
SOINS PÉDIATRIQUES ET DES ADOLESCENTS

CHAPITRE 18 – 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

ÉVALUATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES.....	18–1
Anamnèse et revue des systèmes	18–1
Examen physique.....	18–1
Exanthèmes contagieux (éruptions cutanées)	18–2
MALADIES TRANSMISSIBLES COURANTES	
VARICELLE.....	18–3
Aperçu.....	18–3
Évaluation	18–3
Prise en charge	18–5
Surveillance et suivi	18–8
Annexe	18–9
Bibliographie	18–13
DIPHTÉRIE	18–15
Aperçu.....	18–15
Évaluation	18–15
Prise en charge	18–17
Surveillance et suivi	18–18
Annexe	18–18
Bibliographie	18–20
ÉRYTHÈME INFECTIEUX AIGU (CINQUIÈME MALADIE).....	18–22
Aperçu.....	18–22
Évaluation	18–22
Prise en charge	18–23
Surveillance et suivi	18–25
Annexe	18–25
Bibliographie	18–25

ROUGEOLE	18-27
Aperçu	18-27
Évaluation	18-27
Prise en charge	18-29
Surveillance et suivi	18-30
Annexe	18-31
Bibliographie	18-34
OREILLONS (PAROTIDITE INFECTIEUSE)	18-36
Aperçu	18-36
Évaluation	18-36
Prise en charge	18-38
Surveillance et suivi	18-39
Annexe	18-40
Bibliographie	18-42
COQUELUCHE (TOUX QUINTEUSE)	18-44
Aperçu	18-44
Évaluation	18-44
Prise en charge	18-46
Surveillance et suivi	18-48
Annexe	18-49
Bibliographie	18-51
OXYUROSE	18-53
Aperçu	18-53
Évaluation	18-53
Prise en charge	18-55
Surveillance et suivi	18-56
Annexe	18-56
Bibliographie	18-57
ROSÉOLE INFANTILE	18-58
Aperçu	18-58
Évaluation	18-58
Prise en charge	18-59
Surveillance et suivi	18-60
Bibliographie	18-61

RUBÉOLE	18–63
Aperçu	18–63
Évaluation	18–63
Prise en charge	18–65
Surveillance et suivi	18–66
Annexe	18–66
Bibliographie	18–68
SCARLATINE	18–70
Aperçu	18–70
Évaluation	18–70
Prise en charge	18–73
Surveillance et suivi	18–75
Annexe	18–76
Bibliographie	18–76
TUBERCULOSE	18–79
Aperçu	18–79
Évaluation	18–80
Prise en charge	18–82
Surveillance et suivi	18–86
Annexe	18–87
Bibliographie	18–91
MALADIES TRANSMISSIBLES – URGENCES	
MÉNINGITE	18–94
Aperçu	18–94
Évaluation	18–95
Prise en charge	18–97
Surveillance et suivi	18–100
Annexe	18–100
Bibliographie	18–103

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
- Ptyalisme
- Vomissements
- Diarrhée
- État de conscience
- Irritabilité
- 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, mal cuite ou mal conservée
- Antécédents vaccinaux

EXAMEN PHYSIQUE

Comme bon nombre de maladies transmissibles touchent plus d'un système ou appareil, un examen minutieux et complet est indiqué. Les signes les plus couramment observés sont les suivants.

Signes vitaux

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

Inspection

- Léthargie
- Tachypnée
- Battement des ailes du nez
- Tirage
- 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 pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 16 – Dermatologie*).
- Articulations : œdème et mobilité
- Excoriation anale dans les cas de maladies diarrhéiques

Palpation

- Fontanelle (chez les nourrissons) : taille, consistance
- 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

**EXANTHÈMES CONTAGIEUX
(ÉRUPTIONS CUTANÉES)**

Un exanthème contagieux est une éruption cutanée qui apparaît subitement en association avec certaines infections. Largement disséminé et réparti symétriquement sur le corps de l'enfant, l'exanthème consiste en des taches rouges distinctes ou confluentes, saillantes (papules) ou non (macules), qui ne sont pas squameuses (du moins, pas au départ).

Les maladies qui se manifestent d'abord par un exanthème peuvent être causées par une bactérie, un virus ou une réaction à un médicament.

Certains exanthèmes sont accompagnés de lésions buccales, les plus connues étant les taches de Koplik (signes avant-coureur de la rougeole) et les lésions buccales présentes dans les cas de la maladie mains-pieds-bouche.

Bon nombre d'infections virales de l'enfance sont caractérisées par un exanthème qui apparaît vers la fin de l'évolution de la maladie. Souvent, l'exanthème apparaît au niveau de la tête, après quoi il descend le long du corps jusqu'aux extrémités. Habituellement, l'apparition de l'exanthème coïncide avec la baisse de la fièvre associée à l'infection, et l'enfant commence à se sentir beaucoup mieux. De nombreuses maladies virales s'accompagnent d'un exanthème qui aide à établir le diagnostic (par exemple, rougeole, rubéole, érythème infectieux aigu, roséole infantile, et varicelle) mais, pour la plupart des maladies virales, les exanthèmes sont trop variés pour permettre un diagnostic précis. C'est pourquoi les professionnels de la santé se contentent souvent de dire au client qu'il s'agit d'un virus. Il est primordial de procéder à une anamnèse complète et à un examen physique rigoureux pour éliminer des causes plus graves de l'exanthème.

VARICELLE

APERÇU

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

La varicelle est une infection primaire causée par le virus varicelle-zona (VVZ) et est considérée comme étant spontanément résolutive chez les enfants autrement en bonne santé⁽¹⁾. Le degré de gravité de la varicelle peut varier; la personne infectée peut être très légèrement touchée et n'avoir que quelques lésions, ou encore être gravement atteinte, faire de la fièvre et présenter une éruption généralisée⁽²⁾. En règle générale, le risque de varicelle grave augmente avec l'âge⁽¹⁾. La varicelle-zona peut être prévenue par un vaccin⁽²⁾.

CAUSE

Virus varicelle-zona (VVZ)⁽²⁾

TRANSMISSION

- La varicelle est transmise de personne à personne, par des particules aéroportées provenant des voies respiratoires ou par contact direct avec le fluide des lésions cutanées⁽²⁾.

PÉRIODE D'INCUBATION

Enfants

- 10 à 21 jours⁽¹⁾

Enfants dont la mère avait une varicelle active au moment de l'accouchement

- 2 à 16 jours après la naissance⁽³⁾

CONTAGIOSITÉ

La varicelle est très contagieuse; la période de contagion commence 1 ou 2 jours avant l'apparition de l'éruption et dure jusqu'à la formation d'une croûte sur toutes les lésions⁽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

Les personnes susceptibles à la varicelle risquent d'attraper la varicelle-zona lorsqu'elles sont exposées à une personne qui :

- est contagieuse et propage le virus varicelle-zona;
- est atteinte d'herpès zoster (zona), une affection qui appartient à la famille des herpesvirus et qui découle de la réactivation du VVZ latent⁽⁴⁾.

Les personnes appartenant aux groupes suivants sont plus susceptibles d'être atteintes de complications ou d'une varicelle grave⁽¹⁾ :

- Adolescents et adultes
- Personnes immunodéficientes
- Femmes enceintes
- Les fœtus exposés à la varicelle maternelle durant les 20 premières semaines de grossesse présentent un risque de syndrome de varicelle congénitale par infection transplacentaire.
- Les nouveau-nés présentent un risque plus élevé si l'éruption liée à la varicelle-zona de la mère apparaît durant la période allant de 5 jours avant l'accouchement à 2 jours après^(5; 6).

Pour de plus amples renseignements sur les risques associés à la varicelle maternelle, consulter le *Tableau 1 : Traitement des personnes susceptibles* exposées à la varicelle* à l'Annexe, Section A de ce guide.

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Obtenir les antécédents d'exposition et de vaccination (c.-à-d. immunisation complète au moyen de 2 doses de vaccin contre le virus varicelle-zona).
- Faible fièvre, suivie de symptômes bénins (p. ex. maux de tête, écoulement nasal, sensation générale de malaise)⁽²⁾.
- Une éruption cutanée qui apparaît généralement d'abord sur le cuir chevelu, puis sur les extrémités et le tronc⁽⁴⁾.
- L'éruption cutanée est généralisée et pruritique, et progresse rapidement⁽⁴⁾.

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Faible fièvre, rhinorrhée⁽²⁾
- Éruption vésiculaire/lésions cutanées qui :
 - sont à divers stades de développement⁽⁴⁾;
 - progressent rapidement du stade macules au stade papules puis aux lésions vésiculaires, avant de former une croûte⁽⁴⁾;
 - peuvent se rompre ou devenir purulentes avant de sécher et de former une croûte⁽⁴⁾;
 - apparaissent par poussées sur plusieurs jours⁽⁴⁾.
- Lésions :
 - principalement concentrées sur le tronc⁽⁴⁾;
 - apparaissant aussi sur les muqueuses de l'oropharynx, des voies respiratoires, du vagin, de la conjonctive et de la cornée⁽⁴⁾;
 - de 1 à 4 mm de diamètre⁽⁴⁾.

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 virus de l'herpès simplex diffuse⁽⁷⁾
- Entérovirus⁽⁷⁾
- Psoriasis⁽⁷⁾
- Syndrome de Stevens-Johnson (associé à la prise de médicaments – le plus souvent des anticonvulsivants, des antibiotiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens)⁽⁷⁾
- Syphilis du nouveau-né (qui peut se manifester par une éruption vésiculeuse à la naissance)⁽⁷⁾

COMPLICATIONS

Les complications sont plus courantes chez les adolescents, les adultes et les personnes immunodéficientes⁽¹⁾.

- Infections bactériennes secondaires de la peau et des tissus mous
- Infection invasive à streptocoque du groupe A (SGA) grave (la varicelle accroît de 40 à 60 fois le risque d'infection invasive à SGA chez les enfants auparavant en bonne santé; cela comprend la fasciite nécrosante et le syndrome du choc toxique)
- Bactériémie
- Pneumonie
- Ostéomyélite
- Arthrite septique
- Ataxie cérébelleuse
- Accident vasculaire cérébral
- Encéphalite

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.

- La varicelle peut généralement être diagnostiquée par un examen clinique. Des tests diagnostiques ne sont pas nécessaires lorsque le client présente les symptômes typiques. Des tests de laboratoire devraient toutefois être considérés dans les cas suivants :
 - Éruption atypique chez une personne immunodéficiente;
 - Possibilité de maladie disséminée chez une personne immunodéficiente sans lésions cutanées⁽⁸⁾.
- Les échantillons à analyser peuvent provenir du liquide ou des lésions vésiculaires et des sécrétions respiratoires (s'il y a infiltrats pulmonaires)⁽⁹⁾.
- Le test qui permet généralement de confirmer le diagnostic de VVZ est une culture virale⁽⁹⁾.
- S'ils sont disponibles, des tests de diagnostic rapide comme l'immunofluorescence directe ou la méthode PCR peuvent être demandés, en consultation avec un médecin / une infirmière praticienne⁽⁸⁾.
- Il importe de déterminer les antécédents en matière de vaccination contre la varicelle et d'épisodes de la maladie chez les femmes enceintes et les personnes immunodéficientes exposées à la varicelle.
 - En l'absence d'antécédents, l'immunité doit être évaluée le plus rapidement possible à l'aide d'un test sérologique (IgG)⁽¹⁾.

Pour de plus amples renseignements sur le test sérologique post-exposition, consulter le *Tableau 1 : Traitement des personnes susceptibles exposées à la varicelle* à l'Annexe, Section A de ce guide.

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.
- Soulager les symptômes.
- Prévenir la transmission de la maladie.
- Prévenir les complications.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/client :
 - comment assurer un certain confort et empêcher l'infection de s'étendre;
 - dans quelles circonstances il faut revenir au poste de soins infirmiers;
 - l'importance de tenir les ongles courts afin de prévenir le grattage et l'infection⁽¹⁰⁾;
 - qu'il faut laver ou désinfecter les articles qui pourraient avoir été souillés par le liquide vésiculaire ou par des sécrétions du nez ou de la gorge⁽²⁾.
- Il importe que l'enfant atteint de la varicelle ne se rende pas à la garderie, à l'école ou dans des lieux publics, sauf si :
 - l'infection est bénigne (p. ex. faible fièvre sur une courte période, éruption comptant moins de 30 lésions)⁽¹¹⁾;
 - les dernières lésions ont formé une croûte⁽²⁾;
 - l'enfant se sent assez bien pour participer à toutes les activités;
 - la garderie ou l'école approuve le retour de l'enfant.
- Pour soulager les démangeaisons :
 - Utiliser un produit pour le bain à base d'avoine ou ajouter une demi-tasse de bicarbonate de soude à l'eau du bain⁽¹⁰⁾.
 - Appliquer de la lotion calamine sur les vésicules⁽¹⁰⁾.

- Prendre un antihistaminique sous ordonnance pour soulager les démangeaisons⁽¹⁰⁾.
- 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⁽¹¹⁾.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/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.

Pour de plus amples renseignements sur les soins à prodiguer à un enfant atteint de la varicelle, consulter la brochure de la Société canadienne de pédiatrie *Soins de nos enfants – La varicelle*, à l'adresse <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/chickenpox>

Prévention durant la grossesse

- Conseiller aux clientes enceintes qui n'ont pas déjà eu la varicelle ou que l'on sait séronégatives pour la varicelle :
- D'éviter tout contact avec une personne ayant la varicelle ou le zona durant la grossesse;
- D'informer immédiatement un travailleur de la santé de toute exposition potentielle⁽¹²⁾.

Pour de plus amples renseignements sur la prévention de l'infection, 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, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Analgsiques/antipyrétiques

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^(13; 14). Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène^(15; 16)

- 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 plus faible de ces valeurs.

Ibuprofène⁽²⁴⁾

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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes ≤ 400 mg peuvent être administrées.

Antihistaminique/Antipruritique^(17; 18; 25)

- Les preuves à l'appui de l'utilité d'antihistaminiques systémiques sont minces.
- Il convient d'évaluer les avantages par rapport aux risques⁽¹⁹⁾.

- L'un des antihistaminiques énumérés ci-dessous peut être considéré pour soulager les démangeaisons.

N.B. : La DiphenhydrAMINE peut causer la sédation ou de l'excitation paradoxale chez les enfants.

DiphenhydrAMINE

Posologie selon le poids

- 5 mg/kg/jour, divisés en 3 ou 4 doses
- Maximum de 300 mg par jour

Posologie selon l'âge

Enfants de 2 ans à moins de 6 ans

- DiphenhydrAMINE (Benadryl^{MC}) 6,25 mg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum de 37,5 mg en 24 heures

Enfants de 6 ans à moins de 12 ans

- DiphenhydrAMINE (Benadryl^{MC}) 12,5 à 25 mg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum de 150 mg en 24 heures

Enfants de 12 ans ou plus

- DiphenhydrAMINE (Benadryl^{MC}) 25 à 50 mg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum de 300 mg en 24 heures

Cétirizine

Enfants de 2 à 5 ans

- Cétirizine 2,5 mg PO une fois par jour PRN
- Maximum de 2,5 mg BID ou 5 mg une fois par jour

Enfants de 6 ans ou plus

- Cétirizine 5 à 10 mg PO une fois par jour PRN
- Maximum de 10 mg en 24 heures

Antiviral

Enfants de moins de 12 ans, en bonne santé et immunocompétents atteints de la varicelle

- L'administration d'acyclovir par voie orale n'est pas systématiquement recommandée pour les enfants immunocompétents de moins de 12 ans autrement en bonne santé⁽²⁶⁾.

- Toutefois, si une personne immuno-compétente présente un risque accru de complications modérées ou graves de la varicelle, l'administration d'acyclovir par voie orale peut être considérée.
- Pour connaître les traitements recommandés pour cette population, consulter *Recommandations concernant l'administration d'acyclovir aux personnes immunocompétentes présentant un risque de varicelle modérée ou grave* à l'Annexe, Section A de ce guide.

Clients immunodéicients gravement atteints de la varicelle

- Si le client est immunodéicient et gravement atteint de la varicelle, il faut lui administrer de l'acyclovir IV et prendre les mesures pour une évacuation médicale^(20; 21).

Initiation d'un traitement à l'acyclovir⁽²⁶⁾

- Le traitement à l'acyclovir doit être initié dans les 24 suivant l'apparition de l'éruption, si possible⁽³⁾. De plus, chez l'hôte immunodéicient, la réplication virale cesse généralement 72 heures après l'apparition de l'éruption.

Prise en charge après l'exposition

Vaccin contre la varicelle⁽¹⁾

- Le vaccin monovalent contre la varicelle – administré dans les plus brefs délais et dans les 3 à 5 jours suivants l'exposition – s'est révélé efficace à environ 90 % pour prévenir la maladie ou en réduire la gravité. Il s'agit du traitement post-exposition privilégié dans le cas d'une personne susceptible, en bonne santé et non enceinte.

Nourrissons en bonne santé de moins de 12 mois

- Le vaccin contre la varicelle n'est pas indiqué pour le traitement post-exposition des nourrissons de moins de 12 mois en bonne santé, puisqu'ils sont généralement protégés par les anticorps maternels.

Personnes de moins de 50 ans

- Les personnes n'ayant reçu qu'une seule dose d'un vaccin contenant la varicelle devraient en recevoir une deuxième dose⁽¹⁾.

Immunoglobulines contre la varicelle-zona (Varlg)⁽²²⁾

- L'administration de Varlg dans les 4 jours (96 heures) suivant la dernière exposition au virus varicelle-zona peut être recommandée pour certains groupes susceptibles afin de prévenir ou de réduire la gravité de l'infection.
- La protection conférée par les Varlg dure environ 3 semaines. Une nouvelle dose doit être administrée s'il y a exposition subséquente plus de 3 semaines après l'administration de la dose initiale et que tous les critères pour l'administration de Varlg sont satisfaits.

- Les **quatre** critères suivants doivent être satisfaits pour l'administration de Varlg :
 1. La personne exposée est susceptible à la varicelle. Pour de plus amples renseignements sur la susceptibilité et l'immunité, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.
 2. La personne a été exposée de façon importante à une personne ayant la varicelle ou le zona. Pour connaître la définition d'« exposition importante » à la VVZ, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.
 3. La personne exposée présente un risque accru de varicelle grave. Pour une description des personnes présentant un risque accru de varicelle grave, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.
 4. L'immunisation post-exposition par un vaccin monovalent contre la varicelle est contre-indiqué.
- Consulter le médecin de la santé publique responsable si des Varlg doivent être administrés.
- Les Varlg sont généralement administrés en une seule dose IM.
- Il pourrait être nécessaire de prendre des mesures pour que le client soit transféré afin de recevoir le traitement.
- Pour de plus amples renseignements sur les critères d'administration de Varlg, consulter le *Guide canadien d'immunisation : Partie 5 – Agents d'immunisation passive*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p05-01-fra.php#vari>
- Pour consulter la monographie du médicament VariZIG, faire une recherche sur l'ingrédient actif « varicelle » dans la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada, à l'adresse <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/switchlocale.do?lang=fr&url=t.search.recherche>

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

- Prendre les mesures nécessaires pour un rendez-vous de suivi, pour une évaluation du client dans 1 semaine.
- Conseiller au(x) parent(s)/soignant(s) de ramener le client à la clinique pour un examen plus approfondi si les signes et symptômes de la maladie ne s'améliorent pas ou si des complications surviennent.
- Si l'état d'immunisation d'un contact étroit est incomplet, il convient de prendre les mesures pour l'administration d'un vaccin contre la varicelle.
- Surveiller l'apparition d'autres cas de varicelle dans la collectivité.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Une orientation vers d'autres ressources médicales n'est généralement pas nécessaire, sauf en cas de complication ou si le client est une femme enceinte ou une personne immunodéficiente.
- Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiqué.
- Coordonner les demandes de consultation, le cas échéant.

Déclaration

- Les cas soupçonnés et confirmés doivent être signalés au médecin de la santé publique conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.
- Si dans les 7 à 21 jours suivant l'administration d'un vaccin contenant la varicelle, la maladie se manifeste de façon modérée (50 à 500 lésions) ou grave (plus de 500 lésions vésiculaires, complications ou admission

à l'hôpital), on considère qu'il s'agit d'un effet secondaire suivant l'immunisation qui doit être signalé au médecin hygiéniste provincial/territorial⁽¹⁾.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Susceptibilité et immunité⁽¹⁾

Personnes nées avant 2004

- Pour les personnes nées avant 2004 (à l'exception des travailleurs de la santé), les antécédents autodéclarés concernant la varicelle sont considérés comme fiables.

Les enfants nés en 2004 ou après (et travailleurs de la santé)

- Un diagnostic de varicelle ou de zona posé par un fournisseur de soins de santé est nécessaire pour que les renseignements sur les antécédents de varicelle soient considérés comme fiables⁽¹⁾.

Les personnes considérées comme étant immunisées contre la varicelle doivent fournir l'un des éléments suivants :

- **Personnes nées avant 2004 (sauf les travailleurs de la santé)**
Antécédents autodéclarés de varicelle
- **Personnes nées en 2004 ou après (et travailleurs de la santé)**
Un diagnostic de varicelle ou de zona posé par un fournisseur de soins de santé est requis
- Preuve écrite d'immunisation au moyen de deux doses d'un vaccin contenant la varicelle
- Résultats de tests de laboratoire confirmant l'infection à la varicelle
- Résultats de tests de laboratoire confirmant l'immunité

Les personnes qui ne peuvent fournir AUCUN des éléments susmentionnés sont considérées comme étant susceptibles à la varicelle.

Les personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) doivent être considérées comme susceptibles à la varicelle après la greffe, quels que soient les antécédents de maladie ou de vaccination et malgré des résultats positifs aux tests sérologiques.

Exposition importante au virus varicelle-zona⁽¹⁾

Les situations suivantes sont considérées comme constituant des expositions importantes au VVZ à la suite d'un contact avec une personne ayant la varicelle :

- Avoir un contact familial continu avec une personne ayant la varicelle (c.-à-d. vivre dans le même logement);
- Se trouver pendant plus d'une heure dans une pièce fermée où se trouve aussi une personne ayant la varicelle;
- Être dans la même chambre d'hôpital qu'une personne ayant la varicelle pendant plus d'une heure, ou être en contact direct face-à-face avec une personne atteinte pendant plus de 15 minutes;
- Toucher les lésions ou des objets fraîchement souillés par le liquide des vésicules d'une personne ayant une varicelle active.

Les situations suivantes sont considérées comme des expositions importantes au VVZ à la suite d'un contact avec une personne ayant le zona :

- Avoir un contact familial continu (c.-à-d. vivre dans le même logement) avec une personne immunodéficiente ayant le zona ou avec une personne atteinte de zona disséminé avant qu'elle reçoive un traitement antiviral ou dans les 24 heures suivant le traitement;
- Se trouver pendant plus d'une heure dans une pièce fermée où se trouve aussi une personne immunodéficiente ayant le zona ou une personne atteinte de zona disséminé avant qu'elle reçoive un traitement antiviral ou dans les 24 heures suivant le traitement;

- Se trouver pendant plus d'une heure dans une chambre d'hôpital avec une personne immunodéficiente ayant le zona ou une personne atteinte de zona disséminé avant qu'elle reçoive un traitement antiviral ou dans les 24 heures suivant le traitement ou avoir un contact face-à-face pendant 15 minutes avec une telle personne;
- Toucher les lésions ou des objets fraîchement souillés par le liquide des vésicules d'une personne ayant un zona actif.

Personnes présentant un risque accru de varicelle grave

Les personnes suivantes présentent un risque accru de varicelle grave :

- Les personnes qui touchent les lésions ou les vêtements fraîchement souillés par le liquide contenu dans les vésicules d'une personne ayant un zona actif;
- Les nouveau-nés dont la mère présente des symptômes de varicelle dans les 5 jours précédant l'accouchement jusqu'à 48 heures après;
- Les nouveau-nés gardés au service de soins intensifs nés à moins de 28 semaines de gestation ou pesant 1 000 g ou moins à la naissance, quel que soit l'état d'immunisation de la mère;
- Les femmes enceintes susceptibles;
- Les personnes immunodéficients susceptibles, y compris les personnes infectées par le VIH dont la numération des lymphocytes CD4 est $<200 \times 10^6/l$ ou dont le pourcentage des lymphocytes CD4 est $<15 \%$;

Les personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH), quels que soient l'état d'immunisation contre la varicelle avant la greffe ou les antécédents d'immunisation après la greffe – qu'il s'agisse d'un épisode de varicelle, d'une vaccination ou de résultats positifs à un test sérologique.

TABEAU 1**Prise en charge des sujets susceptibles* après une exposition à la varicelle⁽¹⁾**

INTERVENTION POST-EXPOSITION	PERSONNE EN BONNE SANTÉ, NON ENCEINTE**	FEMME ENCEINTE	PERSONNE IMMU-NODÉFICIENTE****
Administer un vaccin contre la varicelle	Oui	Non	Non
Prélever des échantillons pour un test d'IgG contre le VVZ	Non	Oui	Oui
Si le test d'IgG contre le VVZ est négatif, administrer des immunoglobulines contre la varicelle-zona***	Sans objet	Oui	Oui
<p>* Voir la rubrique <i>Susceptibilité et immunité</i>.</p> <p>** Voir la rubrique portant sur les VarIg ou sur les nouveau-nés d'une mère ayant présenté des symptômes de varicelle dans les 5 jours précédant l'accouchement et jusqu'à 48 heures après.</p> <p>*** Si les résultats des tests sérologiques ne peuvent pas être obtenus dans les 96 heures, administrer des immunoglobulines contre la varicelle-zona.</p> <p>**** Si le client a reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH), administrer des VarIg quel que soit le résultat des IgG VVZ.</p>			

D'après *Tableau 2 : Prise en charge des sujets susceptibles* après une exposition à la varicelle* à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-vari-fra.php>

Pour de plus amples renseignements sur le vaccin contre la varicelle, consulter les documents suivants :

- *Guide canadien d'immunisation : Partie 4 – Agents d'immunisation active – Vaccin contre la Varicelle*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publi-cat/cig-gci/p04-vari-fra.php>
- *Guide canadien d'immunisation : Partie 3 – Vaccination de populations particulières*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publi-cat/cig-gci/p03-fra.php>
- *Guide canadien d'immunisation : Partie 5 – Agents d'immunisation passive*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p05-01-fra.php#vari>

Population spécifique : Femmes enceintes

- Consulter un médecin / une infirmière praticienne pour obtenir d'autres directives lorsqu'une femme enceinte a été exposée à la varicelle.

- Les femmes enceintes exposées à la varicelle doivent être évaluées afin de déterminer les antécédents en matière de vaccination contre la varicelle ou de maladie. En l'absence d'antécédents, l'immunité doit être évaluée au moyen d'un test sérologique (IgG contre le virus varicelle-zona)⁽¹⁾.
- Si les résultats des tests sérologiques sont négatifs ou ne peuvent pas être obtenus dans les 96 heures suivant l'exposition, il convient d'administrer des immunoglobulines contre la varicelle-zona (VarIg)⁽⁵⁾.
- Il est contre-indiqué d'administrer un vaccin contre la varicelle à une femme enceinte⁽⁵⁾.
- **N.B. :** Les femmes susceptibles doivent recevoir un vaccin contre la varicelle dans un délai approprié après l'accouchement (au moins 5 mois après l'administration de VarIg, pour éviter de réduire l'efficacité du vaccin)⁽¹⁾.

- Les femmes qui attrapent la varicelle durant leur grossesse présentent un risque de séquelles maternelles et fœtales, notamment une pneumonite maternelle et des malformations congénitales⁽⁵⁾. Consulter un médecin / une infirmière praticienne pour obtenir une consultation avec un obstétricien / gynécologue.

Recommandations concernant l'administration d'acyclovir aux personnes immunocompétentes présentant un risque de varicelle modérée ou grave

- Des études montrent que l'acyclovir inhibe la réplication du virus⁽⁹⁾.
- L'administration d'acyclovir par voie orale n'est pas recommandée pour le traitement habituel des enfants ayant la varicelle mais autrement en bonne santé. Toutefois, ce médicament peut être indiqué pour traiter les personnes présentant un risque de varicelle modérée ou grave, par exemple :
 - Les personnes non vaccinées âgées de plus de 12 ans⁽³⁾;
 - Les personnes ayant un trouble cutané ou pulmonaire chronique⁽³⁾;
 - Les personnes recevant un traitement aux salicylates à long terme⁽³⁾;
 - Les personnes qui prennent des corticostéroïdes à court terme, de façon intermittente ou en aérosol⁽³⁾;
 - Les femmes enceintes ayant une infection importante à la varicelle (s'il y a progression vers une pneumonite varicelleuse, l'admission à l'hôpital et l'administration d'acyclovir IV sont recommandées)⁽⁵⁾.
- Certains spécialistes recommandent aussi l'administration d'acyclovir par voie orale pour les cas secondaires dans la famille, chez qui la maladie est souvent plus grave que chez le cas primaire⁽³⁾.

N.B. : S'il n'est pas possible d'obtenir de l'acyclovir en suspension, on peut couper des comprimés pour administrer une dose plus exacte. Les comprimés peuvent être écrasés pour les enfants qui ne peuvent pas les avaler entiers.

- On administre de l'acyclovir IV aux personnes ayant une grave infection à VVZ ou présentant un risque élevé d'infection grave⁽⁹⁾.

Prévention

- Un calendrier de vaccination à 2 doses est recommandé pour les enfants afin de rehausser la lutte contre la varicelle et de réduire le nombre de cas de varicelle chez les vaccinés.
 - La première dose doit être administrée entre 12 et 15 mois;
 - La deuxième dose doit être administrée à l'âge de 18 mois ou plus, mais avant que l'enfant commence à fréquenter l'école. Il peut s'agir d'un vaccin combinant la varicelle et le trio rougeole-oreillons-rubéole (ROR)⁽¹⁾.
- Les enfants qui ont déjà reçu un diagnostic par un clinicien ou qui ont des antécédents confirmés de varicelle typique sont présumés immunisés contre la varicelle.
- Plusieurs vaccins contenant une souche du virus de la varicelle vivant et atténué sont autorisés au Canada (p. ex. Varivax III⁽²³⁾).

Pour de plus amples renseignements sur les vaccins contre la varicelle, consulter le manuel d'immunisation régional et la dernière version du *Guide canadien d'immunisation* sur les vaccins contre la varicelle, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-24-vaccin-contre-varicelle.html>

Varicelle des vaccinés

- Des cas de varicelle subclinique ont été signalés chez des sujets vaccinés^(3; 4).

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 active : Vaccin contre la varicelle*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2012. Consulté le 30 mars 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-vari-fra.php>
2. Agence de la santé publique du Canada. *Maladies évitables par la vaccination : La varicelle*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2012. Consulté le 30 mars 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/varicella-fra.php>
3. American Academy of Pediatrics. « Varicella-zoster virus infections », dans *Red Book, 2015 Report on the Committee on Infectious Diseases*, 30^e édition, p. 847 à 860. [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).
4. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Varicella », dans *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Disease: The Pink Book*, sous la direction de J. Hamborsky, A. Kroger et S. Wolfe. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.); 2015, p. 353 à 375. Consulté à l'adresse <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/varicella.pdf>
5. Shrim A, Koren G, Yudin MH et Farine D. « Management of varicella infection (chickenpox) in pregnancy ». *J Obstet Gynaecol Can*. [Internet] Toronto (ON) : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2012. Consulté le 22 avril 2015, à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22385673> (publication payante).
6. Gershon A et Gershon MD. « Pathogenesis and current approaches to control of varicella-zoster virus infections ». *Clin Microbiol Rev*. Octobre 2013; 26(4) p. 728 à 743. doi: 10.1128/CMR.00052-13.
7. Heininger U et Seward JF. « Varicella ». *Lancet*. 368(9544); 2006, p. 1365 à 1376. doi:10.1016/S0140-6736(06)69561-5.
8. Albrecht M. « Diagnosis of varicella-zoster virus infection ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté le 15 décembre 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
9. Agence de la santé publique du Canada. *Fiche technique santé-sécurité : Agents pathogènes - Virus varicelle-zona*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2012. Consulté le 13 avril 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/var-zo-fra.php>
10. 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.
11. Société canadienne de pédiatrie. *Soins de nos enfants – La varicelle*. [Internet] Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2015. Consulté le 1^{er} juin 2016, à l'adresse <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/chickenpox>
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Chickenpox in pregnancy. RCOG Green-top Guideline No. 13*. [Internet] London (G.-B.) : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 21 janvier 2015. Consulté le 14 juin 2015, à l'adresse <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg13/>
13. 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 <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

14. El Khoury AC, Durden E, Ma L, Markson LE, Lee AW, Duan Y et coll. « 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 p.115 à 124. doi: 10.1186/1471-2431-10-95.
15. « Acetaminophen ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 22 mai 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
16. « 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.
17. Association des pharmaciens du Canada. « Diphenhydramine (Benadryl) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. Consulté le 22 avril 2014, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
18. Association des pharmaciens du Canada. « Cetirizine (Reactine) Drug Monograph ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2014. Consulté le 22 mai 2015, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca/search> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
19. Tebruegge M, Kuruvilla M et Margaron I. « Does the use of calamine or antihistamine provide symptomatic relief from pruritus in children with varicella zoster infection? ». *Arch Dis Child*. Décembre 2006; 91(12) p. 1035 à 1036. doi:10.1136/adc.2006.105114.
20. *Vaccins contre la varicelle et le zona: note de synthèse de l'OMS, juin 2014*. Organisation mondiale de la santé. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé ; 2014. (25), p. 265 à 288.
21. « Acyclovir », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. Toronto (ON) et Hudson, (OH) : The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2014, p. 43.
22. 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://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p05-fra.php>
23. Santé Canada. *Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP)*. [Internet] Ottawa (ON) : Santé Canada; 2015. Consulté le 15 avril 2015, à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index-fra.php>
24. Ibuprofen: Pediatric drug information. [Internet] Waltham, (MA, É.-U.): UpToDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
25. Diphenhydramine (systemic): Pediatric drug information. [Internet] Waltham, (MA, É.-U.): UpToDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
26. Albrecht MA. Treatment of varicella (chickenpox) infection. [Internet] Waltham, (MA, É.-U.): UpToDate; 2016. Consulté le 27 mars 2017, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

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 (DGSPNI). Avril 2016.

DIPHTÉRIE

APERÇU

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

La diphtérie est une maladie infectieuse aiguë causée par une toxine, et touche les muqueuses (principalement celles des voies respiratoires supérieures) et la peau. Les sièges d'infection diphtérique les plus courants sont le pharynx et les amygdales⁽¹⁾.

La diphtérie peut être prévenue par un vaccin. Grâce aux programmes d'immunisation systématique, la diphtérie est rare dans les pays développés; les cas observés ont toutefois tendance à être graves. Comme la maladie est peu courante, le diagnostic et le traitement peuvent être retardés⁽²⁾, ce qui peut entraîner des décès.

Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne en cas de diphtérie soupçonnée, car il pourrait être nécessaire d'évacuer le client d'urgence.

CAUSE

Bactérie *Corynebacterium diphtheriae* (*C. diphtheriae*)⁽³⁾

TRANSMISSION

- Principalement par les gouttelettes salivaires de personnes infectées ou porteuses⁽³⁾
- Contact avec des objets contaminés par les sécrétions d'une personne infectée⁽³⁾

PÉRIODE D'INCUBATION

1 à 10 jours⁽³⁾

CONTAGIOSITÉ

- Une personne non traitée est généralement contagieuse pendant une période de 2 semaines ou moins, et rarement plus de 4 semaines⁽³⁾.
- L'excrétion bactérienne cesse généralement dans les 48 heures suivant la prise d'antibiotiques⁽³⁾.
- L'excrétion bactérienne des infections cutanées dure plus longtemps que celle des infections des voies respiratoires⁽⁵⁾.

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

- Enfants et adultes dont le calendrier de vaccination n'est pas à jour et qui sont exposés à des personnes atteintes de diphtérie.
- Facteurs de risque sociaux :
 - Mauvais soins de la peau et mauvaise hygiène;
 - Personnes non immunisées vivant dans des conditions de surpeuplement, d'insalubrité ou de pauvreté et qui sont exposées à des personnes atteintes de diphtérie;
 - La diphtérie cutanée est souvent associée au surpeuplement et à la pauvreté, ainsi qu'à l'itinérance⁽⁵⁾.

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Revoir les antécédents d'immunisation.
- La diphtérie peut toucher presque toutes les muqueuses. Aux fins cliniques, la diphtérie peut être classée en fonction du siège anatomique de la maladie⁽¹⁾.

Diphtérie nasale⁽¹⁾

- Les premiers symptômes sont les mêmes que ceux d'un rhume et comprennent généralement une rhinorrhée mucopurulente qui peut se teinter de sang.

Diphtérie pharyngée et amygdalienne⁽¹⁾

- La pharyngite s'installe de façon insidieuse; les premiers symptômes comprennent un malaise, un mal de gorge, de l'anorexie et une faible fièvre.

Diphtérie laryngée⁽¹⁾

- Les symptômes comprennent de la fièvre, un enrouement et une toux aboyante.

Diphtérie cutanée⁽¹⁾

- La diphtérie cutanée peut se manifester par une éruption ou par des ulcères.

SIGNES PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Fièvre (généralement faible)⁽¹⁾
- Client semblant mal en point/gravement malade⁽¹⁾
- Rhinorrhée mucopurulente pouvant se teinter de sang⁽¹⁾
- Membrane adhérent aux parois nasales et/ou pharyngées; cette membrane peut être blanche, blanche à reflet bleuté, vert grisâtre ou noire s'il y a eu saignement⁽¹⁾
- Pseudomembrane adhérent fermement aux tissus⁽¹⁾
- Érythème minimal des muqueuses autour de la membrane⁽¹⁾
- Formation étendue de pseudomembranes pouvant obstruer les voies respiratoires⁽¹⁾

- Le client gravement atteint peut présenter un œdème marqué dans les régions sous-mandibulaires et à la nuque ainsi qu'une adénopathie, ce qui lui confère l'apparence caractéristique d'un « cou de taureau »⁽¹⁾
- Toux, enrouement⁽¹⁾
- Stridor⁽⁸⁾
- Détresse respiratoire
- La diphtérie cutanée est caractérisée par une desquamation ou des ulcères qui ne guérissent pas, dont les bords sont nettement marqués et qui sont couverts d'une membrane⁽¹⁾
- Lésions cutanées pouvant ressembler à de l'impétigo⁽³⁾
- Les séquelles de la toxine absorbée, qui se manifestent après 2 à 6 semaines, comprennent une myocardite et une neuropathie⁽⁴⁾.

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.

- Pharyngite d'origine virale ou bactérienne⁽⁸⁾
- Épiglottite⁽⁸⁾
- Angine de Vincent (forme unique et remarquable de gingivite, caractérisée par une inflammation douloureuse des gencives et par des ulcérations des papilles interdentaires qui saignent facilement)⁽⁹⁾
- Mononucléose infectieuse⁽⁸⁾
- Syphilis buccale⁽⁴⁾
- Candidose oropharyngée⁽⁸⁾

COMPLICATIONS

- Myocardite (qui peut se manifester par un rythme cardiaque anormal et se produire dès le début de la maladie ou des semaines plus tard et entraîner une insuffisance cardiaque; une myocardite qui se produit tôt et est souvent fatale)⁽¹⁾
- Névrite (touchant le plus souvent les nerfs moteurs et disparaissant généralement complètement)

- Paralyse du palais mou (plus fréquente durant la troisième semaine de maladie)
- Paralyse des muscles, des membres et du diaphragme (peut se produire après la 5^e semaine)⁽¹⁾
- Pneumonie et insuffisance respiratoire secondaires découlant d’une paralysie du diaphragme⁽¹⁾
- Otite moyenne et insuffisance respiratoire découlant de l’obstruction des voies respiratoires, particulièrement chez les nourrissons⁽¹⁾
- Coma⁽¹⁾
- Décès⁽¹⁾
- Culture et antibiogramme à partir des sécrétions de la gorge et/ou du nasopharynx pour confirmer le diagnostic⁽¹⁾
- Culture des lésions cutanées⁽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.

Diagnostic provisoire

- Un diagnostic provisoire de diphtérie peut être posé à partir des observations cliniques, en raison de l’importance d’administrer rapidement un traitement⁽¹⁾.
- Les observations permettant d’établir un diagnostic provisoire peuvent comprendre la présence d’une membrane blanche grisâtre, grise ou noire, particulièrement si elle s’étend jusqu’à la luette et au palais mou, associée à une amygdalite, à une pharyngite ou à une adénopathie cervicale, ou encore à une rhinorrhée sérosanguine⁽⁴⁾.

Laboratoire

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

Prélèvement d’échantillons

- Pour les échantillons pharyngés, s’assurer de faire un prélèvement sur toute zone décolorée et ulcération, ainsi que dans les cryptes amygdaliennes⁽¹⁾.
- Pour les échantillons cutanés :
 - Les échantillons doivent être prélevés dans les zones touchées de la peau, par aspiration ou par écouvillonnage.
 - Une culture peut aussi être réalisée à partir d’un échantillon de la membrane.
 - Retirer la partie croûtée des lésions pour prélever un échantillon à la base.
- La diphtérie est principalement une affection respiratoire; des échantillons doivent toutefois être prélevés sur toute lésion suspecte de la peau durant la phase aiguë de la maladie⁽⁷⁾.

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.
- Prévenir la transmission de la maladie.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Surveiller les signes vitaux.
- Administrer de l’oxygène et maintenir la ventilation, conformément aux politiques et procédures.
- Ne rien administrer par voie orale, si indiqué selon l’état clinique du client.

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.

Pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 4 – Maintien de l'équilibre hydroélectrolytique*.

Antibiothérapie

- Une antibiothérapie peut être initiée avant le transfert, mais seulement en consultation avec le médecin de la santé publique responsable.
- Pour de plus amples renseignements sur l'administration d'antibiotiques aux contacts et aux porteurs, consulter *Prévention à l'Annexe, Section A* de ce guide. Consulter aussi le médecin de la santé publique responsable.

Antitoxine diphtérique

- Si c'est nécessaire d'administrer l'antitoxine diphtérique :
 - Consulter le médecin de la santé publique responsable.
 - Prendre les dispositions pour l'évacuation médicale dès que possible.

N.B. : Il n'existe à l'heure actuelle aucun produit homologué fabriqué au Canada. On peut obtenir un sérum antidiphtérique à partir du Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada⁽⁶⁾. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales en matière de santé publique.

Pour de plus amples renseignements sur l'antitoxine diphtérique, consulter le *Guide canadien d'immunisation : Partie 5 – Agents d'immunisation passive*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p05-01-fra.php#diph>

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 l'état respiratoire.
- Surveiller l'état neurologique.
- 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

Orientation vers d'autres ressources médicales

Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiqué.

Déclaration

La diphtérie est une maladie à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Prévention

- Administration de l'anatoxine diphtérique dans un vaccin antidiphtérique associé conformément au calendrier d'immunisation recommandé dans la province/le territoire; pour de plus amples renseignements, consulter la dernière version du *Guide can-*

adien d'immunisation, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>

Pour de plus amples renseignements sur les moyens de prévenir la diphtérie, consulter le document intitulé *Diphtérie – Prévention*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/diphtheria-diphterie/prevention-fra.php>

Prise en charge des contacts

- Consulter le médecin de la santé publique local pour déterminer la stratégie de prise en charge des contacts.
- On entend par « contacts » les personnes suivantes :
 - Personnes vivant sous le même toit;
 - Personnes qui ont eu un contact étroit face-à-face avec une personne infectée, par exemple des relations intimes;
 - Personnes ayant partagé la même pièce à la maison, à l'école ou au travail;
 - Travailleurs de la santé exposés aux sécrétions oropharyngées d'une personne infectée⁽⁷⁾.
- Vérifier les antécédents d'immunisation de la personne infectée/porteuse et des contacts étroits⁽⁴⁾.

Contacts étroits

- Les contacts étroits d'un cas de diphtérie devraient recevoir une dose d'un vaccin contenant l'anatoxine diphtérique indiquée pour leur âge, sauf si⁽²⁾ :
 - le contact est complètement immunisé, et que
 - la dernière dose d'un vaccin contenant l'anatoxine diphtérique a été administrée au cours des dix dernières années.
- La série de vaccins contenant l'anatoxine diphtérique devrait être complétée pour les contacts non immunisés ou partiellement immunisés⁽²⁾.
- Les contacts étroits doivent aussi faire l'objet de prélèvements aux fins de culture et recevoir une prophylaxie antimicrobienne⁽⁸⁾.

Options d'antibiothérapie pour les contacts étroits⁽¹⁰⁾ :

Pénicilline G benzathine

Enfant de moins de 6 ans

- Pénicilline G benzathine 600 000 unités par voie intramusculaire (IM)

Enfants de plus de 6 ans

- Pénicilline G benzathine 1,2 million d'unités IM

La pénicilline G benzathine peut être obtenue par l'entremise du Programme des services de santé non-assurés si elle n'est pas disponible de par le formulaire provincial/territorial. La pénicilline G benzathine n'est pas inscrite à la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI.

ou

Érythromycine

- Érythromycine 500 mg 4 fois par jours, pendant 7 à 10 jours

N.B. : S'il n'est pas possible de surveiller l'adhérence au traitement des contacts, ces derniers devraient recevoir de la pénicilline G benzathine.

Antitoxine diphtérique

- L'administration d'antitoxine diphtérique n'est pas recommandée pour la prophylaxie post-exposition des contacts asymptomatiques.
- Les contacts doivent être surveillés de près et recevoir une antitoxine dès le premier signe de maladie.
- Tous les contacts recensés doivent être informés des signes et symptômes de diphtérie et de l'importance d'obtenir immédiatement des soins médicaux en cas de signes cliniques de diphtérie⁽⁷⁾.

Isolement à domicile

L'isolement à domicile des contacts suivants est indiquée jusqu'à la fin du traitement et jusqu'à ce que les cultures des échantillons prélevés dans le nez et la gorge ou les lésions soient négatives⁽⁷⁾ :

- Contacts qui fréquentent l'école
- Contacts dont le travail comprend :
 - la manipulation d'aliments;
 - des contacts étroits avec des enfants de moins de 7 ans;
 - des contacts avec des personnes que l'on sait ne pas être immunisées;
 - la prestation de soins à des malades.

Porteurs

Les porteurs recensés dans la collectivité doivent aussi recevoir des antibiotiques. Les personnes porteuses peuvent être traitées à l'aide d'érythromycine.

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Alberta Health Notifiable Disease Guidelines: Diphtheria

À l'adresse <http://www.health.alberta.ca/professionals/notifiable-diseases-guide.html> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control

Diseases & Conditions: Diphtheria. À l'adresse <http://www.bccdc.ca/health-info/diseases-conditions/diphtheria> (en anglais seulement)

Manitoba

Ministère de la Santé du Manitoba

Communicable Disease Management Protocol: Diphtheria. À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/> (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

Santé et Services communautaires

CDC Information for Health Professionals: Disease Control Manual: Diphtheria.

À l'adresse http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/diseasecontrol/s4_diseases_preventable_by_routine_vaccination.pdf (en anglais seulement)

Territoires du Nord-Ouest

Santé et Services sociaux

Communicable Disease Manual: Diphtheria.

À l'adresse <http://www.hss.gov.nt.ca> (cliquer sur *HSS Professionals (staff only)*) et entrer code d'utili-

sateur et mot de passe) (en anglais seulement)

Nouvelle-Écosse

Santé et Mieux-être

Communicable Disease Manual: Diphtheria.

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

Ontario

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

Diseases and Conditions: Diphtheria. À l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/publications/disease/diphtheria.aspx> (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. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Diphtheria », dans *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Disease: The Pink Book*, sous la direction de J. Hamborsky, A. Kroger et S. Wolfe. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.); 2015. Consulté le 2 juillet 2015, à l'adresse <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/dip.pdf>
2. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active. Anatoxine diphtérique*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 9 décembre 2016, à l'adresse <http://healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=4>
3. Agence de la santé publique du Canada. *Diphtérie - Professionnels de la santé*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/diphtheria-diphterie/professionals-professionnels-fra.php>
4. Santé publique. *Diphtheria. Communicable*

Disease Management Protocol. Lutte contre les maladies transmissibles. Winnipeg (MB) : Gouvernement du Manitoba; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/diphtheria.pdf>

5. Gouvernement de l'Alberta. *Public Health Notifiable Disease Management Guidelines: Diphtheria*. [Internet] Edmonton (AB) : Gouvernement de l'Alberta; 2011. Consulté le 4 juillet 2016, à l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/diphtheria>

6. Alberta Health. *Diphtheria Antitoxin (Equine) Biological Page. Immunization Program Standards Manual Population and Public Health*. [Internet] Edmonton (AB) : Gouvernement de l'Alberta; 2014. Consulté le 6 juillet 2015, à l'adresse <http://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cdc/if-hp-cdc-dip-antitoxin-bio-pg-07-202.pdf>

7. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. « Diphtheria », dans *Infectious Diseases Protocol. Appendix A: Disease-Specific Chapters*. [Internet] Ottawa (ON) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; janvier 2014. Consulté le 13 juillet 2015, à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/infdipro.aspx

8. Barroso LF, Pegram PS, Sexton DJ et Baron EL. « Clinical manifestations, diagnosis and treatment of diphtheria ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté le 16 juin 2015, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

9. Rubin MA, Ford LC et Gonzales R. « Pharyngitis, sinusitis, otitis, and other upper respiratory tract infections », 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. 244 à 267.

10. Barroso LF, Pegram PS. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of diphtheria. [Internet] Waltham, (MA, É.-U.): UptoDate; 2016. Consulté le

27 mars 2017, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « Erythromycin (Erythromycin) ». [Intranet] Ottawa, ON: e-Therapeutics; 2009. Consulté le 7 juillet 2015, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca>.

« Erythromycin ». [Internet]. Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 7 juillet 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. « Penicillin G ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. Consulté le 7 juillet 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of therapeutic choice: Canada's Trusted Reference for primary care therapeutics (CTC7)*. 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.

« Penicillin G ». [Internet]. Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 7 juillet 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis)

« Erythromycin », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. Toronto (ON) et Hudson (OH) : The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2015, p. 123.

« Penicillin G benzathine », dans *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition, sous la direction de J. Chen et E. Lau. Toronto (ON) et Hudson (OH) : The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2015, p. 215.

ÉRYTHÈME INFECTIEUX (CINQUIÈME MALADIE)

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant de l'érythème infectieux (cinquième maladie), là où elles sont disponibles.

L'érythème infectieux (cinquième maladie) est une maladie infantile généralement bénigne, caractérisée par un érythème s'installant sur les joues (donnant l'impression d'une gifle). Il s'agit d'une maladie très contagieuse⁽¹⁾.

CAUSE

Parvovirus humain B19⁽¹⁾

TRANSMISSION

- Contact avec des gouttelettes salivaires⁽¹⁾
- Exposition percutanée à du sang ou à des produits sanguins contaminés⁽¹⁾
- Transmission verticale de la mère au fœtus^(1;2)

PÉRIODE D'INCUBATION

4 à 21 jours⁽¹⁾

CONTAGIOSITÉ

La maladie est plus contagieuse avant l'apparition de l'éruption⁽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 approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

- Enfants d'âge scolaire⁽¹⁾
- Antécédents de contact étroit avec des personnes infectées par le parvovirus B19⁽¹⁾
- Personnes immunodéficientes⁽¹⁾

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Obtenir les antécédents d'exposition ainsi que les antécédents médicaux complets pour déterminer si le client ou ses proches :
 - sont immunodéficients⁽⁴⁾;
 - souffrent d'anémie⁽⁴⁾;
 - sont enceintes⁽⁴⁾.
- Les personnes immunodéficientes pourraient présenter une éruption atypique, ou ne pas présenter d'éruption⁽¹⁾.

Stade prodromal

- Le stade prodromal précède souvent d'environ 7 à 10 jours l'exanthème caractéristique⁽¹⁾. Le(s) parent(s)/soignant(s)/client pourraient signaler les symptômes suivants :
 - Fièvre⁽¹⁾
 - Rhinite/rhinorrhée⁽⁴⁾
 - Maux de tête⁽¹⁾
 - Malaise⁽¹⁾
 - Myalgie⁽¹⁾
 - Nausée⁽⁴⁾
 - Diarrhée⁽⁴⁾
 - Arthralgie⁽¹⁾
 - Éruption cutanée avec démangeaisons⁽¹⁾

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Exanthème⁽¹⁾
- Rougeurs prononcées sur les joues, comme sous l'effet d'une gifle :
 - Présentes au début de l'éruption (souvent accompagnées d'une pâleur périblabiale)

- Souvent suivies par l'apparition de lésions couperosées maculaires symétriques sur le tronc, qui peuvent s'étendre jusqu'aux bras, aux fesses et aux cuisses
- Peuvent durer des semaines ou des mois
- Peuvent varier en intensité et réapparaître lorsque l'environnement change (p. ex. exposition au soleil, changement de température)
- Arthrite⁽⁴⁾ :
 - Touche plus fréquemment les petites articulations des mains, les poignets, les genoux et les pieds
 - Moins courante chez les enfants que chez les adultes
 - Généralement aiguë et symétrique

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.

- Autres exanthèmes viraux⁽⁴⁾
- Infection à streptocoque du groupe A⁽⁴⁾
- Infections entérovirales⁽⁴⁾
- Mononucléose infectieuse⁽⁴⁾
- Infection aiguë à virus de l'immunodéficience humaine (VIH)⁽⁴⁾
- Éruption allergique⁽⁴⁾
- Arthrite rhumatoïde⁽⁵⁾

COMPLICATIONS

- Myélose aplastique (anémie grave) chez les enfants ayant des anomalies hématologiques ou immunodéficients^(4; 6)

Complications de l'infection par le parvovirus B19 durant la grossesse^(2; 4)

- Avortement spontané
- Perte fœtale spontanée
- Anasarque fœto-placentaire

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.

- Si le client est autrement en bonne santé, le diagnostic peut se faire à partir des observations cliniques et il n'est pas nécessaire d'effectuer des tests en laboratoire⁽⁴⁾.
- Si le client présente ou risque de présenter des complications (p. ex. en cas de grossesse, d'immunodéficience ou d'anémie), des tests en laboratoire sont indiqués.
 - FSC, numération des réticulocytes en cas d'anémie, d'immunodéficience ou de grossesse⁽⁴⁾
 - Tests sérologiques de dépistage des anticorps IgG et IgM contre le parvovirus B19⁽²⁾

Échographie

- Une échographie obstétricale peut être considérée. Pour de plus amples renseignements sur l'érythème infectieux durant la grossesse, consulter *Population particulière : Femmes enceintes* à l'Annexe, Section A de ce guide.

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.
- Prévenir la transmission de la maladie, particulièrement aux femmes enceintes et aux personnes immunodéficientes ou anémiques^(2; 3).
- Prévenir les complications.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

- Le virus est transmis par les sécrétions nasopharyngées⁽⁷⁾.
- La maladie est plus contagieuse avant l'apparition des symptômes, et il est peu probable qu'elle soit transmise après l'apparition de l'éruption et des autres symptômes.
- Conseiller aux clients présentant un risque de complications d'éviter tout contact avec une personne infectée.
- Recommander au client de boire suffisamment pour maintenir l'hydratation.
- Recommander au client de se laver régulièrement les mains et de se débarrasser comme il se doit des mouchoirs utilisés afin de prévenir la transmission de la maladie^(1; 7; 8).
- Conseiller au client d'éviter de s'exposer à une chaleur excessive ou au soleil et de se gratter, pour ne pas aggraver l'éruption^(1; 7).
- Après l'apparition de l'éruption, il n'est pas nécessaire d'isoler ou de retirer de l'école ou de la garderie les enfants autrement en bonne santé⁽¹⁾.
- Le client 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⁽⁹⁾.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/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.
- Pour de plus amples renseignements à l'intention du ou des parent(s)/soignant(s), consulter les documents suivants :

- HealthLinkBC, *La cinquième maladie (érythème infectieux aigu) – Infection au parvovirus*, à l'adresse <https://www.healthlinkbc.ca/hlbc/files/documents/healthfiles/hfile54-f.pdf>
- Société canadienne de pédiatrie, *Soins de nos enfants – La cinquième maladie (érythème infectieux)*, à l'adresse http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/fifth_disease

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

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. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène^(10; 11)

- 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 plus faible de ces valeurs.

Ibuprofène⁽¹²⁾

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

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 un suivi si des complications se manifestent ou si les symptômes ne disparaissent pas dans le délai habituel (généralement jusqu'à 20 jours).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Une orientation vers d'autres ressources médicales n'est généralement pas utile, sauf en cas de grossesse, d'immunodéficience ou d'anémie.

ANNEXE**SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE****Population particulière : Femmes enceintes**

- Environ 50 à 75 % des femmes en âge de procréer ont acquis l'immunité contre le parvovirus B19⁽²⁾.

- Environ 1 à 3 % des femmes enceintes sont susceptibles de présenter des preuves sérologiques d'infection durant la grossesse; ce pourcentage augmente à plus de 10 % durant les périodes d'épidémie⁽²⁾.
- Jusqu'à 70 % des femmes enceintes infectées sont asymptomatiques⁽²⁾.
- Si une infection récente au parvovirus B19 est diagnostiquée, il est recommandé d'aiguiller la cliente vers un obstétricien ou un spécialiste de la médecine fœto-maternelle⁽²⁾.
- La cliente doit être suivie par un obstétricien ou un spécialiste de la médecine fœto-maternelle pour des services de counseling à propos des risques de transmission au fœtus, de perte fœtale et d'anasarque.
- Il convient d'effectuer des examens échographiques toutes les semaines ou toutes les 2 semaines jusqu'à 12 semaines après l'infection, afin de dépister les signes d'anémie et d'anasarque (à l'aide d'une mesure Doppler de la vitesse systolique maximale dans l'artère cérébrale moyenne)⁽²⁾.

Pour de plus amples renseignements sur la grossesse et le parvovirus B19, consulter la directive clinique n° 316 de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Infection au parvovirus B19 pendant la grossesse* (décembre 2014).

BIBLIOGRAPHIE

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

RÉFÉRENCES

1. American Academy of Pediatrics. « Parvovirus B19 », 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. p.593 à 596. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org/chapter.aspx?sectionId=88187206&bookId=1484&resultClick=1#91038773> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

2. Crane J, Mundle W et Boucoiran I. Comité de médecine foeto-maternelle. « Infection au parvovirus B19 pendant la grossesse ». *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. [Internet] Toronto (ON) : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2014, 36(12), p. 1107 à 1116.
3. Servey J, Reamy BV et Hodge J. « Clinical presentations of parvovirus B19 infection ». *Am Fam Physician*. Leawood (KS, É.-U.) : American Academy of Family Physicians; 2007. 75(3), p. 273 à 276.
4. Jordan JA. « Clinical manifestations and diagnosis of human parvovirus B19 infection ». [Internet] Waltham (MA) : UptoDate; 2016. Consulté le 9 décembre 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
5. Adams STM, Schmidt KM, Cost KM et Marshall GS. « Common variable immunodeficiency presenting with persistent parvovirus B19 infection ». *Pediatrics*. Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2012, 130(6), p. 1711 à 1715. doi:10.1542/peds.2011-2556.
6. Roig IL et Shandera WX. « Erythrovirus (Parvovirus) Infections », dans *Current Medical Diagnosis and Treatment 2014*, 53^e édition, sous la direction de M.A. Papadakas. et S.J. McPhee SJ. New York (NY) : McGraw Hill Education; 2014, p. 1354 à 1355.
7. Société canadienne de pédiatrie. « La cinquième maladie (érythème infectieux », dans *Soins de nos enfants*. [Internet] Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2012. Consulté le 22 avril 2015, à l'adresse http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/fifth_disease
8. American Academy of Pediatrics. « Fifth Disease (Parvovirus B19) », dans *healthychildren.org*. [Internet] Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics; 2013. Consulté le 22 avril 2015, à l'adresse <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/skin/Pages/Fifth-Disease-Parvovirus-B19.aspx>
9. Société canadienne de pédiatrie. « La fièvre et la prise de la température », dans *Soins de nos enfants*. [Internet] Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2013. Consulté le 22 mai 2015, à l'adresse http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/fever_and_temperature_taking
10. « Acetaminophen (Pediatric) ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 22 mai 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
11. « 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.
12. « Ibuprofen: Pediatric drug information ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U.) : UptoDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017 à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

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.

Association des pharmaciens du Canada. « Ibuprofen (Motrin, Children) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2008. Consulté à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca/cps> (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.

ROUGEOLE

APERÇU

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

La rougeole et l'une des maladies infectieuses les plus contagieuses, et peut être prévenue par un vaccin. Chez les personnes à risque, le taux d'attaque secondaire de la rougeole est supérieur à 90 %⁽¹⁾.

Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne en cas de rougeole soupçonnée, car il s'agit d'une urgence en santé publique.

CAUSE

Virus de la rougeole⁽¹⁾

TRANSMISSION

- La rougeole se transmet principalement par des gouttelettes de salive (c.-à-d. par contact avec les sécrétions des voies respiratoires et de la gorge de personnes infectées).
- Une transmission aéroportée peut aussi se produire dans un milieu fermé.
- Le virus de la rougeole peut survivre au moins 2 heures dans une gouttelette évaporée et dans les fines particules aéroportées⁽¹⁾.

PÉRIODE D'INCUBATION

La période d'incubation de la rougeole, depuis l'exposition jusqu'au prodrome, est de 10 à 12 jours en moyenne. Entre l'exposition et l'apparition d'une éruption cutanée, il peut s'écouler en moyenne de 7 à 21 jours⁽²⁾.

CONTAGIOSITÉ

- La rougeole peut être transmise au moment du prodrome, et entre environ 4 jours avant et jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption cutanée⁽³⁾.

- Les personnes immunodéficientes qui continuent d'excréter le virus dans les sécrétions des voies respiratoires peuvent être contagieuses durant toute la période de maladie⁽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

- Les personnes qui n'ont jamais eu la rougeole ou qui n'ont pas été immunisées correctement courent le risque d'être infectées.
- Les personnes nées en 1970 ou après sont considérées comme étant susceptibles d'attraper la maladie, sauf si l'immunité est démontrée par un test sérologique ou si leur dossier de santé atteste qu'elles ont reçu 2 doses de vaccin contenant le virus de la rougeole⁽⁴⁾. **N.B. :** Au Canada, les adultes nés avant 1970 sont généralement présumés avoir acquis une immunité naturelle à la rougeole, en raison de la forte prévalence de la rougeole avant cette date.
- Les personnes les plus à risque de contracter la rougeole sont celles qui voyagent hors de la région des Amériques, les travailleurs de la santé et les étudiants⁽¹⁾.
- Les groupes présentant un risque élevé de complications de la rougeole comprennent les personnes immunodéficientes, les femmes enceintes et les nourrissons⁽⁴⁾.

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Fièvre prodromique⁽¹⁾
- Fièvre (qui augmente souvent lorsque l'éruption cutanée apparaît)⁽⁴⁾
- Trio classique de symptômes : toux, coryza et conjonctivite⁽¹⁾
- Éruption cutanée, qui apparaît généralement 14 jours après l'exposition ou entre 2 à 4 jours après le prodrome et dure 5 à 6 jours
- Anorexie et diarrhée, particulièrement chez les nourrissons⁽²⁾
- Déterminer les antécédents vaccinaux, y compris le nombre de doses reçues, les dates d'administration et le type de vaccin⁽⁴⁾.

Facteurs sociaux

- Obtenir les antécédents d'exposition afin de déterminer la source d'infection possible⁽⁴⁾.
- Déterminer si la personne atteinte a voyagé durant la période d'incubation (environ 12 jours).
- Déterminer les contacts récents chez qui la rougeole est confirmée ou probable.

SIGNES PHYSIQUES

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Fièvre de 38,3 degrés Celsius ou plus⁽³⁾
- Éruption érythémateuse généralisée, maculopapulaire⁽¹⁾ :
 - Éruption commençant généralement à la naissance des cheveux puis descendant au visage et au cou pour s'étaler graduellement sur le tronc et les membres et atteindre les mains et les pieds
 - Lésions généralement bien délimitées, mais pouvant confluer
 - Lésions pâlisant à la pression au début, mais plus après 3 ou 4 jours
 - Une légère desquamation peut se produire aux zones les plus gravement touchées
 - L'éruption se résorbe dans le même sens qu'elle est apparue⁽²⁾

- Présence de taches de Koplik (c.-à-d. des taches bleuâtres ou blanches à fond érythémateux sur la muqueuse buccale) se manifestant entre 1 ou 2 jours avant l'éruption cutanée et 1 ou 2 jours après.
- Conjonctivite
- Adénopathie généralisée⁽²⁾

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.

- Infections respiratoires virales courantes chez l'enfant
- Rubéole
- Roséole infantile
- Virus Coxsackie
- Mononucléose infectieuse
- Scarlatine
- Maladie de Kawasaki
- Érythème infectieux (pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 18 – Maladies transmissibles – Maladies transmissibles courantes – Érythème infectieux (cinquième maladie)*)
- Effet indésirable d'un médicament⁽³⁾

COMPLICATIONS

- Otite moyenne
- Pneumonie
- Encéphalite et séquelles cérébrales permanentes
- Panencéphalite sclérosante subaiguë (extrêmement rare)⁽¹⁾
- Décès^(1; 2)
- Pendant la grossesse, risque accru d'accouchement prématuré, d'avortement spontané et d'insuffisance pondérale à la naissance⁽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

Pour maximiser la sensibilité des tests de diagnostic effectués lorsqu'un cas de rougeole en phase aiguë est soupçonné, prélever des échantillons de sérum, de sécrétions nasopharyngées et d'urine⁽⁴⁾. Les tests devraient être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. Les tests diagnostiques ci-dessous sont à considérer.

Échantillons recommandés

- Immunoglobulines G (IgG) et immunoglobulines M (IgM) sériques en phase aiguë et en phase de convalescence :
 - Prélever un échantillon pour analyser les IgG sériques au moment de la première consultation et au plus tard 7 jours après l'apparition de l'éruption cutanée. Prélever un échantillon de convalescence entre 10 et 30 jours après le prélèvement du premier échantillon.
 - N.B. :** Les paires de sérum sont analysées simultanément pour déterminer s'il y a eu séroconversion.
 - Prélever un échantillon pour analyser les IgM sériques au moment de la première consultation. **N.B. :** Les échantillons prélevés durant la période débutant 3 jours avant et 28 jours après l'apparition des symptômes peuvent donner des résultats faussement négatifs.
 - Prélever un échantillon par écouvillonnage du nasopharynx pour une culture du virus de la rougeole dès que possible, au plus tard 4 jours après l'apparition de l'éruption cutanée.

- Prélever un échantillon par écouvillonnage du nasopharynx pour le dépistage de l'acide ribonucléique (ARN) du virus de la rougeole par RT-PCR dans les 7 jours après l'apparition de l'éruption cutanée; les échantillons prélevés durant cette période donnent les meilleurs résultats.
- Prélever un échantillon d'urine pour une culture du virus de la rougeole dans les 7 jours après l'apparition de l'éruption cutanée, afin de bénéficier d'une sensibilité maximale⁽⁴⁾.

Pour l'interprétation des résultats des analyses de laboratoire effectuées, consulter le *Tableau 1 : Résultats des tests de dépistage de la rougeole* à l'*Annexe, Section A* de ce guide.

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
- Prévenir la transmission de la maladie
- Prévenir les complications

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

Pour de plus amples renseignements sur la prise en charge du cas et des contacts, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.

Enseignement au client

Il n'existe aucun traitement spécifique pour la rougeole; il est toutefois possible d'offrir des soins de confort pour éviter que surviennent de graves complications :

- Encourager l'activité, selon les capacités.
- Encourager une bonne alimentation.
- Encourager la prise de liquides afin de prévenir la déshydratation.

- Fournir de l'information sur la transmission de la maladie et les mesures appropriées de lutte contre l'infection (y compris se laver ou se désinfecter souvent les mains, éviter de partager des verres ou des ustensiles et utiliser un mouchoir ou l'avant-bras pour se couvrir la bouche au moment d'éternuer et de tousser) afin de réduire le risque de transmission⁽⁴⁾.
- Conseiller au client de revenir à la clinique pour un examen plus approfondi si les signes et symptômes de la maladie ne s'améliorent pas.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/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.
- Le client 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.

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.

Antipyrétiques/Analgésiques

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. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène⁽⁶⁾

- Acétaminophène 10 à 15 mg/kg/dose PO q4 à 6 h PRN

- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 75 mg/kg/jour ou 4 000 mg/jour, selon la plus faible de ces valeurs.

Ibuprofène⁽⁷⁾

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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes ≤ 2 400 mg peuvent être administrées.

SURVEILLANCE ET SUIVI

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

SURVEILLANCE

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

SUIVI

Demander au(x) parent(s)/soignant(s) de revenir à la clinique avec l'enfant s'il y a des signes de complications.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si cliniquement indiquée.
- Coordonner les demandes de consultation, le cas échéant.

Déclaration

- La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire. Informer dès que possible le médecin de la santé publique responsable de tous les cas de rougeole confirmés, probables et soupçonnés⁽¹⁾.
- Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire. Pour de plus amples renseignements, consulter les *Lignes directrices provinciales/territoriales* à l'Annexe, Section B de ce guide.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Prévention et contrôle⁽⁴⁾

Vaccination

- L'immunisation des personnes à risque constitue une stratégie importante de réduction du risque.
- Une couverture vaccinale élevée est nécessaire pour assurer l'élimination de la rougeole.
- Au Canada, un calendrier d'immunisation qui prévoit l'administration de 2 doses du vaccin est recommandé pour l'immunisation systématique des enfants.
- Les personnes à risque et immunocompétentes âgées de 12 mois ou plus qui ont été exposées à la rougeole peuvent être protégées de la maladie si elles reçoivent un vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (RRO) dans les 72 heures suivant l'exposition.
- Il peut être recommandé d'administrer le vaccin RRO aux enfants âgés de 6 à 12 mois qui ont été exposés à la rougeole,

à condition qu'il soit administré dans les 72 heures suivant l'exposition; 2 autres doses d'un vaccin contenant le virus de la rougeole doivent toutefois être administrées après le premier anniversaire de ces enfants (et au moins 28 jours après l'administration de la première dose) pour assurer une immunité à long terme contre la maladie.

- Il est recommandé que les femmes évitent de devenir enceintes au cours des 4 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la rougeole.

Pour de plus amples renseignements, consulter la plus récente version du *Guide canadien d'immunisation*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>.

Immunoglobulines (Ig)⁽⁴⁾

- L'efficacité de l'usage prophylactique des immunoglobulines a été démontrée pour la modification et la prévention de la maladie.
- Les personnes à risque qui se présentent plus de 3 jours (72 heures) après avoir été exposées à la maladie, c'est-à-dire lorsque le vaccin RRO ne procure plus de protection après l'exposition, mais moins de 6 jours après l'exposition (lorsque les immunoglobulines peuvent encore offrir une protection après l'exposition) peuvent recevoir des immunoglobulines.
- L'administration d'Ig à des personnes réceptives qui ont été exposées à la rougeole est une solution envisageable, particulièrement s'il s'agit de personnes immunodéficientes ou de femmes enceintes pour qui le vaccin contenant la rougeole est contre-indiqué ou d'enfants de moins de 6 mois. Les enfants de moins de 6 mois sont normalement considérés comme étant immunisés grâce à des anticorps transférés à partir de la mère. Si, toutefois, la mère contracte le virus de la rougeole, ou si on sait qu'elle n'est pas immunisée contre celui-ci, il faut administrer des immunoglobulines à l'enfant.

- Consulter le médecin de la santé publique responsable conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales pour déterminer s’il est nécessaire d’administrer des Ig au client et, dans l’affirmative, prendre les dispositions nécessaires pour que le client les reçoivent.

Gestion de la santé publique⁽⁴⁾

Prise en charge des cas

Tous les cas de rougeole confirmés, probables ou soupçonnés doivent faire l’objet d’une investigation le plus rapidement possible, conformément aux lignes directrices provinciales et territoriales. Les autorités de santé publique doivent être informées des cas de rougeole le plus rapidement possible, conformément à la législation provinciale/territoriale sur la déclaration des maladies transmissibles.

- Les cas de rougeole confirmés, probables et soupçonnés ne doivent pas aller à la garderie, à l’école ou au travail et éviter les contacts non familiaux, particulièrement les enfants non immunisés et les femmes enceintes, pendant les 4 jours qui suivent l’apparition de l’éruption cutanée⁽⁴⁾.

Prise en charge des contacts

Un contact s’entend d’une personne ayant :

- passé un certain laps de temps dans une pièce ou un espace clos avec un cas confirmé de rougeole, pendant la période infectieuse de celui-ci (c.-à-d. approximativement entre 4 jours avant et 4 jours après l’apparition de l’éruption cutanée);
- passé un certain laps de temps dans une pièce précédemment occupée par un cas de rougeole, pendant la période infectieuse de celui-ci, dans les 2 heures suivant le départ du cas de la pièce ou l’espace.
- Dans les 24 heures suivant le signalement d’un cas soupçonné de rougeole, tous les contacts devraient être identifiés et définis comme à risque ou non à risque. L’état d’immunisation des contacts communautaires des cas devrait être vérifié pour en déterminer la réceptivité au virus de la rougeole. Les autorités de la santé publique devraient déterminer l’étendue de la recherche de contacts à effectuer au moment d’une éclosion, selon le contexte de l’éclosion et les ressources disponibles.
- À la discrétion du médecin hygiéniste, l’accès aux garderies, aux écoles et aux établissements postsecondaires peut être refusé aux contacts à risque qui refusent ou qui ne peuvent recevoir le vaccin ou les immunoglobulines, et ce durant une période allant de 5 jours après la première exposition jusqu’au 21^e jour suivant la dernière exposition⁽⁴⁾.

Interprétation des analyses de laboratoire

TABEAU 1

Résultats des tests de dépistage de la rougeole⁽⁵⁾

RÉSULTAT DU TEST	INTERPRÉTATION
Anticorps IgM réactifs	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'infection aiguë par le virus de la rougeole - Résultat faussement positif dans environ 0,4 % des cas soupçonnés - On détecte aussi des IgM après l'immunisation contre la rougeole - Chez certaines personnes, des IgM peuvent être détectés des années après la vaccination ou l'infection naturelle
Anticorps IgM non réactifs ou équivoques	Pas d'infection aiguë par le virus de la rougeole (N.B. : 20 % des cas de rougeole ne présentent pas d'IgM réactives lorsque l'échantillon de sang est prélevé dans les 3 jours suivant l'apparition de l'éruption cutanée)
IgG protégeant contre la rougeole (en concentration généralement égale ou supérieure à 200 mUI/millilitre)	Les résultats des tests sont signalés comme « réactifs » (c.-à-d. que la personne est immunisée contre la rougeole)
Augmentation considérable (4 fois) du titre des IgG entre l'échantillon prélevé durant la phase aiguë et l'échantillon de convalescence	Infection aiguë par le virus de la rougeole
Culture positive ou RT-PCR (échantillon prélevé par écouvillonnage du nasopharynx, échantillon d'urine)	Confirmation de l'infection aiguë par le virus de la rougeole

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Ministère de la Santé de l'Alberta
Notifiable Disease Guidelines: Measles.

À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/measles> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
Communicable Disease Control Management of Specific Diseases: Measles. À l'adresse <http://www.bccdc.ca/dis-cond/comm-manual/CDManualChap1.htm> (en anglais seulement)

Manitoba

Santé publique et Soins primaires
Communicable Disease Management Protocols: Measles. À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/index.html> (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

Santé et Mieux-être

Communicable Disease Manual: Measles.

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

Terre-Neuve-et-Labrador

Santé et Services communautaires

CDC Information for Health Professionals:

Disease Control Manual: Section 4, Diseases

Preventable by Routine Vaccination. À l'adresse

http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/diseasecontrol/s4_diseases_preventable_by_routine_vaccination.pdf (en anglais seulement)

Yukon

Yukon Communicable Disease Control

Communicable Disease Control: Measles.

À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/disease_guidelines.php (en anglais seulement)

AUTRES RESSOURCES

Association des pharmaciens du Canada.

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

Agence de la santé publique du Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC) : Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosons de rougeole au Canada.*

[Internet] Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2013-39/lignes-directrices-prevention-contrôle-éclotions-rougeole-canada.html>

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.

BIBLIOGRAPHIE

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

RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada. « Pour les professionnels de la santé : rougeole ». [Internet] Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/rougeole/pour-professionnels-sante-rougeole.html>
2. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Measles Virus ». Dans *The Pink Book, Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Disease*, sous la direction de Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S. [Internet] Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/meas.html>
3. Gans H et Maldonado Y. « Clinical manifestation and diagnosis of measles ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U.) : UptoDate; 2016. Consulté le 24 novembre 2016, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
4. Agence de la santé publique du Canada. « Relevé des maladies transmissibles au Canada : Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des éclosons de rougeole au Canada ». [Internet] Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/rougeole/prevention-rougeole.html>

5. British Columbia Centre for Disease Control.
« Communicable Disease Control Chapter I –
Management of Specific Diseases Measles ». [Internet] Vancouver, BC: British Columbia
Centre for Disease Control; 2014. Consulté à
l'adresse [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/
Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guide-
lines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/
Chapter%201%20-%20CDC/MeaslesSeptem-
ber2014.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/MeaslesSeptember2014.pdf)
6. « Acetaminophen (Pediatric) ». [Internet]
Hudson (OH): Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté
le 22 mai 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com>
(code d'utilisateur et mot de passe requis).
7. « Ibuprofen: Pediatric drug information ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U): UptoDate; 2017.
Consulté le 27 mars 2017 à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de
passe requis).

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 (DGSPNI). Avril 2016.

OREILLONS (PAROTIDITE INFECTIEUSE)

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant des oreillons, là où elles sont disponibles.

Les oreillons sont une infection virale aiguë très contagieuse, caractérisée par une tuméfaction douloureuse d'une ou de plusieurs glandes salivaires (le plus souvent les glandes parotides)⁽²⁾. L'affection peut être difficile à diagnostiquer en raison du caractère non spécifique et/ou principalement respiratoire des symptômes que manifestent environ 50 % des personnes infectées⁽¹⁾. Les symptômes systémiques disparaissent généralement dans les 3 à 5 jours, et la tuméfaction des parotides se résorbe dans les 7 à 10 jours⁽²⁾. Il s'agit d'une maladie qui peut être prévenue par un vaccin.

Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne en cas d'oreillons soupçonnés, car il pourrait être nécessaire d'évacuer le client d'urgence.

CAUSE

Virus des oreillons⁽²⁾

TRANSMISSION

- Contact direct avec la salive d'une personne infectée⁽²⁾
- Gouttelettes de salive⁽²⁾
- Contact avec des vecteurs passifs⁽²⁾

PÉRIODE D'INCUBATION

12 à 25 jours⁽²⁾

CONTAGIOSITÉ

- La période infectieuse va de 7 jours avant à 5 jours après l'apparition des symptômes⁽¹⁾.
- Dans environ 20 à 30 % des cas d'oreillons, l'infection est subclinique mais demeure contagieuse⁽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 approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

- En règle générale, toutes les personnes qui n'ont pas déjà eu les oreillons ou qui n'ont pas reçu tous les vaccins prévus selon le calendrier d'immunisation recommandé risquent d'être infectées, quel que soit leur âge.
- Les personnes nées avant 1970 sont présumées avoir acquis une immunité naturelle aux oreillons.
- Les adolescents et les adultes nés en 1970 ou après et qui sont le plus à risque d'attraper les oreillons comprennent⁽²⁾ :
 - les étudiants fréquentant un établissement d'enseignement secondaire ou post-secondaire;
 - les personnes qui voyagent à l'extérieur de l'Amérique du Nord;
 - les personnes exposées à une éclosion d'oreillons;
 - les travailleurs de la santé;
 - le personnel militaire.

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Douleur et tuméfaction (unilatérales ou bilatérales) des glandes parotides ou d'autres glandes salivaires⁽³⁾
- Otalgie ou douleur à l'angle des mâchoires⁽³⁾
- Antécédents d'immunisation, y compris les dates et le nombre des doses d'un vaccin contenant les oreillons reçues⁽³⁾
- Des symptômes prodromaux non spécifiques peuvent précéder la parotidite de plusieurs jours, notamment⁽³⁾ :
 - Faible fièvre (qui peut durer de 3 à 4 jours)
 - Malaise
 - Anorexie
 - Maux de tête
 - Myalgie

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Tuméfaction (unilatérale ou bilatérale) des glandes parotides, qui peuvent être très sensibles au toucher⁽³⁾
 - Les autres glandes salivaires peuvent aussi être enflées⁽³⁾
- Enflure et sensibilité des testicules (orchite)⁽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.

- Virus parainfluenza de types 1 et 3⁽⁴⁾
- Virus d'Epstein-Barr⁽⁴⁾
- Virus grippal A⁽⁴⁾
- Virus Cocksackie A⁽⁴⁾
- Échovirus⁽⁴⁾
- Virus de l'immunodéficience humaine⁽⁴⁾
- Causes non infectieuses, y compris⁽⁴⁾ :

- Prise de médicaments (diurétiques thiazidiques)
- Tumeurs
- Réactions d'hypersensibilité immédiate (p. ex. syndrome de Sjögren causant une parotidite, kératoconjonctivite, absence de larmes)
- Obstruction des canaux salivaires

COMPLICATIONS

- Orchite⁽²⁾
- Oophorite⁽²⁾
- Méningite virale⁽²⁾
- Pancréatite⁽⁵⁾
- Surdité^(3; 5)
- Encéphalite (rare)⁽³⁾
- Arthrite⁽²⁾
- Thyroïdite⁽²⁾

N.B. : Chez un adulte non immunisé, l'infection est plus susceptible d'entraîner des complications⁽²⁾. Une infection au virus des oreillons durant le premier trimestre de la grossesse a été associée à des avortements spontanés⁽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.

Laboratoire

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

L'investigation diagnostique des cas cliniques et soupçonnés peut comprendre des tests sérologiques et des cultures virales (analyse par PCR et/ou isolation par culture cellulaire).

- Frottis buccal pour la détection du virus (idéalement par PCR) dans les 3 à 5 premiers jours de l'installation de la parotidite ou des symptômes⁽⁶⁾.
- L'échantillon de choix est l'écouvillon buccal ou de la salive de la cavité buccale⁽⁶⁾.

Si le client se présente dans les 5 jours suivant l'apparition des symptômes

- Tests sérologiques de dépistage des anticorps IgG et IgM en phase aiguë et en phase de convalescence. L'échantillon sérique en phase aiguë doit être prélevé le plus rapidement possible si on soupçonne des oreillons, et dans les 5 jours suivant l'apparition des symptômes⁽⁶⁾.
- L'échantillon sérique en phase de convalescence doit de préférence être recueilli au moins 10 jours et jusqu'à 3 semaines après le premier échantillon⁽⁶⁾.

Si le client se présente plus de 5 jours après l'apparition des symptômes

- Échantillon d'urine pour PCR ou culture du virus des oreillons (le virus peut être isolé à partir de l'urine pendant une période pouvant aller jusqu'à 2 semaines chez les personnes qui n'ont pas été immunisées auparavant)⁽³⁾.

Pour l'interprétation des résultats des analyses de laboratoire effectuées, consulter le *Tableau 1 : Résultats des tests de dépistage des oreillons* à l'Annexe, Section A de ce guide.

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.
- Prévenir la transmission de la maladie.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

- Il n'existe pas de traitement spécifique des oreillons. Tous les cas confirmés et cliniques d'oreillons devraient recevoir des soins de confort⁽⁴⁾, y compris ce qui suit :
 - De l'activité, en tenant compte de l'état de santé.
 - Des liquides en quantité suffisante pour prévenir la déshydratation.
 - L'application de compresses tièdes ou froides dans la région des parotides peut soulager⁽⁷⁾.
 - L'application locale de compresses froides et un soutien léger du scrotum peuvent soulager la douleur testiculaire⁽⁷⁾.
- Conseiller au client et/ou au(x) parent(s)/soignant(s) de limiter les visites, particulièrement d'enfants non vaccinés et de femmes enceintes, pendant 5 jours après le début de la tuméfaction des parotides.
- Conseiller au client de rester à la maison et de ne pas se rendre à l'école, à la garderie, au travail ou dans d'autres endroits publics pendant 5 jours après l'apparition des symptômes⁽⁸⁾.
- Encourager le client à se laver souvent les mains, à éviter de partager des verres ou des ustensiles et à utiliser un mouchoir ou l'avant-bras pour se couvrir la bouche au moment d'éternuer ou de tousser⁽⁸⁾.
- Expliquer au client et 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.
- Le client 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.

- Conseiller au client de revenir à la clinique si les signes et symptômes de la maladie ne s'améliorent pas.

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

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. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène⁽⁹⁾

- Acétaminophène 10 à 15 mg/kg/dose PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 75 mg/kg/jour ou 4 000 mg/jour, selon la plus faible de ces valeurs.

Ibuprofène⁽¹⁰⁾

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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes ≤ 400 mg peuvent être administrées.

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

- Conseiller au(x) parent(s)/soignant(s) de revenir à la clinique avec l'enfant s'il y a des signes de complications exigeant une intervention immédiate (p. ex. pancréatite, méningite, encéphalite).
- Considérer un suivi environ 1 semaine après l'apparition de la parotidite afin de déterminer si les symptômes ont disparu (ou sont en train de disparaître) et de combler toute lacune en matière de vaccination⁽¹¹⁾.
 - En générale, l'enfant est entièrement rétabli après 1 à 2 semaines.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiqué.
- Coordonner les demandes de consultation, le cas échéant.

Déclaration

Les oreillons sont une maladie à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire⁽⁸⁾.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

TABLEAU 1

Résultats des tests de dépistage des oreillons⁽⁶⁾

RÉSULTAT DU TEST	INTERPRÉTATION
PCR positif (sur prélèvement buccal ou urine), quels que soient les résultats des tests sérologiques	Oreillons
Anticorps IgM réactifs	<ul style="list-style-type: none"> - Infection aiguë au virus des oreillons possible <p>N.B. : Si aucun autre test de confirmation n'est fait (c.-à-d. séroconversion des IgG ou identification du virus), il pourrait s'agir d'un résultat faussement positif au test de dépistage des IgM. De tels cas doivent être considérés comme cliniques/probables, à moins qu'ils n'aient un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec une éclosion.</p>
Anticorps IgM non réactifs ou équivoques	<p>Chez une personne non vaccinée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il ne s'agit pas d'une infection aiguë au virus des oreillons (sauf si le sang analysé a été prélevé trop tôt) <p>Chez une personne vaccinée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infection aiguë au virus des oreillons possible (une identification du virus est requise aux fins de confirmation chez les personnes vaccinées obtenant ce résultat aux tests sérologiques)
Anticorps IgG réactifs	<ul style="list-style-type: none"> - Immunité aux oreillons
Anticorps IgG non réactifs ou équivoques	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'immunité aux oreillons

Prise en charge des contacts

- Les mesures de santé publique en cas d'augmentation des cas d'oreillons comprennent ce qui suit⁽⁸⁾ :
 - Prise en charge des cas
 - Recherche et prise en charge des contacts
 - Identification des réseaux sociaux
 - Maintien ou augmentation de la surveillance d'autres cas et des issues de la maladie (p. ex. hospitalisations, complications)
- En règle générale, les mesures de lutte contre une éclosion d'oreillons comprennent ce qui suit⁽⁸⁾ :
 - Définition des populations à risque et des contextes de transmission
 - Prévention la transmission de la maladie en isolant les cas et en informant/sensibilisant les contacts
 - Protection des populations susceptibles par la vaccination, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication à l'administration d'un vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)
- Un contact s'entend d'une personne répondant à au moins un des critères suivants durant la période infectieuse (c.-à-d. entre environ 7 jours avant et 5 jours après l'apparition des symptômes)⁽¹⁾ :
 - Membres de la maisonnée et contacts étroits d'un cas

- Personnes qui ont dormi avec un cas, y compris dans la même chambre
- Personnes ayant eu un contact direct avec les sécrétions salivaires ou nasales d'un cas, partageant une cigarette, un verre, des aliments ou des cosmétiques comme un rouge à lèvres, ou en l'embrassant sur la bouche
- Enfants fréquentant la même garderie ou école qu'un cas et personnel y travaillant (selon l'épidémiologie de l'éclosion)
- Travailleurs de la santé ayant eu une interaction face-à-face à moins d'un mètre avec un cas d'oreillons infectieux.
- Les contacts susceptibles comprennent les personnes suivantes :
 - Personnes nées au Canada en 1970 ou après qui n'ont pas reçu 2 doses d'un vaccin contenant le virus des oreillons (à au moins 4 semaines d'intervalle) à leur premier anniversaire ou par la suite
 - Personnes qui n'ont jamais reçu un diagnostic d'oreillons confirmé par des tests de laboratoire
 - Personnes pour lesquelles l'immunité contre le virus des oreillons n'est pas documentée.
- Importance d'obtenir des soins médicaux si des symptômes se manifestent
- Importance d'informer l'unité locale de santé publique conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales⁽⁸⁾.
- Il n'est pas nécessaire d'isoler les contacts susceptibles au virus des oreillons. Selon l'épidémiologie de l'éclosion, les groupes susceptibles devraient être ciblés pour une vaccination, particulièrement ceux qui présentent un risque élevé d'exposition⁽⁸⁾.
- Les renseignements transmis aux contacts doivent comprendre ce qui suit :
 - Information sur les oreillons
 - Symptômes et prévention de la maladie
 - Importance de consulter un fournisseur de soins de santé si des symptômes se manifestent.

Une évaluation de l'état d'immunisation et, s'il y a lieu, l'immunisation au moyen d'un vaccin contenant le virus des oreillons approprié pour l'âge et les facteurs de risque devraient être effectuées pour tous les contacts susceptibles. Bien que l'administration d'un vaccin contre les oreillons après l'exposition ne prévienne pas nécessairement la maladie, si l'exposition n'entraîne pas une infection, le vaccin confère une protection en cas d'exposition ultérieure⁽¹⁾.

N.B. : Un traitement prophylactique post-exposition par l'administration d'immunoglobulines (Ig) contre les oreillons est inefficace⁽⁸⁾.

- Informer les contacts de ce qui suit :
 - Signes et symptômes d'une infection au virus des oreillons (qui peuvent se manifester dans les 25 jours suivants l'exposition)

Prévention

Au Canada, l'administration d'un vaccin contenant le virus des oreillons fait partie du calendrier d'immunisation des enfants en 2 doses. La première dose du vaccin contenant le virus des oreillons est administré à l'âge de 12 à 15 mois, et la deuxième, à l'âge de 18 mois ou plus, mais avant que l'enfant commence l'école⁽¹²⁾. Le Comité consultatif national de l'immunisation publie des recommandations détaillées quant à l'utilisation des vaccins au Canada, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-14-vaccin-oreillons.html>

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Ministère de la Santé de l'Alberta
Notifiable Disease Guidelines: Mumps. À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/mumps> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
Communicable Disease Control Management of Specific Diseases: Mumps. À l'adresse <http://www.bccdc.ca/dis-cond/comm-manual/CDManualChap1.htm> (en anglais seulement)

Manitoba

Santé publique et Soins primaires
Communicable Disease Management Protocols: Mumps. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_mumps.pdf (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
CDC Information for Health Professionals: Disease Control Manual: Section 4, Diseases Preventable by Routine Vaccination. À l'adresse http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/diseasecontrol/s4_diseases_preventable_by_routine_vaccination.pdf (cliquer sur *Mumps* dans la table des matières; 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>; sélectionner *HSS Professionals (staff only)* et entrer code d'utilisateur et mot de passe (en anglais seulement)

Nouvelle-Écosse

Santé et Mieux-être
Communicable Disease Manual: Mumps. À l'adresse <https://novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/Mumps.pdf> (en anglais seulement)

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Infectious Diseases Protocol. Appendix A: Disease-Specific Chapters: Mumps. À l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/mumps_chapter.pdf (en anglais seulement)

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Fiche d'information sur les oreillons. À l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/immunization/docs/hcp_fact_sheets_mumps.pdf

Yukon

Centre de lutte contre les maladies transmissibles
Communicable Disease Control: Mumps. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_mumps.pdf (en anglais seulement)

Autres ressources

Agence de la santé publique du Canada. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur le vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; septembre 2010. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2010-36/releve-maladies-transmissibles-canada-14.html>

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des écloisons d'oreillons au Canada. Supplément*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; janvier 2010. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/10vol36/36s1/index-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada. Comité consultatif national de l'immunisation. *Relevé des maladies transmissibles au Canada. Déclaration sur le vaccin contre les oreillons*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 1^{er} août 2007. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2007-33/declaration-vaccin-contre-oreillons.html>

BIBLIOGRAPHIE

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

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. « Mumps », dans *Infectious Diseases Protocol. Appendix A: Disease-Specific Chapters*. [Internet] Ottawa (ON) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; janvier 2014. Consulté le 28 avril 2015, à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/mumps_chapter.pdf
2. Agence de la santé publique du Canada. *Maladies évitables par la vaccination : Oreillons*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/maladies-pouvant-etre-prevenues-vaccination/oreillons/surveillance.html>
3. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Mumps », dans *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Disease: The Pink Book*, sous la direction de J. Hamborsky, A. Kroger et S. Wolfe. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.); 2012. p. 1 à 18.
4. Albrecht, M. « Mumps ». Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2017. Consulté le 21 décembre 2016, à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
5. Great Britain Department of Health. « Mumps », dans *Immunisation against infectious disease: The Green Book*. London (G.-B.) : TSO; 2-13. p. 255 à 276.
6. BC Centre for Disease Control. *Communicable Disease Control Management of Specific Diseases: Mumps*. [Internet] Vancouver (C.-B.) : BC Centre for Disease Control; juin 2014. Consulté le 28 avril 2015, à l'adresse <http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/8D7495ED-B903-4B6D-B168-9364660D2001/0/MumpsSeptember2014.pdf>
7. Rubin S et Carbone KM. « Mumps », 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. 1608 à 1611.
8. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des écloptions d'oreillons au Canada*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2010. Consulté le 29 avril 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/10pdf/36s1-fra.pdf>
9. « Acetaminophen ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 23 avril 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
10. Ibuprofen: Pediatric drug information. [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Mumps*. [Internet] London, (G.-B.) : National Institute for Health and Care Excellence; 2013. Consulté à l'adresse www.nice.org.uk/guidance
12. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active : Vaccin contre les oreillons*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. Consulté le 21 décembre 2016, à l'adresse <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=14>

COQUELUCHE (TOUX QUINTEUSE)

APERÇU

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

La coqueluche (toux quinteuse) est une infection bactérienne aiguë et très contagieuse des voies respiratoires supérieures⁽¹⁾. Bien que l'incidence de la maladie au Canada ait diminué de plus de 90 % depuis l'instauration d'un vaccin contre la coqueluche en 1943, elle continue d'être la plus courante de toutes les maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination systématique des enfants⁽¹⁾.

Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne en cas de coqueluche soupçonnée chez un nourrisson, car une évacuation médicale d'urgence pourrait être nécessaire.

CAUSE

Bactérie *Bordetella pertussis* (*B. pertussis*)⁽¹⁾

TRANSMISSION

- Gouttelettes salivaires en aérosol⁽¹⁾
- Contact direct avec les sécrétions salivaires d'une personne infectée⁽²⁾

PÉRIODE D'INCUBATION

9 à 10 jours (peut aller de 6 à 20 jours), rarement jusqu'à 42 jours⁽³⁾

CONTAGIOSITÉ

- La coqueluche est très contagieuse au début de la phase catarrhale et durant les 2 premières semaines suivant l'apparition de la toux⁽³⁾.
- La contagiosité est négligeable 3 semaines après l'apparition de la toux⁽³⁾.

- Les personnes infectées ne sont généralement plus contagieuses après 5 jours d'une antibiothérapie efficace⁽³⁾.

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

- Jeune âge et/ou immunité incomplète ou affaiblie :
 - Les taux élevés de morbidité grave liée à la coqueluche et de mortalité se produisent presque uniquement chez les nouveau-nés, qui sont trop jeunes pour être protégés par une série complète de vaccins⁽³⁾.
 - Les adolescents et les adultes qui n'ont pas reçu de vaccin de rappel courent le risque d'être infectés et de transmettre la bactérie, car l'immunité à la coqueluche que confère le vaccin donné aux enfants et l'infection naturelle diminue au fil du temps⁽³⁾. L'immunité disparaît entre 5 et 10 ans après la dernière dose du vaccin contre la coqueluche^(2,3).
- Les femmes enceintes qui attrapent la coqueluche vers la fin de leur grossesse et les autres contacts familiaux atteints constituent une source importante de contamination à la bactérie de la coqueluche pour les nouveau-nés⁽²⁾.
- Pour de plus amples renseignements sur la série de vaccins, consulter l'*Annexe, Section A* du présent guide.

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Obtenir les antécédents d'immunisation.
- Un enfant présentant une toux paroxystique, des vomissements post-tussifs et une reprise a probablement une infection causée par *B. pertussis*⁽⁴⁾.
- Il convient de soupçonner une coqueluche si le client présente les symptômes suivants :
 - Toux qui ne s'améliore pas dans les 14 jours;
 - Toux paroxystique, quelle qu'en soit la durée;
 - Toux suivie de vomissements; ou
 - Tout symptôme respiratoire après un contact avec un cas de coqueluche confirmé par des tests de laboratoire⁽⁴⁾.

Phases de la maladie

La maladie se déroule généralement en 3 phases.

Phase catarrhale (première phase)

- Caractérisée par l'apparition insidieuse d'un écoulement nasal, d'éternuements, d'une faible fièvre, d'un malaise, d'une rougeur de la conjonctive, de larmoiement et d'une légère toux occasionnelle⁽¹⁾.
- La phase catarrhale dure 1 à 2 semaines⁽¹⁾.

Phase paroxystique (deuxième phase)

- La plupart des complications surviennent durant cette phase; il est rare que l'on constate de la fièvre et, si elle se manifeste, elle évoque une superinfection bactérienne⁽⁴⁾.
- Caractérisée par des quintes de toux paroxystique dont la fréquence et la gravité vont en augmentant, suivies d'une inspiration sifflante. La fréquence des épisodes paroxystiques varie considérablement d'un cas à l'autre, allant de plusieurs à l'heure à 5 à 10 par jour. Les épisodes sont souvent pires la nuit et nuisent au sommeil⁽⁴⁾.
- Entre les attaques, le client apparaît normal, mais est de plus en plus fatigué⁽⁴⁾.
- La phase paroxystique peut durer de 2 à 8 semaines⁽³⁾.

N.B. : Le tableau clinique typique de la phase paroxystique est le plus souvent observé chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire⁽⁴⁾.

Phase de convalescence (troisième phase)

Les symptômes disparaissent graduellement en quelques semaines ou mois⁽¹⁾.

Antécédents sociaux

- Établissement de la liste des contacts afin de déterminer la source possible et d'identifier les contacts susceptibles, y compris ceux qui courent le risque d'être gravement atteints.
- Fréquentation de l'école ou de la garderie.

EXAMEN PHYSIQUE

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Faible fièvre durant la phase catarrhale⁽⁴⁾
- Rhinorrhée/coryza⁽⁴⁾
- Toux paroxystique, souvent en une seule expiration, et reprise audible à la fin de la crise⁽⁴⁾
- Apnée et cyanose chez les nourrissons⁽⁵⁾
- Signes éventuels de déshydratation⁽¹⁾

N.B. : Chez les jeunes nourrissons (qui présentent un risque élevé d'atteinte grave et de complications), les symptômes cliniques sont souvent atypiques. La reprise et les vomissements post-tussifs peuvent être absents, et le tableau clinique peut être caractérisé uniquement par des épisodes de cyanose et d'apnée⁽⁴⁾.

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.

- *Mycoplasma pneumoniae*⁽⁵⁾
- *Chlamydomphila pneumoniae*⁽⁵⁾
- Tuberculose⁽⁵⁾

- Virus, notamment⁽⁵⁾ :
 - Virus respiratoire syncytial
 - Adénovirus
 - Virus parainfluenza
 - Virus de la grippe A et B
 - Rhinovirus
 - Méta-pneumovirus humain
- Cause non infectieuse, notamment⁽⁵⁾ :
 - Aspiration d'un corps étranger
 - Affection respiratoire réactionnelle/asthme
 - Sinusite allergique ou infectieuse
 - Reflux gastro-œsophagien
 - Pneumonie d'aspiration

COMPLICATIONS

- Pneumonie bactérienne (complication la plus courante et cause de décès chez les nourrissons)⁽³⁾
- Complications neurologique, comme des convulsions (fébriles et afebriles) et une encéphalopathie⁽³⁾
- Otite moyenne⁽¹⁾
- Anorexie⁽¹⁾
- Perte de poids et déshydratation⁽⁴⁾
- Apnée⁽¹⁾
- Décès⁽¹⁾

Complications découlant d'une toux intense et persistante chez les adolescents et les adultes⁽³⁾ :

- Troubles du sommeil
- Fractures des côtes
- Hémorragie sous-conjonctivale
- Prolapsus rectal
- Incontinence urinaire

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 et en fonction du tableau clinique que présente le client.

- Prélèvement nasopharyngé pour culture et/ou PCR de dépistage de *B. pertussis*, à l'aide d'une tige Calgiswab (avec alginate de calcium) ou Dacron. Ne pas utiliser une tige en coton pour prélever un échantillon nasopharyngé destiné à une culture de dépistage de *B. pertussis*, car le coton inhibe la croissance de la bactérie⁽⁶⁾.
- Il est essentiel de prélever correctement l'échantillon nasopharyngé pour obtenir des résultats optimaux⁽⁷⁾. Pour voir une illustration de la méthode de collecte appropriée, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.
- On peut aussi voir des vidéos expliquant comment prélever des échantillons nasopharyngés à l'adresse <https://www.cdc.gov/pertussis/clinical/diagnostic-testing/specimen-collection.html> (en anglais seulement).
- FSC⁽⁶⁾

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.
- Prévenir la transmission de la maladie.
- Prévenir les complications.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

Fournir l'enseignement et les directives nécessaires au client et/ou au(x) parent(s)/soignant(s) :

- Encourager l'activité, en tenant compte de l'état de santé.

- Encourager la prise de liquides en quantité suffisante pour maintenir l'hydratation.
- Éviter tous les irritants susceptibles de déclencher une toux dans la maison, comme la fumée, la poussière et les émanations de produits chimiques⁽⁸⁾.
- Restreindre les nouveaux visiteurs à la maison jusqu'à 5 jours après le début de l'antibiothérapie.
- Isoler le client ayant une coqueluche confirmée ou soupçonnée des jeunes enfants et des nourrissons jusqu'à au moins 5 jours après le début de l'antibiothérapie⁽³⁾.
- Isoler le client ayant une coqueluche soupçonnée qui ne reçoit pas d'antibiotiques dans les 21 jours suivant l'installation de la toux⁽⁹⁾.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s) et/ou 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.

Pour de plus amples renseignements sur les soins à prodiguer aux enfants coquelucheux, consulter *La coqueluche* dans le site Web *Soins de nos enfants*, à l'adresse http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pertussis_whooping_cough

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. : Aucun traitement pharmacologique n'est indiqué pour prendre en charge une toux coquelucheuse (p. ex. bronchodilatateurs, antitussifs, corticostéroïdes); ces médicaments ne sont pas efficaces dans le cas de la coqueluche, et les effets secondaires comportent plus de risques que les avantages que pourrait procurer le médicament⁽¹⁰⁾.

Thérapie intraveineuse (IV)

Il pourrait être nécessaire d'administrer une solution IV (p. ex. du chlorure de sodium à 0,9 %) à un patient qui ne tolère pas l'alimentation orale ou qui présente des signes de déshydratation (p. ex. à cause des vomissements)^(10;11). Pour de plus amples renseignements sur les besoins d'hydratation des enfants, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 4 – Maintenance de l'équilibre hydroélectrolytique – Besoins liquidiens de l'enfant*.

Antipyrétiques/Analgésiques

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. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène⁽¹²⁾

- Acétaminophène 10 à 15 mg/kg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 75 mg/kg/jour ou 4 000 mg/jour, selon la plus faible de ces valeurs.

Ibuprofène⁽¹⁵⁾

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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes ≤2 400 mg peuvent être administrées.

Thérapie antimicrobienne

- Un traitement antimicrobien administré à la phase catarrhale de la maladie peut réduire la durée et la gravité des symptômes⁽²⁾.
- Les macrolides constituent le traitement privilégié pour la coqueluche (c.-à-d. azithromycine, érythromycine, clarithromycine)⁽¹⁶⁾.
- Un régime plus court (c.-à-d. 3 jours) à l'azithromycine aux fins de traitement ou de prophylaxie après exposition à *B. pertussis* n'a pas été validé et n'est pas recommandé⁽¹⁷⁾.
- L'azithromycine est le médicament de premier choix puisqu'il est simple à administrer et qu'il est donné sur une courte durée⁽⁷⁾. C'est le médicament de prédilection pour les nourrissons de moins de 1 mois⁽¹³⁾.

Traitement privilégié⁽⁹⁾

Azithromycine

Nourrissons de moins de 6 mois

- Azithromycine PO quotidiennement pendant 5 jours (calculer 10 mg/kg en 24 heures)

Nourrissons et enfants de 6 mois ou plus

Jour 1

- Azithromycine PO une fois par jour (calculer 10 mg/kg en 24 heures; maximum de 500 mg en 24 heures – en une seule dose le jour 1)

Jours 2 à 5

- Azithromycine PO une fois par jour, du 2^e au 5^e jour (calculer 5 mg/kg/jour; maximum de 250 mg en 24 heures)

Autre traitement si l'azithromycine est contre-indiquée

Les macrolides peuvent être remplacés par du triméthoprim-sulfaméthoxazole (co-trimoxazole) (TMP-SMX) pour les clients âgés de 2 mois ou plus allergiques ou intolérants aux macrolides, ou encore infectés par une souche rare de *Bordetella pertussis* résistante aux macrolides.

Triméthoprim-sulfaméthoxazole

Nourrissons de moins d'un mois

- Contre-indiqué à cause du risque d'ictère nucléaire.

Nourrissons de 1 à 5 mois

- Triméthoprim-sulfaméthoxazole PO, TMP 8 mg/kg et SMX 40 mg /kg en deux doses fractionnées, pendant 14 jours

Nourrissons et enfants de plus de 6 mois

- Triméthoprim-sulfaméthoxazole PO, TMP 8 mg/kg et SMX 40 mg /kg en deux doses fractionnées, pendant 14 jours (maximum de 320 mg de TMP et de 1 600 mg de SMX par jour)

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.

SUIVI

- Effectuer un suivi tous les quelques jours ou toutes les 2 semaines, selon les besoins, afin de réévaluer l'état du client et de surveiller les signes de complications.
- Conseiller au(x) parent(s)/soignant(s) et/ou au client de revenir immédiatement à la clinique pour un suivi en cas de signes de complications.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prendre les dispositions nécessaires pour une évacuation médicale, si c'est cliniquement indiqué (p. ex. nourrissons et enfants plus âgés présentant des manifestations graves ou des complications).

Déclaration

La coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Prise en charge des contacts

Le statut d'immunisation des contacts, particulièrement les enfants, doit être vérifié. Si l'immunisation est incomplète et qu'il n'y a pas de contre-indication, les doses de vaccin recommandées devraient être administrées.

Vaccination contre la coqueluche durant la grossesse

- À l'heure actuelle, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) ne recommande pas la mise en œuvre d'un programme universel de vaccination des femmes enceintes.
- Dans certaines circonstances, par exemple une éclosion régionale, une vaccination au moyen du vaccin anticoquelucheux

acellulaire (dcaT) pourrait être offerte aux femmes enceintes (≥ 26 semaines de gestation), sans égard à une immunisation précédente.

- Pour de plus amples renseignements sur la vaccination contre la coqueluche durant la grossesse, consulter le document de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé *Mise à jour sur la vaccination contre la coqueluche pendant la grossesse*, à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/acs-dcc/2014/pvip-vcpg_0214-fra.php

Prévention⁽³⁾

- La coqueluche peut être prévenue par un vaccin. Il convient de sensibiliser le public à propos des dangers de la coqueluche et des avantages d'initier l'immunisation à l'âge de 2 mois, ainsi que de l'importance de respecter le calendrier de vaccination⁽¹⁴⁾.
- Aux personnes qui ne l'ont pas déjà reçu à l'âge adulte (18 ans ou plus), il faut administrer une dose du dcaT.
- Les adultes de tout âge qui n'ont pas déjà reçu une dose du dcaT à l'âge adulte et qui sont en contact ou qui prévoient être en contact avec des nourrissons (p. ex. parents, grands-parents, personnes prodiguant des soins aux enfants), devraient recevoir un vaccin contre la coqueluche.
- Pour des renseignements plus complets sur les recommandations en matière d'immunisation, consulter la dernière version du *Guide canadien d'immunisation*, à l'adresse <http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/guide-canadien-immunisation.html>

Épidémiologie de la coqueluche au Canada

Pour de plus amples renseignements sur l'épidémiologie de la coqueluche au Canada, consulter le *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/index-fra.php>

Méthode de collecte d'échantillons naso-pharyngés

Pour de plus amples renseignements sur le prélèvement d'échantillons nasopharyngés, consulter le document du Laboratoire provincial Cadham intitulé *Collection of Nasal Specimens*, à l'adresse http://www.gov.mb.ca/health/public-health/cpl/docs/nasopharyngeal_collection.pdf (en anglais seulement).

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Ministère de la Santé de l'Alberta
Notifiable Disease Guidelines: Pertussis. À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/pertussis> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
Communicable Disease Control Management of Specific Diseases: Pertussis. À l'adresse http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/EPI_Guideline_CDChapt1Pertussis_20100625.pdf (en anglais seulement)

Manitoba

Santé publique et Soins primaires
Communicable Disease Management Protocols: Pertussis. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_pertussis.pdf (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

Santé et Services communautaires
CDC Information for Health Professionals: Disease Control Manual: Section 4, Diseases Preventable by Routine Vaccination. À l'adresse http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/diseasecontrol/s4_diseases_preventable_by_routine_vaccination.pdf (cliquer sur *Pertussis (Whooping Cough)* dans la table des matières).

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)

Nouvelle-Écosse

Santé et Mieux-être
Communicable Disease Manual: Pertussis. À l'adresse <https://novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/pertussis.pdf> (en anglais seulement)

Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Maladies et états : *Pertussis: Diagnostic Test Recommendations*. À l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/publications/disease/default.aspx/> (en anglais seulement)

Yukon

Lutte contre les maladies transmissibles
Communicable Disease Control: Pertussis. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_pertussis.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. Alberta Health and Wellness. *Public Health Notifiable Disease Management Guidelines – Pertussis*. [Internet] Edmonton (AB) : Alberta Health and Wellness; août 2011, p. 1 à 9. Consulté à l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/pertussis>
2. BC Centre for Disease Control. *Pertussis*. [Internet] Vancouver (C.-B.) : BC Centre for Disease Control; juin 2010, p. 0 à 36. Consulté à l'adresse http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/EPI_Guideline_CD-Chapt1Pertussis_20100625.pdf
3. Agence de la santé publique du Canada. *La coqueluche (toux coquelucheuse)*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/pertussis-fra.php>
4. Halperin SA. « Pertussis and Other Bordetella Infections », 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. 255 à 267.
5. Yeh S et Mink CM. « Bordetella pertussis infection in infants and children: Clinical features and diagnosis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2016. Consulté à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
6. Gouvernement du Manitoba. *Communicable Disease Control. Pertussis / Parapertussis*. [Internet] Winnipeg (MB) : Ministère de la Santé publique et des Soins primaires du Manitoba; 2007. Consulté le 12 mai 2015, à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/pertussis.pdf>
7. Faulkner A, Skoff T, Martin S, Cassiday P, Tondella ML, Liang J et coll. *VPD Surveillance Manual. Pertussis*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2011. Consulté le 19 mai 2015, à l'adresse <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt10-pertussis.html>
8. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *Pertussis (Whooping Cough)*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2013. Consulté le 19 mai 2015, à l'adresse <https://www.cdc.gov/pertussis/about/diagnosis-treatment.html>
9. Yeh S. « Bordetella pertussis infection in infants and children: Treatment and prevention ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2014. Consulté à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
10. Wang K, Bettiol S, Thompson MJ, Roberts NW, Perera R, Heneghan CJ, Harnden A et coll. « Symptomatic treatment of the cough in whooping cough (Review) », dans *Cochrane database of systematic reviews*. [Internet] Chichester : WileyInterscience; 2014. Consulté à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003257.pub5/full> (publication payante).
11. Chen, J et Lau E (rédacteurs en chef). *2015 Drug Handbook and Formulary*, 33^e édition Toronto (ON) et Hudson (OH) : The Hospital for Sick Children, Lexi-Comp Inc.; 2014.
12. « Acetaminophen ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 23 avril 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
13. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *Pertussis (Whooping Cough)*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2015. Consulté le 28 février 2016, à l'adresse <http://www.cdc.gov/pertussis/clinical/treatment.html>

14. Ministère de la Santé publique et des Soins primaires du Manitoba. *Communicable Disease Management Protocols: Pertussis*. [Internet] Winnipeg (MB) : Ministère de la Santé publique et des Soins primaires du Manitoba; (n.d.). Consulté le 11 mai 2015, à l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/pertussis.pdf>

15. *Ibuprofen: Pediatric drug information*. [Internet] Waltham (MA, É.-U.): UpToDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

16. Yeh S. *Pertussis infection in infants and children: Treatment and prevention*. [Internet] Waltham (MA, É.-U.): UpToDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

17. American Academy of Pediatrics. « Pertussis (whooping cough) », 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.611.

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « Azithromycin (Zithromax) ». [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. « Clarithromycin (Biaxin) ». [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. « Sulfamethoxazole-trimethoprim (Septra) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2013. 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.

« Azithromycin ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 23 avril 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Clarithromycin ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 23 avril 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Sulfamethoxazole-trimethoprim ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 23 avril 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

OXYUROSE

APERÇU

Consulter les directives provinciales/territoriales traitant de l'oxyurose, là où elles sont disponibles.

L'oxyurose (entérobiase) est une infection parasitaire courante⁽¹⁾. Elle est présente partout dans le monde et on l'observe fréquemment au sein des familles. Les taux de prévalence sont plus élevés dans les populations suivantes : enfants d'âge préscolaire et scolaire, personnes prodiguant des soins primaires aux enfants infectés et personnes vivant en établissement⁽²⁾.

CAUSE

Enterobius vermicularis (*E. vermicularis*)⁽³⁾

TRANSMISSION

- L'infection se fait par l'ingestion ou l'inhalation d'œufs⁽⁴⁾.
- Les œufs éclosent dans la partie supérieure de l'intestin, puis arrivés à maturité, les vers migrent dans l'intestin⁽⁴⁾.
- Durant la nuit, les oxyures femelles gravides migrent jusqu'au pourtour de l'anus pour y déposer leurs œufs et rampent dans la région périanale et périnéale⁽³⁾.
- Le déplacement des oxyures sur la peau et les muqueuses provoquent des démangeaisons intenses⁽⁴⁾. Quand l'enfant se gratte, des œufs se déposent sur ses mains et sous ses ongles⁽⁴⁾. L'habitude qu'ont les jeunes enfants de porter leurs mains à leur bouche les rend particulièrement vulnérables à une réinfection⁽⁴⁾.
- Les autres modes de transmission comprennent l'exposition à des objets contaminés par des œufs d'oxyures (p. ex. rideaux, tapis, draps, vêtements, sièges de toilette, poignées de porte et aliments)^(3,4).

PÉRIODE D'INCUBATION

- Il peut s'écouler entre 1 et 2 mois ou plus entre l'ingestion de l'œuf et la migration de la femelle adulte gravide vers la région périanale où elle déposera ses œufs⁽²⁾.

CONTAGIOSITÉ

- Dans un milieu intérieur, les œufs d'oxyure demeurent viables pendant 2 à 3 semaines⁽²⁾.
- Une personne infectée demeure contagieuse tant que les nématodes femelles pondent leurs œufs dans la région périanale⁽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

- Enfants d'âge préscolaire et scolaire⁽³⁾
- Contacts étroits de personnes ayant une oxyurose (p. ex. membres de la maisonnée)⁽³⁾
- Conditions de surpeuplement (p. ex. salles de classe, garderies, établissements)⁽³⁾

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Bon nombre de personnes ayant une oxyurose sont asymptomatiques⁽⁵⁾.
- Démangeaisons intenses dans la région périanale, surtout la nuit⁽⁵⁾.

- Difficulté à dormir à cause des démangeaisons⁽⁵⁾.
- Le client peut aussi présenter de l'anorexie, de l'irritabilité et des douleurs abdominales⁽³⁾.

Antécédents sociaux

- Il importe de connaître les conditions de vie de la famille, parce qu'une confirmation de la présence d'oxyures par un test du ruban adhésif n'est pas nécessairement le facteur déterminant du traitement du client. Le partage d'un lit, l'absence d'installation pour se laver et la disponibilité d'eau chaude sont d'autres facteurs qui influencent la décision.

EXAMEN PHYSIQUE

Si une oxyurose est soupçonnée, effectuer un examen physique selon l'approche IPPA; n'importe lequel, ou aucun, des signes suivants peuvent être observés :

- Excoriation dans la région périanale et/ou périnéale⁽²⁾
- Infection bactérienne secondaire en raison du grattage⁽²⁾
- Petits vers blancs visibles dans la région périanale⁽²⁾

Il pourrait être nécessaire d'effectuer un test du ruban adhésif dans certains cas. Pour de plus amples renseignements sur la façon d'effectuer le test du ruban adhésif, consulter 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.

- Hémorroïdes
- Téniasse⁽⁷⁾

COMPLICATIONS

- Appendicite⁽²⁾
- Pelvipéritonite⁽²⁾
- Urétrite⁽²⁾
- Colite éosinophilique^(8; 9) eosinophilic gastroenteritis (EG)
- Réactions granulomateuses dans le tube digestif ou les voies génito-urinaires⁽⁹⁾
- Salpingite⁽²⁾
- Vulvovaginite^(2; 3)

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.

- L'examen d'échantillons de selles pour détecter la présence d'œufs ou de parasites n'est pas recommandé (l'excrétion d'œufs ne se produit pas dans la lumière intestinale⁽¹⁾; il y a donc très peu d'œufs dans les selles).
- Examiner la région périanale et périnéale 2 à 3 heures après le début du sommeil du client⁽¹⁾ (c'est le moment où il est le plus probable de voir les oxyures femelles adultes dans cette région).
- Si aucune oxyure femelle adulte n'a été vue, le(s) parent(s)/soignant(s)/client peuvent effectuer un test du ruban adhésif à la maison (il pourrait être nécessaire de refaire le test à 3 reprises à des jours différents pour obtenir des œufs)⁽¹⁾. Pour de plus amples renseignements sur la façon d'effectuer un test du ruban adhésif, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.

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

- Enrayer l'infestation.
- Prévenir la transmission des parasites.
- Prévenir les complications.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/client l'importance pour tous les membres de la maison et les contacts étroits d'adopter les comportements suivants :
 - Bien se laver les mains après avoir été aux toilettes, après avoir changé une couche et avant de préparer et de consommer un repas⁽⁶⁾;
 - Garder ses ongles courts et ne pas se ronger les ongles⁽⁶⁾;
 - Éviter ou empêcher de se gratter dans les régions périnéale et périnéale⁽⁶⁾;
 - Prendre un bain le matin pour se débarrasser du plus grand nombre d'œufs possible⁽⁶⁾;
 - Nettoyer la maison et changer et laver les draps et les vêtements fréquemment, afin de détruire les œufs et de prévenir la réinfection. Éviter de secouer les draps et les vêtements pour ne pas répandre les œufs⁽⁶⁾;
 - Ouvrir les stores ou les rideaux dans les chambres durant le jour⁽⁶⁾; les œufs meurent lorsqu'ils sont exposés aux rayons du soleil.
- Une réinfection peut se produire si le client se trouve de nouveau en contact avec des œufs d'oxyures.
- Les œufs d'oxyures peuvent demeurer vivants dans la maison jusqu'à 3 semaines⁽⁶⁾.

- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/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⁽⁶⁾.

Pour de plus amples renseignements sur les soins à prodiguer à un enfant atteint d'oxyurose, consulter *Les vers intestinaux* du site *Web Soins de nos enfants*, à l'adresse <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pinworms>

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.

Pamoate de pyrantel⁽¹⁰⁾

- La posologie de pamoate de pyrantel est calculée en fonction du poids du client, soit 11 mg/kg PO en une seule dose (maximum de 1 000 mg) et le traitement doit être administré de nouveau 2 semaines plus tard.
- Comme les comprimés contiennent 125 mg de pamoate de pyrantel, il est peu probable d'arriver à obtenir une dose exacte en fonction du poids.

N.B. : Consulter le médecin / l'infirmière praticienne si le client est un enfant de moins de 1 an. Les risques et les avantages doivent être examinés avant d'initier un traitement.

Les posologies recommandées pour les enfants de 1 an ou plus :

Pamoate de pyrantel

Enfants de moins de 12 kg

- Pyrantel pamoate 125 mg PO en une seule dose

Enfants de 12 à 23 kg

- Pamoate de pyrantel 250 mg PO en une seule dose

Enfants de 24 à 45 kg

- Pamoate de pyrantel 500 mg PO en une seule dose

Enfants de 46 à 68 kg

- Pamoate de pyrantel 750 mg PO en une seule dose

Enfants de 69 kg ou plus

- Pamoate de pyrantel 1 000 mg PO en une seule dose

N.B. : L'administration d'une seule dose permet d'atteindre un taux de guérison relativement élevé, mais l'administration d'une deuxième dose 2 semaines plus tard donne un taux de guérison de près de 100 % et contribue à prévenir la récurrence attribuable à la réinfection.

La réinfection est courante, même si le traitement est efficace. Il est donc recommandé de traiter simultanément tous les membres de la maison, compte tenu du taux élevé de transmission au sein des familles⁽⁵⁾. En outre, toute la literie et les vêtements doivent être lavés. Des mesures d'hygiène, telles que se couper les ongles, se laver souvent les mains et prendre des bains, peuvent aussi contribuer à réduire le risque de réinfection.

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

- Conseiller un suivi 2 semaines après le traitement, car une réinfection est possible et une deuxième dose pourrait être nécessaire pour éradiquer l'oxyurose.
- Conseiller au(x) parent(s)/soignant(s)/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.

ANNEXE**SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE****Test du ruban adhésif⁽¹⁾**

- Informer le(s) parent(s)/soignant(s)/client que le test doit être effectué lorsque le client se réveille le matin (avant de prendre un bain ou d'aller à la selle).
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/client comment effectuer le test du ruban adhésif⁽¹⁾ :
 1. Recueillir les œufs en collant un ruban adhésif transparent (et non translucide) dans la région périanale et périnéale plusieurs fois (il est possible que le test doive être effectué 3 jours consécutifs ou plus avant que des œufs puissent être récoltés).
 2. Placer le ruban transparent dans un pot en verre ou dans un sac en plastique et l'apporter à la clinique pour un examen au microscope.

Diagnostic

- Le diagnostic est fait au moyen du test du ruban adhésif.
- Le diagnostic est positif lorsqu'on constate la présence d'œufs d'oxyures sur le ruban.

- Si c'est le cas, le(s) parent(s)/soignant(s)/client pourrait devoir apporter l'échantillon à la clinique.
- L'infirmière posera le ruban sur une lamelle et l'examinera sous une lentille de faible grossissement, si possible.

BIBLIOGRAPHIE

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

RÉFÉRENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *Parasites - Enterobiasis (also known as pinworm infection)*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2013. Consulté le 28 avril 2015, à l'adresse <http://www.cdc.gov/parasites/pinworm/>
2. American Academy of Pediatrics. « Pinworm Infections », 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, p. 621-622. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
3. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *DPDx - Laboratory Identification of Parasitic Diseases of Public Health Concern: Enterobiasis*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2013. Consulté le 28 avril 2015, à l'adresse <http://www.cdc.gov/dpdx/enterobiasis>
4. Wilson D. « Childhood communicable and infectious diseases », dans *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 10^e édition, sous la direction de M.J. Hockenberry et D. Wilson. St. Louis (Missouri) : Elsevier Mosby. 2015, p. 193 à 242.
5. Leder K et Weller P. « Enterobiasis (pinworm) and trichuriasis (whipworm) ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2015. Consulté le 23 décembre 2016, à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
6. Société canadienne de pédiatrie. *Soins de nos enfants : Les vers intestinaux*. [Internet] Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2013. Consulté le 29 avril 2015, à l'adresse <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pinworms>
7. Samkari A, Kiska DL, Riddell SW, Wilson K, Weiner LB et Domachowske JB. « *Di-pylidium caninum* mimicking recurrent *enterobius vermicularis* (pinworm) infection ». *Clin Pediatr (Phila)*. Thousand Oaks (CA) : Sage Publications; 2008. 47(4), p. 397 à 399. doi:10.1177/0009922807310247.
8. Abdulrahman A, Storr MA et Shafer EA. « Eosinophilic colitis: epidemiology, clinical features, and current management ». *Therap Adv Gastroenterol*. London (G.-B.) : Sage Publications; 2011. 4(5), p. 301 à 309. doi:10.1177/1756283X10392443.
9. Rosenthal J. « Enterobiasis », dans *Current Medical Diagnosis and Treatment 2014*, 53^e édition, sous la direction de M.A. Papadakas et S.J. McPhee. New York (NY) : McGraw Hill Education; 2014. p. 1470.
10. Chan J. « Pinworms ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2016. Consulté le 23 décembre 2016, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

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 (DGSPNI). Avril 2016.

ROSÉOLE INFANTILE

APERÇU

Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales traitant de la roséole infantile, là où elles sont disponibles.

La roséole infantile (aussi appelée simplement « roséole », ou « sixième maladie ») est une maladie virale généralement bénigne et spontanément résolutive⁽²⁾. Elle est caractérisée par une manifestation soudaine de forte fièvre durant plusieurs jours, et est le plus souvent suivie de l'apparition subite d'une éruption maculopapulaire diffuse sur le tronc et le cou, après que la fièvre a cessé aussi soudainement qu'elle a commencé^(1; 2).

CAUSES

L'herpèsvirus humain de type 6 (HHV-6) est le virus le plus souvent à l'origine de la roséole⁽²⁾.

Les autres causes comprennent ce qui suit :

- Herpèsvirus humain de type 7 (HHV-7)
- Entérovirus (virus Coxsackie A et B, échovirus)
- Adénovirus
- Virus parainfluenza de type 1⁽²⁾

TRANSMISSION

Le virus HHV-6 semble être transmis par les sécrétions des voies respiratoires de personnes asymptomatiques.

Dans la plupart des cas, aucun contact avec une personne infectée n'est signalé⁽³⁾.

PÉRIODE D'INCUBATION

Environ 9 jours (de 5 à 15 jours)⁽³⁾

CONTAGIOSITÉ

Inconnue⁽³⁾

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

- La maladie touche généralement les enfants de moins de 2 ans⁽²⁾.
- Le virus HHV-6 est le plus souvent acquis entre les âges de 9 et 21 mois⁽⁴⁾.
- Les frères et sœurs plus âgés pourraient être une source de transmission⁽⁴⁾.

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- La roséole est typiquement caractérisée par les symptômes suivants :
 - Manifestation soudaine d'une forte fièvre (40 °C ou plus) durant généralement de 3 à 5 jours, suivie de l'apparition subite d'une éruption après que la fièvre a cessé aussi soudainement qu'elle a commencé^(1; 2)
 - Symptômes prodromaux d'apragmatisme et d'irritabilité dans environ 14 % des cas⁽⁶⁾
 - Éruption maculopapulaire non pruritique durant 1 ou 2 jours⁽³⁾
 - Risque de convulsions durant la phase fébrile de la maladie⁽³⁾
 - Diarrhée⁽⁶⁾
 - Toux⁽⁶⁾

SIGNES PHYSIQUES

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Enfant généralement alerte et d'un bon état général⁽⁶⁾
- Éruption cutanée se manifestant après la disparition soudaine de la fièvre⁽⁶⁾ :
 - Éruption en relief, érythémateuse et non pruritique
 - Macules et papules rose clair, d'environ 2 à 3 mm de diamètre⁽¹⁾
 - Lésions généralement bien délimitées, se confondant rarement et blanchissant à la pression
 - Généralement sur la poitrine ou dans le dos, le visage et les extrémités proximales étant peu touchés
 - Certaines lésions peuvent être entourées d'un halo de peau plus pâle
- Fontanelle antérieure parfois bombée (un examen plus approfondi doit être fait pour déterminer s'il s'agit d'une élévation de la pression intracrânienne associée à la méningite ou à l'encéphalite)
- Taches de Nagayama (papules érythémateuses sur le palais mou et la luette)
- Œdème périorbital (peut se produire avant l'apparition de l'éruption cutanée)
- Érythème de la conjonctive⁽⁶⁾
- Les signes et symptômes connexes peuvent comprendre une adénopathie cervicale et rétro-auriculaire, une inflammation du pharynx, de la toux et une rhinite⁽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.

- Mononucléose
- Érythème infectieux aigu (cinquième maladie)
- Rougeole
- Méningite ou encéphalite

- Rubéole⁽⁷⁾
- Effet indésirable d'un médicament

N.B. : On peut généralement distinguer la roséole des autres exanthèmes infectieux et d'une réaction anaphylactique à un médicament par ses caractéristiques épidémiologiques ou cliniques (p. ex. groupe d'âge et/ou relation temporelle entre la fièvre et l'éruption cutanée)⁽²⁾.

COMPLICATIONS

- Convulsions durant la phase fébrile de la maladie⁽³⁾
- Encéphalite
- Méningite
- Hépatite⁽⁸⁾

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.
- Des tests diagnostiques ne sont pas systématiquement recommandés⁽⁹⁾.

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
- Prévenir les complications

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

- Encourager l'activité, selon les capacités.
- Encourager la prise de liquides en quantité suffisante pour maintenir l'hydratation.
- Rassurer le(s) parent(s)/soignant(s) quant à la nature généralement bénigne de la maladie.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s) les signes et symptômes des complications possibles, par exemple :
 - Convulsions fébriles
 - Léthargie
 - Refus de boire
 - Fièvre durant plus de 72 heures ou impossible à faire baisser
- Demander au(x) parent(s)/soignant(s) de ramener l'enfant à la clinique si des complications surviennent.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s) ce qu'il faut faire en cas de convulsions fébriles. Le(s) parent(s)/soignant(s) peuvent trouver de l'information sur les convulsions fébriles à l'adresse http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/febrile_seizures
- Expliquer aux parent(s)/soignant(s) que les éruptions cutanées vont se résorber graduellement et ne laisseront pas de cicatrices⁽⁸⁾.
- Expliquer 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.
- Le client 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 d'autres renseignements à l'intention des parents/soignants, consulter les sites Web suivants : <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/roseola> et <http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/HealthAZ/ConditionsandDiseases/InfectiousDiseases/Pages/Roseola.aspx>

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

N.B. : 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

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. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène⁽¹⁰⁾

- Acétaminophène 10 à 15 mg/kg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 75 mg/kg/jour ou 4 000 mg/jour, selon la plus faible de ces valeurs.

Ibuprofène⁽¹¹⁾

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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes ≤ 2 400 mg peuvent être administrées.

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 de convulsions durant la phase fébrile de la maladie.
- 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

La maladie est généralement bénigne et de courte durée. Un suivi n'est nécessaire que si des complications surviennent, p. ex. :

- Convulsions fébriles
- Léthargie
- Refus de boire
- Fièvre durant plus de 72 heures ou impossible à faire baisser⁽⁵⁾

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Pas nécessaire sauf en cas de complications.

BIBLIOGRAPHIE

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

RÉFÉRENCES

1. Ely JW et Stone MS. « The Generalized Rash: Part I. Differential Diagnosis ». [Internet] Leawood (KS, É.-U.) : American Academy of Family Physicians; 2010; *American Family Physician*, 81(6), p. 726 à 734. Consulté à l'adresse <http://www.aafp.org/afp/2010/0315/p726.html>
2. Tremblay C et Brady MT. « Roseola infantum (exanthem subitum) ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
3. Wilson D. « Childhood communicable and infectious diseases », dans *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 10^e édition, sous la direction de M.J. Hockenberry et D. Wilson. St. Louis (Missouri) : Elsevier Mosby 2015. p. 193 à 242.
4. Hirsch MS. « Cytomegalovirus and human herpesvirus types 6, 7, and 8 », 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. 1471 à 1476.
5. The Royal Children's Hospital Melbourne. « Kids Health Info: Roseola infantum ». [Internet] Melbourne (AU) : The Royal Children's Hospital Melbourne; 2010. Consulté à l'adresse : http://www.rch.org.au/kidsinfo/fact_sheets/Roseola_infantum
6. Lewis LS, Windle ML, Young GM, Bechtel KA et Wilkes G. « Roseola infantum in Emergency Medicine Clinical Presentation: History, Physical, Causes ». [Internet] New York (NY) : Medscape; 2015. Consulté le 1^{er} octobre 2015, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
7. Lewis LS, Windle ML, Young GM, Bechtel KA et Wilkes G. « Roseola infantum in Emergency Medicine Differential Diagnoses ». [Internet] New York (NY) : Medscape; 2014. Consulté le 1^{er} octobre 2015, à l'adresse : <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
8. Lewis LS, Windle ML, Young GM, Bechtel KA et Wilkes G. « Roseola infantum in Emergency Medicine Follow-up: Deterrence/Prevention, Complications, Prognosis ». [Internet] New York (NY) : Medscape; 2015. Consulté le 1^{er} octobre 2015, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

9. Lewis LS, Windle ML, Young GM, Bechtel KA et Wilkes G. « *Roseola infantum in Emergency Medicine Workup: Laboratory Studies, Other Tests* ». [Internet] New York (NY) : Medscape; 2015. Consulté le 1^{er} octobre 2015, à l'adresse <http://emedicine.medscape.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

10. « 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).

11. « Ibuprofen: Pediatric drug information ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U): UpToDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017 à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

AUTRES SOURCES

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.

RUBÉOLE

APERÇU

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

La rubéole est une maladie virale très contagieuse, souvent bénigne et subclinique. Comme l'infection à la rubéole durant la grossesse peut avoir des effets dévastateurs sur le fœtus en développement, on effectue une sérologie pour déceler les anticorps de la rubéole dans le cadre du dépistage prénatal. La rubéole est une maladie évitable par la vaccination.

CAUSE

Virus de la rubéole⁽¹⁾

TRANSMISSION

- Transmission par gouttelettes⁽¹⁾
- Contact direct avec les sécrétions nasopharyngées d'une personne infectée⁽¹⁾
- Transmission transplacentaire de la mère infectée au fœtus⁽¹⁾

PÉRIODE D'INCUBATION

12 à 21 jours après l'exposition à la maladie clinique⁽¹⁾

CONTAGIOSITÉ

- Une personne infectée est contagieuse à compter d'une semaine avant l'apparition de l'éruption cutanée, jusqu'à au moins 4 jours après⁽¹⁾.
- Un enfant atteint du syndrome de rubéole congénitale peut excréter le virus durant des mois après la naissance et constituer une source d'infection pour les personnes avec lesquelles il est en contact⁽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

- Personnes qui n'ont pas reçu au moins une dose d'un vaccin contenant la rubéole⁽²⁾.
- Un enfant à naître court un risque du syndrome de rubéole congénitale si sa mère attrape la rubéole durant sa grossesse.

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Prodrome de 1 à 5 jours⁽⁴⁾
- Signes systémiques légers (p. ex. maux de tête, malaise)⁽⁴⁾
- Faible fièvre⁽⁴⁾
- Arthralgie (rare chez les enfants mais courante chez les femmes adultes)⁽⁴⁾
- Jusqu'à 50 % des infections sont subcliniques⁽³⁾
- Antécédents d'immunisation, y compris les dates et le nombre des doses d'un vaccin contenant la rubéole reçues.

Antécédents sociaux

- Antécédents liés aux habitudes de voyage, notamment les voyages récents dans une région où la rubéole est active⁽⁵⁾

SIGNES PHYSIQUES

Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.

- Faible fièvre⁽⁴⁾
- Conjonctivite⁽⁴⁾
- Éruption maculaire, qui s'installe d'abord au visage et progresse vers le tronc, puis les extrémités. L'éruption devient généralisée en 24 heures et dure en moyenne 3 jours⁽²⁾, les marques ne se confondant pas⁽⁴⁾
- Adénopathie, particulièrement aux ganglions rétro-auriculaires, cervicaux postérieurs et sous-occipitaux⁽⁴⁾
- Arthrite (chez les adolescents)⁽⁴⁾

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.

- Rougeole
- Roséole
- Scarlatine
- Érythème infectieux aigu (cinquième maladie)
- Mononucléose
- Exanthème viral non précisé
- Effet indésirable d'un médicament

COMPLICATIONS

Fœtus

Le fœtus peut être infecté par le virus de la rubéole à n'importe quel stade de la grossesse. Le risque de conséquences pour le fœtus si la mère est infectée est particulièrement élevé durant le premier trimestre, et diminue progressivement par la suite⁽¹⁾. Le syndrome de rubéole congénitale peut entraîner les anomalies suivantes chez le fœtus :

- Troubles ophtalmologiques (p. ex. cataractes, microphthalmie, glaucome)
- Troubles cardiaques (p. ex. persistance du canal artériel, sténose des artères pulmonaires périphériques)

- Troubles de l'audition (p. ex. surdité de perception)
- Troubles neurologiques (p. ex. troubles du comportement, méningoencéphalite, déficience intellectuelle)
- Hépatosplénomégalie
- Ictère

Enfants

- Thrombocytopénie (manifestations hémorragiques rares)
- Leucopénie

Adolescents

- Arthrite (environ une semaine après l'apparition de l'éruption cutanée; en règle générale, les mains, les genoux, les poignets et les chevilles sont touchées de façon symétrique)⁽⁵⁾
- Encéphalite

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.

Les tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales. 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⁽⁷⁾

- Culture du virus à partir d'échantillons cliniques (p. ex. prélèvement de gorge, prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage/ aspiration, échantillon d'urine)
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (p. ex. à l'aide d'un prélèvement de gorge ou d'urine) pour détecter la présence d'acide ribonucléique (ARN) du virus de la rubéole

- Test sérologique de dépistage des anticorps immunoglobulines M (IgM) contre la rubéole
- Test sérologique de dépistage des anticorps immunoglobulines G (IgG) contre la rubéole
- Si la cliente est en âge de procréer, test de grossesse

Interprétation des résultats des analyses de laboratoire⁽⁷⁾

Si le client n'a pas reçu de vaccin contenant la rubéole au cours des 7 à 42 jours précédents, l'infection peut être confirmée par l'une des analyses de laboratoire suivantes :

- Isolation du virus de la rubéole par une culture d'échantillons cliniques (prélèvement de gorge, prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage ou par aspiration, échantillon d'urine);
- Détection d'ARN du virus de la rubéole par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN);
- Test sérologique positif de dépistage des anticorps immunoglobulines M (IgM) contre la rubéole chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par une analyse de laboratoire ou ayant récemment voyagé dans une région où la rubéole est active;
- Forte augmentation (quadruple ou plus) des taux d'anticorps IgG contre la rubéole ou séroconversion en paires de sérum et sur sérum de phase convalescente.

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
- Prévenir la transmission de la maladie
- Prévenir les complications

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Enseignement au client

- Encourager l'activité, selon les capacités.
- Encourager la prise de liquides en quantité suffisante.
- Retirer les enfants atteints de rubéole post-natale de l'école ou de la garderie pendant 7 jours après l'apparition de l'éruption cutanée⁽⁶⁾.
- Expliquer au client et 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.
- Le client 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.
- Demander au client de revenir à la clinique si les signes et symptômes de la maladie ne s'améliorent pas.
- Pour l'enseignement aux clientes en âge de procréer, consulter la rubrique *Prévention* à l'Annexe, Section A de ce guide.

Exposition/infection à la rubéole chez la femme enceinte⁽⁵⁾

- La prise en charge d'une cliente enceinte qui a été exposée à la rubéole doit être personnalisée et dépend du moment au cours de la gestation où elle a été exposée et de son statut d'immunisation.
- Pour de plus amples renseignements à propos du diagnostic prénatal de l'infection de la mère et du syndrome de rubéole congénitale, 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, la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI ou le formulaire provincial/territorial avant d'initier une thérapie.

Antipyrétiques/Analgésiques

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. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène⁽⁸⁾

- Acétaminophène 10 à 15 mg/kg PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 75 mg/kg/jour ou 4 000 mg/jour, selon la plus faible de ces valeurs

Ibuprofène⁽⁹⁾

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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes ≤ 2 400 mg peuvent être administrées.

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⁾

- Demander au(x) parent(s)/soignant(s) de revenir à la clinique avec l'enfant s'il y a des signes de complications; il faut généralement compter 1 à 2 semaines pour un rétablissement complet.
- Pour de plus amples renseignements sur l'identification, la recherche et la prise en charge des contacts, voir la rubrique *Prise en charge des contacts* à l'Annexe, Section A de ce guide.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiqué.
- Coordonner les demandes de consultation, le cas échéant.

Déclaration

La rubéole est une maladie à déclaration obligatoire. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Prise en charge des contacts⁽²⁾

Identification et recherche des contacts

On entend par « contact » toute personne ayant été en contact étroit avec un cas de rubéole durant la période de contagion. L'identification et la recherche des contacts comprennent ce qui suit :

- Établissement de la liste des contacts durant la période de contagion
- Évaluation du type de contact
- Identification des contacts pour effectuer un suivi et déterminer leur statut d'immunisation
- Profession du contact
- Installations, établissements et autres où le contact vit ou qu'il fréquente

Prise en charge des contacts

- Évaluer la vulnérabilité des contacts enceintes à la rubéole. En cas de vulnérabilité, effectuer un test sérologique pour déterminer s'il y a infection.

Prévention

- L'objectif premier de la vaccination contre la rubéole est de prévenir l'infection durant la grossesse.
- La pierre angulaire de la prévention est la vaccination systématique de tous les enfants du Canada⁽⁵⁾.
- Toute femme en âge de procréer doit être vaccinée, sauf si elle peut présenter une preuve écrite de vaccination antérieure ou les résultats d'une analyse de laboratoire montrant qu'elle a des anticorps contre la maladie.
- Sensibiliser les femmes en âge de procréer à l'importance de connaître leur statut d'immunisation contre la rubéole⁽⁷⁾.
- Évaluer toute femme enceinte pour déterminer sa vulnérabilité à la rubéole et faciliter l'immunisation postpartum des femmes à risque⁽⁷⁾.

Infection à la rubéole durant la grossesse et du syndrome de rubéole congénitale du fœtus⁽⁵⁾

- Pour de plus amples renseignements sur la rubéole durant la grossesse, y compris sur le syndrome de rubéole congénitale, le diagnostic de rubéole et la prise en charge de l'exposition et de l'infection chez la femme enceinte, consulter la dernière version des *Directives cliniques* de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) à l'adresse <http://sogc.org/fr/directives-cliniques.html>

- Évaluer le statut d'immunisation contre la rubéole des adolescentes et des femmes en âge de procréer et administrer un vaccin, au besoin.
- Informer les femmes qui reçoivent un vaccin contre la rubéole ou un vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) d'éviter de tomber enceinte durant les 4 semaines suivants l'administration du vaccin.
- Le virus vivant atténué contenu dans le vaccin peut traverser le placenta; toutefois, aucun cas de rubéole congénitale n'a été signalé chez un nouveau-né dont la mère a reçu par mégarde un vaccin alors qu'elle était enceinte.
- Évaluer toutes les femmes enceintes pour déterminer leur statut d'immunisation et leur vulnérabilité.
- Il est impératif de poser un diagnostic rapide et exact d'infection primaire aiguë au virus de la rubéole au cours de la grossesse; pour ce faire, il faut exécuter le plus tôt possible un test sérologique de dépistage des anticorps IgM et IgG. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne en cas de soupçon d'exposition à la rubéole ou de signes de la maladie chez une femme enceinte.
- L'administration systématique d'immunoglobulines aux femmes susceptibles d'avoir été exposées à la rubéole en début de grossesse n'est pas recommandée⁽²⁾. Consulter le médecin de la santé publique responsable et suivre les lignes directrices provinciales/territoriales.

Pour de plus amples renseignements, consulter la dernière version du *Guide canadien d'immunisation*, à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php

Enfants

Au Canada, les enfants devraient recevoir 2 doses du vaccin contre la rubéole. Pour de plus amples renseignements, consulter la dernière version du *Guide canadien d'immunisation*, à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Ministère de la Santé de l'Alberta
Notifiable Disease Guidelines: Rubella.
 À l'adresse <http://www.health.alberta.ca/professionals/notifiable-diseases-guide.html> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
Diseases & Conditions: Rubella. À l'adresse
<http://www.bccdc.ca/health-info/diseases-conditions/german-measles-rubella> (en anglais seulement)

Manitoba

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

Nouvelle-Écosse

Communicable Disease Manual: Rubella.
 À l'adresse <https://novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/Rubella.pdf> (en anglais seulement)

Territoires du Nord-Ouest

Communicable Disease Manual: Rubella.
 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 4, Diseases Preventable by Routine Vaccination. À l'adresse http://www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/health_pro_info.html#disease (en anglais seulement)

Yukon

Communicable Disease Control: Rubella.
 À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/disease_guidelines.php (en anglais seulement)

Autres ressources

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). *Directives cliniques*. À l'adresse <http://sogc.org/fr/directives-cliniques.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. Rubéole. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté le 16 avril 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/rubella-fra.php>
2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Rubella*, dans *Infectious Diseases Protocol. Appendix A: Disease-Specific Chapters*. [Internet] Ottawa (ON) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; janvier 2013. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/rubella_chapter.pdf
3. Gouvernement du Canada. *Pour les professionnels de la santé : rubéole*. [Internet] Ottawa (ON) : Gouvernement du Canada; 2015. Consulté le 7 juin 2016, à l'adresse <http://healthycanadians.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/rubella-rubeole/professionals-professionnels-fra.php>
4. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Rubella », dans *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Disease: The Pink Book*, sous la direction de J. Hamborsky, A. Kroger et S. Wolfe. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.); 2015, p. 325 à 340. Consulté à l'adresse <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/rubella.pdf>

5. Dontigny L., Arsenault MY et Martel MJ. « Rubella in pregnancy ». *JOGC*. 2008; 30(2) : p. 152 à 158.

6. American Academy of Pediatrics. « Rubella », 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. 688 à 695. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

7. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. « Rubella, congenital syndrome », dans *Infectious Diseases Protocol. Appendix B: Provincial Case Definitions for Reportable Diseases*. [Internet] Janvier 2013. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/congenital_rubella_cd.pdf

8. « 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).

9. « Ibuprofen: Pediatric drug information ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U): UptoDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017 à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

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.

SCARLATINE

APERÇU

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

La scarlatine est causée par une souche de streptocoque du groupe A (SGA) produisant une toxine. On trouve couramment des SGA dans la gorge et sur la peau. La scarlatine est la manifestation d'une infection à SGA et suit généralement une pharyngite à SGA (angine streptococcique), bien qu'elle puisse aussi se produire à la suite d'une infection à SGA à un autre siège (p. ex. une infection streptococcique de la peau (impétigo))⁽¹⁾. Elle est caractérisée par une éruption scarlatiniforme et par l'aspect framboisé de la langue^(2; 9).

Outre une éruption, les caractéristiques épidémiologiques, les symptômes, les signes, les séquelles et le traitement de la scarlatine sont les mêmes que pour la pharyngite à SGA⁽³⁾. Pour de plus amples renseignements sur la pharyngite à SGA, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 9 – Oto-rhino-laryngologie – Pharyngo-amygdalite bactérienne*.

CAUSE

Souche de streptocoque du groupe A (SGA) produisant une toxine

TRANSMISSION

- Le plus souvent, la pharyngite à SGA et la scarlatine qui s'ensuit sont transmises par :
 - contact interhumain (gouttelettes salivaires)⁽⁴⁾

- Contact direct avec une personne infectée⁽⁴⁾
- Autre moyen de transmission peu fréquent comprend :
 - une éclosion de pharyngite à SGA d'origine alimentaire, attribuable à la contamination des aliments durant leur manipulation par des personnes infectées ou porteuses combinée à une préparation ou une réfrigération inappropriée des aliments⁽³⁾.

PÉRIODE D'INCUBATION

Généralement entre 1 et 3 jours après l'exposition⁽⁴⁾

CONTAGIOSITÉ

Si elle n'est pas traitée, une personne atteinte de scarlatine associée à une pharyngite à SGA est contagieuse durant la phase aiguë de la maladie, qui dure généralement de 7 à 10 jours, et pendant une semaine par la suite; toutefois, si elle prend des antibiotiques, la période de contagion est réduite à 24 heures⁽⁴⁾.

Les bactéries peuvent demeurer dans l'organisme sans causer de maladie; l'hôte peut demeurer porteur de la maladie et la transmettre pendant des semaines ou des mois⁽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

- Le principal facteur de risque de la scarlatine est l'infection à SGA qui la précède.
- Âge : La pharyngite à SGA touche principalement les enfants d'âge scolaire de 5 à 15 ans (bien qu'elle puisse atteindre des personnes plus jeunes et plus âgées)⁽¹⁰⁾
- Surpeuplement⁽⁸⁾
- Antécédents de pharyngite à SGA chez les proches, dans la communauté, dans le quartier ou à l'école⁽⁵⁾

ANAMNÈSE

- Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.
- Recueillir l'anamnèse pour la période précédant l'apparition du mal de gorge/de la pharyngite ou de l'infection cutanée⁽⁶⁾.
- Les symptômes de la scarlatine sont les mêmes que pour la pharyngite⁽³⁾ et comprennent ce qui suit⁽¹⁰⁾ :
 - Apparition soudaine (aiguë) d'un mal de gorge
 - Fièvre
 - Absence de toux ou de rhinorrhée
 - Maux de tête
 - Nausée, vomissements, douleurs abdominales
 - Éruption cutanée

EXAMEN PHYSIQUE

- Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.
- Éruption scarlatiniforme (voir *Caractéristiques de l'éruption scarlatiniforme*)
- Visage rouge et pâleur périlabiale⁽⁷⁾
- Température élevée⁽¹⁰⁾
- Pharynx rouge et amygdales enflées et exsudantes⁽¹⁰⁾
- Pétéchies sur le palais mou⁽¹⁰⁾
- Langue framboisée⁽⁹⁾
- Adénopathie cervicale antérieure douloureuse⁽¹⁰⁾

Caractéristiques de l'éruption scarlatiniforme⁽⁹⁾

- Éruption érythémateuse diffuse
- Éruption apparaissant initialement aux aines et aux aisselles, et s'étalant rapidement sur tout le corps, puis aux extrémités
- Éruption plus marquée le long des plis cutanés des régions inguinales, axillaires, antécubitales et abdominale
- Pétéchies linéaires souvent présentes dans le pli des coudes et des aisselles (lignes de Pastia)
- Paume des mains et plante des pieds généralement épargnées
- Nombreuses petites lésions papulaires donnant à la peau la texture d'un papier de verre à gros grains
- Érythème blanchissant à la pression
- Éruption commençant à se résorber en 4 ou 5 jours et suivie d'une desquamation sur le corps et les extrémités, accompagnée d'un décollement de la peau de la paume des mains et des doigts ainsi que de la plante des pieds et des orteils⁽⁷⁾

Apparence de la langue⁽⁷⁾

- Durant les premiers jours de la maladie, la langue est recouverte d'un dépôt blanc à travers lequel les papilles rouges et enflées se projettent; on appelle cette phase la « langue blanche framboisée ».
- Après 3 ou 4 jours, la langue se desquame aussi; elle devient alors rouge et les papilles demeurent proéminentes – c'est la phase de la « langue rouge framboisée ».

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.

- Hypersensibilité à un médicament⁽⁷⁾
- Mononucléose infectieuse⁽⁷⁾
- Divers exanthèmes viraux⁽⁷⁾

TABEAU 1Complications suppuratives et non suppuratives⁽⁹⁾

COMPLICATIONS NON SUPPURATIVES	COMPLICATIONS SUPPURATIVES
<ul style="list-style-type: none"> - Rhumatisme articulaire aigu (survient en moyenne 19 jours après l'infection) - Cardiopathie rhumatismale (valvulaire) (survient de quelques jours à quelques semaines après la phase d'infection aiguë) - Syndrome du choc toxique streptococcique - Glomérulonéphrite aiguë (survient en moyenne 10 jours après l'infection) - Trouble neuropsychiatrique pédiatrique auto-immun associé à une infection à streptocoques (PANDAS) (recherche en cours/question controversée; voir l'Annexe, Section A : Informations supplémentaires pour la prise en charge – PANDAS) - Chorée de Sydenham (peut se produire plusieurs mois après l'infection) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cellulite ou abcès périamygdalien - Otite moyenne - Sinusite - Fasciite nécrosante - Bactériémie à streptocoque (rare) - Méningite ou abcès cérébral (complication résultant d'une extension directe d'une infection de l'oreille ou des sinus ou d'une bactériémie)

COMPLICATIONS

Les personnes présentant un risque accru de rhumatisme articulaire aigu sont les suivantes :⁽¹⁶⁾

- Personnes ayant des antécédents du rhumatisme articulaire aigu, particulièrement avec cardite ou valvulopathie;
- Contacts familiaux d'une personne ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu (pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 11 – Système cardiovasculaire – Rhumatisme articulaire aigu (cardite)*).

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. Les tests doivent être effectués conformément aux politiques et procédures provinciales/territoriales.
- En cas de scarlatine soupçonnée, des analyses de laboratoire doivent être faites pour confirmer le diagnostic d'infection à SGA.

Laboratoire

- Épreuve de détection rapide d'antigènes (si possible). Un résultat positif est considéré comme confirmant l'infection à SGA⁽¹⁰⁾.
- Culture de gorge et antibiogramme si le résultat de l'épreuve de détection rapide d'antigènes est négatif ou non disponible⁽¹⁰⁾.
- Culture d'exsudat et antibiogramme si la scarlatine est attribuable à une infection de la peau à SGA⁽⁷⁾.

Pour de plus amples renseignements sur les tests diagnostiques de la pharyngite à SGA, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 9 – Oto-rhino-laryngologie – Pharyngo-amygdalite bactérienne*.

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 le rhumatisme articulaire aigu et les complications suppuratives⁽¹⁰⁾
- Empêcher la transmission de l'infection à SGA⁽¹⁰⁾ aux autres
- Soulager les symptômes⁽¹⁰⁾

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Surveiller comme il se doit les personnes de la collectivité touchées pour déceler toute complication.

Enseignement au client

- Encourager le client à se reposer.
- Recommander au client de boire suffisamment pour maintenir l'hydratation.
- Pour réduire le risque de transmission, conseiller au(x) parent(s)/soignant(s)/client de :
 - se laver les mains fréquemment;
 - ne pas partager d'ustensiles ou de verres;
 - se couvrir la bouche et le nez d'un mouchoir pour tousser ou éternuer;
 - jeter le mouchoir immédiatement après utilisation pour prévenir la contamination⁽⁶⁾.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s)/client que ce dernier ne doit pas retourner à l'école ou à la garderie avant que les 24 heures d'antibiothérapie ait été complétées⁽⁹⁾.
- Insister sur l'importance de surveiller les signes et symptômes de complications de l'infection à SGA.

- Demander au(x) parent(s)/soignant(s) d'amener rapidement le client à la clinique pour une réévaluation s'il présente des signes et symptômes de complications et ce, à n'importe quel stade de la maladie.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s) ou au client l'utilisation appropriée des médicaments; soit la posologie, la fréquence, l'importance de l'adhérence au traitement, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses possibles.
- Expliquer au(x) parent(s)/soignant(s) que l'enfant doit prendre tous les antibiotiques tels que prescrits, même si les symptômes disparaissent.
- Si un client chez qui une pharyngite à SGA a été confirmée continue de présenter des symptômes 48 heures après le début de l'antibiothérapie, il doit être réexaminé afin de déterminer si d'autres facteurs entrent en jeu, par exemple des complications aiguës de la pharyngite à SGA (p. ex. abcès périamygdalien, infection virale concomitante, non observance ou inefficacité de l'antibiothérapie).

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.

Antibiothérapie

Il convient d'administrer des antibiotiques en cas de scarlatine, afin de traiter l'infection à SGA sous-jacente et de prévenir d'autres complications.

Indications pour le traitement empirique des clients chez qui on soupçonne une pharyngite à SGA

- Si le client présente un risque élevé de rhumatisme articulaire aigu, consulter un médecin / une infirmière praticienne pour amorcer le traitement antibiotique immédiatement en attendant les résultats des cultures.

- D'autres facteurs indiquant qu'il convient d'amorcer une antibiothérapie empirique :
 - Le client semble gravement malade.
 - Le client est symptomatique et a été en contact avec un cas diagnostiqué de pharyngite à SGA.
 - Le client présente des complications découlant de la pharyngite, comme un abcès périamygdalien précoce.
- En consultation avec le médecin / l'infirmière praticienne, il pourrait être approprié de cesser le traitement empirique du client chez qui on soupçonne une pharyngite à SGA si la culture de gorge peut être effectuée et est négative⁽¹¹⁾.

Indications pour le report du traitement en attendant les résultats des cultures pour les clients chez qui on soupçonne une pharyngite à SGA

Si le client appartient à une population présentant un faible risque de rhumatisme articulaire aigu et en l'absence d'autres indications justifiant un traitement empirique, il est peu probable que le report de l'antibiothérapie augmente le risque de rhumatisme articulaire aigu, à condition que le traitement de la pharyngite à SGA soit initié dans les 9 jours suivant l'apparition de la maladie. Cette approche réduit en outre le nombre de clients traités inutilement avant l'obtention des résultats des tests⁽¹²⁾.

N.B. : Dans certaines circonstances exceptionnelles, par exemple lorsqu'il pourrait être très difficile de communiquer avec le client pour un suivi, il peut être utile d'initier une antibiothérapie.

N.B. : Si l'épreuve de détection rapide d'antigènes est disponible et positive, traiter le client immédiatement.

Traitement privilégié

Considérer l'un des traitements suivants :

Pénicilline

Enfant de 27 kg ou moins

- Pénicilline V 300 mg PO BID pendant 10 jours⁽¹³⁾

Enfant de plus de 27 kg

- Pénicilline V 600 mg PO BID pendant 10 jours⁽¹³⁾

Amoxicilline

- Amoxicilline 50 mg/kg/dose PO une fois par jour pendant 10 jours; maximum de 1 000 mg en 24 heures⁽¹⁰⁾

ou

- Amoxicilline 25 mg/kg/dose PO BID pendant 10 jours; maximum de 500 mg/dose⁽¹⁰⁾

N.B. : L'amoxicilline ne doit pas être administrée avant l'obtention d'un diagnostic confirmant une pharyngite à SGA, car elle peut provoquer une éruption cutanée en présence de certains virus.

Autre traitement : En cas d'allergie non anaphylactique connue ou soupçonnée à la pénicilline⁽¹⁰⁾

Céphalexine

- Céphalexine 20 mg/kg/dose PO BID pendant 10 jours; maximum de 500 mg/dose

Autre traitement : En cas d'allergie anaphylactique connue ou soupçonnée à la pénicilline ou à la céphalosporine⁽¹⁰⁾

Clindamycine

- Clindamycine 7 mg/kg/dose PO TID pendant 10 jours; maximum de 300 mg/dose

Autre traitement : En cas de préoccupation quant à l'observance du traitement ou au suivi⁽¹⁰⁾

Si l'observance du traitement ou le suivi constituent une préoccupation, on peut administrer une dose de pénicilline G benzathine IM. On peut obtenir la pénicilline G benzathine par l'entremise du Programme de soins de santé non assurés, si elle n'est pas disponible auprès du formulaire provincial/territorial. Ce médicament ne figure pas dans la liste des médicaments des postes de soins infirmiers de la DGSPNI.

Analgésiques/Antipyrétiques**Acétaminophène⁽¹⁴⁾**

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

Ibuprofène⁽¹⁵⁾**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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes $\leq 2 400$ mg peuvent être administrées.

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 tel qu'indiqué par l'état clinique du client.

- Surveiller les symptômes suivants :
 - Détresse respiratoire et/ou obstruction des voies respiratoires
 - Adoption de la position en tripode
 - Stridor
 - Dysphagie
 - Ptyalisme ou anxiété

SUIVI

Le client ayant reçu un diagnostic de scarlatine doit être réexaminé comme indiqué ci-dessous afin de surveiller la réponse au traitement et de déceler tout signe de complication.

Tous les clients

- En tout temps, si l'état du client empire;
- 2 ou 3 jours après la consultation initiale pour vérifier l'observance du traitement et la réponse clinique à ce traitement ou pour vérifier les résultats de la culture de gorge et de l'antibiogramme;
- S'il est déterminé que le client présente un risque accru de complications;
- Après l'antibiothérapie s'il y a récurrence de symptômes correspondant à une infection à SGA.

N.B. : La réponse clinique à une antibiothérapie appropriée se manifeste généralement dans les 24 à 48 heures. Une forte fièvre et des symptômes graves qui persistent au-delà de cette période indiquent qu'il faut procéder à une réévaluation et évoquer des complications ou une autre maladie sous-jacente. Il est aussi possible que les antibiotiques ne soient pas efficaces.

Suivi des clients présentant un risque élevé de rhumatisme articulaire aigu

Outre ce qui précède, une culture de gorge de suivi est recommandée après l'antibiothérapie pour les patients ayant reçu un diagnostic de scarlatine attribuable à une pharyngite à SGA et présentant un risque élevé de rhumatisme articulaire aigu.

N.B. : Le rhumatisme articulaire aigu peut se manifester des jours voire des semaines après une infection aiguë à SGA (le plus souvent une pharyngite à SGA).

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale si c'est cliniquement indiqué.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Trouble neuropsychiatrique pédiatrique auto-immun associé à une infection à streptocoques (PANDAS)^(16; 17)

Le PANDAS correspond à l'apparition soudaine et abrupte d'un trouble obsessionnel-compulsif (y compris une forte restriction de la quantité d'aliments consommés) ou de tics chez certains enfants, en réaction auto-immune à une infection à SGA. L'idée que le PANDAS est une maladie distincte est controversée, et la recherche à ce sujet se poursuit. À l'heure actuelle, rien ne justifie des analyses systématiques de dépistage de SGA, ni l'instauration d'une prophylaxie à long terme ou de traitements immunomodulateurs chez les enfants présentant des symptômes neuropsychiatriques. Un enfant présentant un trouble obsessif-compulsif ou un trouble alimentaire soudain doit faire l'objet d'une évaluation médicale approfondie.

BIBLIOGRAPHIE

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

RÉFÉRENCES

1. Parks T, Smeesters PR et Steer AC. « Streptococcal skin infection and rheumatic heart disease ». *Curr Opin Infect Dis*. [Internet] 2012; 25(2), p. 145 à 153. doi:10.1097/QCO.0b013e3283511d27.
2. Agence de la santé publique du Canada. *Scarlatine – Fiche de renseignements*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2011. Consulté le 6 mai 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/scarl-fra.php>
3. American Academy of Pediatrics. « Group A Streptococcal Infections », 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, p. 732 à 744. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
4. Agence de la santé publique du Canada. *Fiche technique santé-sécurité : Streptococcus Pyogenes*. Agence de la santé publique du Canada. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2010. Consulté le 12 mai 2015, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/strep-pyogenes-fra.php>
5. Armstrong C. « AHA Guidelines on Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis ». [Internet] Leawood (KS, É.-U.) : *Am Fam Physician* 2010; 81(3), p. 346 à 359. Consulté le 20 mai 2015, à l'adresse <http://www.aafp.org/aafp/2010/0201/p346.html>
6. Ray S. « Managing outbreaks of scarlet fever ». *Nurs Times*. 2014; 110(39) p. 23 à 24.
7. Wolff K, Johnson RA et Saavedra AP. « Scarlet Fever ». *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*, 7^e édition. New York : McGraw-Hill Education; 2013, p. 550 à 551.
8. Hayes C, Williamson Jr. H. « Management of Group A Beta-hemolytic Streptococcal Pharyngitis ». [Internet] Leawood (KS, É.-U.) : *Am Fam Physician* 2001; 63(8), p. 1557 à 1564. Consulté le 14 mai 2015, à l'adresse <http://www.aafp.org/aafp/2001/0415/p1557.pdf>

9. Pichichero ME. « Complications of streptococcal tonsillopharyngitis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté le 15 décembre 2015, à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
10. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL et Van Beneden C. « Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America ». *Clin Infect Dis*. 2012; 55(10), p. 1 à 17. doi:10.1093/cid/cis629.
11. Quality Management Program University of Michigan. « Pharyngitis ». *Guidelines for Clinical Care Ambulatory*. [Internet] Michigan (É.U.); 2013. Consulté à l'adresse [from: http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/pharyngitis/pharyn.pdf](http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/pharyngitis/pharyn.pdf)
12. Toward Optimized Practice (TOP). *Guideline for the diagnosis and management of acute pharyngitis. Alberta Clinical Practice Guidelines*. [Internet] Edmonton (AB) : Toward Optimized Practice (TOP); 2008. Consulté à l'adresse <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs> (abonnement requis).
13. Chen J et Lau E (directeurs). *2015 Drug Handbook and Formulary*. [Internet] 10^e édition. Toronto : Lexicomp; 2015. Consulté 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.
15. « Ibuprofen: Pediatric drug information ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U.): UptoDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017 à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
16. Armstrong C. « AHA Guidelines on Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis ». [Internet] Leawood (KS, É.-U.) : *Am Fam Physician*; 2010; 81(3), p. 346 à 359. Consulté le 20 mai 2015, à l'adresse <http://www.aafp.org/aafp/2010/0201/p346.html>
17. National Institute of Mental Health. *Information About PANDAS*. [Internet] Bethesda (MD, É.-U.) : National Institute of Mental Health; (n.d.). Consulté le 16 décembre 2015, à l'adresse <http://www.nimh.nih.gov/labs-at-nimh/research-areas/clinics-and-labs/pdnb/web.shtml>

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « Amoxicillin », dans *Compendium of therapeutic choice: Canada's Trusted Reference for primary care therapeutics (CTC 7)*. [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2014. Consulté le 6 juillet 2015, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca/search> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Association des pharmaciens du Canada. « Cephalexin (Cephalexin) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2009. Consulté le 6 mai 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Association des pharmaciens du Canada. « Clindamycine (Dalacin C) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2014. Consulté le 6 mai 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Association des pharmaciens du Canada. « Penicillin G ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. Consulté le 6 mai 2015, à l'adresse <http://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Association des pharmaciens du Canada. « Penicillin V ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2012. Consulté le 6 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 (DGSPNI). Avril 2016.

« Amoxicillin ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 6 juillet 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Céphalexine ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 6 juillet 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Clindamycin ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 6 juillet 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Penicillin G ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 6 juillet 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Penicillin V ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 6 juillet 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Penicillin », dans *Drug Handbook and Formulary*, sous la direction de J. Chen et E. Lau. [Internet] 2015; 10^e édition. Toronto : Lexicomp. Consulté à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

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, bien que d’autres organes puissent aussi être atteints (tuberculose non respiratoire)⁽¹⁾. Au Canada, la tuberculose au sein de la population pédiatrique touche principalement les enfants autochtones et les enfants nés à l’étranger⁽²⁾.

La tuberculose de l’enfant diffère de celle de l’adulte de différentes manières⁽²⁾ :

- Il peut être difficile de poser un diagnostic chez les jeunes enfants, car les signes et symptômes sont souvent non spécifiques et la maladie est souvent paucibacillaire (c.-à-d. qu’elle présente peu de bacilles). Beaucoup d’enfants atteints de la tuberculose sont donc asymptomatiques au moment de la consultation initiale.
- Chez les enfants de moins de 5 ans, particulièrement les nourrissons, il existe un risque élevé d’évolution de l’infection tuberculeuse latente (ITL) vers une forme active et parfois grave de tuberculose, notamment la tuberculose miliaire/disséminée et la méningite tuberculeuse.
- Comme chez l’enfant, la tuberculose peut rapidement devenir une urgence médicale, les enfants désignés comme contacts d’un cas actif chez un adolescent ou un adulte doivent être considérés comme une priorité élevée pour le dépistage et le suivi⁽³⁾.

La tuberculose active chez les enfants est un événement sentinelle qui devrait déclencher une recherche du cas source⁽²⁾.

CAUSE

Mycobacterium tuberculosis⁽²⁾

Pour de plus amples renseignements sur la sous-classification et le tableau clinique de la tuberculose, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre II – Maladies transmissibles – Tuberculose*.

TRANSMISSION

La transmission se fait par voie aéroportée, par des adultes ou des adolescents atteints d’une tuberculose pulmonaire, laryngée ou caverneuse. Les enfants inhalent les bacilles se trouvant dans les microgouttelettes, qui provoquent une ITL ou une tuberculose active. La tuberculose est rarement acquise par ingestion ou par voie percutanée⁽⁴⁾. La probabilité de transmission augmente si le cas source⁽⁴⁾ :

- a des crises fréquentes d’une toux grave;
- a été en contact étroit et prolongé avec l’enfant;
- vit ou travaille dans des conditions de surpeuplement, dans un lieu mal ventilé.

Les méthodes les plus efficaces pour réduire le risque de transmission sont les suivantes⁽⁴⁾ :

- diagnostic et traitement rapides des clients ayant une tuberculose active, et
- respect des mesures de prévention et de contrôle des infections.

CONTAGIOSITÉ

- Les enfants de moins de 10 ans atteints d’une tuberculose respiratoire sont rarement contagieux parce que leur toux est non productive, ce qui fait que peu ou pas de bacilles sont expulsés^(2; 5; 4).
- L’ITL n’est pas contagieuse⁽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 approximatif où elle est survenue.

FACTEURS DE RISQUE

- Cas de tuberculose active dans la collectivité⁽⁴⁾
- Surpeuplement et mauvaise ventilation⁽⁴⁾
- VIH⁽⁴⁾
- Âge (les enfants de moins de 5 ans ont un risque de morbidité plus élevé)⁽⁴⁾
- Immunodéficience⁽⁴⁾
- Malnutrition extrême⁽⁴⁾
- Personnes qui sont sans abri ou dont le logement est précaire⁽⁷⁾
- Enfants autochtones vivant dans des collectivités où les taux d'ITL ou de tuberculose sont élevés⁽⁷⁾

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

Client asymptomatique

Beaucoup d'enfants atteints d'une tuberculose active sont asymptomatiques au moment de la consultation initiale. Ils sont souvent repérés dans le cadre de la recherche de contacts de clients ayant une tuberculose infectieuse parce que les résultats des radiographies thoraciques sont anormaux, particulièrement s'il s'agit d'enfants de moins de 5 ans⁽²⁾.

Client symptomatique

Les enfants peuvent aussi présenter des signes ou des symptômes de maladie. Dans la plupart des cas, les enfants ayant une tuberculose symptomatique présentent des symptômes chroniques et constants qui persistent plus de 2 semaines sans amélioration soutenue ni résolution après avoir reçu un traitement approprié pour d'autres diagnostics potentiels (p. ex. antibiotiques contre la pneumonie)⁽⁸⁾. Le(s) parent(s)/soignant(s)/client peuvent signaler les symptômes suivants⁽⁸⁾ :

- Toux
- Fièvre
- Manque d'appétit/anorexie
- Perte de poids ou retard de développement
- Fatigue, manque d'entrain, activité réduite

Antécédents médicaux

- Exposition à la tuberculose⁽⁴⁾
- Antécédents de tuberculose active et traitement antérieur peut-être inadéquat⁽⁴⁾
- 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)⁽⁴⁾

EXAMEN PHYSIQUE

- Effectuer un examen physique en utilisant l'approche IPPA.
- Chez les nourrissons et les jeunes enfants, les signes physiques peuvent être très peu spécifiques⁽²⁾ :
 - Hépatosplénomégalie
 - Détresse respiratoire
 - Fièvre
 - Lymphadénopathie
 - Distension abdominale
 - Léthargie
 - Irritabilité
- Les enfants plus âgés et les adolescents sont plus susceptibles d'être atteints d'une tuberculose d'adulte et présentent souvent les symptômes typiques de la maladie⁽²⁾ :
 - Fièvre
 - Sueurs nocturnes
 - Perte de poids
 - Symptômes respiratoires (p. ex. toux, expectorations et parfois hémoptysie)

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.

- Pneumonie⁽⁹⁾
- Infections bactériennes et virales généralisées⁽⁹⁾
- Malnutrition⁽⁹⁾

COMPLICATIONS

La primo-infection peut être associée à des complications, surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

- La lésion parenchymateuse peut grossir et se caséifier, ou les ganglions peuvent augmenter de volume et comprimer une bronche ou en éroder la paroi, ce qui peut se traduire par⁽²⁾ :
 - une respiration sifflante;
 - une pneumonie segmentaire;
 - une atélectasie.
- Formes graves de tuberculose active, y compris la tuberculose du système nerveux central et la tuberculose miliaire⁽²⁾
- 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

Ces 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.

Test cutané à la tuberculine (TCT) et test de libération d'interféron gamma (TLIG)⁽²⁾

- Chez les enfants, les résultats du TCT et du TLIG constituent une part importante de la définition d'un cas clinique de tuberculose, surtout pour l'ILT.
- Pour les enfants, les cultures ne donnent pas de résultats probants; en plus des signes et symptômes cliniques compatibles⁽²⁾, le diagnostic de la tuberculose repose souvent sur la combinaison des éléments suivants :
 - TCT ou TLIG positif
 - Radiographie thoracique anormale
 - Contact connu avec un cas de tuberculose infectieuse.

TCT ou TLIG positif⁽²⁾

- Un TCT ou un TLIG positif ne permet pas de faire la distinction entre une ITL et une tuberculose active.

TCT négatif⁽²⁾

- Un TCT négatif ne permet pas d'exclure la tuberculose.

Pour obtenir des recommandations spécifiques sur l'utilisation du TCT et du TLIG chez l'enfant, consulter le *Tableau 1 : Recommandations pour l'utilisation du TCT et du TLIG chez l'enfant* à l'Annexe, Section A de ce guide.

Échantillons recommandés

N.B. : Il est parfois difficile d'obtenir les expectorations d'un enfant; il pourrait être nécessaire de recourir à une aspiration gastrique ou à l'induction de l'expectoration⁽²⁾.

- 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⁽¹⁰⁾ :
 - 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.

Pour de plus amples renseignements sur la collecte des échantillons d'expectorations, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre II – Maladies transmissibles – Tuberculose*.

Autres analyses de laboratoire⁽¹⁾

- FSC
- Créatinine
- Tests de la fonction hépatique (p. ex. ALT, AST, bilirubine)
- Test sérologique pour le dépistage du VIH

Radiographie

- Il pourrait être nécessaire de faire des radiographies pour confirmer un diagnostic⁽¹⁰⁾ ou pour déterminer la réponse au traitement⁽¹¹⁾.
- La fréquence des radiographies varie selon les cas 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, afin⁽²⁾ :
 - De réduire les taux de morbidité et de mortalité
 - De prévenir la transmission de la maladie
 - De prévenir la pharmacorésistance
 - D'Offrir une guérison durable
- Repérer les contacts du cas par une recherche rétrospective des contacts (c.-à-d. qu'il faut déployer des efforts énergiques en vue de trouver le cas source⁽²⁾); pour de plus amples renseignements à ce sujet, consulter l'*Annexe, Section A* de ce guide.

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

N.B. : Si un cas de tuberculose latente ou active est confirmé, il faut en informer le médecin de la santé publique local responsable⁽¹⁾.

- Un diagnostic d'ITL ou de tuberculose active chez un enfant doit être considéré comme un événement sentinelle et déclencher la recherche du cas source, fort probablement un adulte ou un adolescent en contact étroit avec l'enfant⁽²⁾. Pour de plus amples renseignements, consulter *Prise en charge des contacts* de l'*Annexe, Section A* de ce guide.
- Les soignants proches de l'enfant doivent être évalués pour exclure une tuberculose active⁽²⁾.
- Il convient de mettre en isolement tous les soignants proches jusqu'à ce qu'ils aient été évalués⁽²⁾. Pour de plus amples renseignements sur les recommandations pour l'isolement à domicile, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre II – Maladies transmissibles – Tuberculose*.

Enseignement au client

- Fournir au(x) parent(s)/soignant(s)/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.

Quand faut-il revenir à la clinique ou consulter un médecin?

- Encourager le(s) parent(s)/soignant(s)/client à revenir à la clinique et/ou à consulter un professionnel de la santé dès que possible si l'un des symptômes suivants se manifeste^(1; 2) :
 - Anorexie
 - Nausée ou vomissements
 - Gêne abdominale
 - Fatigue inexplicable

- Signes d'hépatotoxicité (urine foncée, ictère)
- Remettre au(x) parent(s)/soignant(s)/client un plan d'action écrit et clair, incluant les numéros de téléphone des personnes-ressources à contacter si des symptômes se manifestent⁽²⁾.

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'observance du traitement et la surveillance.
- Conseiller au(x) parent(s)/soignant(s)/client de maintenir un état de santé optimal grâce à une alimentation adéquate et à du repos⁽¹²⁾.

Médicaments

Conseiller le(s) parent(s)/soignant(s)/client 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, ainsi que la façon de déceler les effets secondaires avant le prochain rendez-vous;
- des effets secondaires possibles des antituberculeux de première intention (pour de plus amples renseignements, consulter le *Tableau 3 : 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 intitulé *Tuberculosis medication drug and food interactions*, à l'adresse www.heartlandntbc.org/assets/products/tuberculosis_medication_drug_and_food_interactions.pdf);

- de comment avoir accès aux cliniciens et aux services de santé, particulièrement s'il y a des barrières linguistiques ou sociales⁽²⁾;

Pour de plus amples renseignements sur des sujets pouvant intéresser le client, 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.

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

Les antituberculeux sont habituellement prescrits par un spécialiste de la tuberculose de l'enfant. Toutefois, dans certaines provinces/territoires, le traitement peut être initié et/ou prescrit par un autre médecin / une infirmière praticienne. Tous les antituberculeux administrés par voie orale sont fournis aux clients par l'entremise des programmes provinciaux et territoriaux de santé publique.

Chez les enfants de moins de 5 ans infectés par la tuberculose, le risque que la maladie évolue vers une forme grave est élevé. Si une tuberculose est soupçonnée chez un enfant, consulter immédiatement un spécialiste de la tuberculose ou un médecin / une infirmière praticienne afin d'initier, s'il y a lieu, un traitement présomptif⁽²⁾.

Enfant symptomatique

Isolat du cas source non disponible

- Dans le cas d'un enfant asymptomatique pour lequel on ne dispose pas d'un isolat provenant du cas source, prélever des échantillons aux fins de culture et de tests

de pharmacosensibilité avant d’initier un traitement présomptif pour la maladie active⁽²⁾.

Cas source connu

- Dans le cas d’un enfant asymptomatique pour lequel on dispose d’un isolat provenant du cas source, utiliser les résultats des cultures et des tests de pharmacosensibilité du cas source connu pour déterminer le traitement (s’il n’y a pas d’autre source possible)⁽²⁾.

Traitements de première intention

- À moins de contre-indication, les traitements de première intention comprend généralement ⁽²⁾ :
 - L’isoniazide (INH)
 - La rifampicine (RMP)
 - L’éthambutol (EBM)
 - La pyrazinamide (PZA)
- Pour connaître les posologies pour les enfants, consulter le *Tableau 2* à l’*Annexe, Section A* de ce guide.

Enfant asymptomatique

Traitement présomptif

- Afin de prévenir l’installation d’une tuberculose active, un traitement présomptif d’une durée de 8 semaines pour l’infection tuberculeuse latente (ITL) est recommandé pour les enfants de moins de 5 ans qui⁽²⁾ :
 - ont eu un contact étroit avec une personne atteinte d’une tuberculose active;
 - sont asymptomatiques;
 - ont un TCT négatif.
- Pour connaître les médicaments et les posologies recommandées, consulter la section *Infection tuberculeuse latente (ITL)* de ce guide.

TCT négatif⁽²⁾

N.B. : Il faut parfois 8 semaines après l’infection pour que le TCT donne un résultat positif; pendant ce temps, la maladie peut évoluer vers la forme active.

- Si l’enfant est asymptomatique et que le TCT est toujours négatif après 8 semaines, consulter un spécialiste de la tuberculose ou un médecin / une infirmière praticienne pour déterminer s’il convient d’interrompre le traitement, particulièrement pour les enfants immunocompétents de 6 mois ou plus.

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 enfants qui souffrent de diabète, d’insuffisance rénale, de malnutrition, de troubles épileptiques ou d’une infection au VIH, ainsi que chez les adolescentes enceintes ou allaitantes, ou les clients qui abusent de l’alcool ou de drogues.
- Un supplément de pyridoxine est aussi indiqué pour les enfants dont l’alimentation est déficiente en viande et en lait, ainsi que pour les nourrissons qui sont allaités⁽²⁾.

Pyridoxine

- Pyridoxine PO quotidiennement 25 mg (calculer 1 mg/kg/dose; maximum de 25 mg/dose).

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.

Enfant chez qui on soupçonne une méningite tuberculeuse

- Dans le cas des enfants chez qui on soupçonne une méningite tuberculeuse, le spécialiste de la tuberculose ou le médecin / l’infirmière praticienne peut prescrire un anti-inflammatoire comme la dexaméthasone ou la prednisone⁽²⁾.

Éthambutol (EMB)

L'éthambutol (EMB) doit être cessé 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⁽²⁾.

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⁽¹³⁾.

Initiation du traitement de la tuberculose⁽²⁾

- 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.
- Pour que le traitement contre la tuberculose soit efficace, toutes les doses doivent être prises telles que prescrites.
- Un traitement sous observation directe est fortement recommandé pour toute la durée du traitement des enfants. Considérer des solutions de remplacement à un traitement sous observation directe (p. ex. vidéoconférence) lorsque c'est possible.
- Dans le cadre du traitement de la tuberculose, il est primordial de s'assurer que l'enfant avale bien les médicaments. Les enfants tolèrent mal la prise de médicaments et les formules existantes ne sont pas particulièrement agréables pour eux.

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 : 2 mois)⁽¹¹⁾

- À la phase initiale du traitement de la tuberculose active, au moins 3 médicaments efficaces doivent être prescrits si le client est sensible à tous les antituberculeux :
 - INH
 - Rifampicine
 - Pyrazinamide
- Le pyrazinamide (PZA) est le médicament du traitement 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, et/ou les clients souffrant d'une dysfonction hépatique pré-existante légère ou modérée, pourraient ne pas tolérer ce médicament.
- Si une infection résistante aux médicaments est soupçonnée, la consultation d'experts est fortement recommandée.

Phase de continuation du traitement (durée : 4 mois ou plus)⁽¹¹⁾

- Durant la phase de continuation du traitement d'une tuberculose active, au moins 2 médicaments efficaces doivent être administrés.
- 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 dépasserait 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;
 - S'il y a coinfection par le VIH;

- S'il s'agit d'une infection tuberculeuse non respiratoire (p. ex. méningite tuberculeuse) (pour de plus amples renseignements sur la tuberculose non respiratoire⁽¹³⁾, consulter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, Chapitre 7, *La tuberculose non respiratoire*, à l'adresse <http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013>).
- Quand un traitement de deuxième intention est nécessaire, particulièrement si on a affaire à un cas de tuberculose pharmacorésistante⁽¹⁵⁾ (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 <http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/normes-antituberculeuse-2013>).

Infection tuberculeuse latente (ITL)

Le traitement 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.

Durée

- À l'heure actuelle, le traitement standard recommandé pour l'ITL est l'INH, pris quotidiennement pendant 9 mois⁽²⁾.

Rifampicine

Si le cas source est résistant à l'INH ou s'il y a une raison épidémiologique de penser que l'enfant est infecté par une souche résistante à l'INH, il est recommandé d'administrer de la rifampicine pendant 4 mois⁽²⁾.

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 enfants qui souffrent de diabète, d'insuffisance rénale, de

malnutrition, de troubles épileptiques ou d'une infection au VIH, ainsi que chez les adolescentes enceintes ou allaitantes, ou les clients qui abusent de l'alcool ou de drogues. Un supplément de pyridoxine est aussi indiqué pour les enfants dont l'alimentation est déficiente en viande et en lait, ainsi que pour les nourrissons qui sont allaités.

Pyridoxine

- Pyridoxine PO quotidiennement (calculer 1 mg/kg/dose; maximum de 25 mg/dose)

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.

-Pour des renseignements détaillés sur le recours à un traitement plus court à la rifampicine pour traiter l'ITL, consulter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition, Chapitre 6, *Le traitement de l'infection tuberculeuse latente*, Tableau 4.

-D'autres options de traitement pourraient consister en l'administration de rifapentine et d'INH pendant 3 mois.

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

- Pendant le traitement d'une tuberculose active, les clients doivent être vus au moins une fois par mois pour évaluer l'adhérence et la réponse au traitement, ainsi que les effets indésirables⁽¹¹⁾.
- La réponse au traitement doit être évaluée par un examen clinique, par des radiographies et par des analyses microbiologiques⁽¹¹⁾.

- Le suivi microbiologique est considéré la méthode la plus fiable⁽¹¹⁾.
- Pour obtenir d’autres directives, consulter les politiques et procédures provinciales et territoriales.
- Il n’est pas nécessaire de refaire des cultures d’expectorations si l’état clinique de l’enfant s’améliore⁽²⁾.
- Dans le cas des adolescents ou des enfants plus âgés atteints d’une forme de la maladie se rapprochant de celle de l’adulte, des analyses d’expectorations de suivi doivent être faites comme pour les adultes. Pour de plus amples renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Tuberculose*.
- Une radiographie pulmonaire 2 mois après le début du traitement est recommandée pour exclure une extension de la maladie⁽²⁾.
- La fonction hépatique et le poids du client doivent être vérifiés régulièrement, conformément aux directives du médecin / de l’infirmière praticienne.
- Si le poids du client a changé, consulter le médecin / l’infirmière praticienne pour s’assurer que les posologies des médicaments sont ajustées en conséquence, s’il y a lieu⁽²⁾.
- Effectuer un suivi au moins un an après la fin du traitement⁽²⁾.

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)⁽¹¹⁾.
- 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⁽¹¹⁾.

Orientation vers d’autres ressources médicales

- Coordonner la demande de consultation avec un spécialiste des maladies infectieuses de l’enfant⁽¹⁾.
- 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 soupçonnée ou confirmée, le client doit prendre des mesures particulières durant le transport; consulter les politiques et procédures provinciales/territoriales pour connaître les consignes.

Déclaration

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire⁽¹⁴⁾. Suivre les politiques et procédures provinciales/territoriales relatives aux maladies à déclaration obligatoire.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

Prise en charge des contacts⁽²⁾

- Le moyen le plus efficace de prévenir la tuberculose de l’enfant consiste à évaluer et à traiter rapidement les enfants exposés à un adulte contagieux, la source de l’infection. Il arrive qu’on rate des occasions de prévenir des cas de tuberculose de l’enfant :
 - on tarde à diagnostiquer une tuberculose contagieuse;
 - on tarde à signaler un cas source;
 - on n’identifie pas un enfant exposé lors de la recherche de contacts;
 - on ne réussit pas à faire en sorte que le cas source observe le traitement;
 - on ne s’assure pas que la culture est devenue négative;
 - on ne met pas en cours un traitement préventif ou un traitement contre l’ITL chez l’enfant;
 - on ne s’assure pas que l’enfant prend ses médicaments.

- Dans chaque cas de tuberculose active de l'enfant, l'équipe de prise en charge des cas doit déterminer lequel de ces facteurs peut expliquer pourquoi l'enfant a été infecté par le bacille tuberculeux et prendre des mesures correctives pour prévenir des cas similaires dans l'avenir.
- Tous les enfants exposés devraient être soumis à une recherche de symptômes et à un TCT.
- Les enfants de moins de 5 ans, tous les contacts étroits de l'enfant et tous les enfants symptomatiques doivent subir un examen physique et une radiographie pulmonaire.
- Les enfants de moins de 5 ans qui obtiennent un résultat négatif au TCT et qui ne présentent aucun signe de tuberculose active à l'examen ou à la radiographie devraient recevoir un traitement préventif pendant la période de latence sérologique afin d'empêcher l'apparition d'une tuberculose active. Il faut savoir que, après l'infection, le TCT peut prendre jusqu'à 8 semaines pour devenir positif, période pendant laquelle l'ITL peut progresser vers la maladie active.
- Pour les enfants qu'on présume avoir été exposés à une souche pharmacosensible, l'INH est recommandée. Cette dernière peut être interrompue si, 8 semaines après le dernier contact, le deuxième TCT est négatif et si l'enfant demeure asymptomatique, est immunocompétent et est âgé de plus de 6 mois.
- Dans le cas d'un enfant exposé, si le premier TCT est positif et s'il n'existe aucun signe clinique ni radiographique de maladie, il est recommandé d'administrer un traitement complet contre l'ITL.
- Lorsqu'un enfant nouvellement atteint d'une tuberculose active est le cas index, une recherche rétrospective des contacts doit être entreprise.

Recherche rétrospective des contacts⁽²⁾

- La recherche rétrospective des contacts signifie qu'il faut déployer des efforts énergiques en vue de trouver le cas source.
- Même si, la plupart du temps, le cas source est un contact familial, adolescent ou adulte, de l'enfant, il peut aussi s'agir d'un contact non familial, adolescent ou adulte, par exemple une gardienne ou une autre personne qui dispense des soins, que ce soit à l'extérieur ou à domicile.
- La caractérisation moléculaire des isolats de *M. tuberculosis* par génotypage peut permettre l'identification de cas sources qui échappaient auparavant à la détection.
- Si l'enfant est hospitalisé, il est conseillé de soumettre à un dépistage de la tuberculose active les personnes qui lui rendent visite, adolescents ou adultes.

Test cutané à la tuberculine (TCT) et test de libération d'interféron gamma (TLIG) chez l'enfant

TABLEAU 1

Recommandations pour l'utilisation du TCT et du TLIG chez l'enfant⁽¹⁾

TEST	POPULATION CIBLÉE
TCT privilégié (TLIG acceptable)	Enfants de moins de 5 ans
TLIG privilégié, si disponible (TCT acceptable)	Enfants de plus de 5 ans qui ont reçu le vaccin BCG Enfants de plus de 5 ans peu susceptibles de revenir à la clinique pour une lecture du TCT

Pour de plus amples renseignements sur le TCT et le TLIG, consulter le *Guide de pratique clinique de soins aux adultes de la DGSPNI – Chapitre 11 – Maladies transmissibles – Tuberculose*.

TABLEAU 2Posologies des médicaments antituberculeux de première intention chez l'enfant⁽²⁾

MÉDICAMENT	POSOLOGIE QUOTIDIENNE HABITUELLE
Isoniazide	10 mg/kg, maximum de 300 mg
Rifampicine	15 mg/kg, maximum de 600 mg
Pyrazinamide	35 mg/kg, maximum de 2 000 mg
Éthambutol	20 mg/kg, maximum de 1 600 mg

Surveillance des effets secondaires des antituberculeux**TABLEAU 3**Effets secondaires possibles du traitement antituberculeux de première intention⁽¹¹⁾

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

Prévention⁽¹⁶⁾

- Le vaccin bacille Calmette-Guérin (BCG) est le seul vaccin actuellement utilisé pour prévenir la tuberculose miliaire et la méningite tuberculeuse, auxquelles les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement susceptibles.
- À l'heure actuelle, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) ne recommande pas l'administration du vaccin BCG à tous les Canadiens; toutefois, il est recommandé pour les nourrissons des

collectivités des Premières Nations et Inuits ou appartenant à des groupes dont le taux annuel moyen de cultures positives pour la tuberculose pulmonaire a été supérieur à 15 pour 100 000 personnes (tous âges confondus) au cours des trois dernières années OU dont le risque annuel d'infection tuberculeuse est supérieur à 0,1 % si des services de détection précoce et de traitement de la tuberculose ne sont pas disponibles.

Indications pour le vaccin BCG

- À l’heure actuelle, le vaccin BCG est recommandé dans les collectivités à risque élevé, pour les nourrissons chez qui rien n’indique une infection à VIH ou une immunodéficience.
- Si la vaccination est reportée au-delà de l’âge de 6 mois, un TCT doit être fait et un résultat négatif obtenu et consigné au préalable.
- Pour les nourrissons de 2 à 6 mois, une évaluation individuelle des risques et des avantages de l’exécution d’un TCT avant l’administration du vaccin BCG est indiquée.
- Pour de plus amples renseignements sur le vaccin BCG, 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/page-2-vaccin-bacille-calmette-guerin.html>

Contre-indications au vaccin BCG

- Personnes ayant une maladie associée à un déficit immunitaire, y compris l’immunodéficience congénitale, une infection à VIH, un déficit immunitaire attribuable à une affection maligne et une fonction immunitaire altérée par suite d’une corticothérapie, d’une chimiothérapie ou d’une radiothérapie.
- Nourrissons :
 - Mère séropositive pour le VIH
 - Antécédents familiaux d’immunodéficience
- Affection cutanée ou brûlures étendues
- Résultat positif au TCT
- Maladie aiguë grave (les personnes ayant une maladie aiguë bénigne (avec ou sans fièvre) peuvent être vaccinées).

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Alberta Health and Wellness
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
NWT Tuberculosis 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

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/docs/protocols_guidelines/Tuberculosis_Prevention_And_Control_Protocol_2018_fr.pdf

Saskatchewan

Saskatoon Health Region

Tuberculosis Diagnosis and Treatment. À l'adresse <http://www.saskatoonhealthregion.ca/> (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, Orr P, Wobeser W, Cook V et Long R. « 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 <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch14-fra.php>

Rifampin 25mg/mL oral suspension. [Internet] Toronto (ON) : SickKids Pharmacy; avril 2007. Consulté à l'adresse <http://www.sickkids.ca/pdfs/Pharmacy/2692-Rifampin.pdf>

Pyrazinamide 100mg/mL oral suspension. [Internet] SickKids Pharmacy. Toronto (ON) : SickKids Pharmacy; avril 2007. Consulté à l'adresse <http://www.sickkids.ca/pdfs/Pharmacy/2690-pyrazinamide.pdf>

BIBLIOGRAPHIE

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

RÉFÉRENCES

1. Société canadienne de pédiatrie. *La tuberculose*. [Internet] Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2015. Consulté le 13 janvier 2016, à l'adresse <http://www.enfantsneocanadiens.ca/conditions/tuberculosis>
2. Agence de la santé publique du Canada. « La tuberculose chez l'enfant », dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 6 mars 2017, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch9-fra.php#s8>
3. 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>
4. 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; 201, 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>
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. « Tuberculosis », 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. 805 à 831. Consulté à l'adresse <http://redbook.solutions.aap.org/> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

6. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). *Tuberculosis in children in the United States*. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté le 19 janvier 2016, à l'adresse <http://www.cdc.gov>
7. Ontario Lung Association. *Tuberculosis: Information for health care providers*. [Internet] The Lung Association; 2009. Consulté le 13 janvier 2015, à l'adresse <http://www.on.lung.ca>
8. Organisation mondiale de la santé. *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children*. [Internet] Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la santé; 2006. Consulté à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hm_tb_2006_371/en/
9. Newton SM, Brent AJ, Anderson S, Whittaker E et Kampmann B. « Paediatric tuberculosis », *Lancet Infect Dis*. [Internet] New York (NY) : Elsevier Science, The Lancet Pub. Group; 2008, 8(8), p. 498 à 510. Consulté à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804291/>
10. 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 à 63. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch3-fra.php>
11. 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>
12. Hockenberry MJ et Wilson D. « The child with respiratory dysfunction », dans *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 10^e édition, sous la direction de M.J. Hockenberry et D. Wilson. St. Louis (Missouri) : Elsevier Mosby; 2015, p. 1164 à 1251.
13. 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 <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/tb-standards-tb-normes-ch7-fra.php>
14. 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/assets/pdf/tb-standards-tb-normes-ch1-fra.pdf>
15. Long R, Avendano M, Kunimoto D. « Chapitre 8 – La tuberculose pharmacorésistante », dans 2 dans *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. [Internet] Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2014, p. 185 à 219. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/normes-canadiennes-lutte-antituberculeuse-7e-edition/edition-20.html>
16. Agence de la santé publique du Canada. « Vaccin Bacille de Calmette-Guérin (BCG) », dans *Guide canadien d'immunisation : Partie 4 – Agents d'immunisation active*. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consulté le 19 janvier 2017, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-2-vaccin-bacille-calmette-guerin.html>

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. « Pyridoxine (Vitamin B6) ». [Internet] Ottawa (ON) : ON: e-Therapeutics; 2012. 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 (DGSPNI). Avril 2016.

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

MÉNINGITE

APERÇU

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

La méningite est une urgence médicale. Tout client chez qui une méningite est soupçonnée doit être évacué le plus rapidement possible. Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne.

La méningite est une inflammation des méninges, les membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. Bien que la méningite virale soit le type de méningite le plus courant, les premiers symptômes ressemblent à ceux d'une méningite bactérienne; il n'est pas possible de distinguer une méningite virale d'une méningite bactérienne à partir des caractéristiques cliniques^(1; 2). L'incidence de la méningite bactérienne a beaucoup diminué au Canada après la vaccination à grande échelle contre les pneumocoques, contre la bactérie *Haemophilus influenza* de type b (Hib) et contre les méningocoques. Un indice de suspicion de méningite élevé doit être maintenu à l'égard des nourrissons et des enfants présentant des signes de sepsis, particulièrement s'il n'y a pas de foyer d'infection ni d'altération de l'état mental⁽³⁾.

CAUSES

Bactéries

- *Streptococcus* du groupe B, *Escherichia coli* (*E. coli*) et autres bacilles gram négatif⁽⁴⁾
- *Listeria monocytogenes*⁽⁴⁾
- *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*)⁽⁴⁾
- *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*, causant la méningite à méningocoques)⁽⁴⁾
- *Haemophilus influenza* de type B⁽⁴⁾
- *Mycobacterium tuberculosis*⁽⁵⁾

Virus⁽⁴⁾

- Entérovirus non polioomyélitiques (virus Coxsackie A, virus Coxsackie B, échovirus)⁽⁴⁾
- Virus des oreillons
- Virus de l'herpès
- Virus de la rougeole
- Virus de la grippe
- Arbovirus (p. ex. virus du Nil occidental)
- Virus de la chorioméningite lymphocytaire

N.B. : Chez les nouveau-nés, l'infection par le virus de l'herpès simplex (VHS) peut avoir des conséquences dévastatrices, notamment une morbidité importante et même la mortalité⁽⁶⁾. Une infection à VHS diffuse peut ressembler à un sepsis bactérien, et les cliniciens doivent considérer la possibilité d'une infection à VHS néonatale chez les nourrissons malades âgés de moins de 6 semaines.

Champignons⁽⁴⁾

- *Candida*
- *Cryptococcus*
- *Histoplasma*
- *Blastomyces*
- *Coccidioides*

TRANSMISSION, PÉRIODE D'INCUBATION ET CONTAGIOSITÉ

H. influenzae, *N. meningitidis* et *S. pneumoniae* sont les bactéries responsables les plus courantes en dehors de la période néonatale; toutes sont des agents pathogènes des voies respiratoires. Pour de plus amples renseignements, consulter le tableau 1.

TABEAU 1

Transmission, période d'incubation et contagiosité des bactéries responsables de la méningite

BACTÉRIE RESPONSABLE	MODE DE TRANSMISSION	PÉRIODE D'INCUBATION	CONTAGIOSITÉ
<i>H. influenzae</i>	De personne à personne par : - contact direct - gouttelettes salivaires projetées par la toux et les éternuements ⁽⁷⁾	Inconnue; peut-être aussi peu que quelques jours ⁽⁷⁾	- Aussi longtemps que les bactéries sont présentes - Non transmissible dans les 24 à 48 heures après l'administration d'une antibiothérapie appropriée ⁽⁸⁾
<i>N. meningitidis</i>	De personne à personne par : - échange de sécrétions des voies respiratoires et de la gorge à l'occasion de contacts étroits ou prolongés - échange de salive (mode de transmission le plus courant) - contacts familiaux (taux de transmission le plus élevé) ^(9; 10)	2 à 10 jours ⁽¹¹⁾	- 7 jours avant l'apparition des symptômes, jusqu'à ce que la bactérie ne soit plus présente dans les sécrétions du nez et de la bouche - Non transmissible dans les 24 heures après le début d'une antibiothérapie appropriée ⁽¹²⁾ - Le caractère transmissible de <i>N. meningitidis</i> est généralement limité ⁽¹¹⁾
<i>S. pneumoniae</i>	De personne à personne par : - gouttelettes salivaires ⁽¹³⁾	1 à 3 jours ⁽¹³⁾	Inconnue; probablement aussi longtemps que la bactérie est présente dans les sécrétions des voies respiratoires ⁽¹³⁾

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

Origine bactérienne

- Âge; les nourrissons présentent un risque accru de méningite bactérienne par rapport aux autres groupes d'âge⁽¹⁴⁾
- Milieu communautaire⁽¹⁴⁾
- Certains problèmes médicaux⁽¹⁴⁾
- Implants cochléaires⁽¹⁵⁾
- Traumatisme crânien pénétrant⁽¹⁵⁾
- Travailler avec des pathogènes responsables de la méningite⁽¹⁴⁾
- Voyager dans des régions où la méningite est courante⁽¹⁴⁾
- Vaccination incomplète⁽¹⁶⁾

Origine virale

- Les nouveau-nés présentent un risque accru de maladie systémique grave, particulièrement ceux qui ont été infectés par le virus de l'herpès simplex (VHS)⁽²⁾.
- Enfants de moins de 5 ans⁽¹⁾
- Les personnes ayant un système immunitaire affaibli en raison d'une maladie, de la prise de médicaments (p. ex. chimiothérapie) ou d'une récente greffe d'organe ou de moelle osseuse présentent un risque accru de maladie grave⁽¹⁾.

ANAMNÈSE

Revoir les facteurs de risque et recueillir l'anamnèse.

- Infection récente, particulièrement des voies respiratoires ou otiques⁽¹⁵⁾
- Prise récente d'antibiotiques⁽¹⁵⁾
- Antécédents d'immunisation⁽¹⁵⁾

Nourrissons

Les nourrissons présentent souvent des signes et symptômes non spécifiques :

- Fièvre
- Manque d'appétit
- Léthargie
- Vomissements
- Éruption cutanée
- Irritabilité^(2; 15; 16)
- Convulsions^(2; 15)

Enfants plus âgés

Les enfants plus âgés atteints de méningite sont plus susceptibles de présenter des signes et des symptômes plus spécifiques :

- Fièvre^(2; 15)
- Maux de tête^(2; 16)
- Photophobie^(2; 16)
- Nausées^(2; 16)
- Vomissements^(2; 16)
- Confusion⁽¹⁵⁾
- Léthargie⁽¹⁵⁾
- Irritabilité⁽¹⁵⁾
- Raideur de la nuque^(2; 16)
- Altération du degré de conscience^(2; 16)
- Convulsions⁽²⁾

Origine sociale

Contact connu avec une personne atteinte de la méningite⁽³⁾

SIGNES PHYSIQUES

Effectuer un examen physique complet (y compris un examen complet de la tête, de la nuque et de l'état neurologique) en utilisant l'approche IPPA.

- Température élevée ou hypothermie chez les nourrissons⁽¹⁵⁾
- Détresse respiratoire⁽¹⁵⁾
- Fontanelle bombée⁽¹⁵⁾
- Signes neurologiques focalisés :
 - Photophobie^(2; 15)
 - Raideur de la nuque (plus probable chez les enfants plus âgés)^(2; 15)
 - Signe de Brudzinski positif chez les enfants de plus de 12 mois (flexion spontanée de la hanche à la flexion passive de la nuque)^(2; 15)
 - Signe de Kernig positif chez les enfants de plus de 12 mois (douleur à l'extension passive du genou et à la flexion de la hanche)^(2; 15)
- Éruption pétéchiale, avec ou sans purpura⁽¹⁵⁾
- Le cortège de symptômes comprenant l'hypertension, la bradycardie et la dépression respiratoire constitue un signe tardif d'élévation de la pression intracrânienne⁽¹⁵⁾.
- État de choc⁽¹⁵⁾ (pour plus de renseignements, consulter le *Guide de pratique clinique de soins pédiatriques et des adolescents de la DGSPNI – Chapitre 20 – Urgences générales et traumatismes majeurs – Choc*).

N.B. : Mesurer la circonférence de la tête des enfants âgés de moins de 18 mois⁽¹⁵⁾.

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.

- Bactériémie⁽¹⁷⁾
- Endocardite bactérienne avec embolie⁽¹⁵⁾
- Tumeur cérébrale⁽¹⁵⁾
- Abscès du système nerveux central⁽¹⁵⁾
- Tuberculose du système nerveux central⁽¹⁷⁾
- Vascularite cérébrale⁽¹⁷⁾
- Sepsis⁽¹⁷⁾
- Empyème sous-dural⁽¹⁵⁾

COMPLICATIONS⁽¹⁸⁾

- Altération de l'état mental
- Œdème cérébral et élévation de la pression intracrânienne
- Convulsions
- Déficits focalisés (p. ex. perte auditive, paralysie des nerfs crâniens, hémiparésie ou quadriparésie)
- Ataxie
- Anomalies cérébrovasculaires
- Déficience neuropsychologique ou trouble du développement
- Épanchement ou empyème sous-dural
- Hydrocéphalie
- Dysfonction hypothalamique
- Choc septique
- 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. Consulter l'établissement destinataire pour déterminer si des analyses de laboratoires doivent être faites avant le transfert.

Laboratoire

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

Hémocultures

- Obtenir 2 échantillons de sang pour des hémocultures⁽¹⁵⁾ avant d'entreprendre une antibiothérapie en cas de méningite soupçonnée. On augmente ainsi les chances de parvenir à isoler le micro-organisme en cause.
- Il est primordial de disposer d'un volume de sang suffisant pour déterminer s'il y a bactériémie. Le volume de sang optimal pour les hémocultures varie selon l'âge.

Pour en savoir davantage à propos des prélèvements aux fins d'hémoculture, y compris les volumes de sang requis, consulter les lignes directrices provinciales/territoriales concernant les analyses de laboratoire.

Autres analyses de laboratoire

- FSC⁽¹⁵⁾
- Électrolytes⁽¹⁵⁾
- Créatinine⁽¹⁵⁾
- Glycémie⁽¹⁵⁾
- Urée⁽¹⁵⁾
- Culture et antibiogramme de gorge, si indiqué selon l'état clinique⁽¹⁶⁾
- Culture et antibiogramme d'urine⁽¹⁶⁾

Radiographie

Radiographie thoracique, selon l'état clinique du client⁽¹⁶⁾

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

- Traiter l'infection
- Prévenir/traiter les complications
- Empêcher l'infection de se propager

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

Interventions

- Ne rien administrer par voie orale, selon le degré de conscience de l'enfant
- Réévaluer fréquemment l'état neurologique et consigner les évaluations selon l'échelle de coma de Glasgow
- Examiner les fontanelles
- Surveiller l'apport liquidien et le débit urinaire
- Administrer de l'oxygène au besoin

Enseignement au client⁽¹⁹⁾

- Offrir à l'enfant et au(x) parent(s)/soignant(s) un soutien affectif; il s'agit d'un facteur extrêmement important, compte tenu de la nature soudaine de la maladie;
- Expliquer qu'il est normal que la méningite se manifeste soudainement.

On trouve d'autres renseignements à l'intention des parents/soignants à l'adresse : <http://www.about-kidshealth.ca/Fr/HealthAZ/ConditionsandDiseases/InfectiousDiseases/Pages/Meningitis.aspx>

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.

Maintien continu de l'équilibre hydroélectrolytique en cas de méningite

- Mettre en place un accès intraveineux (IV) périphérique.
- S'il est impossible de mettre en place une ligne intraveineuse, utiliser une aiguille intraosseuse (IO)⁽³⁾ conformément aux politiques/procédures provinciales/territoriales.
- Il importe de bien maintenir l'équilibre hydroélectrolytique en cas de méningite⁽²⁰⁾.

- Dans le cas des enfants qui ne sont pas en état de choc ou d'hypovolémie, l'apport liquidien doit être restreint, en consultation avec un médecin / une infirmière praticienne⁽²⁰⁾.

N.B. : Un œdème généralisé constitue un important facteur de risque de résultats indésirables graves de la méningite.

Administration immédiate d'un traitement de remplacement liquidien si l'enfant présente des signes de déshydratation ou d'état de choc au moment de la consultation

- Si l'enfant présente des signes de déshydratation ou d'état de choc, consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne.
- Traiter l'état de choc au moyen d'un bolus rapide de chlorure de sodium à 0,9 % IV/IO, à raison de 20 ml/kg administrés sur une période de 10 à 20 minutes.
- Administrer jusqu'à 4 bolus, au besoin, si l'état du client ne s'améliore pas et qu'il n'y a **AUCUN** signe de surcharge de volume^(21; 22).
- Après l'administration d'un traitement de remplacement liquidien, maintenir l'équilibre hydroélectrolytique de façon continue, en consultation avec le médecin / l'infirmière praticienne.

Pour connaître les besoins liquidiens d'entretien, consulter le *Tableau 1* de l'*Annexe, Section A* de ce guide.

Maintien de l'équilibre hydroélectrolytique si l'enfant présente des signes de pression intracrânienne accrue ou un œdème généralisé

- Consulter immédiatement un médecin / une infirmière praticienne si l'enfant présente des signes de pression intracrânienne accrue, soit :
 - Une note de 9 sur l'échelle de coma de Glasgow ou une baisse de 3 points sur cette même échelle
 - Bradycardie relative et hypertension
 - Signes neurologiques focalisés

- Posture ou mouvements anormaux
- Pupilles inégales, dilatées ou peu réactives
- Œdème papillaire
- Fontanelle bombée
- Absence de réaction à des stimuli douloureux

Antibiothérapie

- Instaurer immédiatement une antibiothérapie si une méningite bactérienne est soupçonnée. L'administration rapide d'une antibiothérapie empirique est impérative pour assurer l'efficacité du traitement; le pronostic de la méningite dépend du traitement de l'infection avant l'apparition d'une maladie grave⁽¹⁶⁾.
- Pendant que le client attend l'évacuation médicale, et en consultation avec l'établissement destinataire ou le médecin / l'infirmière praticienne, il peut être nécessaire d'amorcer une antibiothérapie empirique.
- Le traitement empirique peut comprendre 2 ou 3 antibiotiques :
 - cefTRIAXone IV (à éviter si le client est âgé de 3 mois ou moins, pour éviter le risque d'hyperbilirubinémie) ou céfoTAXime IV combiné avec la vancomycine IV
 - On peut aussi administrer de l'ampicilline IV pour éradiquer la bactérie *Listeria* si le client est immunodéficient et à risque⁽¹⁶⁾.

Traitement pour les nouveau-nés (nourrissons <1 mois) 28

Ampicilline plus céfoTAXime
(Voir les dosages ci-dessous)

Nouveau-nés ≤ 7 jours

Ampicilline

- Pour les nourrissons pesant 2 kg ou moins: ampicilline 100 mg/kg/ jour IV divisée q 12h
- Pour les nourrissons pesant plus de 2 kg: ampicilline 150 mg/kg/jour IV divisé q 8h
- Si on soupçonne une infection à streptocoque du groupe B (SGB): ampicilline 200 mg/kg/jour IV divisée q 8h

PLUS

céfoTAXime (Claforan)

- Pour les nourrissons pesant moins de 2 kg: céfoTAXime 100 mg/kg/ jour IV divisé q 12h
- Pour les nourrissons pesant 2 kg ou plus: céfoTAXime 100-150 mg/kg/ jour IV divisé q 8h

Nouveau-nés > 7 jours

Ampicilline

- Pour les nourrissons pesant moins de 1,2 kg: ampicilline 100 mg/kg/jour IV divisé q 12h
- Pour les nourrissons pesant entre 1,2 et 2 kg: ampicilline 150 mg/kg/ jour IV divisé q 8h
- Pour les nourrissons pesant plus de 2 kg: ampicilline 200 mg/kg/jour IV divisée q 6h
- Si on soupçonne une infection à streptocoque du groupe B (SGB): ampicilline 300 mg à 400 mg/kg/ jour IV divisée q 4 à 6 h

PLUS

céfoTAXime (Claforan)

- Pour les nourrissons pesant entre 1,2 et 2 kg: céfoTAXime 150 mg / kg / jour IV divisé q 8h
- Pour les nourrissons pesant plus de 2 kg: céfoTAXime 150-200 mg / kg / jour IV divisé q 6h à 8h

Traitement empirique pour les enfants de quatre semaines et plus 16

Vancomycine plus céfoTAXime (pour les enfants de 3 mois ou moins)

ou

Vancomycine plus cefTRIAXone (pour les enfants de plus de 3 mois)

(Voir les dosages ci-dessous)

- vancomycine 60 mg/kg/jour IV divisée q 6h; dose maximale 4g /jour

PLUS un des médicaments suivant:

- céfoTAXime 300 mg/kg/ jour IV q 6 h; dose maximale de 8 g/jour à 12 g/jour
- ou
- cefTRIAXone 100 mg/kg IV au moment du diagnostic; répéter la dose de 100 mg/kg IV à 12 h, puis ensuite, 100 mg/ kg/jour IV divisé q12 h; dose maximale 4 g/jour. (La voie intramusculaire peut être utilisée si la voie intraveineuse n'est pas immédiatement disponible)

Si *Listeria monocytogenes* est soupçonné en raison d'une immunodépression sous-jacente, l'ampicilline IV doit être ajoutée.

Ampicilline

- ampicilline 300 mg/kg/jour IV divisée q 4 h à 6 h; dose maximale 12 g/jour

Pour les clients qui ne peuvent pas recevoir de vancomycine ou une céphalosporine de troisième génération en raison d'une contre-indication (par exemple, des allergies), l'avis d'un expert en maladies infectieuses doit être recherché. Chez tous les patients, le traitement devrait continuer jusqu'à ce que les résultats de la sensibilité reviennent.

Traitement anti-inflammatoire

La dexaméthasone est indiquée pour traiter une méningite bactérienne soupçonnée s'il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation de stéroïdes.

Nourrissons et enfants de plus de 2 mois

Dexaméthasone

- Dexaméthasone IV q6 h (calculer 0,6 mg/kg en 24 heures, divisé en q6h; maximum de 20 mg/dose)
- Administrer la première dose de dexaméthasone immédiatement avant la première dose d'antibiotiques ou dans les 30 minutes qui suivent(16).

Analgsiques/antipyrétiques

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. Consulter le médecin / l'infirmière praticienne, particulièrement s'il s'agit d'un enfant de moins de 3 mois.

Acétaminophène(23)

- Acétaminophène 10 à 15 mg/kg/dose PO q4 à 6 h PRN
- Maximum selon toutes les sources : acétaminophène 75 mg/kg/jour ou 4 000 mg/jour, selon la plus faible de ces valeurs.

Ibuprofène(23)

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 40 mg/kg /jour ou 1 200 mg par jour selon la plus faible de ces valeurs. Sous la supervision d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, des doses quotidiennes ≤ 2 400 mg peuvent être administrées.

- Surveiller le degré de conscience et les signes neurologiques focalisés, selon l'état clinique du client.
- Surveiller l'apport liquidien et le débit urinaire.

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 tel qu'indiqué par l'état du client, y compris la saturation en oxygène.

SUIVI

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Prévoir une évacuation médicale d'urgence.

Déclaration

La méningite 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 la rubrique *Lignes directrices provinciales/territoriales* à l'Annexe, Section B de ce guide.

ANNEXE

SECTION A : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE

TABLEAU 1

Besoins liquidiens (base horaire)

CALCUL
<ul style="list-style-type: none"> - 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
**Maximum de 100 ml par heure ou 2 400 ml en 24 h pour assurer le maintien de l'équilibre liquidien
EXEMPLES
<ul style="list-style-type: none"> - Pour un enfant de 10 kg : $10 \text{ kg} \times 4 \text{ ml/kg/heure} = 40 \text{ ml/heure}$ - Pour un enfant de 15 kg : $(10 \text{ kg} \times 4 \text{ ml/kg/heure}) + (5 \text{ kg} \times 2 \text{ ml/kg/heure}) = 50 \text{ ml/heure}$ - Pour un enfant de 25 kg : $(10 \text{ kg} \times 4 \text{ ml/kg/heure}) + (10 \text{ kg} \times 2 \text{ ml/kg/heure}) + (5 \text{ kg} \times 1 \text{ ml/kg/heure}) = 65 \text{ ml/heure}$

Prévention et contrôle

Les vaccins constituent la pierre angulaire de la prévention et du contrôle de la méningite bactérienne⁽²⁴⁾.

Méningite causée par *Haemophilus influenzae*

- Au Canada, le vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) est administré depuis 1998 dans le cadre des programmes publics de l'ensemble des provinces et territoires.
- Le type de vaccin et le calendrier d'immunisation varie d'une province à l'autre; toutefois, le vaccin est généralement administré à 2, 4, 6 et 18 mois, en même temps que le vaccin DTC.
- Grâce à l'immunisation systématique, la méningite causée par *H. influenzae* est aujourd'hui très rare et survient principalement chez des enfants non immunisés ou partiellement immunisés, ou chez des personnes immunodéficientes. La maladie attribuable à d'autres sérogroupes (c.-à-d. autres que le type B) est en hausse partout au Canada, et particulièrement au sein des populations du Nord⁽¹⁶⁾.

Méningite causée par *Neisseria meningitidis* (méningite à méningocoques)

- L'incidence des maladies à méningocoques chez les enfants et les adultes a diminué considérablement depuis l'instauration de programmes d'immunisation systématique contre les méningocoques du séro-groupe C⁽¹⁶⁾.
- L'effet de l'introduction du vaccin conjugué quadrivalent contre les méningocoques A, C, Y et W chez les adolescents n'est pas encore connu⁽¹⁶⁾.

Méningite causée par *Streptococcus pneumoniae* (méningite à pneumocoques)

- L'incidence de la méningite à pneumocoques a aussi beaucoup diminué dans tous les groupes d'âge depuis l'instauration d'un programme d'immunisation systématique contre *S. pneumoniae*⁽¹⁶⁾.

- Des programmes publics d'immunisation des nourrissons contre *S. pneumoniae* sont offerts dans l'ensemble des provinces et territoires depuis 2005.
- En 2011, le vaccin conjugué heptavalent (VPC7) a été remplacé par un vaccin conjugué 13-valent (VPC13) dans l'ensemble des provinces et territoires⁽¹⁶⁾.

Chimioprophylaxie pour les contacts familiaux

Méningite causée par *Haemophilus influenzae*⁽²⁵⁾

- Aucune chimioprophylaxie n'est nécessaire pour les contacts familiaux des cas d'infection invasive à Hib si ces contacts ont reçu toute la série de vaccins protégeant contre Hib. Si certains contacts familiaux sont âgés de moins de 48 mois et ne sont pas complètement immunisés, consulter les autorités de santé publique locales.

Méningite à méningocoques

- Proposer une chimioprophylaxie à toutes les personnes ayant eu des contacts étroits avec le cas de méningococcie invasive (MI) entre 7 jours avant l'apparition des symptômes et 24 heures après l'instauration d'un traitement efficace, quel que soit leur état d'immunisation⁽²⁶⁾.
- Les personnes ayant eu des contacts étroits avec un cas d'infection à méningocoques courent un risque accru de contracter une MI; ce risque est le plus élevé pour les contacts familiaux.
- Les personnes suivantes (quel que soit leur état d'immunisation) devraient recevoir une chimioprophylaxie; si le séro-groupe méningococcique responsable de la MI peut être prévenu par un vaccin, elles devraient aussi être considérées pour une immunoprophylaxie :
 - Contacts familiaux d'un cas de MI
 - Personnes qui ont dormi dans le même lit qu'un cas de MI
 - Personnes qui ont eu contact direct par le nez ou la bouche avec les sécrétions salivaires ou nasales d'un cas de MI (p. ex. baiser sur la bouche, partage d'une cigarette ou d'une bouteille)

- Enfants et personnel qui ont été en contact avec un cas de MI dans une garderie ou à l'école
- Les personnes suivantes devraient recevoir une chimioprophylaxie seulement; une immunoprophylaxie n'est pas nécessaire.
 - Travailleurs de la santé ayant eu un contact étroit non protégé (sans porter un masque) avec un patient infecté (p. ex. intubation, réanimation ou examen rapproché de l'oropharynx).
 - Passagers d'un vol assis directement à côté du cas (mais pas ceux qui étaient assis de l'autre côté de l'allée), si la durée totale du séjour à bord de l'avion était d'au moins 8 heures.
 - Contacts étroits d'un cas de MI attribuable à un sérotype ne faisant pas partie des vaccins antiméningococciques, ou d'un cas index dont le sérotype n'a pas été déterminé.
 - Contacts étroits déjà vaccinés qui ne satisfont pas aux critères de revaccination énoncés ci-dessus.

Chimioprophylaxie

Proposer une chimioprophylaxie aux contacts de cas atteints d'une méningite à méningocoques de l'UNE des façons suivantes⁽²⁷⁾ :

Rifampicine

Nourrissons de moins de 1 mois :

- Rifampicine PO BID pendant 2 jours (calculer 5 mg/kg/dose)

Nourrissons et enfants de 1 mois ou plus :

- Rifampicine PO BID pendant 2 jours (calculer 10 mg/kg/dose; maximum de 600 mg/dose)

Adultes

- Rifampicine 600 mg PO BID pendant 2 jours
- ou
- Ciprofloxacine 500 mg PO, une dose

cefTRIAxone

Enfants de moins de 12 ans :

- cefTRIAxone 125 mg IM, une dose

Adolescents et adultes de 12 ans ou plus :

- cefTRIAxone 250 mg IM, une dose

Femmes enceintes :

N.B. : La cefTRIAxone est l'agent de choix pour les femmes enceintes. La rifampicine et la ciprofloxacine ne sont pas recommandées durant la grossesse.

Méningite pneumococcique

Il n'est pas nécessaire d'administrer une chimioprophylaxie après l'exposition.

SECTION B : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Lignes directrices provinciales/territoriales

Alberta

Ministère de la Santé de l'Alberta
Public Health Notifiable Disease Guidelines: Meningococcal Disease, Invasive (IMD).
 À l'adresse <https://open.alberta.ca/publications/meningococcal-disease-invasive-imd>
 (en anglais seulement)

Colombie-Britannique

BC Centre for Disease Control
Communicable Disease Control Manual: Meningococcal Disease. À l'adresse <http://www.bccdc.ca/dis-cond/comm-manual/CDManualChap1.htm>
 (en anglais seulement)

Manitoba

Santé publique et Soins primaires *Communicable Disease Management Protocols: Invasive Meningococcal Disease (Neisseria meningitidis).*
 À l'adresse <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/index.html> (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador

Santé et Services communautaires
CDC Information for Health Professionals: Disease Control Manual: Section 3, Diseases Preventable by Routine Vaccination. À l'adresse <http://www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/control.html> (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

Santé et Mieux-être
Communicable Diseases Manual: Communicable Disease Manual: Meningococcal Disease – Invasive (IMD). À l'adresse <http://novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/Meningococcal-Disease-Invasive.pdf> (en anglais seulement)

Yukon

Communicable Disease Control: Meningococcal Disease. À l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_meningococcal.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

- Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Viral Meningitis ». [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté le 27 août 2015, à l'adresse <http://www.cdc.gov/meningitis/viral.html>
- Di Pentima C. « Viral meningitis: Clinical features and diagnosis in children ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UptoDate; 2015. Consulté à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
- NSW Ministry of Health. Office of Kids and Health. « Infants and children: Acute management of bacterial meningitis: Clinical practice guideline ». [Internet] North Sydney, NSW (AU) : NSW Ministry of Health; 2014. Consulté le 23 juillet 2015, à l'adresse https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014_013.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Meningitis ». [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2016. Consulté le 6 juin 2016, à l'adresse <http://www.cdc.gov/meningitis/index.html>
- Fisher D et Elwood K. « Chapter 7 - Nonrespiratory Tuberculosis ». *Canadian Tuberculosis Standards*, 7^e édition. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté à l'adresse <http://www.cdc.gov/meningitis/index.html>
- Allen UD et Robinson JL. « Prevention and management of neonatal herpes simplex virus infections ». *Paediatr Child Health*. 19 avril 2014, (4): p. 201 à 212.
- Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Haemophilus influenzae disease (including Hib) ». [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté le 6 mai 2016, à l'adresse <http://www.cdc.gov/hi-disease/about/causes-transmission.html>
- Agence de la santé publique du Canada. « Infection à Haemophilus influenza - Professionnels de la santé ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté le 4 décembre 2016, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/maladies-pouvant-etre-prevenues-vaccination/infection-a-haemophilus-influenzae.html>
- Indiana State Department of Health. « Meningococcal disease (meningococcal meningitis or meningococemia) ». [Internet] Indianapolis (IN, É.-U.) : Indiana State Department of Health. Consulté le 6 mai 2016, à l'adresse <http://www.state.in.us/isdh/23305.htm>

10. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Meningococcal Disease ». [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2015. Consulté le 6 mai 2016, à l'adresse <http://www.cdc.gov/meningococcal/about/causes-transmission.html>
11. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Meningococcal disease (US) », dans *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Disease: The Pink Book*, sous la direction de Hamborsky J, Kroger A et Wolfe S. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.); 2015; p. 241 à 246. Consulté à l'adresse <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/ mening.pdf>
12. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. « Invasive Meningococcal Disease. In: 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 18 janvier 2017, à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/meningococcal_chapter.pdf
13. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Pneumococcal disease », dans *Pink Book: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*, 13^e édition. [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté en septembre 2015, à l'adresse <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pink-book/downloads/pneumo.pdf>
14. Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.). « Bacterial Meningitis ». [Internet] Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Consulté le 24 novembre 2015, à l'adresse <http://www.cdc.gov/meningitis/bacterial.html>
15. Kaplan SL. « Bacterial meningitis in children older than one month: Clinical features and diagnosis ». [Internet] Waltham, MA (É.-U.) : UpToDate; 2015. Consulté à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
16. Le Saux N. « Guidelines for the management of suspected and confirmed bacterial meningitis in Canadian children older than one month of age ». *Paediatr Child Health*. Mars 2014; 19(3) p.141 à 152.
17. Porter R.S. et Kaplan JL (directeurs). « The Merck Manual of Diagnosis and Therapy ». 19^e édition. Whitehouse Station (NJ) : Merck Sharp & Dohme Corp. 2011.
18. Kaplan SL. « Bacterial meningitis in children: Neurologic complications ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2015. Consulté à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
19. Rodgers CC. « The child with cerebral dysfunction », dans *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 10^e édition, sous la direction de M.J. Hockenberry et D. Wilson. St. Louis (Missouri) : Elsevier Mosby, 2015 p. 1425 à 1492.
20. Kaplan SL. « Bacterial meningitis in children older than one month: Treatment and prognosis ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2016. Consulté le 5 janvier 2017, à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
21. Waltzman M. « Initial management of shock in children ». [Internet] Waltham (MA, É.-U.) : UpToDate; 2015. Consulté le 6 décembre 2016, à l'adresse <https://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).
22. Chameides L, Samson R, et Schexnayder SM (directeurs). « Lignes directrices canadiennes 2015 en réanimation et premiers soins - Soins avancés en réanimation pédiatrique ». Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. 2015.
23. « Ibuprofen: Pediatric drug information ». [Internet] Waltham, (MA, É.-U.) : UpToDate; 2017. Consulté le 27 mars 2017 à l'adresse <http://www.uptodate.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

24. Popovic T, Gloria A, et Facklam R. « Laboratory Manual for the Diagnosis of Meningitis caused by *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* ». *International Journal of Epidemiology*, 71; 2011 doi:10.1007/SpringerReference_301104.

25. Agence de la santé publique du Canada. « Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active. Vaccin contre *Haemophilus Influenzae* de type B ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consulté le 7 décembre 2016, à l'adresse <http://healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=5>

26. Agence de la santé publique du Canada. « Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active. Vaccin contre le méningocoque ». [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Consulté le 6 décembre 2016, à l'adresse <http://healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/4-canadian-immunization-guide-canadien-immunisation/index-fra.php?page=13#p-4c12a5m>

27. Agence de la santé publique du Canada. « Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques ». Recommandations relatives à la chimioprophylaxie. [Internet] Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada; 2005. Consulté le 7 décembre 2016, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s1/chap10-fra.php>

28. LeSaux, N. Méningite bactérienne. Association des pharmaciens du Canada. [Internet] Ottawa, ON: RxTx; 2018. Cité le 28 mai 2018 (code d'utilisateur et mot de passe requis).

AUTRES SOURCES

Association des pharmaciens du Canada. « Ampicilline ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2008 [cité le 31 août 2015]. Consulté à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Association des pharmaciens du Canada. « Céfotaxime (Claforan) ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2014. Consulté le 31 août 2015, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Association des pharmaciens du Canada. « cefTRIAxone ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2015. Consulté le 31 août 2015, à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

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.

Association des pharmaciens du Canada. « Corticostéroïdes systémiques ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2011. Consulté le 31 août 2015 à l'adresse <https://www.e-therapeutics.ca> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

Association des pharmaciens du Canada. « Vancomycine ». [Internet] Ottawa (ON) : e-Therapeutics; 2013. Consulté le 31 août 2015, à l'adresse <https://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 (DGSPNI). Avril 2016.

« Acétaminophen ». [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).

« Cefotaxime ». [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).

« Ceftriaxone ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 31 août 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Dexamethasone ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 31 août 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).

« Vancomycin ». [Internet] Hudson (OH) : Lexi-Comp. Inc.; 2015. Consulté le 31 août 2015, à l'adresse <http://online.lexi.com> (code d'utilisateur et mot de passe requis).