

MALADIES INFECTIEUSES

GENERALITES SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

OBGECTIF GENERAL

Reconnaître toutes les maladies infectieuses en vue d'une prise en charge du patient.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir l'infection selon le cours reçu.
2. Citer les différentes étiologies et les agents responsables des maladies infectieuses enseignées.
3. Enoncer les différents modes de transmission des maladies infectieuses en précisant les portes d'entrée.

I. DEFINITION

L'infection est la pénétration et la prolifération dans le corps d'un micro-organisme invisible à l'œil nu (bactérie, virus), susceptible de provoquer un problème de santé. Une infection peut être locale ou générale.

II. ETIOLOGIE DES MALADIES INFECTIEUSES

Les maladies infectieuses sont provoquées par des agents microscopiques vivants. Ces agents, responsables des maladies infectieuses sont très nombreux.

Ils regroupent :

- Les bactéries : responsables des maladies infectieuses bactériennes
✓ Exemple : fièvre typhoïde
- Les virus : responsables des maladies virales
✓ Exemple : hépatites B- grippe, SIDA, fièvre jaune.
- Les parasites : qui sont responsables des maladies parasitaires. Exemple : cryptosporidiose
- Les champignons responsables des maladies mycosiques.
✓ Exemple : cryptococcose.

III. ETIOPATHOGENIE

3.1. Agents responsables

Ils sont nombreux. Ce sont : les virus, bactéries, parasites et champignons.

3.2. Pouvoir pathogène

Le pouvoir pathogène des germes des agents infectieux dépend de plusieurs facteurs qui sont :

- ✓ La virulence
- ✓ La toxicité
- ✓ La sécrétion d'enzyme

- ✓ Le pouvoir antigénique.

3.2.1. La virulence

C'est la propriété qu'ont les germes à se multiplier et à résister à la phagocytose. La virulence diminue avec le vieillissement de la souche et de l'exposition à la chaleur et à la lumière.

3.2.2. La toxicité

C'est l'attitude de certains germes à fabriquer des toxines qui sont de véritables poisons pour l'organisme humain de certains animaux.

3.2.3. Capacité de sécrétion d'enzyme

Les enzymes sont des protéines agissant comme des catalyseurs au niveau des réactions biologiques qu'elles rendent possibles.

3.2.4. Le pouvoir antigénique

L'antigène est une substance étrangère au corps humain, qui lorsqu'il est introduit dans le corps provoque la fabrication par ce dernier des facteurs réactionnels appelés anticorps.

3.1. Réservoir des germes

Le réservoir des germes est le lieu où l'on trouve le germe qui a contaminé le malade.

Ce lieu peut être :

- L'homme malade : qui contamine son entourage
- L'homme sain : il peut être porteur de germe avec lequel il vit en bonne intelligence. On l'appelle porteur asymptomatique. L'homme lui-même peut être porteur sain d'un germe jusque-là inoffensif, et devenir malade lors d'une baisse de ses défenses immunitaires. On parle alors, d'auto-infestation. Exemple : Herpès ; SIDA...
- Les animaux : ils peuvent héberger les germes et les transmettre à l'homme. Ce sont : les anthrozoaires à l'origine des anthrozooses : Ex : la rage.
- Le milieu naturel : constitue l'habitat de certains germes : air-sol. Exemple : le bacille tétanique (sol).

3.2. Les produits contaminants

Ils sont variés et différent selon les maladies. Ce sont :

- La salive : ex. : oreillon, coqueluche, tuberculose, hépatite A...
- Les sécrétions rhinopharyngées : tuberculose, la grippe
- Les expectorations. Exemple : tuberculose ...

- Les selles : poliomyélite ; fièvre typhoïde ; choléra...
- Le sang : le SIDA, hépatite virales B et C ...
- Les urines : fièvre typhoïde,
- Les sécrétions liées à l'appareil génital mâle ou femelle : IST.

IV. MODE DE TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES

La transmission des maladies infectieuses peut être directe ou indirecte.

- **La transmission directe** : elle peut être,
 - ✓ interhumaine c'est-à-dire de l'homme malade à l'homme sain.
Exemple : rougeole, varicelle
 - ✓ de l'animale à l'homme
Exemple : la rage
 - ✓ Ou sans hôte intermédiaire.
- **La transmission indirecte** : se fait par l'intermédiaire de l'eau, des aliments, objets contaminés.
Exemple : Choléra, Fièvre typhoïde

V. PORTES D'ENTREE DES GERMES

Différentes portes d'entrée sont possibles pour la pénétration du germe dans l'organisme.

5.1. Voie respiratoire

Elle joue un rôle primordial dans la transmission d'un grand nombre de maladies infectieuses. L'homme, en toussant ou en éternuant dissémine dans son environnement immédiat un nuage de gouttelettes de salive contenant d'innombrables micro-organismes vivants. Ces micro-organismes vont contaminer le sujet par voie respiratoire.

5.2. Voie buccale

La contamination se fait, soit par contact direct avec une peau lésée. (plaie, excoriation,...).

5.3. Voie génitale

C'est la principale voie de contamination des IST. Cette voie est de plus en plus croissante à cause de la pandémie du SIDA.

5.4. Autres voies.

De nombreuses autres voies sont également possibles dans la transmission des maladies infectieuses. Ce sont :

- Voie conjonctivale

- Voie urinaire
- Voie sanguine (perfuseur et cathéter)
- Voie cutanée (morsure, piqûre d'insectes et d'animaux).

VI. ASPECT CLINIQUE ET EVOLUTION

On distingue plusieurs périodes dans l'évolution d'une maladie infectieuse.

6.1. L'incubation

C'est la période qui s'étend du jour de la pénétration du germe dans l'organisme jusqu'au jour où se manifestent les premiers signes de la maladie. Elle est habituellement silencieuse et d'une durée variable selon les maladies. C'est un bon indicateur de diagnostic.

6.2. Invasion

C'est la période qui s'étend du début de la maladie, jusqu'à la généralisation des manifestations cliniques ; Elle constitue donc le début de la maladie et est marquée par les premiers symptômes de la maladie.

6.3. Période d'Etat.

C'est la période de la maladie entièrement constituée où tous les signes de la maladie sont présents. Elle est caractéristique de la maladie et l'observation des signes, oriente le diagnostic.

LA FIEVRE TYPHOÏDE

OBJECTIF GENERAL

Reconnaitre les signes cliniques de la fièvre typhoïde en vue d'une prise en charge correcte

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir en ses propres termes sans altérer le sens, la fièvre typhoïde en précisant tous les éléments épidémiologiques.
2. Décrire toutes les manifestations cliniques de la fièvre typhoïde en spécifiant les principales complications.

I. DEFINITION

C'est une maladie infectieuse, contagieuse liée au péril fécal, due au *Salmonella typhi* et *Salmonella paratyphi* A, B et C. C'est une maladie fréquente, grave par ses complications..

II. EPIDEMIOLOGIE

2.1. Agent pathogène

C'est le *Salmonella typhi* et *Salmonella paratyphi* A, B et C.

2.2. Le réservoir de germe

Le réservoir est strictement humain, l'homme malade ou l'homme porteur chronique.

2.3. Le mode de contamination

On distingue deux (2) modes :

- la transmission directe
- la transmission indirecte

❖ **La transmission directe**

Elle se fait dans l'entourage des malades par l'intermédiaire des selles et des mains souillées.

❖ **La transmission indirecte**

Elle se fait par l'intermédiaire de l'eau et des aliments souillés (crevettes, crabes, poissons, attiéké). Les mouches jouent un rôle important dans cette transmission.

III. ETUDE CLINIQUE

3.1. Phase d'incubation

Elle varie entre 7 et 15 jours et est silencieuse (asymptomatique).

3.2. Phase d'invasion

Le début peut être classique ou atypique.

❖ **La forme classique**

Les symptômes peuvent se résumer sur le vocable de :

C = Céphalées

I = Insomnies

V = Vertige

E = Epistaxis

T = Température (fièvre à oscillations ascendantes)

3.3. Phase d'Etat

A cette phase, la maladie peut se résumer en 5 signes cardinaux.

❖ Fièvre en plateau

Avec dissociation du pouls et de température (l'élévation de la Température, n'est pas suivie par une élévation du pouls).

❖ La diarrhée

Elle est faite de selles liquides, fétides d'aspect jus de papaye.

❖ Le tупhos

C'est une prostration, une indifférence, un état d'hébétéude qui peut se traduire quelques fois par un délire.

❖ La splénomégalie

Elle est modérée avec une rate molle.

❖ Signe cutané.

Ce sont des tâches rosées en forme de lentilles sur une peau claire et blanche au niveau du thorax du dos et du ventre.

IV. LES COMPLICATIONS

Elles sont multiples et font toute la gravité de la maladie.

❖ Complications digestives

Ce sont des hémorragies digestives :

- Moelena = un saignement par l'anus du sang noir, digéré
- Rectorragie = un saignement par l'anus du sang rouge non digéré
- La perforation intestinale : qui est responsable d'une péritonite
- L'hépatite
- L'abcès du foie
- Une cholécystite (infection de la vésicule biliaire)
- Une appendicite typique

❖ Complications cardio-vasculaires

- Une myocardite
- Le collapsus cardio-vasculaire
- Une artérite (inflammation de l'artère)
- Une phlébite (inflammation des veines)

❖ Complications neuro-méningées

- L'encéphalite avec une altération de la conscience ou Tuphos
- La méningite

❖ Complications ostéo-articulaires

- L'arthrite
- ❖ **Les autres complications**
- Une broncho-pneumonie
- Une myosite (inflammation du tissu musculaire)
- Une orchite (atteinte testiculaire).

V. LA BIOLOGIE

5.1. Examen d'orientation

- ❖ **Hémogramme (NFS)**
- ❖ **Le sérodiagnostic de Widal et Félix**

5.2. Examen de Certitude

- ✓ L'hémoculture (examen de sang), permet le diagnostic de certitude
- ✓ La coproculture (examen des selles) permet le diagnostic en période de diarrhée et en fin de traitement de s'assurer si le malade n'est pas devenu un porteur chronique

VI. LE TRAITEMENT

6.1. Traitement curatif

Il est basé sur l'antibiothérapie.

6.2. Traitement préventif

ROLE DES AUXILIAIRES

- ❖ **Prophylaxie individuelle**

Elle se repose sur :

- Les mesures hygiéno-diététiques
 - Laver les mains avant chaque repas
 - Laver les légumes et les fruits consommés crus
 - La vaccination.

« Le T.A.B n'existe plus ».

Le vaccin actuel appelé Typhim Vi se donne en raison d'une dose en sous-cutané (SC) et assure une protection sur 3 ans dans 75% des cas.

- ❖ **Prophylaxie collective**

Elle repose sur : la lutte contre le péril fécal par,

- Le CCC (Communication pour le Changement de Comportement)
- La construction, l'utilisation et l'entretien de latrines
- L'assainissement du milieu

CONCLUSION

La Fièvre typhoïde ou la maladie des mains sales est une maladie grave. La protection par la vaccination et l'amélioration des conditions de vie sont les seuls moyens pour l'éviter.

TETANOS

OBJECTIF GENERAL

Reconnaître un patient atteint de tétanos en vue d'une prise en charge correcte.

OBJECTIF SPECIFIQUE

1. Définir sans erreurs le tétanos.
2. Citer toutes les manifestations cliniques du tétanos.
3. connaître les principales complications du tétanos

I. DEFINITION

C'est une toxi-infection due au Bacille tétanique qui réalise une contracture généralisée avec des douleurs musculaires intenses et internes (paroxysmes).

C'est une maladie fréquente et grave. Sa prévention est basée sur la vaccination qui est très efficace et bien tolérée.

II. Conditions de survenue de la maladie

2.1. L'agent pathogène

L'agent pathogène est le Bacille tétanique encore appelé *Clostridium tétani* ou le Bacille de Nicolaïer.

C'est un bacille qui vit dans les sols riches en fer.

2.2. Mode de contamination

Pour qu'il y ait tétanos, il faut 3 conditions :

- L'existence d'une porte d'entrée
- L'absence de vaccination efficace
- La contamination de la porte d'entrée par les spores de *Clostridium tétani*

III. ETUDE CLINIQUE

3.1. La forme commune généralisée

❖ L'incubation

Elle varie entre 3 et 20 jours (une dizaine de jours en moyenne). Elle dépend surtout de la quantité de toxine libérée.

❖ L'invasion

Elle dure en moyenne 48 heures et se caractérise par le Trismus.

Le trismus est une contracture des muscles masticateurs (de la mâchoire), bloquant l'ouverture de la bouche.

Le trismus impose l'arrêt de toute alimentation par voie orale et il ne s'accompagne pas de fièvre.

❖ La phase d'état

Elle se traduit également par le trismus, par la contracture musculaire généralisée et les paroxysmes.

- Trismus : (voir la phase d'invasion)
- La contracture généralisée

Elle rend le diagnostic évident :

- ✓ Au niveau de la face : elle est figée en un faciès sardonique caractéristique avec la mâchoire serrée, front plissé, sourcils relevés, commissure labiale attirés en dehors.
- ✓ Le rachis est fixé en hyper extension avec tête rejetée en arrière, hyperlordose lombaire.(opisthotonos)
- ✓ Le thorax est bombé.
- ✓ L'abdomen tendu, réalisant le ventre de bois.
- ✓ Les membres supérieurs sont en flexion
- ✓ Les membres inférieurs sont en extension.
- ✓ La rétention d'urine et les troubles de la déglutition sont habituels.
- Les paroxysmes sont un renforcement spontané, bref et douloureux des contractures déclenchées par la moindre excitation (lumière, bruit et le toucher.

IV. LES COMPLICATIONS

4.1. Les complications infectieuses

- La septicémie
- La broncho-pneumopathie

4.2. Les complications liées au tétanos

- L'arrêt cardio-respiratoire (paroxysmes), paralysie du diaphragme
- Fracture tassement du rachis

V. TRAITEMENT

5.1. But du traitement

- Détruire le germe
- Neutraliser la toxine circulante
- Réduire la contracture
- Prévenir toutes les complications

5.2. Le traitement curatif

Il est étiologique et symptomatique.

❖ Traitement étiologique

Il repose sur le traitement de la porte d'entrée qui est basé sur un parage de la plaie avec un pansement non occlusif.

- ❖ il repose sur une antibiothérapie repose sur la sérothérapie **Traitement symptomatique**
- La réanimation (désobstruction rhinopharyngée, Oxygénothérapie)
- L'isolement du malade (sensoriel, bruit, lumière)

5.3. Le traitement préventif

- ❖ **CAT devant une plaie tétanigène**
 - Chez un sujet non vacciné ou, dont, la vaccination est supérieure à 5 ans :
 - ✓ On désinfecte la porte d'entrée.
 - ✓ SAT et on débute la vaccination
 - Chez le sujet vacciné ou alors la vaccination remonte à moins de 5 ans
 - ✓ On désinfecte la porte d'entrée
 - ✓ On fait le SAT

Recommandation du ministère de la santé pour la prévention du tétanos

SITUATION VACCINALE DU CLIENT	NATURE DE L'EXPLOITATION	
	PLAIE MINIME	PLAIE GRAVE
Vaccination antérieure certaine et complète	Rien	Rien
< 5 ans	Rien	Rien
5 à 10 ans	Rien	Vaccin (rappel)
> 10 ans	Vaccin (rappel)	Vaccin (rappel) + SAT
Vaccination antérieure certaine mais incomplète (au moins une injection)	Vaccination complète	Vaccination complète + SAT
Vaccination absente ou douteuse	Vaccination complète + SAT	Vaccination complète + SAT

❖ Vaccination antitétanique

Elle comporte une primo-vaccination qui comprend 3 doses et 1 mois d'intervalles. Cette primo-vaccination est suivie d'un rappel à 1 an et après tous les 5 ans. Chez la femme enceinte on aura 2 doses à un mois d'intervalle, puis une dose de rappel chaque année pendant 3 ans.

ROUGEOLE

OBJECTIF GENERAL

Reconnaître une rougeole en vue d'une prise en charge du patient.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir sans erreur la rougeole en indiquant les éléments épidémiologiques
2. Connaître toutes les manifestations cliniques de la rougeole
3. Citer les principales complications de la rougeole
4. Connaître les différentes phases du traitement de la rougeole

I. DEFINITION

La rougeole est une maladie virale, éruptive, contagieuse et cosmopolite de l'enfant. C'est une maladie fréquente et grave.

II. EPIDEMIOLOGIE

- **L'agent pathogène** : C'est le virus de la rougeole (morbillivirus)
- **Le réservoir de germes** : C'est l'homme malade
- **Mode de contamination** : Le virus de la rougeole se transmet par les gouttelettes de salive émises par la toux dans l'air. Il peut également se propager par contact direct avec les sécrétions du nez ou de la gorge des personnes infectées. Le virus reste dangereux pendant au moins 30mn. Il survit peu de temps sur les objets et les surfaces.

Cette maladie sévit sous un mode endémo-épidémique en zone urbaine et épidémique en, zone rurale avec des périodicités plus ou moins espacées. Sa létalité varie entre 20 et 40%. La rougeole est responsable du 1/3 des cécités.

III. MANIFESTATION CLINIQUE

Le diagnostic de la rougeole est essentiellement clinique.

3.1. Forme habituelle

3.1.1. La phase d'incubation

Elle est silencieuse et dure environ 10 à 14 jours.

3.1.2. La phase d'invasion

Elle dure quatre (4) jours : le début de cette phase est progressif et caractérisé par :

- **une conjunctivite** (les yeux rouges et larmoyants),
- **une rhinite et,**
- **au niveau des bronches, on a une toux rauque.**
- **Une fièvre** qui varie entre 38 et 40°C
- **Un aspect bouffi et grognon de l'enfant**

- Des signes digestifs avec anorexie, des vomissements, une diarrhée et des douleurs abdominales.
- Des signes nerveux tels que les convulsions et une raideur de la nuque.
- Le signe de **Köplik** est le signe majeur de la maladie. Il confirme le diagnostic à ce stade (c'est une série de petites taches blanches, sur une muqueuse rouge en regard des prémolaires de l'enfant).

3.2. La phase d'état

Cette phase apparaît 15 jours après le comptage (contact infectant) et est marquée par une éruption caractéristique dans son aspect et sa chronologie.

- ❖ **Son aspect** : c'est une éruption maculo-papuleuse faite de taches rouges ou érythémateuses à peine surélevée à contour irrégulier, palpable avec des intervalles de peau saine. Ces taches peuvent confluer pour donner des placards déchiquetés avec parfois un aspect purpurique.
- ❖ **La chronologie** : l'éruption est descendante en tache d'huile, de la tête aux pieds. Elle débute derrière les oreilles le premier jour ; le deuxième jour elle atteint le cou, la partie supérieure du thorax et la racine des membres supérieurs ; le troisième jour, elle atteint la racine des membres inférieurs et le quatrième jour, elle se généralise.

En absence de complications, la fin de la phase éruptive se caractérise par une diminution des signes généraux notamment la fièvre. Les prurits sont rares.

3.3. La phase de desquamation

La desquamation se fait en suivant la même chronologie descendante. Elle se fait soit en lambeau, soit en fine couche.

L'enfant guérit mais reste fatigué et anorexique.

IV. LES COMPLICATIONS

On distingue trois niveaux de complications :

- les complications générales
- les complications liées au virus
- les complications de surinfection

1.1. Les complications générales

- ❖ **La déshydratation** : elle est due à la diarrhée, la fièvre et aux vomissements.
- ❖ **La malnutrition** : La rougeole est l'affection qui mène à la malnutrition.

V. LES TRAITEMENTS

5.1. Traitement curatif

Traitement curatif

Le traitement de la rougeole est symptomatique, c'est-à-dire donner des médicaments en fonction des signes.

5.2. Le traitement préventif est basé sur un vaccin vivant atténué

- ✓ Il faut assurer un apport énergétique et liquidien suffisant
- ✓ Laver l'enfant tous les jours et au savon.

C'est le ROR (combinaison de 3 vaccins celui de la rougeole des oreillons et de la rubéole). Il est administré en une dose par voie sous cutanée à partir de neuf mois.

CONCLUSION

La rougeole est un problème de santé publique dans notre pays. Mais la pratique de la vaccination systématique de tous les enfants et les grandes campagnes de vaccination peuvent permettre de la contrôler.

MENINGITES PURULENTES

OBJECTIF GENERAL

Connaitre les méningites purulentes en vue d'une prise en charge correcte du patient

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir sans erreurs les méningites purulentes en précisant les principaux éléments épidémiologiques
2. Connaitre toutes les manifestations cliniques des méningites purulentes
- 3-Exécuter le rôle de l'auxiliaire de sante dans la prise en charge du patient souffrant de la méningite.

I. DEFINITION

On appelle méningite purulente, l'inflammation des méninges.

C'est une infection fréquente qui pose un problème de santé publique dans le Nord de la Côte d'Ivoire, où sévissent des épidémies périodiques.

C'est également une maladie grave avec une létalité pouvant atteindre 30%.

II. EPIDEMIOLOGIE

2.1. L'agent pathogène

Tous les germes peuvent être en cause, principalement :

- **Le Pneumocoque :**
- **L'*Haemophilus influenzae* :**
- **Le Méningocoque :**
- **Le staphylocoque :** une méningite provoquée par le personnel soignant (méningite iatrogène).

2.2. Le mode de contamination

On distingue :

- La méningite primitive
- La méningite secondaire
- **La méningite primitive**

Le germe atteint les méninges par voie sanguine

- **La méningite secondaire**

Survient dans les conditions bien définies :

- **lésions de voisinage :** (otite et la sinusite)
- **lésions traumatiques de la voûte crânienne :** notamment la fracture de la base du crâne avec brèche ostéoméningée.
- **Les malformations :** c'est la méningocèle (spina bifida)

- **Infection à distance :** une infection pulmonaire, endocardique (cœur), intestinale.
- **Investigation neurologique :** il s'agit de la ponction lombaire.
- **Intervention neurochirurgicale :** peut infecter le cerveau.

III. MANIFESTATIONS CLINIQUES

3.1. Incubation

Elle est silencieuse et dure 3 à 4 jours.

3.2. Invasion

Elle est brutale, marquée par un malaise, de vives céphalées, des frissons répétés, des vomissements et une fièvre de 39 à 40°C.

3.3. Phase d'Etat

Elle est marquée par le syndrome méningé ; le syndrome infectieux et les troubles neurologiques 3 à 4 jours plus tard.

- **Le syndrome méningé**

Il comporte des signes fonctionnels et des signes physiques.

a. Signes fonctionnels

Ils sont représentés par le trépied méningitique

- Les vomissements qui se font par jets
- Des céphalées en casques
- La constipation

b. Signes physiques

Ils sont représentés par la raideur méningée et l'hyperesthésie cutanée (exagération de la sensibilité de la peau).

- **Raideur méningée**

Elle se traduit par :

- une raideur de la nuque

- **Le syndrome infectieux**

Il comporte les signes suivants :

- une fièvre de 39 à 40°C
- un pouls rapide
- une langue saburrale
- une oligurie
- un herpès péribuccal (bouton de fièvre autour de la bouche)

- **Troubles neurologiques**

- Convulsions
- Coma

IV. EVOLUTION

L'évolution des méningites peut être émaillée de complications et de séquelles :

4.1. Les séquelles

- La surdité
- La cécité
- L'hydrocéphalie
- Une épilepsie
- Les troubles de la mémoire
- Une diminution des facultés intellectuelles

V. LES MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES

5.1. La macroscopie

Le LCR est trouble (à la suite de la ponction lombaire)

VI. TRAITEMENT

Il comporte deux volets :

6.1. Traitement préventif ou primaire : Vaccination

- Anti-méningococcique A et C
- Anti- H. Influenzae B
- Anti-pneumococcique

6.2. Traitement curatif

C'est une urgence médicale qui repose sur une antibiothérapie basée sur des antibiotiques bactéricides ayant une bonne diffusion méningée et active sur les germes de la méningite purulente en cause.

ROLE DE l'auxiliaire de soins

- ❖ Mise en place isolements (« gouttelettes ») quand nécessaire
- ❖ Surveillance symptomatiques (thermorégulation)
- ❖ Participation à la ponction lombaire (PL):
 - Accompagnement patient, réassurance
 - Surveillance post PL (douleur/Apparition de céphalées...)
- ❖ Surveillance neurologique (conscience, cohérence...)

COQUELUCHE

OBJECTIF GENERAL

Connaitre la coqueluche en vue d'une conduite à tenir.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir en ses propres termes, sans altérer le sens, la coqueluche en précisant l'étiopathologie
2. Connaitre tous les signes cliniques de la coqueluche en se référant au cours.
3. Connaitre les différentes complications de la coqueluche

I. DEFINITION

C'est une toxi-infection contagieuse et immunisante qui réalise une toux quinteuse.

C'est une maladie grave qui motive une prévention précoce par la vaccination.

II. L'ETIOPATHOLOGIE

2.1. L'agent pathogène

C'est le bacille de **Bordet-Gengou** aussi appelé *Bordetella Pertussis*.

2.2. La Contamination

Le bacille se transmet d'une personne malade à une autre à travers les minuscules gouttelettes émises par le nez et la bouche d'une personne qui tousse. Les personnes contaminées peuvent être contagieuses durant la première semaine jusqu'à 6 semaines

III. ETUDE CLINIQUE

3.1. La forme commune de l'enfant

3.1.1. L'incubation

Elle est silencieuse et dure 7 à 15 jours.

3.1.2. L'invasion ou période catarrhale

Elle se traduit par une rhinite, une asthénie, une anorexie, des éternuements, puis une toux sèche remarquable par :

- sa ténacité
- son aspect spasmodique
- sa prédominance nocturne
- son caractère émetisant

Cette phase dure 1 à 2 semaines

3.1.3. La phase d'état ou phase de quinte

Cette phase est très évocatrice du fait des manifestations représentées par les quintes. La quinte débute par une série de secousses respiratoires de toux (5 à 20) de plus en plus rapprochées et courtes jusqu'à une apnée brève de quelques secondes.

Puis se produit une reprise inspiratoire, bruyante et prolongée (imitant le chant du coq), à laquelle succède une nouvelle série de secousses respiratoires, suivie d'apnée et de reprise inspiratoire.

Le cycle se répète une dizaine de fois jusqu'à l'apparition d'une expectoration de mucosité épaisse, filante, difficile à évacuer et entraînant des vomissements.

La température de l'enfant est habituellement normale en dehors d'une complication. Cette phase peut durer 2 à 4 semaines.

3.1.4. La phase de déclin

Vers la 5^{ème} semaine, les quintes commencent à se stabiliser et s'espacent progressivement à la 6^{ème} semaine.

Au total, l'évolution de la maladie dure 6 à 10 semaines laissant un enfant amaigri et fatigué.

3.2. La forme du nourrisson

La coqueluche grave et atypique se manifeste par :

- ❖ Les quintes atypiques et difficiles à reconnaître avec :
 - des secousses de toux de plus en plus faibles, cyanosantes
 - une reprise peu gluante
 - des expectorations difficiles à évacuer
 - des vomissements abondants responsables de la dénutrition
 - des complications respiratoires paroxystiques avec quinte asphyxiante, apnée syncopale avec arrêt cardio-respiratoire survenant en dehors de la quinte.

IV. LES AUTRES COMPLICATIONS

On a 3 complications respiratoires.

4.1. Complications respiratoires

La broncho-pneumopathie de surinfection

4.2. Complications neurologiques

Il s'agit de la convulsion et l'encéphalite.

4.3. Complications mécaniques (due à l'effort de toux)

- l'ulcération du frein de la langue, des épistaxis, une hernie, prolapsus rectal

4.4. Complication ORL

- Otite purulente.

V. LE TRAITEMENT

5.1. Traitement curatif

Il est décevant. L'ATB doit être prescrit à la phase de début de la période des quintes. Les antitussifs et les sédatifs sont dangereux. En cas de complications grave, l'hospitalisation en réanimation s'impose.

5.2. Traitement préventif

Repose sur :

- L'isolement des malades ;
- L'éviction scolaire est de 30 jours pour le malade et de 20 jours pour ses frères ;
- La vaccination précoce avec une primo vaccination de 3 doses à 1 mois d'intervalle en sous-cutané, un rappel à 1 an, puis tous les 5 ans.

POLIOMYELITIS

OBJECTIF GENERAL

Reconnaitre les signes en faveur du diagnostic de la poliomyélite en vue d'une prise en charge correcte du client.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir selon le cours la poliomyélite en précisant les éléments épidémiologiques.
2. Connaître les éléments cliniques de la poliomyélite.
3. Connaître tous les éléments du schéma thérapeutique.

I. DEFINITION

La poliomyélite est une maladie infectieuse endémo-épidémique contagieuse et immunisante due à un poliovirus. C'est une maladie cosmopolite très invalidante.

II. EPIDEMIOLOGIE

2.1. Agent Pathogène

C'est le poliovirus dont on connaît 3 types : 1, 2, 3.

2.2. Réservoir

Le réservoir des poliovirus est exclusivement humain (homme malade, le porteur sain).

2.3. Contamination

La contamination est féco-orale, directe, manu portée, d'un sujet malade à un sujet sain. Les malades et les porteurs sains éliminent les selles contaminées par le virus dans leur milieu. La transmission peut se faire donc indirectement par l'ingestion de l'eau ou d'aliments qui ont été souillés par ces selles. Les mouches peuvent également être un moyen de transport du virus. Au total, c'est une maladie du péril fécal.

C'est une maladie qui est fréquente en raison des mauvaises conditions d'hygiène.

III. ETUDE CLINIQUE

3.1. Incubation

Elle est mauvaise et dure quelques jours à 1 mois.

3.2. Invasion

Elle dure 3 à 6 jours et est marquée par les signes infectieux :

- la fièvre autour de 38°C
- la sueur
- une rhinopharyngite

- une diarrhée
- des vomissements

A ces signes infectieux, il faut ajouter les signes neurologiques avec des myalgies, des rachialgies et des signes méningés.

3.3. Phase d'état

3.3.1. Forme paralytique

Elle est marquée par l'apparition des paralysies qui s'installent brutalement en 24 à 48 h. ces paralysies sont flasques ou hypotoniques. Elles sont asymétriques. Les paralysies siègent surtout au niveau des membres inférieurs mais parfois aux membres supérieurs.

Les paralysies peuvent régresser à partir du 15^{ème} jour de la maladie et jusqu'à 6 mois. Cette régression est toujours imprévisible mais elle s'accompagne de séquelles :

- l'amyotrophie qui est une diminution du volume des muscles
- la scoliose qui est une déformation de la colonne vertébrale en S
- pieds-bots qui sont la déformation au niveau des pieds
- retractions tendineuses

3.3.2. Formes respiratoires

Les formes respiratoires sont dues aux paralysies respiratoires (diaphragmes, muscles intestinaux).

III. DIAGNOSTIC

La confirmation du diagnostic de la poliomyélite repose généralement sur la mise en évidence de poliovirus dans un prélèvement de selle ou dans la gorge.

IV. TRAITEMENT

4.1. Traitement curatif

Le malade doit être hospitalisé, isolé et au repos. On lui donnera des antalgiques et des sédatifs. Une rééducation de longue durée est nécessaire (kinésithérapie). La surveillance des malades ayant une atteinte respiratoire ne se fait que dans un service de réanimation avec une assistance respiratoire prolongée.

4.2. Traitement préventif

Le traitement préventif a 2 volets :

- **La vaccination**

Il y a 2 types de vaccins de la polio.

Le 1^{er} est le vaccin vivant atténué oral de sabin qui se donne de (0 – 5 ans) (2 gouttes espacées d'un mois pendant 3 mois) puis un rappel à 1 an et tous les 5 ans.

Le 2^{ème} est un vaccin inactivé injectable qui se fait en s/c. Il est aussi efficace que le 1^{er} mais il est coûteux.

Ces vaccins antipolio sont associés à d'autres vaccins tels que ceux du tétanos, la diphtérie, la coqueluche

- **Mesures d'hygiène**

- Lutte contre le péril fécal par :
- Utilisation systématique des latrines
- Désinfecter les selles des malades
- Protéger les aliments contre les mouches
- Se laver les mains avant de manger, avant de faire la cuisine, après être allé à la selle.

VARICELLE

OBJECTIF GENERAL

Reconnaître une varicelle en vue d'une prise en charge du patient.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir en ses propres termes les manifestations cliniques de la varicelle en spécifiant les principales complications.
2. Connaître toutes manifestations cliniques de la varicelle en spécifiant les principales complications.
3. Connaître tous les éléments du traitement de la varicelle.

I. DEFINITION

La varicelle est une maladie virale, extrêmement contagieuse de l'enfant. C'est une fièvre éruptive, bénigne sur un terrain immunocompétent. Elle est provoquée par le virus varicelle zona (vzv).

II. CONTAGIOSITE

Le virus est présent dans le nez et dans la gorge avant l'éruption. La contagiosité débute entre 1 et 2 jours avant l'éruption. Elle se termine avec la perte de toutes les croûtes résultant de la cicatrisation des vésicules.

III. LES SIGNES CLINIQUES

3.1. La forme commune

- ❖ **Phase d'incubation** : elle dure en moyenne 14 jours et elle est silencieuse.
- ❖ **Phase d'invasion**

Elle est marquée par :

- une fièvre à 38°C
- un érythème scarlatiniforme fugace
- un malaise général

- ❖ **Phase d'état**

Elle est caractérisée par des macules rosées (taches) devenant une éruption papuleuse (tache avec un relief), très prurigineuse avec apparition en 24h d'une vésicule transparente en goutte de rosée. La vésicule est entourée d'une fine couche érythémateuse sur peau claire.

En 48h, la vésicule se dessèche avec un contenu trouble. La base de la vésicule reste souple. Vers le 4^{ème} jour, apparaît une croûte brunâtre qui tombe vers le 10^{ème} jour.

Les lésions sont très prurigineuses.

L'éruption apparaît sur la racine des cheveux, au thorax, les membres inférieurs et supérieurs puis le visage. Elle se fait en plusieurs poussées.

Ainsi, des éléments jeunes et des éléments vieux peuvent coexister dans le même territoire cutané.

La fièvre est alors modérée autour de 38°C. On note quelques fois des adénopathies cervicales et une splénomégalie.

La guérison est spontanée en 10 – 15 jours sur un terrain immunocompétent

IV. LE TRAITEMENT

4.1. Traitement curatif

4.1.1. Traitement de la forme commune : symptomatique

NB : Éviter de donner de l'aspirine sinon risque de syndrome de reye qui peut entraîner une encéphalopathie.

Éviter les crèmes et les pommades qui peuvent entraîner la surinfection par macération.

4.2. Traitement préventif

Il est basé sur la vaccination, c'est un vaccin vivant atténué dont le coût est très élevé.

DIPHTERIE

OBJECTIF GENERAL

Reconnaitre les signes en faveur du diagnostic de la diphtérie en vue d'une conduite à tenir appropriée.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Définir sans erreur la diphtérie en précisant les éléments étiopathogéniques.
2. Connaitre toutes les manifestations cliniques de la diphtérie.
3. Connaitre selon le cours le traitement de la diphtérie.

I. DEFINITION

La diphtérie est une toxi-infection contagieuse peu immunisante qui réalise une angine à fausse membrane.

II. ETIOPATHOGENIE

2.1. L'agent pathogène

C'est le bacille de Klebs-Loeffler ou encore *Corynebactérium diphteriae*

2.2. La pathogénie

La contamination est interhumaine par l'intermédiaire des gouttelettes de salive émises par le malade ou le porteur sain. Le germe va proliférer au niveau du pharynx et produire une fausse membrane et une exotoxine diffuse qui provoque la maladie.

III. ETUDE CLINIQUE

3.1. Angine diphtérique commune

3.1.1. Incubation

Elle est silencieuse et dure 2 – 5 jours.

3.1.2. Invasion

Le début est insidieux avec malaise général.

- Une fièvre modérée 38 – 38°5
- Une dysphagie modérée
- Une angine avec des amygdales rouges tuméfiées recouvertes d'un enduit opalin.

3.1.3. Phase d'état

Elle survient 24 à 48 heures après le début et est caractérisé par :

- les fausses membranes, il s'agit de pellicules grisâtres qui sont adhérentes, cohérentes, reproductibles et qui sont extensibles. Ces fausses membranes vont envahir rapidement les amygdales, les piliers du voile du palais et la luette.

- une fièvre peu élevée à 38°C
- un coryza séreux ou muco-purulent avec érosion nasinaire
- les adénopathies sous angulo-maxillaires
- les signes d'imprégnation toxiques avec pâleur, asthénie, tachycardie

IV. DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif est bactériologique. Le prélèvement se fait sur des fausses membranes et un écouvillonnage nasal.

V. TRAITEMENT

5.1. Traitement curatif

- Isolement du client
- La sérothérapie (sérum antidiphtérique purifié)
- L'antibiothérapie

Elle est destinée à stériliser le foyer pharyngé

5.2. Traitement préventif

- Examen des sujets contacts
- Sérovaccination
- La vaccination

La primo vaccination comporte 3 injections IM (dans le deltoïde) ou s/c à un mois d'intervalle suivi de rappel à un 1 puis tous les 5 ans.

LA FIEVRE JAUNE

- Définir la fièvre jaune selon le cours
- Décrire l'épidémiologie de la fièvre jaune
- Connaitre la symptomatologie de la fièvre jaune
- Exécuter le rôle de l'auxiliaire de soins dans la prévention la fièvre jaune
-

I. DEFINITION

C'est une maladie infectieuse aigue caractérisée par un début brusque accompagné de phénomène congestif et inflammatoire avec albuminurie croissante.

A la période d'état, l'affection se manifeste par deux symptômes typiques :

- 1- Des hémorragies diverses : notamment des vomissements noirs (vomitonegro).
- 2- Un ictère froid : accompagné de fièvre d'où le nom de fièvre jaune. L'agent pathogène est un ultravirus appelé virus amaril.
- 3- La fièvre jaune est transmise par la piqure de moustique dont le plus important se nomme AEDES Aegypte ou encore Stegomyia fasciata.

II -EPIDEMIOLOGIE

1. L'agent pathogène

C'est le virus Amaril.

2. Le réservoir de virus :

Il est constitué par les Hommes pendant les épidémies mais les animaux sont également sensibles au virus amaril et particulièrement le singe. Le réservoir de virus est également constitué par les moustiques.

3. Les agents vecteurs

Ce sont les moustiques qui peuvent être zoophiles ou anthropophiles. La transmission du virus s'effectue par la piqure du moustique, celui-ci s'infecte en prenant son repas sanguin sur un homme malade ou un animal en phase viremique. Et 4 à 10 jours plus tard il devient infestant et le demeure toute sa vie.

4. Causes favorisantes

Il y a l'influence des saisons de pluies, chaudes et humides. Il y a le terrain. Exemple : vallée humides ; l'embouchure des fleuves, les bords des lagunes et des cours d'eau, les carrières.

Il y a les proximités Exemple : les quartiers pauvres

Il y a les habitudes Exemple : les ravitaillements en eau potable, la collecte et les réservoirs tels que les puits et les caniveaux.

III. SYMPTOMATOLOGIE

Il y a deux grandes phases de la maladie

1°- **L'incubation** : qui dure de 02 à 6 jours et manifestée par les malaises généraux, et une sécheresse des téguments. Souvent cette période passe inaperçue.

2°- **L'Invasion** : qui est marquée par deux stades :

a)-Progressif, insidieux avec des agitations nocturnes

b)- quelquefois début brusque avec un tableau infectieux avec frisson intense. C'est la phase de congestion avec des rougeurs et des phénomènes douloureux caractérisés par des myalgies et des courbatures généralisées.

3- Phase d'état

Caractérisée aussi par deux phases

- La phase rouge : marquée par des congestions généralisées avec fièvre de 39 à 40°C ; des sueurs et odeurs de pailles pourries des photophobies, des nausées et **des vomissements bilieux (vomitonegro)**.

A ce stade le foie est très sensible. On observe une oligurie puis une anurie. Les urines sont boueuses et foncées. Cette phase rouge dure 3 jours puis on observe une rémission trompeuse.

- La phase jaune :

Elle est Caractérisée par la disparition de la congestion mais persistante de l'oligurie.

Elle est marquée par un ictère franc, une température élevée, des urines jaunes, un gros foie et une albuminurie massive. On note également des hémorragies diverses caractérisées par des épistaxis, des gingivorragies, des hématomèses et des vomissements noirs appelés **vomitonegro**.

On note aussi une azotémie de 1 à 2 g et finalement l'apparition d'un syndrome cardio-vasculaire entraînant le décès par collapsus.

IV. EVOLUTION

L'évolution est courte et la mort survient en 5 ou 6 jours.

Dans les formes favorables, on note une rémission de 3 à 4 semaines avec une longue convalescence fragile mais il n'y a pas de séquelles.

V. DIAGNOSTIC POSITIF

Il s'effectue toujours en post mortem.

VI. ROLE DE L'AUXILLIAIRE DE SOINS :

Devant tout syndrome infectieux, il faut aider l'infirmier à toujours rechercher :

1. les hématozoaires
2. L'albuminurie
3. Les hémorragies diverses et les vomissements noirs

4. Il faut également isoler le malade sous moustiquaire, faire des pulvérisations d'insecticides dans la chambre et appeler d'urgence le médecin le plus proche.
Se garder de faire un diagnostic tapageur.

VII. PROPHYLAXIE

En cas de maladie :

1. Isoler le malade
2. Interdire les visites
3. Lutter contre les moustiques
4. Faire la vaccination obligatoire même chez les personnes en règle. La validité du vaccin est de 10 ans.
5. Faire une surveillance régulière pour la vaccination de routine
6. Rendre la vaccination obligatoire pour les voyages internationaux.

Notons qu'il y a deux sortes de vaccin

- vaccin PETIER dit de l'institut Pasteur de Dakar qui se fait par scarification qui est un vaccin neurotrope qui EST actuellement abandonné.
- vaccin 17D : de l'institut Rockefeller des USA qui se fait par injection sous cutanée.

LA RAGE HUMAINE

- Définir la rage en précisant l'agent pathogène
- Décrire la symptomatologie typique de la rage humaine
- Énumérer 02 examens para cliniques pratiqués devant une suspicion de rage
- Décrire la conduite à tenir dans la prévention de la rage en cas de morsure par un animal
- Décrire le rôle de collaboration de l'auxiliaire dans la prévention de la rage.

I. SYMPTOMATOLOGIE

La maladie se présente habituellement chez l'homme comme une Méningo-encéphalite aiguë (MEA). En absence de la notion de morsure antérieure, le diagnostic peut être difficile pendant les premières heures.

Il est assez fréquent que la maladie éclate sans prodrome après une incubation prolongée. Mais on peut avoir les 3 phases suivantes ;

1. INCUBATION

Il est de 40 jours en moyenne, mais très variable entre 7 jours 20 jours et même 60 jours et même 6 mois et plus. Tout à fait silencieuse.

2. PRODROME

Marquée par des troubles nerveuses dans la région mordue. Ces troubles sont à titre de fourmillement, d'hyperesthésie, de douleur irradiées. Parfois on note des prurits généralisés ayant débutés dans la région mordue et entraînant des lésions de grattage. Quelquefois ce sont des modifications de caractères. Le Sujet est en proie à une profonde tristesse .Il recherche l'isolement, il y a une affectivité exagérée caractérisée par des pleurs ; il éclate en sanglots presque sans raisons.

3. LA PHASE D'ETAT.

Caractérisée par plusieurs formes.

La forme spastique : Elle est marquée par une excitation motrice intense, des contractures, des tremblements des convulsions, des spasmes très douloureux déclenchés par la moindre excitation sensorielle.

Cependant l'intelligence est intacte et le malade est angoissé. On note une tachycardie intense, le visage du malade est impressionnant, en proie à des soubresauts continuels, la bouche gonflée de crachat mousseux avec un crachotement incessant et la mort survient en syncope au bout de 2 à 3 jours.

La forme paralytique : Elle est moins beaucoup plus typique de la rage. Elle débute par une mono ou paraplégie puis les paralysies gagnent les autres groupes musculaires suivant une marche ascendante ou descendante.

La forme démentielle : Elle est souvent observée en Afrique. Caractérisée au début par un accès de folie aigue avec agressivité et violence. Elle évolue comme les autres formes vers une mort inéluctable par syncope ou dans le coma.

II. LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose essentiellement sur le caractère spastique de l'atteinte motrice, sur l'existence de crise tétanoïde accompagnant les troubles de la déglutition et sur l'hyperexcitabilité sensorielle.

III. PRONOSTIC

La rage déclarée est inexorablement fatale.

Par contre toute morsure par animal enragé n'entraîne pas fatalement même en l'absence de traitement, l'éclosion des rages.

I. DEFINITION

C'est une toxiinfection très contagieuse provoquée par une bactérie appelé **vibron cholérique**

II. EPIDEMIOLOGIE

1. agent pathogène

Le vibron cholérique ou vibron de KOCH

2. Sources de contamination

L'on distingue deux sources de contamination : l'homme et le milieu extérieur

- L'homme est le principal réservoir du vibron cholérique. L'homme malade, par des vomissements, ses selles, émet en quantité considérable, des vibrions. Il faut aussi noter qu'on peut trouver des vibrions cholériques sur un cadavre mort de choléra. Il faut noter l'existence de porteur asymptomatique.
- Le milieu extérieur constitué par l'eau et les aliments.

3. Les facteurs épidémiques favorisants

- le niveau socio-économique
- les conditions de peuplement (marché, rassemblement, fête, funérailles).
- le facteur climatique
- les moyens de déplacement

III. SYMPTOMATOLOGIE

1. La forme typique

Elle se caractérise par une incubation brève 2 à 3 jours en période épidémique et de 3 à 7 jours en période endémique.

Le début est brutal sans prodrome (sans signes précurseurs) chez un sujet en bonne santé caractérisé par une fièvre, des gargouillements, de l'angoisse suivie immédiatement d'une évacuation intestinale abondante anale et diarrhéique répétées, vomissement alimentaire puis bilieux, les évacuations ne calment pas le malade mais l'épuise.

Ce sont des selles aqueuses, riziformes à odeur fade, affécales.

Elles sont d'abord en jet, elles coulent ensuite à travers le sphincter relâché du malade épuisé, souillant les vêtements, les nattes réalisant une véritable inondation. Non traité la mort survient dans les 48 à 72Heures dans un tableau de collapsus et complètement vidé de ses liquides.

Elle se caractérise par une incubation brève 2 à 3 jours en période épidémique et de 3 à 7 jours en période endémique.

Le début est brutal sans prodrome (sans signes précurseurs) nocturnes chez un sujet en bonne santé caractérisé par une fièvre, des gargillements, de l'angoisse suivie immédiatement d'une évacuation intestinale abondante anale et diarrhéique répétées, vomissement alimentaire puis bilieux, les évacuations ne calment pas le malade mais l'épuise.

Ce sont des selles aqueuses, riziformes à odeur fade, affécales.

Elles sont d'abord en jet, elles coulent ensuite à travers le sphincter relâché du malade épuisé, souillant les vêtements, les nattes réalisant une véritable inondation.

Non traité la mort survient dans les 48 à 72Heures dans un tableau de collapsus et complètement vidé de ses liquides.

2. EVOLUTION

Traité surtout rapidement et suffisamment le risque de mortalité est modéré allant de 10 à 15%.

IV. DIGNOSTIC

Souvent facile mais la confirmation bactériologique est toutefois nécessaire pour une prise de mesure sanitaire.

V. TRAITEMENT

Le traitement est difficile ; quand plusieurs dizaines de malades sont atteints ; il consiste néanmoins en

- une réhydratation plus un apport électrolytique.
- Une administration des analeptiques cardio-vasculaires
- Une antibiothérapie

PROPHYLAXIE

1- Mesure d'hygiène générale ; individuelle et collective avec désinfection - assainissement, isolement des malades ; enterrement surveillé ou incinération des malades morts de choléra.

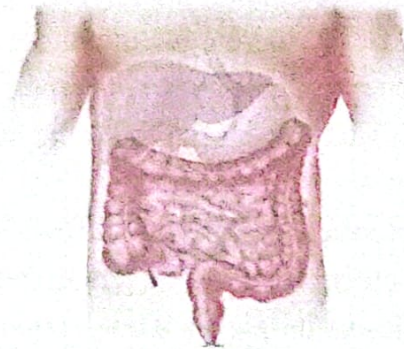
2- Chimio prophylaxie

En Afrique moyen, le plus efficace ; la moins coûteuse pendant l'épidémie :

Fanasil ,Tetracycline

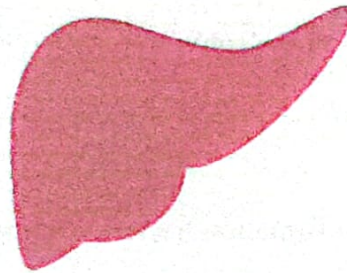
Prophylaxie internationale avec vaccination obligatoire.

LES HEPATITES



Définition

L'hépatite est une inflammation du foie résultant de l'infection par un virus, de l'absorption de produits chimiques, de médicaments ou d'alcool. Parfois, l'hépatite peut être de cause auto-immune. Les hépatites sont classées en deux catégories :



- Les hépatites virales
- Les hépatites non virales

Il existe 5 virus responsables des hépatites (A, B, C, D, E). Les hépatites toxiques (non virales) sont causées la plupart du temps par la consommation de certaines substances hépatotoxiques.

I. LES VIRUS RESPONSABLES DES HÉPATITES

a- Le virus de l'hépatite A (VHA)

Le virus est présent dans les selles de la personne contaminée.

- **Transmission** : consommation d'eau et d'aliments contaminés par les selles, pratiques sexuelles avec contact anal.
- **Incubation** : 2 à 4 semaines.
- **Évolution** : guérison le plus souvent, manifestation bénigne, rarement le pronostic vital peut être engagé, une fois contaminé le patient reste immunisé à vie.

b- Le virus de l'hépatite B (VHB)

Présent dans les différents liquides biologiques du patient infecté (sperme, sécrétions vaginales, menstruations, sang, salive).

- **Transmission** : exposition à du sang contaminé, du sperme ou tout autre liquide biologique, transmission de la mère à l'enfant lors de l'accouchement, transfusion de sang ou produit sanguin contaminé, injection avec du matériel

contaminé, tatouage ou piercing avec du matériel contaminé, traitement d'acupuncture avec des aiguilles non stérilisées.

- **Incubation** : 6 semaines à 4 mois.
- **Évolution** : la plupart du temps asymptomatique de découverte fortuite, évolution la plupart du temps vers la guérison (rare) ou vers la chronicité, la cirrhose, le carcinome hépatocellulaire.

c- Le virus de l'hépatite C (VHC)

Présent dans le sang du patient.

- **Transmission** : idem que l'hépatite B avec possible échange de sang (menstruation, lésions vaginales, coupure...).
- **Incubation** : 7 à 8 semaines mais variable entre 2 à 26 semaines.
- **Evolution** : silencieuse le plus souvent asymptomatique, évolution possible vers la chronicité, la cirrhose, le carcinome hépatocellulaire.

d- Le virus de l'hépatite D (VHD)

Présent chez les sujets contaminés par le VHB.

- **Transmission** : contact avec du sang ou des liquides biologiques d'une personne contaminée.
- **Incubation** : 5 à 12 semaines.
- **Evolution** : guérison dans la plupart du temps.

e- Le virus de l'hépatite E (VHE)

Présent dans les selles.

- **Transmission** : idem que l'hépatite A, consommation de viande dont l'animal est contaminé.
- **Incubation** : 15 à 75 jours.
- **Evolution** : guérison sans séquelle, gravité chez la femme enceinte (mortalité importante).

II. LES HÉPATITES NON VIRALES

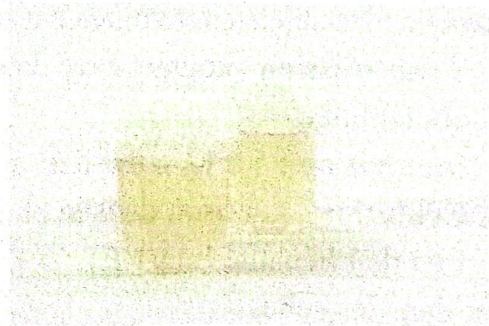


Plusieurs causes aux hépatites toxiques :

- La consommation de médicaments
 - Hépatites cytolytiques : nécrose des cellules hépatiques
 - Hépatites cholestatiques : gêne dans l'élimination de la bile
 - Plusieurs médicaments peuvent induire une hépatite mais le plus courant est le paracétamol qui peut entraîner des hépatites fulminantes (apparition brutale d'une atteinte hépatique et cérébrale évoluant rapidement vers le coma) .
- Ingestion de champignons non comestibles : amanite phalloïde
- Intoxication par tétrachlorure de carbone et hydrocarbure
- Consommation excessive d'alcool
- Consommation de plantes toxiques

III. SYMPTÔMES DES HÉPATITES

- Hépatites aiguës
 - Fièvre et/ou sueurs en fin de journée
 - Asthénie
 - Anorexie et amaigrissement
 - Nausées et vomissements
 - Douleurs abdominales
 - Ictère
 - Urines foncées
 - Selles décolorées
 - Au bilan sanguin : élévation des transaminases
- Hépatite fulminante
 - Taches rouges sur la peau
 - Hémorragies et saignement de nez
 - Atteinte cérébrale (confusion, coma)

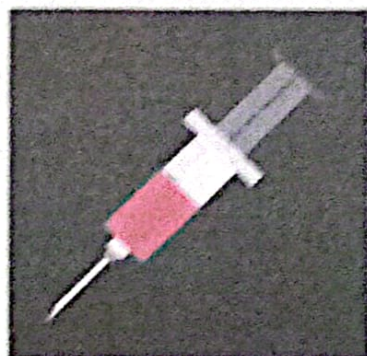


IV. TRAITEMENTS DES HÉPATITES

- Hépatite A :
 - Cette maladie ne nécessite pas de traitement particulier, en effet le corps lutte seul contre le virus. Les symptômes disparaissent entre 4 et 6 semaines
- Hépatite B :
 - Pas de traitement particulier en règle générale si ce n'est du repos et une alimentation saine.
 - Toutefois si le corps ne parvient pas à éliminer le virus au-delà de 6 mois (passage à la chronicité) des traitements peuvent être mis en place

- Règles hygiéno-diététiques

- Eviter la consommation d'alcool
- Repos
- Eviter la prise de médicaments ou demander l'avis à un médecin
- Arrêt du tabac
- Eviter les repas trop riches
- Eviter l'exposition aux produits toxiques



V. PRÉVENTION DES HÉPATITES

- Vaccination pour certains virus (A, B)
- Ne pas consommer de fruits de mer crus dans les zones où l'eau peut être contaminée
- Ne pas boire l'eau du robinet si celle-ci peut être contaminée
- Ne pas consommer de produits crus si ceux-ci peuvent être contaminés
- Utiliser des préservatifs si le statut sérologique de la personne n'est pas connu ou si la personne est contaminée
- Lavage systématique des mains après contact avec une personne contaminée
- Port de gants pour les soins à risque
- Ne pas réutiliser de seringues ou aiguilles souillées
- Elimination des déchets souillés de sang
- Ne pas partager le matériel à risque (rasoir, brosse à dents, fil dentaire ...)
- Limiter la consommation d'alcool
- Respecter la posologie des médicaments
- Respecter les consignes de sécurité en cas de manipulation de produits toxiques
- Attention à la consommation de champignons ou de plantes non connus
- ...

LA TUBERCULOSE

OBJECTIF GENERAL :

A la fin du cours l'élève auxiliaire de soins infirmier doit être capable de reconnaître un patient présumé atteint de tuberculose

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1-Définir la tuberculose et décrire les différentes localisations du bacille de koch
- 2-Citer sans erreur les sources, modes et facteurs favorisant la contamination de la tuberculose
- 3-Citer les signes généraux et respiratoires dans une atteinte de tuberculose pulmonaire
- 4-Citer l'examen de certitude de la tuberculose pulmonaire

I. DÉFINITION

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, guérissable, qui sévit à l'état endémique et cosmopolite dont l'agent infectieux est le Bacille de Koch.

II. EPIDEMIOLOGIE

1. Localisations

La tuberculose est à localisation multiple :

- Le poumon est la localisation principale ce qui réalise une tuberculose pulmonaire.
- Les os : la tuberculose osseuse ou mal de POTT.
- Les reins : la tuberculose rénale
- Les organes génitaux : la tuberculose génitale avec hématurie. Elle peut entraîner la stérilité.
- Le cerveau / méninges : la tuberculose du cerveau ou les méningites tuberculeuses
- Toutes les Séreuses peuvent être atteintes (plèvre, le péricarde, le péritoine)

2. Agents pathogènes

- La tuberculose est provoquée le *Mycobactérium tuberculosis hominis* ou bacille de Koch découvert en 1882

3. sources de contamination:

- L'homme malade
- L'animal malade

4. Mode de contamination

La contamination est interhumaine.

Elle se fait par voie aérienne indirecte (crachat sec) ou par voie aérienne directe à partir des bacilles véhiculés dans l'atmosphère par les gouttelettes de salive projetées par le malade en toussant ou en parlant.

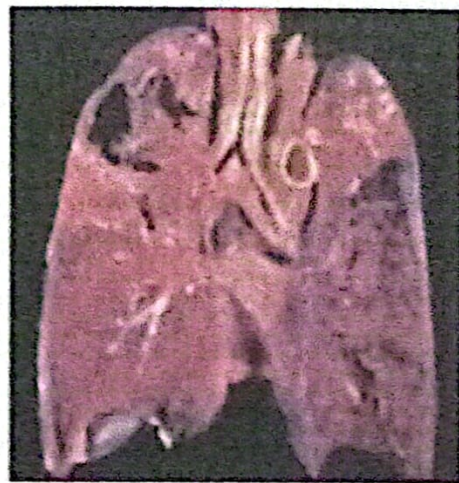
Par la voie digestive, le lait de vache d'un animal malade ;
L'entourage du malade est exposé à la maladie.

5. Facteurs favorisant l'évolution de la maladie

- la promiscuité, chez des personnes sous alimentés et les prisonniers
- le fait d'avoir une IDR négative et la quantité de BK respirée
- éthyliste chronique, le diabète, la grossesse, le tabac et la corticothérapie au long cours
- VIH

III. LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

La tuberculose pulmonaire est une maladie infectieuse du poumon et de la plèvre due au bacille de koch. Elle est contagieuse.



1. Les signes évocateurs :

Signes généraux

- asthénie
- anorexie
- amaigrissement

Signes respiratoires :

- toux insignifiante au début et qui s'aggrave avec le temps
- l'expectoration au début muqueux devient muco-purulente et finalement purulente. Parfois, cette expectoration est hémoptoïque.

D'autres fois le malade fait une hémoptysie.

- douleur thoracique bilatérale
- dyspnée
- dysphonie (changement de la tonalité de la voix)
- aménorrhée chez la femme

En conclusion un tuberculeux est une personne qui tousse depuis plus de trois semaines avec un amaigrissement, une asthénie ou des sueurs nocturnes.

IV. DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

Le diagnostic affirmatif

Il est basé sur la mise en évidence de la bactérie dans les crachats (BK) à l'examen microscopique du prélèvement (examen direct, réponse rapide) ou en culture (réponse plus tardive, de 15j à 3 mois)

Il faut un bon crachat c'est-à-dire contenant des particules purulentes et prélevé le matin sur un malade à jeun. Parfois on fait des tubages gastriques pour recueillir le crachat ou les sécrétions bronchiques dégluties ou cours du sommeil.

L'intradermoréaction à la tuberculine est positive.

NB : Un examen direct négatif n'élimine pas le diagnostic de la tuberculose

V. Rôle de l'auxiliaire en soins infirmiers dans la conduite du traitement

En collaboration avec l'infirmier

1. Information et éducation du patient

- **informations :**

- ✓ expliquer la maladie,
- ✓ son mode de transmission,
- ✓ la nécessité d'un isolement respiratoire et éventuellement d'un séjour en maison de convalescence,
- ✓ le traitement,
- ✓ la mise en œuvre d'un dépistage de l'entourage...

- **éducation :**

- ✓ expliquer la nécessité absolue d'une prise quotidienne du traitement,
- ✓ sa durée

2. Rôle dans le diagnostic bactériologique

- **Recueil des crachats**

- dans un crachoir stérile
- mettre le malade à jeun avant le prélèvement
- s'assurer qu'il s'agit de crachat et non de salives

VI. CONDUITE DU TRAITEMENT

1. Règle du traitement

- on ne donne jamais un seul médicament mais au moins deux
- respecter les doses prescrites
- le traitement doit régulier
- le traitement est long au moins six mois.

2. Traitement curatif de la tuberculose maladie

Il est basé sur les antituberculeux avec des durées variables selon la localisation :

- 6 mois si tuberculose pulmonaire,
- 9 à 12 mois si tuberculose neuro-méningée

NB : Les médicaments se prennent en une prise le matin à jeun

3. Surveillance du traitement

- **observance** (couleur des urines avec la rifampicine, dosage médicamenteux)
- **tolérance** : réaction allergique cutanée

Hépatotoxicité-dosage régulier de transaminases

troubles visuels –champ visuel, vision des couleurs.

- **efficacité** : RP (J15, J30, M2, M4, M6)

Examen bactériologique (entre J10 et J20)

❖ Isolement respiratoire

- Tout patient suspect de TB pulmonaire doit être placé en isolement respiratoire
- Masque FFP1
- Levée de l'isolement après négativation de l'examen direct des prélèvements respiratoires (10 à 20j de traitement généralement)

4. Le traitement préventif

Elle comporte :

- amélioration des conditions de vie
- le dépistage précoce des cas, le dépistage chez les sujets en contact
- vaccination par le BCG
- IEC/CCC

CONCLUSION

Rappelons que la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire et qui est prise en charge à 100%. L'isolement n'est nécessaire avec port de masque pour le malade et le personnel soignant les 15 premiers jours du traitement que si le patient est bacillifère (examen direct positif des crachats). L'entourage doit être dépisté et la recherche d'une infection par le VIH systématique (tuberculose et VIH = SIDA).

ROLE DE L'AUXILIAIRE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Généralités :

En service de maladies infectieuses, l'accueil est particulièrement important car :

- le patient arrive parfois très fatigué, févreux, anxieux avec des douleurs.
- Le diagnostic peut annoncer une pathologie grave (VIH; tuberculose...) ;
- L'intégration d'informations nécessaire à la compréhension de sa maladie, à son évolution, à la prise du traitement, à l'hygiène de vie est importante.

L'auxiliaire fait partie des premières personnes que le patient rencontre. Il est donc important pour toutes ces raisons que ceux-ci se sentent en confiance.

Le rôle de L'auxiliaire est important dans l'accompagnement de l'infirmier dans la surveillance et la prise en charge d'un malade infecté

Il a pour rôle de :

- Aider et accompagner les patients dans les activités quotidiennes ;
- Aider l'infirmier dans la réalisation des soins, dans la limite de ses compétences ;
- Connaître la mise en œuvre des différents protocoles de précautions complémentaires d'hygiène ;
- Observer, surveiller et recueillir des données relatives à l'état de santé du patient ;
- Participer à la prise en charge de la douleur par des méthodes non médicamenteuses ;
- Suivre l'évolution de la symptomatologie pour participer aux actions infirmières à mettre en œuvre,
- -Dépister et signaler d'éventuels signes de complications ou de gravité.

La connaissance du mode de transmission des maladies infectieuses par l'auxiliaire va lui permettre de mettre en place les précautions adaptées à la situation clinique pour lui-même, pour l'équipe de soins, mais aussi pour les familles des patients, et les visiteurs.

Ex : port de gants, de blouse de protection, lavage des mains, visites autorisée avec des blouses de protection ou interdites.

La connaissance des risques potentiels et les conduites à tenir en matière de gestion du linge et des déchets sortant de la chambre du malade, permettront de limiter les infections liées aux soins.

a- Rôle de l'Auxiliaire dans la surveillance clinique :

L'observation de l'Auxiliaire est particulièrement importante en service infectieux. Certains signes fréquents sont à rechercher systématiquement.

L'Auxiliaire doit

- Accueillir et informer le patient et sa famille (situation entraînant une charge mentale particulière)
- Identifier et alerter sur l'état de santé (confrontation à une situation d'urgence ou détresse vitale en milieu de soins)
- Prévenir leur apparition à l'infirmier (date, heure, signes associés...)

- Prévenir l'Infirmier ou le médecin rapidement
- Mettre en place les soins de son rôle propre
- Donner le bain ou la douche (posture)
- Aider aux déplacements au lever et au coucher

b-Rôle de l'auxiliaire dans la surveillance de la fièvre

La fièvre est un signe majeur qui est révélateur de la persistance de la maladie infectieuse. Elle est parfois responsable d'une déshydratation chez la personne âgée et chez le nourrisson. Elle peut être en plateau ou oscillante, seule ou accompagnée d'autres signes (frissons, sueurs, douleurs,...)

L'Auxiliaire doit :

- Surveiller la température au moins 4 fois par jour (selon la prescription médicale)
- signaler toute élévation
- -Etablir une courbe de température
- Mettre une vessie de glace (sur prescription)
- Découvrir le patient (laisser un drap), aérer sa chambre
- Aider l'Infirmier à réaliser des hémocultures (sur prescription)
- Donner des antipyrétiques, des antibiotiques (sur prescription)
- Vérifier la fréquence cardiaque (pulsations), la TA,
- Vérifier la fréquence respiratoire le niveau de conscience,
- Vérifier la présence ou de l'extension d'une éruption cutanée.
- Inciter le patient à boire (sauf contre-indication)
- Participer à l'établissement du bilan des entrées et des sorties hydriques (selon prescription)
- Relever régulièrement et noter la date et l'heure de chaque échantillon prélevé pour les mises en culture (hémocultures par ex)
- Noter la qualité et la quantité des éliminations (diarrhées volume et qualité de l'urine, vomissements.)

c) Rôle de l'Auxiliaire dans l'Information au patient

Les informations sont aussi destinées à détendre le patient, et peuvent lui permettre d'accepter sa maladie.

L'Auxiliaire doit :

- S'assurer de la bonne compréhension par le patient de sa maladie et du déroulement des examens complémentaires à venir, et leur utilité.
- Lui expliquer sa maladie en termes simples et clairs.
- Lui expliquer le rôle des procédures d'isolement et leur caractère transitoire.
- Lui faire participer à la prise en charge de sa maladie en lui expliquant l'intérêt de signaler les frissons, sensation de chaleur, soif, prurit, éruption, difficultés respiratoires.

d) Rôle de l'Auxiliaire dans la prise en charge de la famille :

L'importance des visites pour un malade est telle, qu'il est nécessaire de prendre en charge ses proches en :

- les encourageants à effectuer des visites régulières
- les soutenant dans leurs difficultés émotionnelles (VIH, IST...)
- leur expliquant le rôle des procédures d'isolement et leur caractère transitoire.

e) Organisation des soins :

La planification des soins au sein du service se fera en fonction de la gravité clinique du ou des malades infectés. (Distribution des médicaments réfection de pansements, isolement septique ou protecteur)

Les soins s'effectueront d'abord auprès des patients non infectés puis vers ceux qui sont infectés (pour prévenir les infections transmises par contact interhumain direct ou indirect ou par les sécrétions aéroportées ...)

L'Auxiliaire doit :

- préparer les soins
- Préparer l'environnement des soins

f) Rôle de l'Auxiliaire dans l'entretien de la chambre du malade :

L'entretien quotidien des chambres se fait selon un ordre chronologique.

Il commence par les chambres les moins infectées vers les plus infectées. Et s'il y a des isolements l'entretien commencera par les chambres en isolement protecteur et se terminera par celles en isolement septiques.

La chambre du patient sortant d'un service de maladie infectieuse est nettoyée désinfectée afin d'éliminer la flore contaminante transitoire pour éviter tout risque d'infection.

Selon la pathologie du patient sortant, il peut être nécessaire de procéder à une désinfection complémentaire par dispersats ou par formolisation.

Gérer l'approvisionnement en linge et la réfection des lits

L'Auxiliaire veille au bon respect des protocoles de nettoyage.

f) Rôle de l'Auxiliaire dans la prévention des accidents avec exposition au sang

Le personnel soignant est également exposés aux risques infectieux. Le mode de transmission reste le même que pour les patients hospitalisés : sanguin, respiratoire, digestif ou cutané.

La prévention des risques infectieux générés par un AES est basée sur :

- obligation vaccinale contre l'hépatite B pour les personnels soignants
- diffusion des précautions universelles en milieu de soins destinées à éviter les blessures et piqûres avec des instruments souillés par le sang.

Mais aussi porter des gants toutes les fois où il y a contact avec le sang, porter une blouse, un masque et des lunettes en cas de risque de projection

- décontaminer immédiatement les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou liquide biologique avec de l'eau de Javel ou un autre désinfectant adapté.

g) Rôle de l'auxiliaire dans la prévention des risques infectieux :

Il s'agit dans la prise en charge de patients infectés, en collaboration avec l'infirmier, de repérer et de voir les éléments susceptibles d'augmenter les risques infectieux. Le rôle de l'auxiliaire se portera sur la recherche des différents facteurs de risques :

a) Ceux liés au patient :

- atteinte de l'intégrité de la peau
- existence d'une maladie chronique (diabète, insuffisance hépatique cardiaque)
- malnutrition etc...

b) Ceux liés aux dispositifs intra vasculaires :

- surveiller plusieurs fois par jour le point d'insertion du cathéter à la recherche de signes inflammatoires (point de ponction rouge, douloureux, suppurant, tracé rougeâtre suivant la veine cathétérisée, gonflement de la veine correspondant à la diffusion du produit perfusé)
- Informer l'infirmier afin de changer les points d'insertion des cathéters (toutes les 72 h ou plus tôt en cas de suspicion de veinite)
- respecter les règles d'asepsie lors de la préparation des solutés de perfusion
- vérifier qu'aucune inflammation, infection, diffusion locale n'apparaissent

c) ceux liés à l'environnement de soins

Assurer une bonne hygiène de l'environnement de soin

Recyclage du matériel de confort et de soins

Organiser le tri et l'évacuation des déchets

h) Rôle de l'auxiliaire dans la démarche qualité

Assumer sa participation à la démarche qualité

- Se représenter les notions d'assurance qualité et de bientraitance
- Etre en mesure d'assurer les transmissions, les enregistrements et la traçabilité
- Image de marque et certification

Conclusion :

La lutte contre les maladies infectieuses et la prévention de leurs transmissions sont une préoccupation majeure pour l'ensemble de la population. Des mesures sont prises régulièrement dans le cadre de la Santé Publique et de toutes les instances.