



République Tunisienne
ministère de la Santé



Les protocoles de soins

pour une meilleure prise de décision

Guide destiné aux médecins scolaires



Préface

Les auteurs de ce guide "*Les protocoles de soins, pour une meilleure prise de décision*" ont souhaité offrir un document d'appui pour les médecins scolaires. Il s'agit d'un ouvrage bref, mais couvrant les principales pathologies rencontrées en milieu scolaire. Ils l'ont voulu pratique, comme en témoignent les nombreux algorithmes et encadrés dans lesquels ils livrent rappels et définitions, ainsi que les conduites à tenir qu'ils ont rapportés au fil des thématiques traitées (hygiène, dermatologie, ophtalmologie, ORL, parasitologie et pédiatrie). Le choix des conceptions montre qu'ils ont aussi souhaité que leur ouvrage soit agréable à consulter. L'observation de ce guide reste volontaire.

Par ailleurs, les auteurs n'ont pas la prétention de se substituer aux guides spécialisés que produisent les instances, discipline par discipline. Ils ne visent pas plus à remplacer les consensus.

Le programme Essaha Aziza s'est associé à la Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire pour la réalisation de ce guide.

Equipe de rédaction

Experts :

Hygiène hospitalière :

- Hella Souilah Daghfous, Médecin hygiéniste, chef de service, I. Kassab
- Ahlem Gzara Zargouni, Médecin hygiéniste, directrice, DMSU

Dermatologie :

- Dalenda Kallel, Médecin principal des hôpitaux, H. Rabta
- Anissa Zaouak, Maitre de conférence agrégé, H. Habib Thameur

Ophthalmologie :

- Leila Nacef, Professeure, cheffe de service, I. Hédi Raies d'ophtalmologie
- Ines Malek, Professeure, I. Hédi Raies d'ophtalmologie
- Manel Mekni, Assistante hospitalo-universitaire, I. Hédi Raies d'ophtalmologie

ORL :

- Ines Hriga, Professeure, H. Habib Thameur

Parasitologie :

- Kalthoum Kallel, Professeure, cheffe de service, H. Rabta
- Aicha Kallel, Maitre de conférence agrégé, H. Rabta

Pédiatrie :

- Monia Khémiri, Professeure, cheffe de service, H. d'Enfants de Tunis
- Emna Barkaoui, Pédiatre, cheffe de service, PMI Ezzouhour

Membres :

- Lotfi Ben Hamouda, Médecin dentiste, Inspecteur divisionnaire, DMSU
- Sonia Khedhri, Médecin principal, chef de service, DMSU
- Mejda Amara, Médecin principal, sous-directeur, DMSU
- Inayette Kobbi, Médecin major, chef de service, DMSU
- Saloua Bedhief, Médecin major, DMSU
- Besma Ben Nejma, Médecin major, CI Fouchana
- Saloua Ghannouchi, Médecin major, CSU Manouba
- Nawel Guedri, Médecin principal, chef de service scolaire, DRS Tunis
- Khadija Zitoun, Médecin principal, chef de circonscription, Ouerdia
- Dalila Hachani, Médecin principal, chef de circonscription, Omrane
- Aida Ben Tkhayat, Nutritionniste major, DMSU
- Sondos Charfeddine, Hygiéniste major, DMSU
- Samia Dhouibi, Infirmière principale, DMSU
- Mahbouba Hanachi, Hygiéniste major, DMSU
- Amel Zebda, Hygiéniste principal, DMSU

Equipe de coordination

- Dr Ahlem Gzara Zargouni
- Dr Sonia Khedhri

Equipe de conception

- Dr Ahlem Gzara Zargouni
- Dr Lotfi Ben Hammouda
- Dr Sonia Khedhri

Secrétariat

- Mme Faouzia Lahouel

Conseiller en communication

- M. Moujib Errahmen Khaldi

Sommaire

Mesures complémentaires d'hygiène

• Les précautions respiratoires	06
• L'hygiène des mains	08
- Le lavage simple des mains.....	08
- La friction hydro-alcoolique.....	10

Dermatologie

• La pédiculose du cuir chevelu.....	12
• La gale	14
• L'impétigo.....	16
• Les teignes	18
• L'acné juvénile	20
• La leishmaniose cutanée.....	22

Ophthalmologie

• L'œil rouge	24
• Le dépistage des troubles de la réfraction.....	26
• Les pathologies courantes des annexes	28
• Les urgences ophthalmologiques.....	30

ORL

• Le dépistage de la surdité et de l'hypoacusie	32
• Les otites	34
• Les angines érythémateuses et érythémato-pustacées	36

Parasitologie

• Généralités	38
• Traitements des parasitoses intestinales et urinaires	40

Pédiatrie

• Le purpura fulminans méningococcique	42
• Les oreillons	44
• Les éruptions fébriles de l'enfant	46
- Les exanthèmes vésiculo-pustuleux	48
○ Varicelle	48
○ Syndrome mains-pieds-bouche	49
- Les exanthèmes maculo-papuleux	50
○ Rougeole	50
○ Rubéole	51
○ Scarlatine	52
○ Mégalérythème	53
○ Roséole	54

Les précautions respiratoires

Pour la communauté



Pour le malade

Se couvrir la bouche et le nez, si toux ou éternuement, avec un mouchoir en papier à usage unique, jeté immédiatement dans une poubelle, ou à défaut avec le pli du coude ou la manche



Porter un masque si contact avec d'autres personnes, tout en précisant que la durée maximale de son utilisation est de 3h
C'est un masque à usage unique, à retirer dès qu'il n'est plus nécessaire et à jeter immédiatement dans une poubelle



Objectif du port du masque par le malade : **éviter, lors de l'expiration de celui qui le porte**, la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » ou « aérienne »

Eviter les contacts avec autrui :

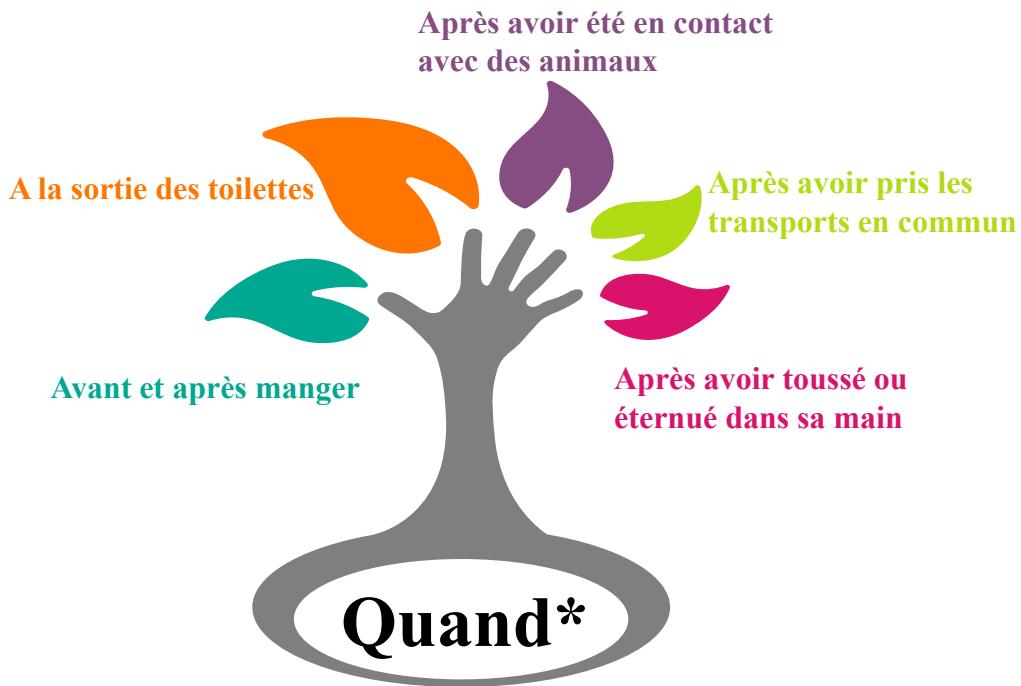
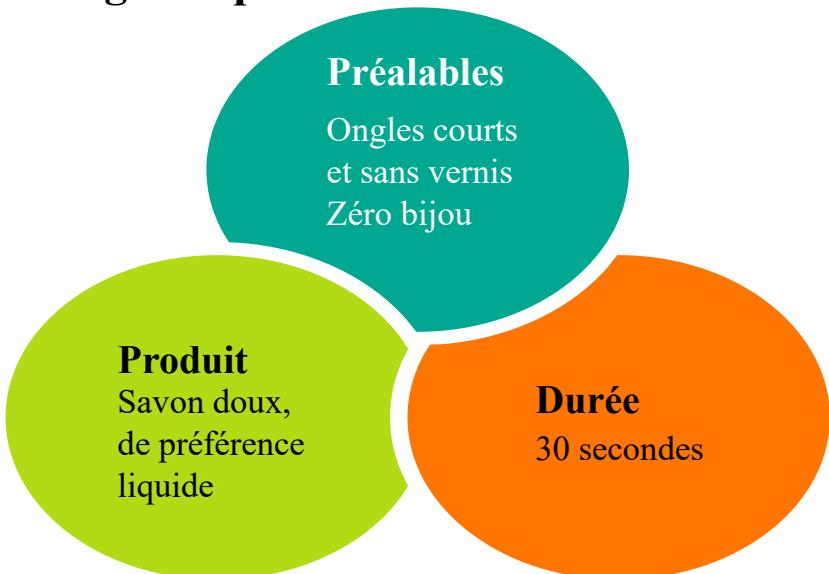
- Eviter les lieux publics
- Eviter embrassades, accolades et poignées de mains
- Eviter le partage des objets

Eviter de se toucher le visage (yeux, bouche, nez)

Se laver fréquemment les mains

L'hygiène des mains

Le lavage simple des mains

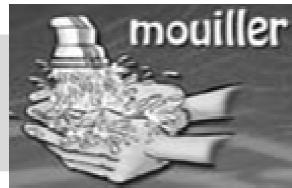


*Liste non exhaustive, mais les situations les plus fréquentes

Technique

Mouiller

Mouiller mains et poignets abondamment



savonner

Prendre une dose de savon
(1 seul coup de pompe)

Savonner



Frotter

Frotter mains et poignets pendant
15 secondes minimum

frotter



nettoyer les ongles

Frotter le bout des doigts
dans la paume de la main
opposée

Nettoyer les ongles



Rincer

Rincer abondamment doigts
écartés et paumes dirigées vers le
haut



Fermer avec du papier

Sécher par tamponnement,
mains puis poignets, avec
des essuie-mains à usage
unique**

Sécher

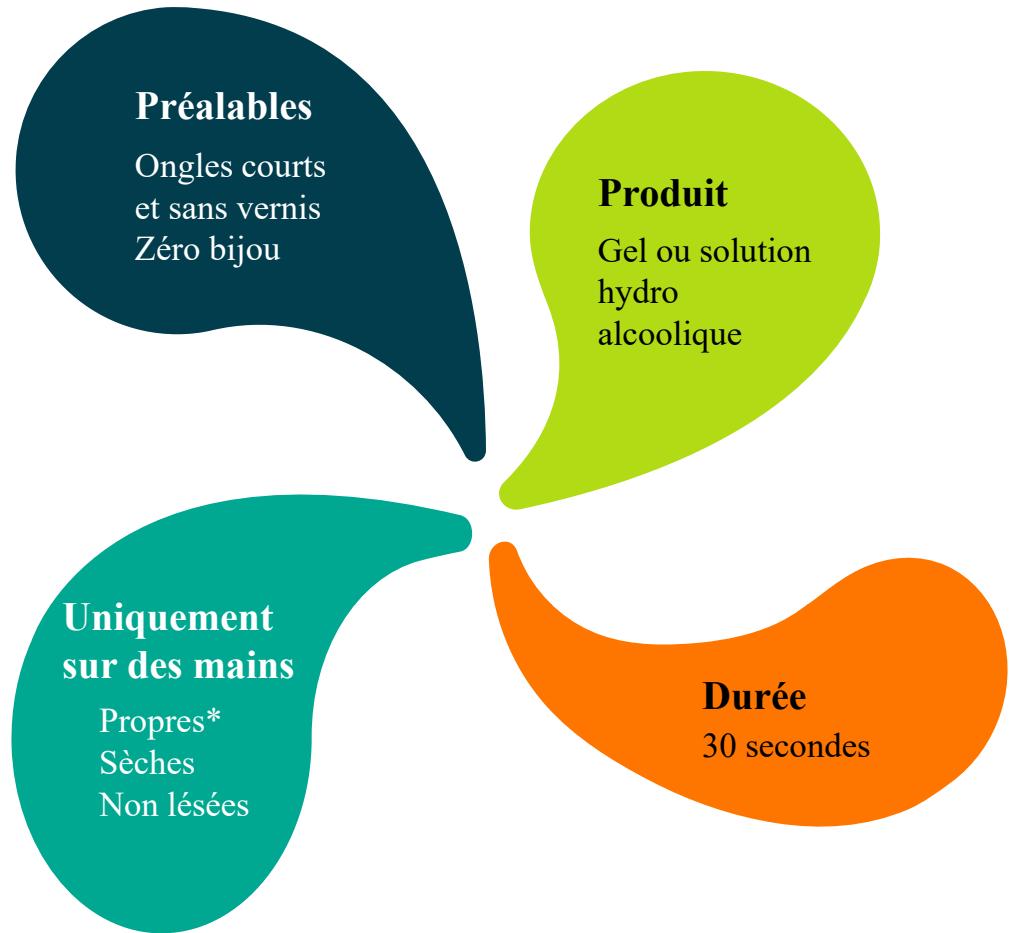
Fermer le robinet avec le dernier
essuie-mains utilisé et jeter le dans
la poubelle, sans la toucher



**A défaut d'essuie-mains à usage unique, utiliser une serviette en tissu individuelle à changer quotidiennement

L'hygiène des mains

La friction hydro-alcoolique



Au bout de 5 à 6 frictions, les mains deviennent **collantes** et nécessitent un lavage des mains (eau + savon liquide).

L'alcool n'a aucune action sur les virus nus, notamment celui de l'hépatite virale A, ni sur le parasite de la gale.

*Mains macroscopiquement propres

Technique



Remplir la paume d'une main avec le produit hydro alcoolique
Recouvrir toutes les surfaces des mains
Frictionner :



Paume contre paume



Paume main droite sur dos main gauche et vice versa jusqu'aux poignets



Paume contre paume doigts entrelacés



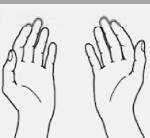
Dos des doigts contre la paume opposée avec doigts emboités



Pouce droit dans paume gauche et vice versa

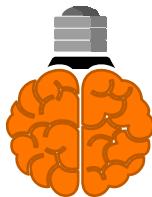


Doigts joints de la main droite dans paume gauche et vice versa



Sans oublier les poignets

La pédiculose du cuir chevelu



Diagnostic clinique positif



Dépistage



autour du cas

TRAITEMENT MÉDICAL SPÉCIFIQUE

Qui traiter

- Le cas
- Les contacts atteints (dépistés positifs en milieu communautaire et scolaire)

Quel traitement

- Poudre Aphtiria ou Ascapoudre*
- Diméticone 5% lotion

Durée du traitement

- Enfant < 2 ans : 1 h
- Enfant ≥ 2 ans et Adulte : 12 h

Procédure

- Appliquer la poudre ou la lotion le soir, raie par raie, puis couvrir les cheveux par un bonnet
- Respecter la durée d'application
- Laver les cheveux avec un shampoing normal
- Passer un peigne fin
- Renouveler dans 7 à 10 j

*Eviter la poudre chez la personne asthmatique et privilégier la lotion



EVICTION SCOLAIRE

NON

PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE

Traitement de l'environnement

Quels effets personnels traiter

Effets ayant été en contact avec la tête de la personne infestée les 3 j précédant le traitement :
Literie, oreillers, peignes, brosses à cheveux, accessoires de coiffure, casquettes, chapeaux...

Procédure

- Effets lavables : les laver à 60°C
- Effets non lavables : les isoler dans un sac plastique x 3 j
- Brosses et peignes : les tremper dans de l'eau > 65°C x 10 min

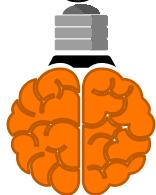
Précautions "contact"

Non partage des effets personnels :

- Ne pas coiffer avec la même brosse/peigne
- Ne pas échanger bonnets, écharpes et accessoires pour cheveux

Espacement des portes manteaux

La gale



Diagnostic clinique positif

Identification des sujets contacts proches

Traitements médicaux spécifiques

Qui

- Le cas
- Tous les contacts proches même asymptomatiques

Quand

Traitements à commencer dès la suspicion diagnostique pour toutes les personnes à traiter, et ceci en même temps

Quel ttt

Benzoate de benzyle :
solution anti gale ou Ascabiol ou Ascalol

Durée

- Nouveau-né et nourrisson : application à garder 6 h, couvrir les mains par des gants après application du produit et renouveler 24 h après
- Enfant \geq 2 ans et femme enceinte : application à garder 12 h, se laver et renouveler 24 h après
- Adulte : application à garder 24 h, se laver et renouveler 24 h après

Procédure

- Prendre un bain pour favoriser la pénétration du produit
- Appliquer sur peau humide et tiède en 1 badigeon
- Traiter tout le corps sauf le visage et le cuir chevelu
- Respecter le temps de contact puis prendre une douche

OUI
Pendant 3 j après le début
du traitement local



EVICTION SCOLAIRE

Traitements adjuvants

Vaseline simple

A prescrire après le traitement anti gale vu son caractère irritant

Crotamiton (crème Prurex)

Une application /j x 7 à 10 j utile sur les nodules scabieux des nourrissons ou si atteinte du visage

Pas d'antihistaminiques

Si impétiginisation

Commencer le traitement antibiotique antistaphylococcique (pénicilline M ou synergistine) :

- 48 à 72 h avant le traitement scabicide
- Oxacilline ou Pyostacine
- Posologie = A : 2-3 g/j E : 50 mg/kg/j en 3 prises

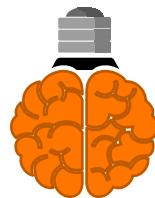
Précautions complémentaires d'hygiène

Décontamination du linge et de la literie

- Soit lavés à 60°C
- Soit poudrés avec un acaricide type Aphtiria et enfermés 48 h dans un sac hermétique
- Soit enfermés 4 j sans traitement

Renforcement de l'hygiène des mains, ongles coupés

L'impétigo



Diagnostic clinique positif

Traitement médical

Forme localisée

- < 2 % de la surface corporelle (la paume de main représente 1%)
- ≤ 5 sites lésionnels

Traitement local

Chlorhexidine (Baséal spray) ou Amuchina :
2x/j x 7 j

Antiseptique



ATB local

Acide Fusidique crème /pommade : 2 x/j x 7-10 j
(Uciderm, Afusidic)

Forme étendue

Traitement par voie générale

ttt initial empirique*

β-lactamines x 7-10 j
Amoxicilline-Acide clavulanique :
A : 1g x 3/j
E : dose-poids x3/j

Si allergie

Pyostacine x 7-10 j
A : 2 à 3 g/j
E : 50 mg/kg/j
en 2 à 3 prises

*Pas d'association Acide fusidique crème et antibiotique per os

OUI

Pendant 3 j après le début
de l'antibiothérapie



EVICTION SCOLAIRE

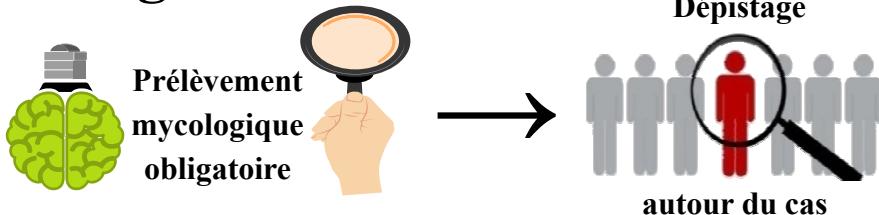


Précautions complémentaires d'hygiène

- Renforcement de l'hygiène des mains
- Ongles coupés

**Certains streptocoques sont néphritogènes

Les teignes



Teigne trichophytique

Transmission : Anthropophile

Examen direct : Parasitisme endothrix

Culture : *Trichophyton violaceum*

Plaques d'alopecie : mal limitées, très nombreuses, très squameuses, cheveux cassés très courts au ras du cuir chevelu

Traitemennt médical

- Molécule : Griséofulvine*cp 250mg
- Posologie : E : 20 à 25 mg/kg/j en 2 prises
A : 2 cp x 2/j au milieu des repas, x 6 à 8 sem
- *Si CI ou effets IIaires ou résistance → avis spécialisé

Traitemennt adjuvant

- Découpage des cheveux sur tout le cuir chevelu au début du traitement et 3 semaines après
- Application d'un antifongique local :
Fongicil crème 2x/j x 6 semaines

Contrôle

- Clinique à 3 semaines et à la fin du traitement
- Mycologique si persistance des plaques à la fin du traitement

Précautions complémentaires d'hygiène

- Désinfection des bonnets, écharpes, peignes, ciseaux... par poudre antifongique : Mycoster poudre pendant 30 min
- Traitement des cas dépistés dans l'entourage

Teignes

Teignes faviques et inflammatoires



Avis spécialisé

Teigne favique

Eviction jusqu'à guérison

Teigne microsporique

NON



EVICTION SCOLAIRE

Teigne trichophytique

Eviction jusqu'à présentation d'un CM (ttt adapté + cheveux rasés)

Teigne microsporique

Transmission : Zoophile (chats, chiens, lapins)

Examen direct : Parasitisme ectothrix

Culture : *Microsporum canis*

Plaques d'alopecie : bien limitées, peu nombreuses, peu squameuses, cheveux cassés courts

Traitement médical

- Molécule : Griséofulvine*cp 250mg
- Posologie : E : 20 à 25 mg/kg/j en 2 prises A : 2 cp x 2/j au milieu des repas, x 2 mois voire 3-4 mois (jusqu'à négativat. prélèv. myco.)

Traitement adjuvant

- Découpage des cheveux autour des plaques au début du traitement et 3 semaines après
- Application d'un antifongique local : Fongicil crème 2x/j x 6 semaines

Contrôle

- Clinique à 3 semaines et à la fin du traitement
- Mycologique à 4 et à 6 semaines de traitement
- NFS et bilan hépatique si durée \geq 3 mois

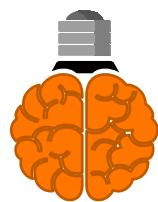
Précautions complémentaires d'hygiène

- Traitement des animaux

tondantes

L'acné juvénile

Diagnostic clinique positif



Traitements médicaux spécifiques

Forme localisée (< ½ du visage)

Traitements locaux par rétinoïdes : Adapalène 0.1% ou peroxyde de benzoyle ou leur association (Epiduogel)
1 fois le soir, uniquement sur les boutons

Durée du traitement

Enfant > 8 ans et
Adulte : 3-6 mois

Forme étendue (> ½ du visage et/ou tronc, dos, décolleté)

Traitements locaux sus cité +
Doxycycline* per os :
100 mg/j x 15j
puis 50 mg/j x 45j

Durée du traitement

Enfant > 8 ans et
Adulte : maximum 3 mois de traitement antibiotique

Si échec du ttt

ou

Forme très sévère (acné avec nodules abcédés et signes généraux fièvre/arthralgies)

Prise en charge par le spécialiste

* Doxycycline : CI chez l'enfant < 8 ans



EVICTION SCOLAIRE

NON

Traitements adjuvants

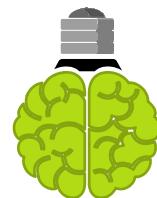
- Gel nettoyant séborégulateur 1 à 2 x/j (Hyfac gel, Cytoclean, Cleanance gel)
 - Photoprotection : écran solaire spf 50+
 - Peeling
 - Nettoyage de peau
- } Spécialiste

Conseils

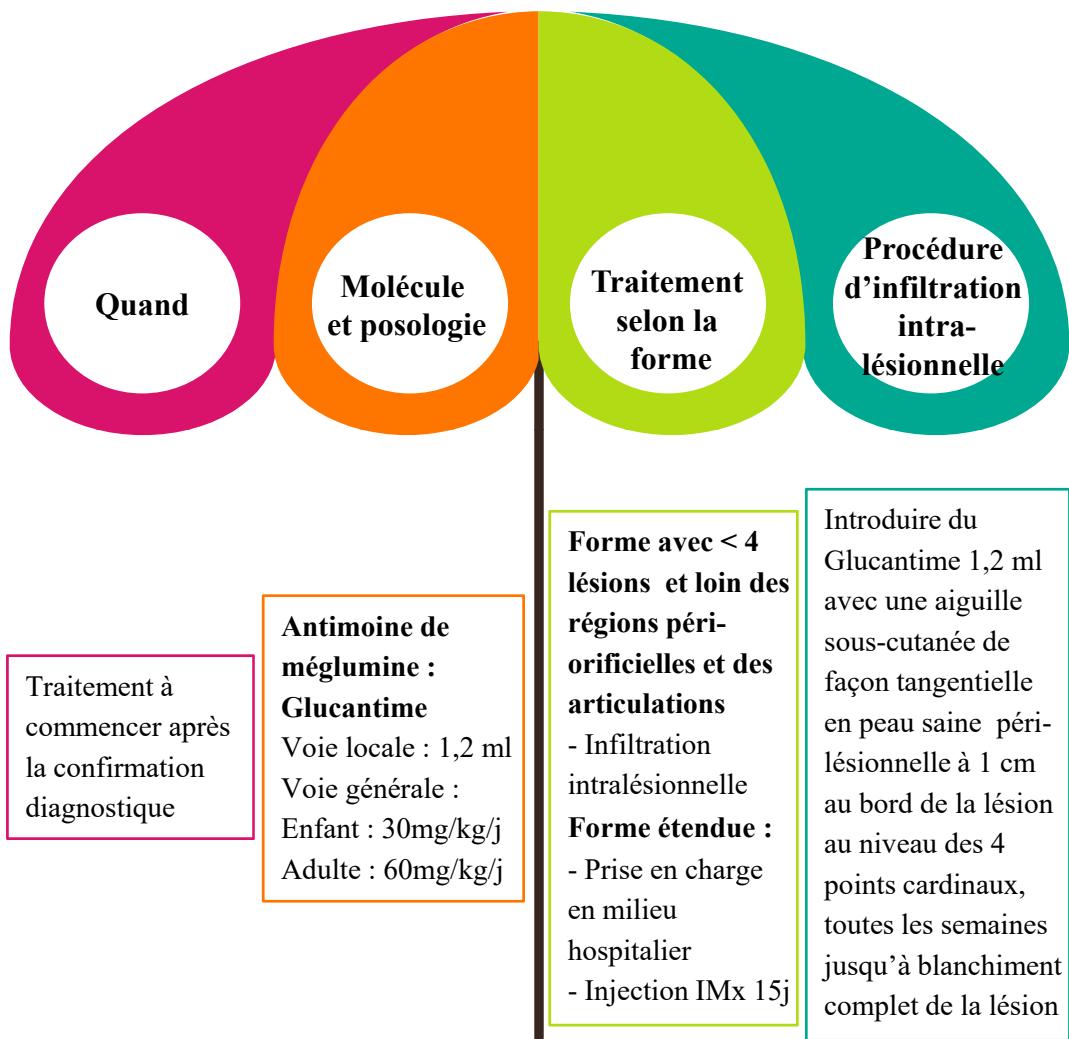
- Ne pas manipuler les lésions pour éviter les cicatrices
- Maquillage : fond de teint non comédogène

La leishmaniose cutanée

Suspicion clinique
Confirmation : Frottis
dermique à la recherche de
corps de Leishman



Traitements médicaux spécifiques



MDO

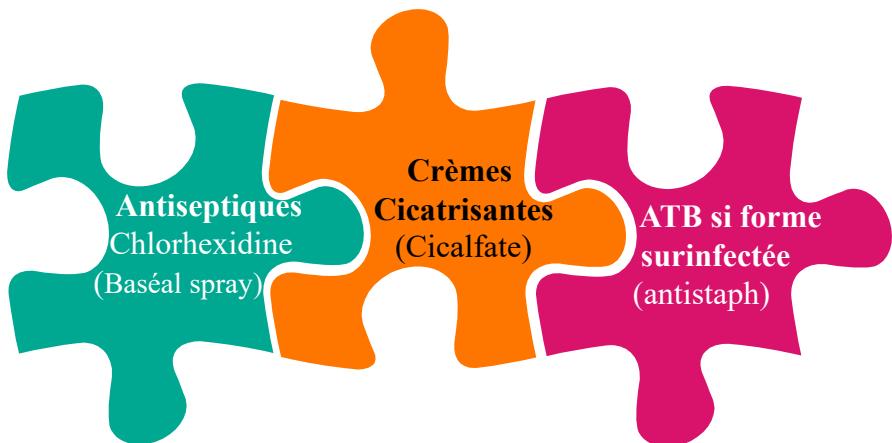
Maladie à déclaration
obligatoire



EVICTION SCOLAIRE

NON

Traitements adjuvants



Précautions complémentaires d'hygiène

Porter des vêtements couvrants

1

Utiliser des répulsifs cutanés

2

Réduire les activités de plein air à partir du coucher du soleil

3

Moustiquaires à fines mailles et imprégnées d'insecticide

4

L'œil rouge

Sans douleur et sans BAV*

Rougeur conjonctivale diffuse → Conjonctivite



Conjonctivite virale

- Très contagieuse
- Rougeur importante ; parfois formes hémorragiques surtout pour l'adénovirus
- Sécrétions peu abondantes + claires
- Adénopathies prétragiques douloureuses (très évocatrices)
- Symptomatologie pouvant durer jusqu'à un mois (adénovirus)

Traitements :

- Lavages au sérum physio ++
- Collyres antiseptiques : Désomédine, Benzosept, ...
- Gels mouillants : Lacrymed, gel larme, celluvisc, liposic...
- Pas de corticoïdes : ni en collyres ni par voie générale

Si lésions cornéennes ± BAV
→ avis spécialisé

Conjonctivite bactérienne

Sécrétions ++ mucopurulentes collantes

Traitements :

- Lavages au sérum physio ++
 - 1 collyre antibiotique à large spectre Ex :
 - Rifamycine : 4-6 gttes/j
 - Tobrex-Tobracol : 4-6 gttes/j
 - Unigent : 4-6 gttes/j
 - Azyter : 1 gtte x 2/j x 3 j
- NB : Eviter les collyres à quinolones (Ex : Floxamed, Oflocol) chez l'enfant < 15 ans

Si pas d'amélioration → avis spécialisé

Précautions complémentaires d'hygiène

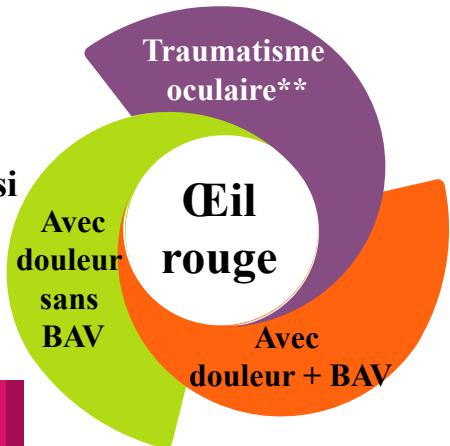
Hygiène des mains ++

- Avant et après l'administration du traitement
- Après avoir touché les yeux

Education sanitaire du patient et de l'entourage



Avis
spécialisé
en urgence si



Conjonctivite allergique

- Prurit +++, rougeur, chémosis, sécrétions claires
- Le plus souvent saisonnière

Traitement :

- Antihistaminique x 1 mois : Zalerg 1 gttex2/j ou Lévophtha 1 gttex2/j
- Puis antidégranulant mastocytaire x 2 à 4 mois : Naabak ou Unicrom : 1gtte, 2 à 6 x/j
- Collyres mouillants ++ : Lacrymed gel, gel larme et celluvisc
- Lavage au sérum physio 2x/j
- Eviction des allergènes
- Pas de corticoïdes collyres (+++)



EVICTION SCOLAIRE

OUI

- C. Bactérienne : 1 à 7 j
C. Virale : jusqu'à 14 j

Si pas d'amélioration → avis spécialisé

* BAV : Baisse de l'acuité visuelle

** Tout traumatisme oculaire même en l'absence de rougeur, douleur ou BAV

Le dépistage des troubles de la réfraction

Mesure de l'acuité visuelle

- Mesure œil par œil
- Echelle d'AV (E de Snellen)
- Test à placer à 5 mètres, sur un mur vertical à la hauteur des yeux
- Salle bien éclairée



BAV

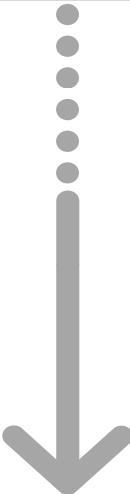
Si < 10/10 pour chaque œil séparément



Signes asthénopiques

- Céphalées
- Fatigue visuelle
- Douleurs oculaires
- Gêne à la lecture

→ Mesure de l'AV



Adresser à l'ophtalmologue

Avec un bulletin de visite précisant l'acuité visuelle et/ou les signes asthénopiques pour

- Examen ophtalmo complet
- Mesure de l'AV
- Eventuelle prescription de lunettes optiques

Possibilité d'octroi de lunettes optiques

- Programme national de lunettes optiques (DMSU)
- Programme de la Mutuelle des Accidents Scolaires et Universitaires (MASU)



Délivrance de lunettes optiques

Conditions de délivrance

- Les scolarisés nécessiteux (carte de soins d'AMG ou à tarif réduit) et les enfants de personnel de santé
- 1 fois tous les 2 ans

Constitution du dossier

- Photocopie de la CIN des parents
- Si étudiant : Carte d'étudiant + CIN de l'étudiant
- Photocopie de l'ordonnance médicale
- Photocopie du carnet de soins des parents
- Dossier social, si pas de carnet de soins

Déposition du dossier complet au Service Régional de la Santé Scolaire et Universitaire (Direction Régionale de la Santé)

Les pathologies courantes des annexes



- Granulome inflammatoire développé sur une glande de Meibomius
- Soins des paupières par humidification à l'eau chaude avant l'application du traitement
- Traitement = pommade corticoïde et antibiotique Sterdex ou Frakidex x 2/j x 15 j
- Pour éviter les récidives, maintenir les soins des paupières 2x/j même après guérison
- Si enkystement → Adresser rapidement à l'ophtalmologiste pour chirurgie

Chalazion

1

- **D. aigüe** : tuméfaction de l'angle interne de l'œil + rougeur + douleur, purulente à la pression
- **D. chronique** : larmoiement chronique
→ Adresser à l'ophtalmologiste

Dacryocystite

2





Orgelet

3

- Furoncle du cil dû au staphylocoque
- Traitement = pommade antibiotique ± corticoïde :
Fucithalmic gel ou Sterdex
1 appl x 2 à 3/j x 8 j

4

Blépharite

Inflammation aigue ou chronique, qui atteint le bord antérieur et externe de la paupière à la racine des cils + rougeur + croûtes

→ Adresser à l'ophtalmologue



Précautions complémentaires d'hygiène

Hygiène des mains ++

- Avant et après l'administration du traitement
- Après avoir touché les yeux

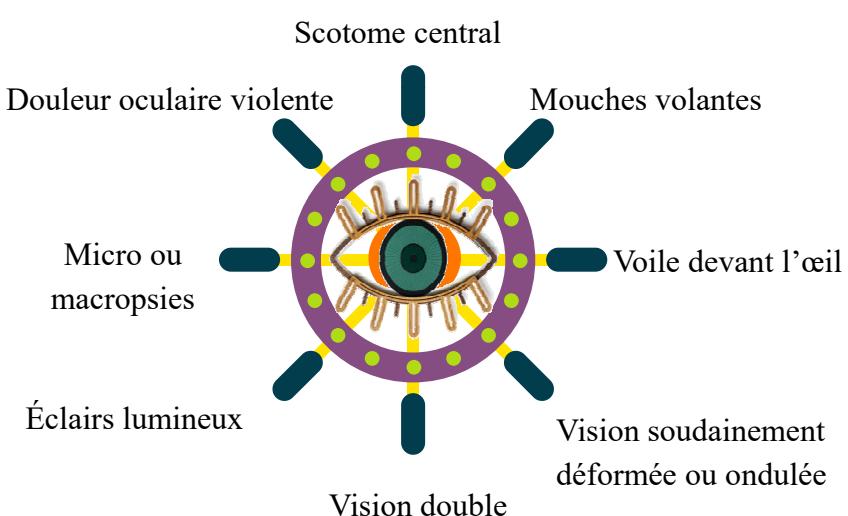
Les urgences ophthalmologiques

Anomalies brutales de la vision

Baisse soudaine de l'AV
uni ou bilatérale

Symptômes visuels récents

Amputation récente
du champ visuel



→ Consultation ophtalmologique en urgence :
décollement de rétine, névrite optique,
uvéite postérieure...

Traumatismes oculaires

Projection de corps étranger

Plaies perforantes oculaires

Contusion oculaire

Hématome orbitaire

Brûlures oculopalpébrales

Plaies palpébrales

Hémorragie sous conjonctivale

CAT si projection de **produit chimique** :

Lavage :

- Immédiat et sur le lieu de l'accident
- Abondant et répété
- Sérum physiologique, sinon eau de robinet

Puis adresser en **urgence** à l'ophtalmologue le plus proche

Tout traumatisme oculaire même asymptomatique

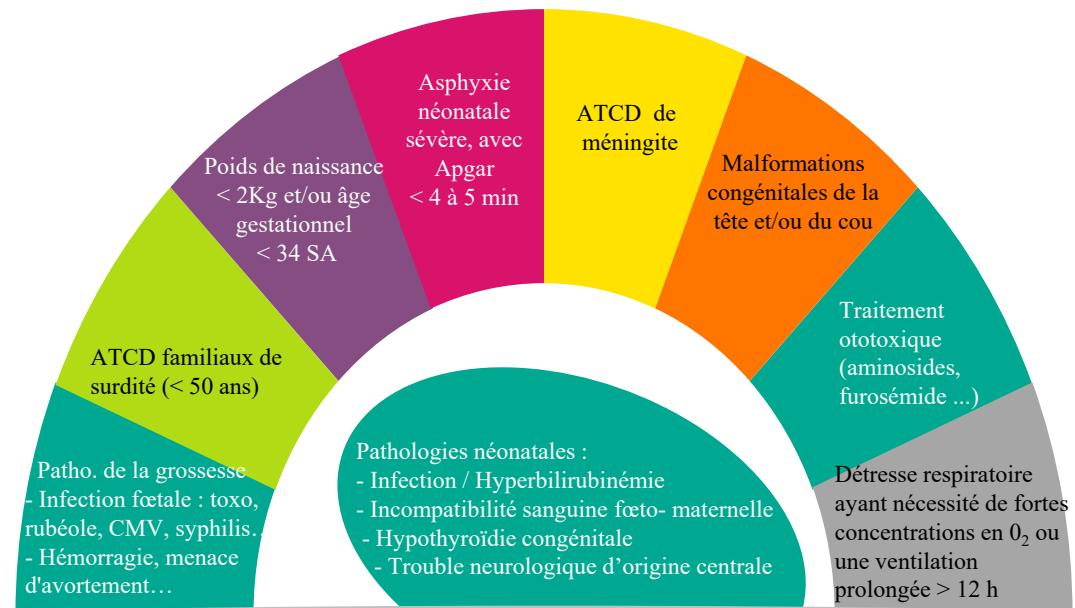
Consultation ophtalmologique en urgence :
Tout traumatisme oculaire est considéré grave,
jusqu'à avis contraire d'un spécialiste

Le dépistage de la surdité et de l'hypoacusie

La présence d'un des facteurs de risque révélé par l'interrogatoire ou l'examen physique nécessite une exploration de l'audition et un avis spécialisé



Interrogatoire



Examen physique

Malformation de la tête et du cou :

- Aplasie majeure du pavillon, sténose du CAE
- Aplasie mineure avec un pavillon incomplet
- Fistule cervico-faciale
- Kyste en regard de l'os hyoïde
- Asymétrie mandibulaire



Respiration buccale (associée à des ronflements nocturnes) témoignant d'une hypertrophie des végétations adénoïdes



Hypertrophie de la glande thyroïde (goitre, nodule)



Otorrhée



Qualité du langage



Paralysie faciale périphérique



Appréciation de l'audition par la simple voix, tout en évitant une lecture labiale (cacher les lèvres par la fiche ou se placer derrière) ; la voix chuchotée étant normalement perçue à 1 mètre et la voix haute à 5 mètres

Les otites

Infection avec ou sans suppuration de l'oreille moyenne

Virale ou bactérienne

Souvent unilatérale

Diagnostic clinique par l'association d'une symptomatologie d'apparition aiguë faite essentiellement d'otalgie et fièvre

Aucun examen complémentaire dans les formes non compliquées

Otite
moyenne
aigue

L'OMA évolue
en 3 stades

1

Stade de congestion :

Hypervascularisation du tympan
Diminution de la transparence
Pas de modifications des reliefs

Pas d'antibiotiques

2

Stade de collection :

Infiltration de la membrane tympanique
Emoussement des reliefs
Collection dans le quadrant postéro-supérieur

3

Stade d'otorrhée :
Perforation tympanique

Traitement de l'OMA purulente

- **Otorrhée > 3 mois**

- Dans les OMC suppurées simples, OMC choléstéatomateuses et états précholestéatomateux, la surdité est le 1^{er} signe d'appel, souvent associée à l'otorrhée et l'otalgie
- Traitement médico-chirurgical

Otite
moyenne
chronique

Référer au spécialiste

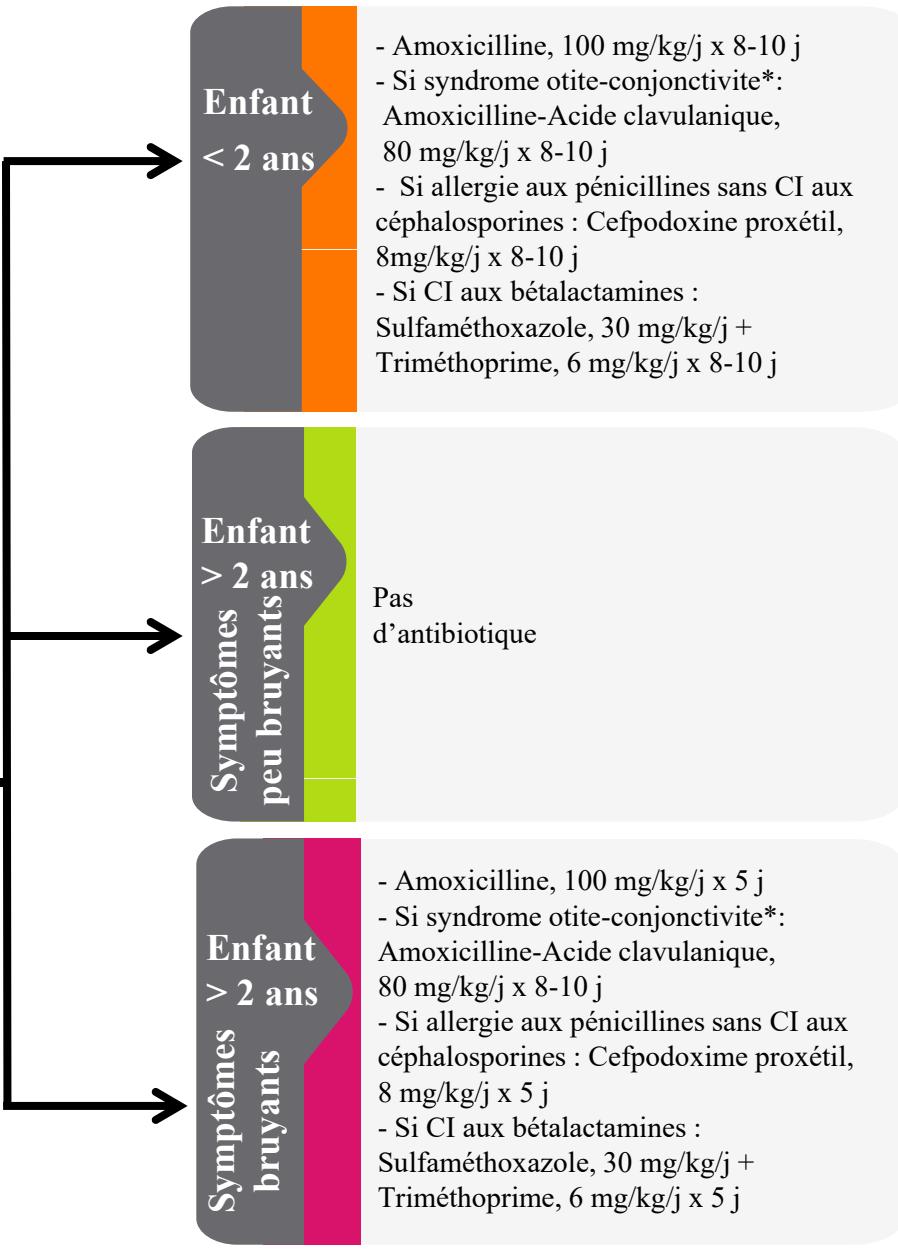
- Présence de liquide stérile dans l'oreille moyenne

- Tympan ayant perdu son caractère translucide, terne, parfois rétracté
- Evolution souvent régressive spontanément

Otite
séro-
muqueuse

- Pas d'antibiotique
- Si persistance de l'hypoacusie, référer au spécialiste

Traitements de l'OMA purulente



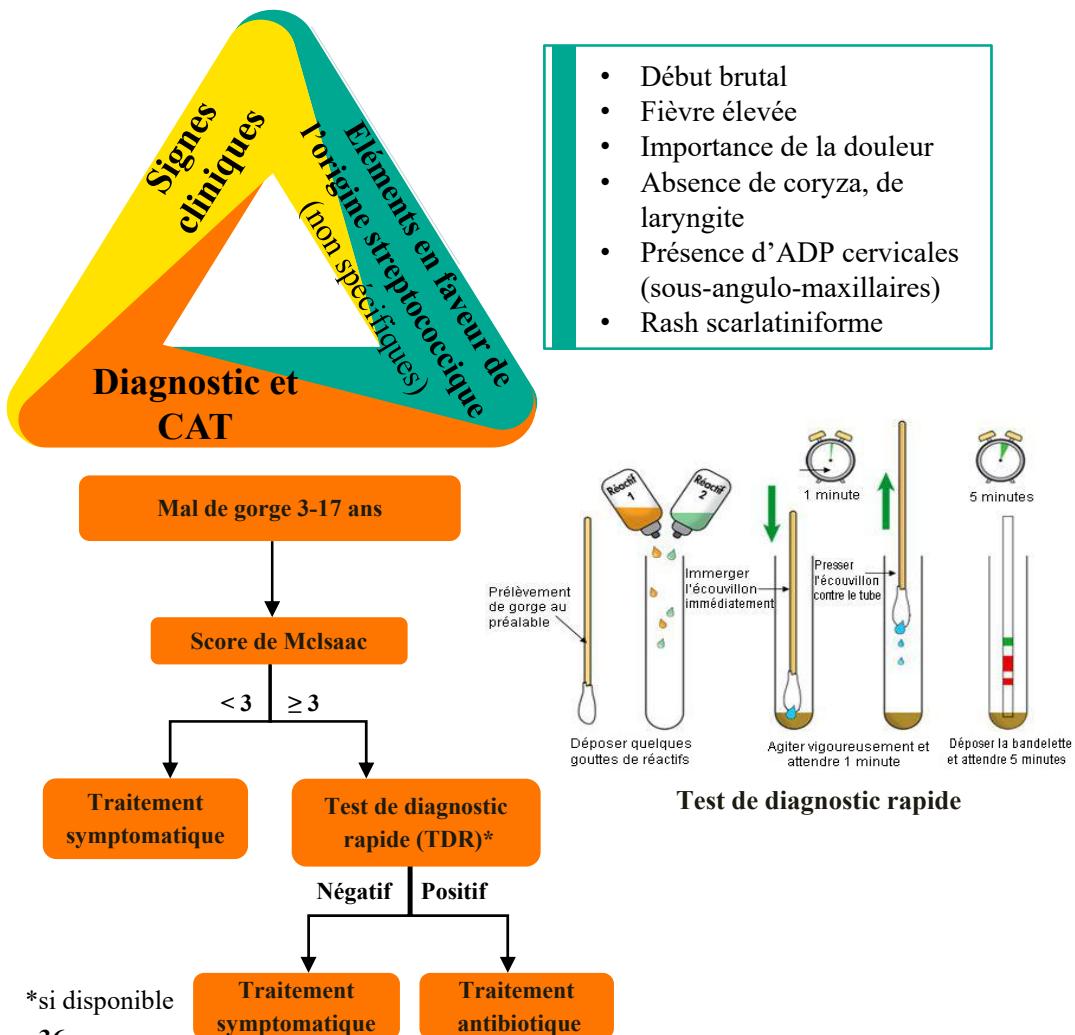
Contrôle après 48h :

- Amélioration : continuer le même traitement
- Pas d'amélioration : Adresser au spécialiste

*Syndrome otite-conjonctivite : Otite + conjonctivite, suspicion d'haemophilus

Les angines érythémateuses et érythémato-pultacées

- Douleur oropharyngée, otalgie réflexe, odynophagie
- Fièvre variable
- Aspect érythémateux et hypertrophié des amygdales, avec parfois enduit blanchâtre (pultacé ou angine « blanche ») / ADP cervicales souvent sous angulo-maxillaires, sensibles
- Cas particulier de la **scarlatine** : Angine à streptocoque avec exanthème scarlatiniforme apparaissant 24 h après le début de l'angine



Pas d'antibiotiques

ayant une rhinopharyngite aigüe

chez un enfant

< 3 ans ayant une angine aigüe

≥ 3 ans ayant une angine aigüe avec un TDR négatif

Amoxicilline 50 mg/kg/j, x 6 j

Si allergie aux pénicillines sans CI aux céphalosporines :
Cefpodoxime proxétil,
8 mg/kg/j x 5 j

Antibiotiques chez un enfant

Si CI aux β-lactamines :
- Azithromycine, 20 mg/kg/j, x3 j
- Clarithromycine, 15 mg/kg/j x5 j

≥ 3 ans ayant une angine aigüe avec un TDR +

Score de McIsaac

Critères	Point
Fièvre > 38°	1
Absence de toux	1
ADP cervicales antérieures douloureuses ou > 15 cm	1
Tuméfaction et /ou exsudat amygdalien	1
Age 3-15 ans	1
Age > 15 ans	- 1
Score total	

Les parasitoses digestives et urinaires

Parasitoses autochtones



Parasitoses importées

Existence depuis 1981 d'un programme national de surveillance basé sur le dépistage précoce et le traitement de ces parasites chez les ENRPT* pour éviter l'introduction et la dissémination des parasites déjà éradiqués ou rares en Tunisie

Diagnostic

Examen parasito des urines



- Sur miction complète matinale
- Après effort physique (marche à pied, montée d'un escalier, sautilement) ou massage pelvien

Examen parasito des selles



- 1^{ère} selle du matin
- Boite propre hermétiquement fermée
- Acheminement dans l'heure
- 3 prélèvements à 3 j d'intervalle**
- Eviter la contamination par les urines, eau ou antacide

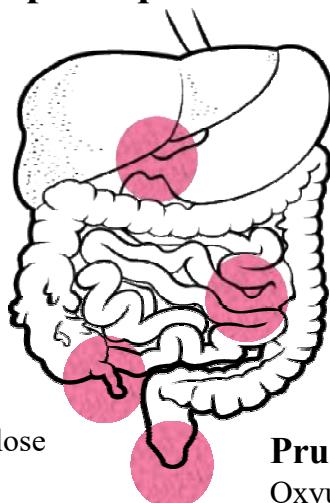
Scotch test anal

- Si suspicion d'oxyurose ou téniasis à *Taenia Saginata*
- Au réveil et avant la toilette et la défécation

Symptômes peu spécifiques et de longue durée

Douleurs épigastriques
Lambliaose
Ankylostomose
Anguillulose

Douleurs de la FID
Trichocéphalose
Oxyurose



Douleurs abdominales
Ascaridiase
Trichinose
Téniasis

Prurit anal
Oxyurose

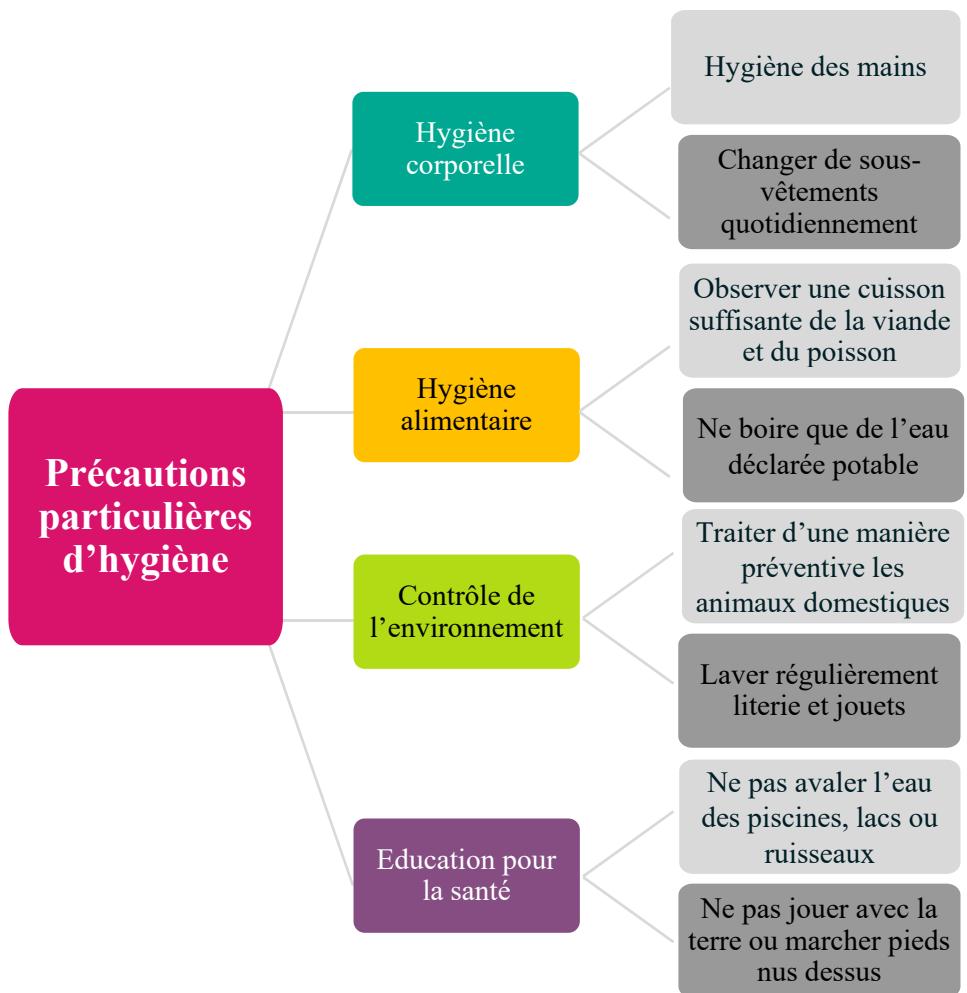
*ENRPT : étudiant non résident permanent en Tunisie

**Pour les ENRPT, un seul EPS est demandé

A NE PAS TRAITER

Parasites intestinaux non pathogènes

Entamoeba coli
Entamoeba hartmani
Endolimax nanus
Pseudolimax butschlii
Chilomastix mesnili
Trichomonas intestinalis
Enteromonas hominis
Retortamonas intestinalis



Traitement des parasitoses intestinales et urinaires

Protozoaires

Cestodes (vers plats)

Giardiose
Giardia intestinalis

Infection à
Dientamoeba fragilis

Infection à
*Blastocystis hominis**

Amibiase
Entamoeba histolytica/dispar

Infection à
Hymenolepis nana

Téniasis
Taenia saginata / solium

Métronidazole
A : 500-750 mg/j
E : 10 mg/kg/j en 3 prises
10 j

Métronidazole
A : 500 mg x 3/j
E : 20-30 mg/Kg/j en 3 prises
10 j

Praziquantel
A / E (à partir de 20 Kg) : 10 mg/Kg
Une cure unique

Métronidazole
A : 250 mg x 3/j
E : 15-25 mg/Kg/j en 3 prises
5-10 j

Métronidazole
A : 500 mg x 3/j
E : 30 mg/Kg en 3 prises
10 j

PUIS (3j après la fin du 1^{er} ttt)
Tiliquinol
2 gel x 2/j
10 j

Praziquantel
A / E (à partir de 20 Kg) : 15-25 mg/Kg
Une cure unique
A renouveler après 7 j

Contrôle parasito des selles 15 j après l'arrêt du traitement, → Si toujours + à *Giardia intestinalis* : 2^{ème} cure

Molécule Nom commercial Présentation

Métronidazole Flagyl® Cp 250 mg, 500 mg Flacon 0,4 g/10 ml

Tiliquinol Intétrix® Cp 50 mg

Praziquantel Biltricide® Cp 600 mg

Albendazole Zentel®, Z-Zole® Cp 400mg Flacon 0,4 g/10 ml

Mébendazole Vermox® Cp 100mg Flacon 20 mg/ml

Ivermectine Mectizan® Cp 3 mg Stromectol® Cp 6mg

Triclabendazole Egaten® Cp 250 mg

Nématodes (vers ronds)

Trématodes

Oxyurose
Oxyure

Ascaridiose
Ascaris

Ankylostomose
Ankylostomes

Trichocéphalose
Trichocéphale

Anguillulose
Anguillule

Bilharzioses
Schistosoma mansoni/ haematobium

Bilharzioses
Schistosoma intercalatum/ mekongi/ japonicum

Douves
Fasciola hepatica

Albendazole
A / E > 2 ans : 1 cp ou 10 ml
E 1-2 ans : 5 ml
Une cure unique
OU
Mébendazole
A / E > 1 an : 1 cp x 2 ou 5 ml x 2/j
3 j

Praziquantel
A / E : 40 mg/Kg en une 1 prise
Une cure unique

Triclabendazole
A / E > 6 ans : 10 mg/Kg
OU
Praziquantel
75 mg/Kg en 3 prises
Une cure unique

Albendazole
A / E > 2 ans : 1 cp ou 10 ml
E : 1-2 ans : 5 ml
OU
Mébendazole
A / E > 1 an : 1 cp ou 5 ml
Une cure à renouveler après 15-21 j

Ivermectine
A / E : 200µg/Kg
Une cure unique
OU
Albendazole
A / E > 2 ans : 1 cp ou 10 ml
E 1-2 ans : 5 ml
5 j

Praziquantel
A / E : 60 mg/Kg en 2 prises
Une cure unique

A adresser à un infectiologue pour bilan d'extension

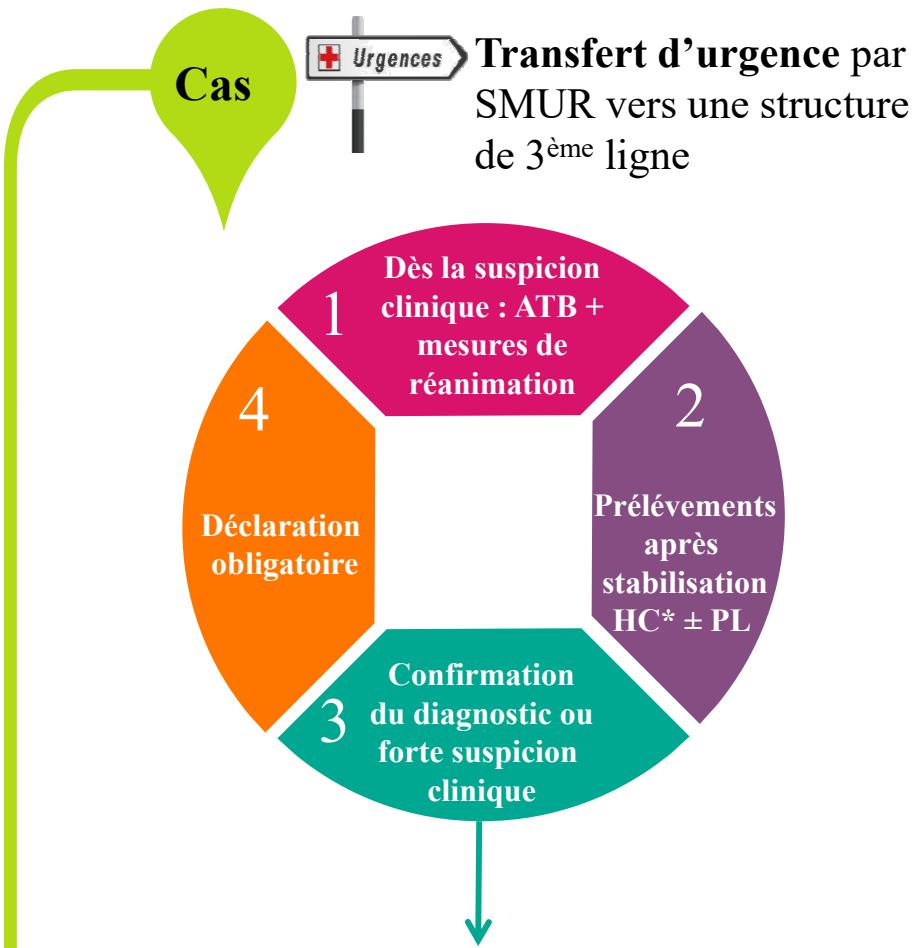
Traitements de tous les membres de la famille au 1^{er} épisode en même temps

A : Adulte, E : Enfant

* Pathogénicité controversée

Le purpura fulminans méningococcique

Tout purpura fébrile extensif et/ou nécrotique est une méningococcémie jusqu'à preuve du contraire même sans confirmation bactériologique



Contacts

Chimioprophylaxie

Rifampicine pendant 2 j

- Adulte : 600 mg x 2/j
- Enfant 1 mois -12 ans : 10 mg/kg x 2/j
- Enfant < 1 mois : 5 mg/kg x 2/j

OU

Spiramycine pendant 5 j

- Adulte : 3 millions UI x 2/j
- Enfant : 75 000 UI/kg x 2/j

Vaccination

- En plus de la chimioprophylaxie
- Si Méningocoque de type A ou C
- Vaccin antiméningo A + C efficace à partir de
 - l'âge de 3 mois pour le méningoA
 - l'âge de 1 an pour le méningo C

- Aucune CI
- Seuil de protection : au bout de 5-8 j
- Durée de protection : 3 ans

Contacts

Enfants en bas âge fréquentant les pouponnières, crèches et écoles maternelles

Mesures prophylactiques à l'ensemble des individus (enfants et personnels) avec interdiction formelle d'un nouveau venu jusqu'à la fin du traitement

Contacts

Sujets fréquentant les écoles primaires, collèges et lycées et selon le nombre de cas déclarés

- Si 1 ou plusieurs cas dans une classe → prophylaxie proposée à toute la classe
- Si apparition d'un cas dans une classe différente de celle du 1^{er} cas, dans un intervalle < 1 mois → prophylaxie proposée à tout l'établissement

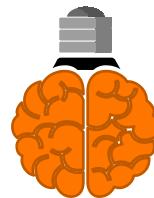
Contacts

Sujets adultes

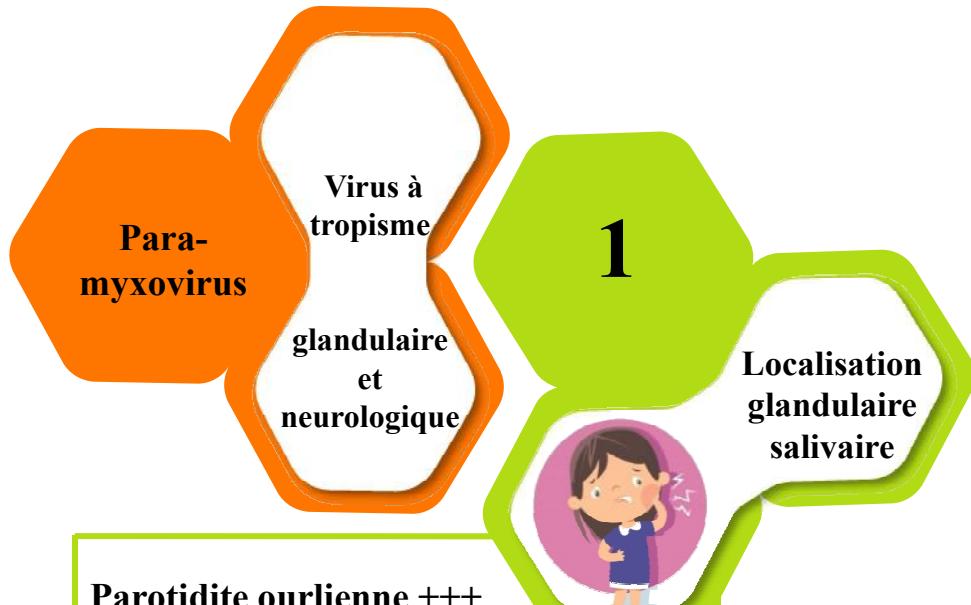
- Prophylaxie proposée aux camarades habituels du malade
- Si collectivité fermée : prophylaxie aux sujets ayant des contacts fréquents avec le cas et ne sera généralisée à la collectivité sauf si survenue d'au moins un cas secondaire

Les oreillons

Diagnostic positif
essentiellement clinique



Une maladie bénigne MAIS des risques de complications



Parotidite ourlienne +++

- Parotide tuméfiée et douloureuse
- Rapidement bilatérale
- Visage en forme de poire
- Guérison spontanée en 8 à 10 j

Traitements symptomatiques des formes simples
Repos, Paracétamol

- Hygiène des mains
- Précautions respiratoires
- Vaccination fortement recommandée, disponible en privé sous forme combinée (ROR)

Autres formes cliniques et complications :

isolées ou associées à la parotidite



EVICTION SCOLAIRE

Orchite et/ou epididymite

- Exceptionnelle avant la puberté
- Tuméfaction testiculaire douloureuse fébrile
- Unilatérale le plus souvent
- Evolution favorable en 1 à 2 semaines
- Atrophie testiculaire séquellaire : possible
- Stérilité rare

Pancréatite

- Violentes douleurs épigastriques, vomissements
- Guérison spontanée sans séquelles car oedémateuse

Ovarite, mastite, thyroïdite : fébriles

2

Localisations glandulaires

extra-salivaires

3

Localisations extra-glandulaires

Localisations neuroméningées
+++

Méningite

- Fréquente, parfois infraclinique
- A liquide clair
- Evolution favorable sans séquelles

Encéphalite

- Troubles de la vigilance, convulsions, signes déficitaires
- Atteinte spécifique du nerf auditif → surdité parfois définitive

Complications → Adresser aux urgences

Les éruptions fébriles de l'enfant

Examen clinique

Lésions élémentaires / Topographie et extension / Signes associés / Contexte



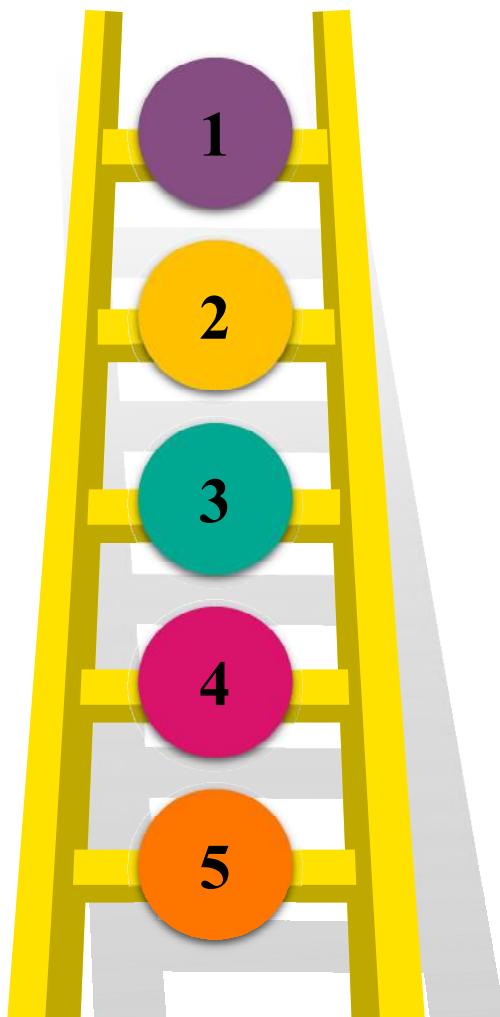
Transfert d'urgence (au mieux par SMUR) vers une structure de 3^{ème} ligne



Pas de signes de gravité

Exanthème à évolution stéréotypée
d'une maladie de la petite enfance

Exanthème avec évolution non
stéréotypée, à priori viral



Prescrire un traitement
symptomatique

Prescrire un antibiotique si contexte
évocateur d'une affection
bactérienne (Ex : scarlatine)

Donner des conseils aux parents :

- Surveiller la fièvre
- Surveiller les complications
- Bien hydrater l'enfant

Revoir l'enfant pour un contrôle :

- Vérifier la régression des signes
- En cas de scarlatine, vérifier après guérison l'absence de souffle cardiaque et de protéinurie

Si persistance des signes ou
aggravation → Hospitalisation

Les exanthèmes vésiculo-pustuleux

Varicelle

Phase pré-éruptive

- Durée : 2 j
- Fébricule modéré
- Rash scarlatiniforme fugace prééruptif (rare)

Phase éruptive

- Début : environ 2 semaines après le contage
- Lésion élémentaire vésiculeuse puis croûteuse et prurigineuse de J4 à J10 ; Exanthème diffus, y compris dans le cuir chevelu / 2 à 3 poussées successives (coexistence d'éléments d'âges différents), puis chute des croûtes à J10
- Fièvre modérée
- Signes associés : énanthème buccal érosif (inconstant), micropolyadénopathies

Eviction scolaire

- Pas d'éviction si l'état général le permet

Mesures thérapeutiques

Formes cutanées :

- Traitements des lésions cutanées prurigineuses : ongles coupés courts, solution antiseptique, antihistaminiques (si prurit important), pas d'exposition au soleil, pas d'éosine
- Traitements de la fièvre aiguë : mesures physiques, paracétamol *per os*, Contre-indication des AINS (aspirine, ibuprofène, Ac. méfénamic)
- Traitements des surinfections : association amoxicilline + acide clavulanique : 1 dose poids x 3 / j x 7-10 j

Mesures préventives après diagnostic

Si contact avec un sujet à risque : avis médical

Mesures d'hygiène applicables aux maladies à transmission contact et respiratoire

Syndrome mains-pieds-bouche

- Fièvre modérée, perte d'appétit, fatigue et mal de gorge
- J2 après la fièvre : lésions douloureuses buccales (langue, gencive, intérieur des joues), ampoules pouvant se transformer en ulcère

- J2 après les lésions buccales
- Eruption cutanée non prurigineuse ± ampoules
- Siège : paumes des mains, plantes des pieds, parfois fesses

Non obligatoire

- Antipyrétiques
- Antalgiques
- Hospitalisation si difficultés alimentaires

Renforcement des mesures d'hygiène

Les exanthèmes maculo-papuleux

Rougeole

Phase pré-éruptive

- Fièvre élevée
- Catarrhe oculo-respiratoire (conjonctivite, rhinorrhée, toux)
- Parfois énanthème pathognomonique : signe de Koplik = taches punctiformes blanc-bleuté sur une muqueuse jugale inflammatoire, éphémère
- Durée : 2 à 4 j

Phase éruptive

- Début : environ 2 semaines après le contagage
- Maculo-papules non prurigineuses, espacées de peau saine ; atteinte derrière les oreilles, puis extension en 24-48h vers la face et le reste du corps en direction descendante et en une seule poussée ; régression en 5-6 j
- Fièvre décroissant à la généralisation de l'éruption
- Persistance des signes respiratoires de la phase d'invasion

Eviction scolaire

Eviction 7 j à partir du début de l'éruption

Mesures thérapeutiques

- Antipyrétiques (paracétamol)
- Antibiothérapie probabiliste (amoxicilline - acide clavulanique) en cas de surinfection bactérienne : 1 dose poids x 3 /j x 7-10 j

Mesures préventives après diagnostic

- Recherche systématique d'autres cas (cas index, cas secondaires)
- Vérification du statut vaccinal des sujets contacts

Sérologie et recherche virale des premiers cas

Déclaration obligatoire :

- Signalement sans délai pour enquête autour du cas
- Notification à visée épidémiologique

Rubéole

- Fièvre modérée
 - Absence de catarrhe (en particulier la toux)
 - Absence d'énanthème
 - Durée : 1 semaine
-
- Début : 15-20 j après le contage
 - Macules et maculo-papules non prurigineuses souvent plus pâles et plus petites que celles de la rougeole / atteinte de la face puis extension au thorax / une seule poussée sur 72 h, puis disparition
 - Fièvre modérée
 - Signes associés : SMG, ADP occipitales
-
- Eviction 7 j à partir du début de l'éruption
-
- Antipyrétiques (paracétamol)
-
- Tout contact entre un enfant infecté contagieux et une femme enceinte séronégative doit être formellement prohibé

**Règles d'hygiène spécifiques
“respiratoires”**



Les exanthèmes maculo-papuleux

Scarlatine

Phase pré-éruptive

- Durée : 24 h
- Fièvre élevée à 39-40 °C
- Angine érythémateuse avec dysphagie et tuméfaction amygdalienne importantes, douleurs abdominales et vomissements
- Signes associés : ADP sous-angulomaxillaires

Phase éruptive

- Enanthème : amygdales tuméfiées et inflammatoires 4-6 j, langue framboisée
- Exanthème : vastes nappes rouge vif uniformes congestives sans intervalle de peau saine ; prédominance aux plis de flexion, puis extension en 24 h à la partie < de l'abdomen et aux extrémités (respect des paumes et plantes), au visage (respect de la région péribuccale) ; régression dès J6, desquamation post-éruptive "en doigt de gant" des extrémités

Eviction scolaire

Jusqu'à 48 h après le début du traitement ATB

Mesures thérapeutiques

Amoxicilline : 100 mg/kg/j en 2 prises x 7-10 j

Mesures après diagnostic

Antibioprophylaxie orale de l'entourage en cas d'épidémie familiale ou dans une collectivité fermée ou chez les sujets ayant des facteurs de risque :

Amoxicilline : 50 mg/kg/j en 2 prises x 6j

Mégalérythème

- Durée : 2 j
- Fièvre modérée
- Signes associés : céphalées, myalgies

- Eruption en 3 stades :
 - érythème maculo-papuleux des joues "en double gifles"
 - 3 à 4 j plus tard, apparaissent des macules rosées sur les membres en "carte de géographie" légèrement prurigineuses,
 - puis effacement en 10 j
- Autres éruptions possibles : érythème polymorphe, syndrome éruptif en "gants et chaussettes "
- Fièvre modérée
- Signes associés : arthralgies, arthrites (rares)

Non obligatoire

Antipyrétiques (Paracétamol)

Tout contact entre un enfant infecté contagieux et un autre enfant atteint d'anémie hémolytique chronique ou une femme enceinte non immunisée doit être formellement prohibé

Les exanthèmes maculo-papuleux

Roséole

Phase pré-éruptive

- Durée : 3-4 j
- Fièvre isolée d'apparition brutale, jusqu'à 39-40 °C, bien tolérée

Phase éruptive

- Maculo-papules pâles (assez semblables à celles de la rubéole) ; visage et tronc ; disparition en 12-24 h
- Chute thermique brutale contemporaine de la sortie de l'éruption cutanée
- Signes associés : ADP cervicales (rares)

Eviction scolaire

Fréquentation d'une collectivité à la phase aiguë non souhaitable

Mesures thérapeutiques

Antipyrétiques

Mesures après diagnostic

Aucune mesure prophylactique vis-à-vis d'éventuels sujets contacts



www.santetunisie.rns.tn



: Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire