aiguë ou chronique
	AgHBe	Réplication active et risque accru de transmission du VHB
	IgM anti-AgHBc	Maladie aiguë
	Anti-AgHBc total (IgM et IgG)	Maladie aiguë ou chronique
	AgHBs positifs	Maladie aiguë ou chronique
	AgHBs négatifs	Pas d'infection
C	Anti-VHC	Maladie aiguë, chronique ou non résolue
	ARN du VHC	

*Renseignements supplémentaires à propos de l'interprétation des marqueurs sérologiques du VHB⁽²⁾ :

- Si les AgHBs persistent plus de 6 mois, il s'agit probablement d'une infection chronique à VHB.
- S'il n'y a pas d'IgM anti-AgHBc (AgHBc), il faut exclure une infection aiguë à VHB. Des AgHBc positifs ne permettent pas de faire la distinction entre une infection aiguë et une poussée active d'une hépatite existante.
- Les AgHBe indiquent un taux élevé de réplication virale active.

Tests de laboratoire à effectuer pour les clients recevant un traitement antiviral

Les tests de laboratoire à effectuer pour les clients recevant un traitement antiviral doivent être réalisés périodiquement afin de connaître la réponse au traitement et de déterminer les effets indésirables des médicaments, le cas échéant.

VHB

La fréquence de la surveillance dépend de l'état clinique du client, de la complexité du cas et de la réponse au traitement⁽²³⁾.

- ADN du VHB⁽²⁾
- FSC⁽²³⁾, RNI⁽²⁾

- Analyses hépatiques (p. ex. albumine, phosphatase alcaline, glutamate pyruvate transaminase, aspartate transaminase, bilirubine, gamma-glutamyl-transférase)⁽²⁶⁾
- Créatinine⁽²⁷⁾

VHC⁽³⁾

- Charge virale du VHC
- FSC, RNI
- Analyses de la fonction hépatique (p. ex. albumine⁽¹⁵⁾, phosphatase alcaline, glutamate pyruvate transaminase, aspartate transaminase, bilirubine, gamma-glutamyl-transférase)
- Créatinine

Hépatite fulminante

Les clients manifestant des signes d'hépatite fulminante présentent un risque de décompensation grave et doivent faire l'objet d'une évaluation médicale.

L'hépatite fulminante, qu'on appelle aussi insuffisance hépatique aiguë, est une manifestation rare mais grave de l'hépatite virale aiguë. L'hépatite fulminante et les dommages hépatiques qui en découlent entraînent une coagulopathie et une encéphalopathie. Si elle n'est pas traitée, le pronostic est sombre. Le client atteint a besoin de soins médicaux d'urgence et il faudra vraisemblablement procéder à son évacuation médicale.

- Les signes dominants d'une hépatite fulminante sont une encéphalopathie hépatique et un temps de saignement prolongé⁽²⁴⁾.
- Les autres signes cliniques peuvent comprendre ce qui suit :
 - Sensibilité dans le QSD
 - Hépatomégalie
 - Ictère

Encéphalopathie hépatique⁽²⁵⁾

L'encéphalopathie hépatique s'entend d'un ensemble de dysfonctions du cerveau liées à la dysfonction du foie. Les symptômes peuvent être aigus ou chroniques. L'affection se manifeste par un éventail de présentations cognitives, neurologiques et musculaires, allant de troubles de la mémoire à une invalidité importante pouvant aller jusqu'au coma si le client n'est pas traité⁽²⁵⁾. Ces présentations peuvent comprendre ce qui suit :

- Changements cognitifs
 - Degré de conscience diminué
 - Inversion des habitudes de sommeil
 - Temps de réaction lent
 - Léthargie
 - Désorientation
 - Somnolence
 - Confusion
 - Semi-stupeur
 - Coma

- Altérations des fonctions intellectuelles :
 - Légère difficulté à effectuer des calculs
 - Capacité d'attention réduite
 - Capacités profondément altérées
 - Désorientation
 - Déconnexion avec soi-même
 - Fonction intellectuelle minimale
- Changements de comportement/de personnalité :
 - Comportement exagéré
 - Dépression ou euphorie
 - Volubilité
 - Irritabilité
 - Niveau d'inhibition amoindri
 - Comportement inapproprié ou atypique
 - Comportements étranges
 - Paranoïa ou colère
 - Rage
 - Personnalité et comportement sans émotion
- Changements neurologiques/troubles de coordination :
 - Tremblements
 - Manque de coordination
 - Astérisis (battements involontaires)
 - Incapacité à écrire à la main
 - Trouble de l'élocution
 - Ataxie
 - Réflexes anormaux
 - Nystagmus
 - Rigidité
 - Pupilles dilatées
 - Coma

Effets indésirables du traitement antiviral

N.B. : Les clients recevant un traitement antiviral à l'interféron et à la ribavirine doivent être surveillés de près, car les effets secondaires comprennent une tendance au suicide et à la dépression.

Les clients qui reçoivent un traitement antiviral éprouvent des effets secondaires ressemblant aux symptômes de la grippe, ainsi que des altérations considérables de l'état mental (y compris des idées suicidaires et une tendance dépressive); il est recommandé de les surveiller de près⁽¹⁵⁾.

- Les effets secondaires du traitement antiviral peuvent comprendre ce qui suit :
 - Toxicité rénale liée à la dose; le traitement doit être modifié s’il y a dysfonction rénale⁽²⁶⁾;
 - Dépression (l’un des effets secondaires les plus courants)⁽¹⁵⁾;
 - Suicide (le risque est plus élevé durant les 12 premières semaines du traitement).

Prévention

- La vaccination et la modification des comportements à risque peuvent réduire le risque d’acquérir et de transmettre l’hépatite virale⁽¹⁸⁾.
- Vaccination prophylactique contre le VHA et le VHB.
- Éviter d’être exposé à du sang, adopter des pratiques sexuelles moins risquées et éviter de partager des articles personnels.
- Prendre les précautions universelles relatives au sang et aux liquides organiques.
- À la maison, les surfaces contaminées par le sang d’une personne infectée par le virus de l’hépatite doivent être désinfectées à l’aide de gants et d’une solution diluée d’eau de Javel (1 part d’eau de Javel pour 9 parts d’eau).

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Autres ressources

Pour de plus amples renseignements sur l’immunisation contre le VHA et le VHB, consulter le *Guide canadien d’immunisation* à l’adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html>.

Pour de plus amples renseignements sur la prévention de l’hépatite C, consulter le document intitulé *Prévention de l’hépatite C* à l’adresse Web <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/hepatite-c/prevention-hepatite-c.html>

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. « Hépatite ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consulté à l’adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/hepatite.html>
2. Association des pharmaciens du Canada. « Compendium of Therapeutic Choices: Canada’s Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7) ». Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.
3. Mauss S, Berg T, Rockstrok J, Sarrazin C et Wedemeyer H. « Hepatology ». *A Clinical Textbook* 6^e édition. [Internet] New York (NY) : Flying Publisher; 2016. Consulté à l’adresse <http://www.HepatologyTextbook.com>
4. Lai M et Chopra S. « Overview of hepatitis A virus in adults ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l’adresse <http://www.uptodate.com> (code d’utilisateur et mot de passe requis)
5. Jonas MM, Block JM, Haber BA, Karpen SJ, London WT, Murray KF et al. « Treatment of Children With Chronic Hepatitis B Virus Infection in the United States: Patient Selection and Therapeutic Options. Meeting Report ». *Hepatology*. [Internet] Alexandria (VA, É.-U.) : American Association for the Study of Liver Diseases. Décembre 2010; 2010(52;6) p. p. 2192 à 2205. Consulté à l’adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.23934/full>
6. Broderick MB et Jonas MM. « Overview of hepatitis B virus infection in children and adolescents ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l’adresse <http://www.uptodate.com> (code d’utilisateur et mot de passe requis)
7. Lok ASF. « Clinical manifestations and natural history of hepatitis B virus infection ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l’adresse <http://www.uptodate.com> (code d’utilisateur et mot de passe requis)

8. Chopra S. « Clinical manifestations and natural history of chronic hepatitis C virus infection ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
9. Negro F et Lok AS. « Pathogenesis, epidemiology, natural history and clinical manifestations of hepatitis D virus infection ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
10. Umashanker R et Chopra S. « Hepatitis E Virus Infection ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
11. Agence de la santé publique du Canada. « Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes - Virus de l'hépatite E ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2010. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/hepe-fra.php>
12. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « *The ABCs of Hepatitis* ». [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.cdc.gov/hepatitis/resources/professionals/pdfs/abctable.pdf>
13. Agence de la santé publique du Canada. « Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active - Vaccin contre l'hépatite A ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-6-vaccin-contre-hepatite-a.html>
14. Agence de la santé publique du Canada. « Soins primaires de l'hépatite B – Aide-Mémoire (VHB-AM) ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hep/hbv-vhb/index-fra.php>
15. Myers RP, Shah H, Burak KW, Cooper C, et Feld JJ. « An update on the management of chronic hepatitis C: 2015 consensus guidelines from the Canadian Association for the Study of the Liver ». *Can J Gastroenterol Hepatol*. Janvier-février 2015; 29(1): p.19 à 34
16. Ha S, Totten S, Pogany L, Wu J et Gale-Rove M. « L'hépatite C au Canada et l'importance du dépistage fondé sur les risques ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2016-42/rmtc-volume-42-3-3-mars-2016/rmtc-volume-42-3-3-mars-2016-maladie-infectieuse-chronique-1.html>
17. Friedman LS. « Approach to patient with abnormal liver biochemical and function tests ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
18. Infectious Disease Society of America (IDSA). « HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C ». Infectious Disease Society of America (IDSA) [Internet] 2016. Consulté le 4 mars 2016 à l'adresse <http://www.hcvguidelines.org/>
19. Quiros-Tejeira RE. « Overview of hepatitis A virus infection in children ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

20. Kevork M, Peltekian MD et Hirsch G. « Viral Hepatitis », dans *Compendium of Therapeutic Choices*, 7^e édition, sous la direction de B. Jovai-sas, L. Arman, F. Dandachi, J. Hutsul, G. Lewis, N.L. Pearson et A. Raghuveer. Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada; 2014. p. 807 à 825.
21. Pockros PJ. « Direct-acting antivirals for the treatment of hepatitis C virus infection ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté le 1^{er} janvier 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com/contents/direct-acting-antivirals-for-the-treatment-of-hepatitis-c-virus-infection>
22. Agence de la santé publique du Canada. « Guide canadien d'immunisation : Partie 4 – Agents d'immunisation active : Vaccin contre l'hépatite B ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-7-vaccin-contre-hepatite-b.html>
23. National institute for Health and Care Excellence. « Hepatitis B ». [Internet] London (G.-B.) : National institute for Health and Care Excellence; 2014. Consulté à l'adresse <https://www.nice.org.uk/guidance/qs65>
24. Lee W, Larson A, et Stravitz R. « AASLD position paper: the management of acute liver failure: Update ». [Internet] Alexandria (VA, É.-U.) : American Association for the Study of Liver Diseases; 2011 p. 1 à 88. Consulté le 20 mai 2015, à l'adresse https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/alfenhanced.pdf
25. Vilstrup H, Amodio P, Cordoba J, Perenci P, Mullen KD, Weissenborn K et al. « AASLD Practice Guideline - Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014 Practice Guideline ». *Hepatology*. [Internet] Alexandria (VA, É.-U.) : American Association for the Study of Liver Diseases; Décembre 2010. 60(2), p. 715 à 735. Consulté à l'adresse https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/141022_AASLD_Guideline_Encephalopathy_4UFd_2015.pdf.
26. Fung J, Seto WK et Yuen MF. « Extrahepatic effects of nucleoside and nucleotide analogues in chronic hepatitis B treatment ». *J Gastroenterol Hepatol*. Mars 2014; 29(3) : p. 428 à 434. doi: 10.1111/jgh.12499.
27. Coffin CS, Fung SK, Ma MM. « Management of chronic hepatitis B: Canadian Association for the Study of the Liver consensus guidelines ». *Can J Gastroenterol*. Décembre 2012; 26(12) : p. 917 à 938.

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « HIV Infection », dans *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)*. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.

Santé Canada. « Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) ». Avril 2016.

VULVOVAGINITE (CANDIDOSE, TRICHOMONASE ET VAGINOSE BACTÉRIENNE)

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant de la vulvovaginite (candidose, trichomonase et vaginose bactérienne), là où elles sont disponibles.

La vulvovaginite est une infection et/ou une inflammation du vagin, de la vulve et/ou écoulement vaginal anormal⁽¹⁾. Le présent guide de pratique clinique concerne les adolescentes et les femmes présentant des signes et symptômes de vulvovaginite. Pour de plus amples renseignements, consulter les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Section 4 – Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcdc/section-4-8-fra.php>.

CAUSES

La vaginose bactérienne (VB), la candidose vulvovaginale (CVV) et la trichomonase sont les infections les plus couramment associées à des pertes vaginales anormales⁽¹⁾.

Vaginose bactérienne^(1; 2)

- La VB un syndrome clinique polymicrobien qui se manifeste lorsque la flore vaginale normale est remplacée par des bactéries anaérobies.
- Les analyses microbiologiques d'échantillons vaginaux révèlent généralement des concentrations accrues de *Gardnerella vaginalis*, de *Mycoplasma hominis* et des espèces de *Prevotella*, *Mobiluncus* et *Ureaplasma*.

Candidose vulvovaginale^(1; 2)

Dans 90 % des cas, la CVV est causée par *Candida albicans*; les autres 10 % des cas sont causés par différentes espèces de micro-organismes, dont *Candida glabrata*.

Trichomonase^(2; 3)

- Le protozoaire *Trichomonas vaginalis* est l'organisme responsable de la trichomonase, qui constitue l'infection transmissible sexuellement (ITS) non virale la plus courante dans le monde.
- Elle coexiste fréquemment avec d'autres infections, particulièrement les infections à *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) et à *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) et la VB.

TRANSMISSION

La trichomonase est considérée comme une infection transmissible sexuellement, tandis que la VB et la CVV ne sont généralement pas considérées comme étant transmissibles sexuellement. Pour de plus amples renseignements, consulter le *Tableau 1 : Facteurs de risque de transmission sexuelle et facteurs de risque prédisposant* à la rubrique *Facteurs de risque* de ce guide.

ÉVALUATION

Revue du profil pharmacologique : Passer en revue les médicaments actuels prescrits ou en vente libre, les thérapies complémentaires ou alternatives ainsi que la prise de toute autre substance chimique qui pourraient avoir une incidence sur la prise en charge de la maladie.

Antécédents d'allergie : Vérifier s'il y a des allergies aux médicaments, au latex, à l'environnement ou autres, en déterminant le type de réaction allergique observée et le moment approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

TABEAU 1

Facteurs de risque de transmission sexuelle et facteurs de risque prédisposants⁽¹⁾

	VAGINOSE BACTÉRIENNE	CANDIDOSE	TRICHOMONASE
Transmission sexuelle	- Habituellement n'est pas considérée comme transmise sexuellement	- Habituellement n'est pas considérée comme transmise sexuellement	- Transmise sexuellement
Facteurs prédisposants	- Souvent absents - Plus fréquent si la personne est active sexuellement - Nouveau partenaire sexuel - Emploi d'un stérilet	- Souvent absents - Plus fréquent si la personne est active sexuellement - Usage courant ou récent d'antibiotiques - Grossesse - Corticostéroïdes - Diabète mal maîtrisé - Immunodéficience	- Partenaires multiples

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse. La gravité de l'inflammation est corrélée à la gravité des symptômes. L'anamnèse ne permet pas de poser un diagnostic définitif, puisque les symptômes des différentes étiologies de la vulvovaginite se chevauchent considérablement. Pour de plus amples renseignements, consulter le *Tableau 2 : Symptômes et signes de la vulvovaginite* de ce guide.

La cliente peut signaler les symptômes suivants⁽¹⁾ :

- Irritation, démangeaison ou sensation de brûlure dans le vagin
- Pertes vaginales (pas toujours présentes)
- Changement de l'apparence des pertes vaginales ou de leur odeur
- Saignements vaginaux

- Dyspareunie superficielle (douleur à l'orée du vagin)⁽⁴⁾
- Symptômes urinaires (p. ex. dysurie, mictions fréquentes)

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique, y compris un examen au spéculum et un examen pelvien bimanuel, en utilisant l'approche IPPA. Déterminer s'il y a des signes et symptômes associés à la vulvovaginite (de causes diverses) tel que présenté au *Tableau 2 : Symptômes et signes de la vulvovaginite* de ce guide.

TABEAU 2Symptômes et signes de la vulvovaginite^(1; 5–7)

	VAGINOSE BACTÉRIENNE	CANDIDOSE	TRICHOMONASE
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes vaginales - Odeur de poisson - Asymptomatique dans 50 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes vaginales - Prurit vaginal/vulvaire - Dysurie externe - Dyspareunie superficielle - Asymptomatique dans 20 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes vaginales - Sensation de brûlure - Prurit - Dyspareunie - Saignement post-coïtal - Dysurie, mictions fréquentes - Douleur dans le bas-ventre - Asymptomatique dans 10 à 50 % des cas
Signes	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes grises ou blanches, peu épaisses, malodorantes et souvent abondantes - Inflammation et érythème du vagin sont rares dans le cas d'une vaginose bactérienne 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes blanches, en grains ou en mottes - Érythème et œdème du vagin et de la vulve 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes beiges/vertes/jaunes abondantes, malodorantes et écumeuses (chez 10 à 30 % des femmes symptomatiques) - Érythème du vagin et de l'exocol - Col framboisé (taches hémorragiques saignant facilement)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

- ITS concomitantes (p. ex. gonorrhée, chlamydia, syphilis, VIH, hépatite B⁽¹⁾ et herpès génital)⁽⁸⁾
- Cystite⁽⁹⁾
- Sécrétions physiologiques excessives
- Vaginite atrophique⁽⁸⁾
- Corps étrangers^(6; 7)
- Cancer du vagin, du col ou de l'endomètre⁽⁹⁾
- Vulvodynie (douleur à la vulve)^(8; 9)
- Dermite irritative ou allergique⁽⁸⁾ (causée p. ex. par le latex, les produits pour le bain, le savon, le parfum, l'assouplissant pour tissus, l'urine, les fèces)⁽⁹⁾
- Troubles dermatologiques (p. ex. psoriasis génital, lichen plan, lichen scléreux)⁽⁸⁾

COMPLICATIONS**Vaginose bactérienne⁽²⁾**

- Rupture prématurée des membranes
- Déclenchement prématuré du travail
- Avortement spontané
- Chorioamnionite
- Endométrite postpartum
- Atteinte inflammatoire pelvienne subclinique
- Risque accru d'acquisition et de transmission du VIH⁽¹⁾, de *N. gonorrhoeae*, de *C. trachomatis* et du virus herpès simplex de type 2⁽¹⁰⁾
- Atteinte inflammatoire pelvienne et cellulite du dôme vaginal après une intervention effractive (p. ex. introduction d'un stérilet, biopsie de l'endomètre, curetage utérin)^(1; 2)
- Infection des plaies découlant d'une césarienne

Candidose vulvovaginale

- La CVV est souvent récidivante et plus grave chez les femmes séropositives pour le VIH et/ou diabétiques⁽²⁾.

Trichomonase

- Risque accru d’acquisition et de transmission du VIH chez la femme^(1; 2)
- Rupture prématurée des membranes^(10; 11)
- Accouchement prématuré⁽²⁾

TESTS DIAGNOSTIQUES

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n’a été obtenue.

Le choix des tests diagnostiques repose sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l’examen physique du client, ainsi que sur la disponibilité des tests. Le diagnostic définitif repose sur des analyses de laboratoire.

Laboratoire

Les tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests figurant dans le *Tableau 3 : Critères de diagnostic et tests de laboratoire diagnostiques* de ce guide sont à considérer. Pour connaître les consignes pour le prélèvement d’échantillons au point de service, consulter le *Tableau 4 : Prélèvement d’échantillons au point de service* à l’Annexe, Section A de ce guide.

- Obtenir un échantillon vaginal par écouvillonnage pour une coloration de Gram aux fins de diagnostic de VB, de trichomonase et de candidose⁽¹⁾.
- Les tests effectués au point de service qui peuvent faciliter le diagnostic^(1; 12) comprennent le pH vaginal, la préparation à l’état frais et la vérification de l’odeur, lorsque les moyens le permettent.

TABEAU 3

Critères de diagnostic et tests de laboratoire diagnostiques^(1; 5–7; 12)

TEST	VAGINOSE BACTÉRIENNE	CANDIDOSE	TRICHOMONASE
pH vaginal	> 4,5	De 4,0 à 4,5	> 4,5
Préparation à l’état frais additionnée de solution saline	<ul style="list-style-type: none"> - Leucocytes polymorphonucléaires - Cellules indicatrices (cellules épithéliales vaginales recouvertes de coccobacilles) 	<ul style="list-style-type: none"> - Levures bourgeonnantes - Filaments pseudomycéliens 	<ul style="list-style-type: none"> - Protozoaire mobile flagellé (sensibilité de 38 à 82 %)
Préparation à l’état frais additionnée d’hydroxyde de potassium (KOH) et vérification de l’odeur	<ul style="list-style-type: none"> - Odeur d’amine (de poisson) - Le KOH ne convient pas pour l’analyse des cellules et des leucocytes polymorphonucléaires pour le diagnostic de VB* 	<ul style="list-style-type: none"> - Sans odeur particulière - Levures bourgeonnantes - Filaments pseudomycéliens 	<ul style="list-style-type: none"> - Sans odeur particulière - Le KOH ne convient pas pour l’analyse des cellules et des leucocytes polymorphonucléaires pour le diagnostic de trichomonase*
Coloration de Gram	<ul style="list-style-type: none"> - Cellules indicatrices - Diminution de la flore normale - Prédominance de bacilles et de coccobacilles courbés de Gram négatif 	<ul style="list-style-type: none"> - Leucocytes polymorphonucléaires - Levures bourgeonnantes - Filaments pseudomycéliens 	<ul style="list-style-type: none"> - Leucocytes polymorphonucléaires - Trichomonades

*Bien que le KOH détruit les débris cellulaires et permet de déceler plus clairement les levures et les filaments pseudomycéliens (structures végétatives des champignons), il détruit également les cellules épithéliales dans les cellules indicatrices, lesquelles sont nécessaires pour diagnostiquer la VB, et lyse *Trichomonas*. Par conséquent, la solution saline est nécessaire en cas de vaginite⁽¹⁾.

Autres analyses de laboratoire

- Si une cystite est soupçonnée, recueillir un échantillon d'urine pour culture et antibiogramme⁽⁸⁾.
- Si une ITS est soupçonnée, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Infections transmissibles sexuellement*.
- S'il y a lieu, proposer des tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), en fonction des facteurs de risque de la cliente et de son ou ses partenaires; revoir le statut d'immunisation à l'égard de l'hépatite B.

PRISE EN CHARGE

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Guérir l'infection, si possible.
- Soulager les symptômes⁽¹³⁾.
- Prévenir les récurrences, si possible.
- Réduire le risque d'acquisition d'autres ITS⁽¹³⁾.
- Prévenir les complications.

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES**Enseignement au client**

- Conseiller à la cliente :
 - les bonnes méthodes d'hygiène périnéale;
 - d'éviter les savons parfumés, les produits parfumés et les bains moussants;
 - de prendre une douche plutôt qu'un bain;
 - d'éviter de porter des sous-vêtements trop serrés en tissu synthétique.

- Expliquer à la cliente traitée pour une trichomonase :
 - l'importance de pratiquer l'abstinence jusqu'à ce qu'elle et son partenaire aient terminé le traitement et soient asymptomatiques.
- Expliquer à la cliente dont le partenaire masculin a une balanite à *Candida* :
 - l'importance de pratiquer l'abstinence jusqu'à ce qu'elle et son partenaire aient terminé le traitement et soient asymptomatiques.
- Expliquer à la cliente que les ovules et les crèmes à base d'huile (p. ex. le clotrimazole) peuvent réduire l'efficacité des condoms ou des diaphragmes en latex⁽¹⁾.
- Expliquer à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments, soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires éventuels et les interactions médicamenteuses possibles; insister sur l'importance de prendre tous les antibiotiques tels que prescrits pour prévenir la pharmacorésistance.
- En cas de prescription de métronidazole, conseiller à la cliente d'éviter l'alcool pendant le traitement et jusqu'à 48 h après.

Pour de plus amples renseignements sur l'enseignement à la cliente, consulter la rubrique *Prévention* à l'*Annexe, Section A* de ce guide.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

En plus de consulter un médecin / une infirmière praticienne, s'assurer de revoir les monographies et la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Sauf si la cliente est traitée pour un syndrome spécifique présumé, considérer les options de prise en charge en fonction du site d'infection et des résultats des analyses de laboratoire disponibles⁽¹⁴⁾. Dans la plupart des postes de soins infirmiers, les résultats des analyses microbiologiques ne sont pas disponibles immédiatement.

- En présence de symptômes et de signes particuliers, on peut poser un diagnostic syndromique, administrer un traitement et fournir des services de counseling après l'obtention des résultats des analyses.
- Les syndromes d'ITS comprennent la chlamydia, la gonorrhée, l'herpès génital, la trichomonase, l'atteinte inflammatoire pelvienne, la cervicite, l'urétrite non gonococcique, les ulcérations génitales et la syphilis⁽¹⁵⁾.

En cas d'ITS concomitante soupçonnée

- Si la cliente présentant des pertes vaginales a une gonorrhée et/ou une chlamydiae soupçonnée(s) ou confirmée(s), consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Infections transmissibles sexuellement*.

Vaginose bactérienne asymptomatique⁽¹⁾

- La VB asymptomatique n'exige un traitement que dans les cas suivants :
 - Grossesse à risque élevé (antécédents d'accouchement prématuré);
 - Antécédents d'emploi d'un stérilet, de chirurgie gynécologique, d'avortement thérapeutique ou de manœuvres instrumentales touchant l'appareil génito-urinaire.

Vaginose bactérienne symptomatique⁽¹⁾

Traitement privilégié

- Métronidazole 500 mg PO BID pendant 7 jours

Autre traitement

Des taux d'échec supérieurs ont été signalés pour le recours à une seule dose de métronidazole⁽¹⁶⁾.

- Métronidazole 2 g PO en une seule dose ou
- Clindamycine 300 mg PO BID pendant 7 jours

Traitement d'une vaginose bactérienne récidivante⁽¹⁾

Pour que la VB soit considérée comme récidivante, la cliente doit connaître 3 épisodes de VB ou plus sur une période de 12 mois⁽¹⁷⁾. Dans 15 à 30 % des cas, une récurrence se produit dans les 3 premiers mois suivant le traitement.

- En cas de récurrence soupçonnée, reconfirmer le diagnostic.
- L'administration de métronidazole 500 mg PO BID pendant 10 à 14 jours peut être considérée.

N.B. Une consultation avec le médecin/l'infirmière praticienne est requise concernant le choix de thérapie à considérer.

Candidose vulvovaginale sans complications

- Une CVV asymptomatique n'exige aucun traitement.
- Si la CVV est symptomatique mais sans complications, les traitements suivants sont à considérer :

Clotrimazole

- Clotrimazole 1 % en crème :
 - Appliquer dans le vagin au coucher pendant 6 jours.
- Clotrimazole 2 % en comprimés vaginaux (traitement combiné de 3 jours) :
 - Insérer 1 comprimé dans le vagin au coucher pendant 3 jours consécutifs;

et

- Appliquer la crème vaginale externe tous les jours ou BID PRN pendant une période maximale de 7 jours.

Fluconazole

- Fluconazole 150 mg PO en une seule dose (contre-indiqué en cas de grossesse)

Candidose vulvovaginale avec complications

Pour de plus amples renseignements sur la candidose vulvovaginale, consulter les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Section 4 – Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques – Pertes vaginales (vaginose bactérienne, candidose vulvo-vaginale, trichomonase)*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcdcits/section-4-8-fra.php>.

N.B. : Il faut consulter le médecin / l'infirmière praticienne pour discuter des options de traitement et d'orientation vers d'autres ressources médicales.

Une CVV avec complications est une CVV répondant à l'un des critères suivants⁽¹⁾ :

- CVV à répétition (c.-à-d. 4 épisodes de CVV ou plus sur une période de 12 mois)
- CVV grave (c.-à-d. avec érythème vulvaire étendu, œdème, excoriations ou fissures)
- CVV causée par une espèce autre que *C. albicans*
- CVV se produisant chez une hôte immunodéficente (p. ex. cliente prenant des corticostéroïdes ou ayant un diabète mal maîtrisé).

Candidose vulvovaginale récidivante⁽¹⁾

- Les antifongiques habituels ne sont pas aussi efficaces contre les espèces autres que *C. albicans*. Il convient donc de considérer une culture et un antibiogramme de levures pour ces clientes.
- Dans le cas des clientes diabétiques, une meilleure maîtrise de la glycémie peut réduire les récives de candidose vulvo-vaginale.
- Dans le cas des infections récidivantes à *Candida albicans*, le médecin / l'infirmière praticienne peut considérer la prescription de fluconazole 150 mg PO toutes les 72 heures pour 3 doses, puis toutes les semaines pendant 6 mois^(1; 10; 16).

Candidose vulvovaginale grave⁽¹⁾

Le médecin / l'infirmière praticienne peut considérer la prescription de fluconazole 150 mg PO toutes les 72 heures pour 2 doses, ou un azole topique (p. ex. clotrimazole).

Candidose vulvovaginale causée par une espèce autre que *C. albicans*⁽¹⁾

Les hôtes immunodéficientes et les femmes diabétiques sont plus réceptives. Pour connaître le traitement à administrer, consulter les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Section 4 – Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques – Pertes vaginales (vaginose bactérienne, candidose vulvo-vaginale, trichomonase) – Tableau 8 : Traitement de la candidose vulvo-vaginale causée par une espèce non albicans*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcdcits/section-4-8-fra.php>.

Infection à *Trichomonas vaginalis***Métronidazole**

- Métronidazole 2 g PO en une seule dose administrée immédiatement (traitement privilégié)

ou

- Métronidazole 500 mg PO BID pendant 7 jours

Traitement des partenaires

Administrer au(x) partenaire(s) de la cliente du métronidazole 2 g PO en une seule dose. Suivre les politiques et procédures ou les lignes directrices provinciales/territoriales pour le suivi du ou des partenaire(s).

SURVEILLANCE ET SUIVI

Consulter un médecin / une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

SURVEILLANCE

Surveiller de près le client pendant 30 minutes après l'administration d'un agent comportant un risque d'anaphylaxie.

SUIVI

- S'assurer que la cliente sait qu'elle doit revenir à la clinique en cas de fièvre, de frissons ou de douleurs.
- Conseiller à la cliente de revenir à la clinique pour une autre évaluation si les signes et symptômes de l'infection ne s'améliorent pas après le traitement.

Vaginose bactérienne⁽¹⁾

- Aucun suivi n'est nécessaire, sauf si la cliente est enceinte ou si les symptômes réapparaissent.
- Le traitement des partenaires sexuels n'est pas indiqué et ne prévient pas la récurrence.
- Si la cliente est enceinte, refaire les tests 1 mois après le traitement pour en vérifier l'efficacité.

Candidose vulvovaginale⁽¹⁾

- Aucun suivi n'est nécessaire pour la CVV, sauf si les symptômes persistent ou réapparaissent.
- Si la CVV ne répond pas à un traitement approprié ou si l'infection réapparaît, considérer une culture et un antibiogramme de levures.
- Si la CVV est récidivante, vérifier la glycémie.
- Le dépistage et le traitement systématiques des partenaires masculins n'est pas indiqué, sauf en présence de *Candida balanitis*⁽¹⁾.
- Chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux et qui ont des infections fréquentes, les contraceptifs oraux peuvent être un facteur prédisposant.

Trichomonase⁽¹⁾

- Aucun suivi n'est nécessaire sauf si les symptômes réapparaissent, ce qui est généralement attribuable à une réinfection.
- Le traitement des partenaires sexuels est indiqué.

Déclaration

- La VB n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- La CVV n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- La trichomonase est une maladie à déclaration obligatoire dans certaines provinces et certains territoires.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

TABLEAU 4

Prélèvement d'échantillons au point de service^(1; 12)

TEST	DIRECTIVES	RÉSULTAT NORMAL
pH vaginal	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer un papier indicateur de pH à gamme étroite (4,0 à 5,5) sur la paroi du vagin pendant quelques secondes. ou - À l'aide d'une écouvillon sec, prélever un échantillon sur la paroi du vagin et faire rouler l'écouvillon sur le papier indicateur de pH⁽¹⁵⁾. 	4,0 à 4,5
Préparation à l'état frais additionnée de solution saline	<ol style="list-style-type: none"> 1. Placer une goutte de sécrétions vaginales sur une lame. 2. La mélanger avec une goutte de solution saline physiologique (0,9 %). 3. Recouvrir d'une lamelle. 4. Examiner au microscope à faible et à fort grossissement. <p>Vérifier la présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - leucocytes polymorphonucléaires - cellules indicatrices (cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles) - lactobacilles - levures - trichomonades <p>N.B. : Une préparation à l'état frais négative n'exclut pas une vaginite d'origine infectieuse.</p>	Cellules épithéliales et rares leucocytes
Préparation à l'état frais additionnée de KOH et vérification de l'odeur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Placer une goutte de sécrétions vaginales sur une lame. 2. La mélanger avec une goutte de KOH à 10 %. <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'une odeur d'amine (de poisson) après l'application du KOH est un résultat positif. 3. Recouvrir d'une lamelle. 4. Examiner au microscope à faible et à fort grossissement. 5. Vérifier la présence de levures. 	Négatif

Bien que le KOH détruit les débris cellulaires et permet de déceler plus clairement les levures et les filaments pseudomycéliens (structures végétatives des champignons), il détruit également les cellules épithéliales dans les cellules indicatrices, lesquelles sont nécessaires pour diagnostiquer la VB, et lyse *Trichomonas*. Par conséquent, la solution saline est nécessaire en cas de vaginite⁽¹⁾.

Pour savoir comment interpréter les tests effectués au point de service, consulter le *Tableau 3 : Critères de diagnostic et tests de laboratoire diagnostiques* de ce guide.

Prévention^(18; 19)

- La trichomonase est transmissible sexuellement et peut être prévenue par l'adoption de pratiques sexuelles protégées⁽²⁰⁾.

- Rincer les organes génitaux avec de l’eau et/ou bien assécher après être allé aux toilettes.
- Éviter d’utiliser des lingettes pour bébé ou du papier hygiénique parfumé.
- Éviter de porter des vêtements serrés; les sous-vêtements en coton sont préférables.
- Éviter les douches vaginales, elles peuvent perturber l’équilibre normal de la flore bactérienne du vagin et faire pénétrer des bactéries nocives dans les voies génitales supérieures (utérus, trompes de Fallope).
- Toujours utiliser un condom durant les rapports sexuels.
- Limiter le nombre de partenaires sexuels; les femmes ayant plusieurs partenaires sexuels sont plus susceptibles d’acquérir une VB et des ITS.
- La vaginose bactérienne peut être transmise entre femmes durant les rapports sexuels.
- La vaginose bactérienne n’est généralement pas considérée comme une ITS, mais une personne exposée à une ITS alors qu’elle a une vaginose bactérienne est plus susceptible d’acquérir l’ITS.

BIBLIOGRAPHIE

Les références et autres sources suivantes ont servi à la mise à jour du présent guide de pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 4 - Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques. Pertes vaginales (vaginose bactérienne, candidose vulvo-vaginale, trichomonase)*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l’adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-4-8-fra.php>
2. Van Schalkwyk J et Yudin MH. Comité sur les maladies infectieuses. « Vulvovaginite : Dépistage et prise en charge de la trichomonase, de la candidose vulvovaginale et de la vaginose bactérienne ». *J Obstet Gynaecol Can.* [Internet] Toronto (ON) : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2015; 37(3), p. 266 à 274. Consulté à l’adresse [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30316-9/fulltext](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30316-9/fulltext)
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. « Trichomoniasis », dans *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de D.W. Kimberlin, M.T. Brady, M.A. Jackson et S.S. Long. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015, p. 798 à 800. Consulté à l’adresse <http://redbook.solutions.aap.org/> (code d’utilisateur et mot de passe requis)
4. Heim LJ. « Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia ». [Internet] Leawood (KS, É.-U.) : American Academy of Family Physicians; 2001; 63(8), p. 1535 à 1544.
5. Sobel JD. « Trichomoniasis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2016. Consulté le 12 juillet 2016, à l’adresse <http://www.uptodate.com> (code d’utilisateur et mot de passe requis)
6. Sobel JD. « Candida vulvovaginitis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2016. Consulté le 12 juillet 2015, à l’adresse <http://www.uptodate.com> (code d’utilisateur et mot de passe requis)
7. Sobel JD « Bacterial vaginosis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2015. Consulté le 12 juillet 2016, à l’adresse <https://www.uptodate.com> (code d’utilisateur et mot de passe requis)
8. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T et coll. « Female sexual health consensus clinical guidelines ». *J Obstet Gynaecol Can.* [Internet] Toronto (ON) : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2012; 34(8), p. 769 à 775. Consulté à l’adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22947409> (publication payante)

9. Barad DH. « Vaginal itching and discharge », dans *Le Manuel Merck - Version pour professionnels de la santé*. [Internet] Whitehouse Station (NJ) : Merck Sharp & Dohme Corp; 2015. Consulté à l'adresse <http://www.merckmanuals.com/professional>
10. Freiden TR, Jaffe HW, Cono J, Richards CL, Iademarco MF, et Shaffner W. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recommendations and Reports*. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2015. doi:10.1097/00008480-200308000-00006.
11. Coleman JS, Gaydos CA et Witter F. « Trichomonas vaginalis vaginitis in obstetrics and gynecology practice: New concepts and controverses ». *Obstet Gynecol Surv*. Janvier 2013; 68(1) : p. 43 à 50. doi: 10.1097/OGX.0b013e-318279fb7d.
12. Sobel JD, Barbiera RL, et Eckler K. « Approach to women with symptoms of vaginitis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté le 12 juillet 2015, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. « Bacterial Vaginosis », dans *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, sous la direction de D.W. Kimberlin, M.T. Brady, M.A. Jackson et S.S. Long. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2015; p. 273 à 275. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org/> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
14. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 5 - Prise en charge et traitement d'infections spécifiques. Infections gonococciques*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-6-fra.php>
15. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 2 - Soins primaires et infections transmissibles sexuellement*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-fra.php>
16. Association des pharmaciens du Canada. « Infectious diseases: Sexually transmitted infections ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2015. Consulté le 13 avril 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
17. Association des pharmaciens du Canada. « Metronidazole ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2015. Consulté le 22 avril 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
18. Sobel JD, Barbiera RL, et Eckler K. « Patient information: Bacterial vaginosis (Beyond the Basics) ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté le 15 juillet 2015, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
19. Sobel JD. « Patient information: Vaginal discharge in adult women ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté le 12 juillet 2015, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)
20. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Déclaration supplémentaire concernant les recommandations liées au diagnostic, à la prise en charge et au suivi des pertes vaginales : mars 2014*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 2 avril 2015, à l'adresse [https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-8.html](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-8.html)

AUTRES SOURCES

Anti-infective Review Panel. *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto : MUMS Guideline Clearinghouse; 2013.

Association des pharmaciens du Canada. « HIV Infection », dans *Compendium of Therapeutic Choices: Canada's Trusted Reference for Primary Care Therapeutics (CTC 7)*. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2014.

Association des pharmaciens du Canada. « Fluconazole (Diflucan) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Clotrimazole (Canesten Topical) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2011. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Clotrimazole (Canesten Vaginal) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2011. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Metronidazole (Flagyl) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2013. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Clindamycin ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Santé Canada. Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP-NI). Avril 2016.

« Fluconazole ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Clotrimazole ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Clindamycin ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Metronidazole ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)