

Soins en maladies infectieuses

aides soignants de santé publique

Période : 3^{ème} Semestre

Volume horaire : 45 H

Coefficient : 02

Nombre d'évaluation : 02

Objectifs Pédagogiques : Au terme de cet enseignement, l'apprenant doit être capable de participer à la lutte contre les maladies infectieuses

Sommaire

CHAPITRE I : NOTIONS D'ÉPIDÉMIOLOGIE	3
CHAPITRE II : MALADIES BACTÉRIENNES	6
Angines.....	7
Rhumatisme articulaire aigu.....	8
Scarlatine :.....	10
Diphtérie	11
Coqueluche.....	13
Tétanos.....	1
5	
Typhoïde.....	17
Méningites.....	1
9	
Choléra	20
Dysenterie bacillaire (Shigellose)	21
Toxi-infections alimentaires	22
CHAPITRE III : MALADIES VIRALES	25
Rougeole	
.....	26
.....	27
Varicelle et zona	28
Hépatites virales	30
Oreillons.....	32
La rage.....	33
Poliomyélite.....	34
CHAPITRE IV : MALADIES PARASITAIRE	35
Paludisme	3
6	
Dysenterie	
amibienne	
(amibiase	
colique).....	39
(schistosomose).....	41
hydatique	43
Leishmaniose.....	44
Ascaridiose	45
Téniasis ou tæniasis ou tæniase ou téniasse.....	46
Oxyurose	47
CHAPITRE V : M.S.T	48
Syndrome d'immunodéficience acquis (sida)	49
Blennorragie.....	53
Syphilis	54
CHAPITRE VI : SOINS INFIRMIERS	55
Ponction lombaire : préparation et surveillance	56
Prélèvement pour hémoculture	58
BIBLIOGRAPHIE	60

CHAPITRE I : NOTIONS D'ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Définition des maladies infectieuses :** les maladies **infectieuses** sont le résultat de l'**introduction** dans l'organisme d'un **micro-organisme** vivant qui s'y développe et l'ensemble des **réactions** de l'organisme vis-à-vis de cet agent pathogène

Les agents pathogènes : il s'agit de bactéries, de virus, de parasites, de champignons et d'ATNC (agents transmissibles non conventionnels)

1. **les bactéries :** organismes unicellulaires de taille microscopique de l'ordre de μm (1/1000 de mm), les bactéries sont douées d'un pouvoir de multiplication très rapide sans avoir besoin d'entrer dans les cellules (*Escherichia coli se reproduit toutes les 20 minutes, et une colonie contient plusieurs milliards d'individus*) elles se distinguent selon trois critères ; morphologique, biochimique et le milieu de vie

- **critères morphologiques :**

⇒ les cocci : de forme arrondie (staphylocoque, streptocoques...)

⇒ bacilles : de forme allongée ressemblant à un bâtonnet (*Escherichia coli*)

⇒ les coccobacilles : de forme ovale (haemophilus influenzae)

⇒ vibrions de forme incurvée (le vibron cholérique)

- **critères biochimiques (de coloration):**

⇒ les bactéries « gram positif » qui se colorent au violet de gentiane avec la coloration Gram et persiste malgré l'adjonction d'alcool

⇒ les bactéries « gram négatif » perdent la coloration après l'adjonction d'alcool

- **critère du milieu de vie**

⇒ les bactéries aérobies : ne pouvant vivre sans oxygène

⇒ les bactéries anaérobies : peuvent vivre sans oxygène

2. **les virus :** ils sont de très petite taille et ne pouvant être examinés qu'en microscope électronique. Leur multiplication est strictement intracellulaire car ils ne possèdent qu'un seul acide nucléique : ADN ou ARN

3. **les champignons microscopiques :** Les champignons sont des eucaryotes dépourvus de chlorophylle et ne comportent ni feuilles, ni tiges, ni racines. Ils se nourrissent par absorption transmembranaire. Ils sont en général saprophytes ou commensaux mais peuvent devenir parasites sous différentes conditions.

4. **les parasites :** tous les micro-organismes qui vivent au dépend d'un autre organisme supérieur appelé **hôte et se distingue grossièrement en deux groupe**

⇒ **les protozoaires :** parasites unicellulaires à développement intracellulaire (trypanosomes, les amibes, les toxoplasmes, les plasmodiums...)

⇒ **les métazoaires :** parasites pluricellulaires (les helminthes ; les vers)

La chaîne épidémiologique :

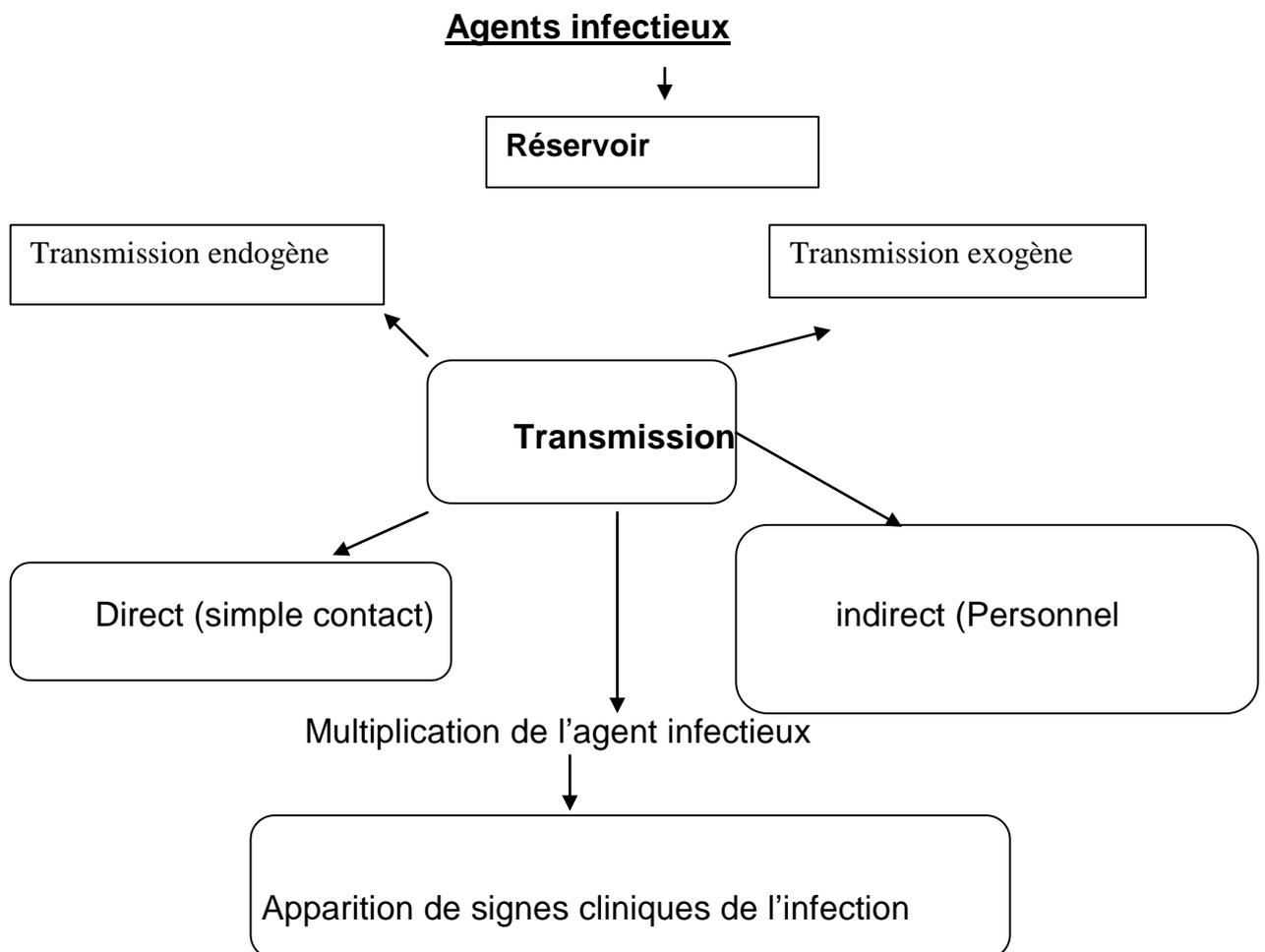
L'application des mesures de prévention des maladies infectieuses repose sur la connaissance de la chaîne épidémiologique, composée de :

- Des agents pathogènes
- De réservoirs de micro-organismes
- De vecteurs qui assurent la transmission

- Du sujet réceptif
- Des causes favorisantes

Définition de concepts :

- ⇒ Micro-organisme commensal : qui vivent et se nourrissent auprès d'autres organisme sans leur nuire (corynébactérie)
- ⇒ Micro-organisme saprophyte : il a un rôle important dans la physiologie de l'hôte (bactéries intestinales)
- ⇒ Infection communautaire : infection acquise en dehors d'une institution de soins
- ⇒ Infection nosocomiale : infection acquise à l'hôpital
- ⇒ Infection opportuniste : des micro-organismes peu ou pas virulents qui se développent en raison d'un déficit immunitaire
- ⇒ Epidémie : développement rapide d'une maladie contagieuse chez un grand nombre d'individu d'une région donnée
- ⇒ Endémie : persistance d'une maladie dans une région
- ⇒ Pandémie: Épidémie touchant la plupart des habitants d'une zone géographique très étendue, de tout un continent, voire du monde entier



CHAPITRE II : MALADIES BACTERIENNES

Angines

Définition: se sont des inflammations de l'**amygdale** palatine (amygdalites). Il existe des angines bactériennes et des angines virales. Elles atteignent surtout l'adolescent et l'adulte jeune

Etiologie: le germe le plus souvent en cause est le streptocoque beta-hémolytique de groupe A, plus rarement, il s'agit d'un staphylocoque, pneumocoque, haemophilus

Mode de transmission: contamination directe à partir des porteurs de germe par inhalation de particules contagieuses (gouttelettes), nettement favorisée par la promiscuité, ce qui explique l'existence d'épidémies dans certaines collectivités (scolaires, militaires) et la recrudescence hivernale

Signes cliniques : il existe plusieurs type d'angines avec de tableaux cliniques différents;

1. **Angines érythémato-pultacées:** le début est brutal associant
 - Douleurs pharyngées avec possibilité d'otalgie bilatérale
 - Déglutition douloureuse (dysphagie)
 - Fièvre et asthénie
 - Les amygdales sont augmentées de volume, rouge et recouvertes d'une couche blanchâtre
 - Des adénopathies cervicales sensibles
2. **le phlègment amygdalien:** c'est la complication essentielle des angines aiguës. C'est un abcès amygdalien. Associant un tableau clinique d'une angine a des signes généraux intenses avec:
 - altération de l'état général
 - douleurs pharyngées intenses rendant toute alimentation impossible
 - l'ouverture de la bouche est difficile (trismus)
 - œdèmes diffuses avec refoulement de la luette
3. **les angines rouges catarrhales :** le plus souvent d'origine virale. Caractérisée par son évolution brève (la guérison survient en 3-4 jours) la congestion des amygdales et les sécrétions pharyngées
4. **angines diphtérique:** angine exceptionnelle, marquée par:
 - début progressif sans adénopathie
 - dysphonie
 - présence de fausses membranes dépassant la loge amygdalienne
 - le diagnostic est confirmé par le prélèvement de gorge qui met en évidence le bacille de Klebs LOEFFLER

Complications:

Streptococcies: sinusites, otites, phlègment péri-amygdalien, RAA, scarlatine, GNA ...

Cardiopathie

Rôle de l'aide soignant:

- éducation sanitaire: inciter au traitement précoce des angines
- appliquer les mesures de prévention des infections en milieu hospitalier

Rhumatisme articulaire aigu

Définition :

Le rhumatisme articulaire aigu RAA est un syndrome inflammatoire post-streptococcique, consécutive à une angine. La forme la plus typique est réalisée par une polyarthrite aiguë fébrile.

causes :

Elle est due à l'action des toxines d'un streptocoque du groupe A, qui Le RAA survient 10 à 20 jours (14 j en moyenne) après une angine.

Signes cliniques :

Nombreux, inconstants, et peuvent être associés ou isolés, apparaissent 2 à 3 semaines après une angine streptococcique méconnue :

Les signes articulaires : La manifestation la plus typique réalise une polyarthrite aiguë fébrile :

- Douleuruse
- Asymétrique
- Migratrice ou mobile (atteignant électivement les grosses articulations)
- Fugace (qui disparaît rapidement)
- Ne laissant aucune séquelle articulaire.

La fièvre : constante, s'élève à chaque poussée articulaire.

Les signes cutanés : sont plus rares, à type de :

- Erythème marginé : fait d'un exanthème de macules rosées non prurigineuses siégeant à la racine des membres et sur le tronc qui s'effacent à la pression.
- Nodosités de Meynet : nodules sous-cutanés qui sont fermes et indolores siégeant au niveau de la face d'extension des articulations (coudes, genoux et poignets ou en regard des apophyses épineuses des vertèbres dorsales ou lombaires).

e. Signe de chorée de Sydenham: Il faut rechercher l'association de signes de chorée (mouvements involontaires d'un type particulier, brefs, rapides, irréguliers et prédominant à la racine des membres (épaule, hanche).

Signes paracliniques :

Vitesse de sédimentation très accélérée VS > 50 voire 100 mm à la 1ère heure (Valeur Normale : VS < 6mm à la 1ère heure).

Elévation des antistreptolysines O (ASLO) : Normalement < ou égal à 400 UI/ml

Recherche systématique du streptocoque β hémolytique A par un prélèvement de gorge.

Complications :

Trois complications peuvent contrarier l'évolution de la maladie :

- La survenue de nouvelles poussées rhumatismales
- Une greffe bactérienne valvulaire, à l'occasion d'une septicémie.
- L'évolution progressive vers une insuffisance cardiaque.

Le pronostic à long terme dépend de l'importance des lésions valvulaires.

Traitement :

Traitement prophylactique : traitement antibiotique de toute angine.

- Traitement curatif de la crise :

- Repos au lit
- Traitement anti-inflammatoire à base de corticoïdes (CORTANCYL*).
- Antibiothérapie pendant 10 jours.
- Une chimio prophylaxie au long cours, pendant 5 ans, En moyenne, pour éviter les rechutes, par l'injection de 1 200 000 UI d'Extencilline, toutes les 3 à 4 semaines, chez le grand enfant.

Précautions :

- Régime sans sel (RSS)
- Régime riche en protide calcium
- Régime pauvre en sucre
- Régime pauvre en grasse (syndrome de cushing) + potassium + calcium et vit. D)
- Surveillance psychique

Rôle de l'aide-soignant :

- Accueillir le malade
- Administration du traitement
- Surveillance de poids
- Veiller au régime

Scarlatine :

Définition: c'est une maladie toxi-infectieuse contagieuse éruptive confiant une immunité, elle survient à la suite d'une angine streptococcique

Etiologie :

Staphylocoque bêta-hémolytique A

Mode de transmission :

Comme tout les streptococcies, direct par particules salivaires

Clinique :

⇒ Incubation : silencieuse 3-5 jours

⇒ Invasion : brutale avec :

- Fièvre : 39-40°
- Vomissement
- Enanthème : angine érythémateuse, dysphagiantes avec aspect particulier de la langue ; recouverte d'un enduit blanchâtre mais les bords et la pointe sont rouge
- Tachycardie
- Sécheresse de la gorge
- Adénite sous maxillaire

⇒ Phase d'état :

- Exanthème : éruption cutanée avec les caractéristiques suivantes :

- érythème diffus
- en forme de nappe sans intervalle de peau saine
- se fait en une seule poussée (maxi.24-48H),
- débute au niveau du thorax puis s'étend au reste du tronc et des membres
- épargnant la paume des mains et la plante des pieds
- régresse vers le 6^e jour
- desquame discrètement de tout les téguments sauf les faces palmo-plantaire(en larges lambeaux : en doigt de gant et en semelles)

Complications :

Elles sont exceptionnelles et la récurrence est possible

Angines pseudo-membraneuses

Néphrite aigue, GNA, otite, RAA

Traitement :

- Peni G 10 -20MUI/j pendant 15 jours
- En cas d'allergie : érythromycine 3g/j pendant 15jours

Rôle de l'aide soignant

Prévention :

- isolement du malade 40jour
- éviction scolaire de 18 jours
- désinfection du matériel et de la literie du malade
- procéder au prélèvement de gorge
- Éducation sanitaire



Énanthème



Exanthème

Diphthérie

Définition :

Maladie toxi-infectieuse due à un bacille gram + (bacille de KLEBS LOEFFLER), contagieuse et peu immunisante. Elle touche tous les âges et particulièrement l'enfant de 2 à 7 ans, caractérisée par **une angine à fausses membranes**

Mode de transmission :

Voie directe par l'intermédiaire des gouttelettes de salive
Le germe se fixe et se multiplie au niveau du pharynx

Signes cliniques :

I. Angine diphthérique commune

1. Incubation : silencieuse de 2 à 5 jours
2. Invasion : en 24 heures associant :
 - fièvre 38° (fébricule)
 - malaise général (asthénie)
 - petite dysphagie
3. phase d'état : apparition des fausses membranes caractéristiques de la maladie : **enduit blanc nacré ou grisâtre à la face interne des amygdales**. Elles ont quatre caractéristiques
 - **cohérentes** : résistent à l'écrasement : indissociables
 - **adhérentes** : il est très difficile de les détacher
 - **récidivantes** : elles se reconstituent dès quand les enlève
 - **extensives** : envahissent rapidement la face interne des amygdales, le voile du palais et même la luette



II. angine diphthérique maligne :

- Fièvre à 39-40°
- Dysphagie intense
- Fausses membranes grisâtres et hémorragiques envahissant toute la gorge la face est déformée par de grosses adénopathies et un œdème
- Écoulement sero-hémorragique

L'évolution peut être mortelle en quelques jours ou à distance par arrêt cardiaque

Traitement :

- Antibiothérapie : amoxicilline : 50mg/kg/j ou érythromycine 50mg/kg/j
- Sérothérapie : sérum antidiphthérique antitoxique 20000 UI à 40000 UI
- Anatoxinothérapie : vaccination à j1, j3, j5
- Traitement symptomatique : corticoïdes, intubation, voire trachéotomie et traitement de la myocardite en réanimation

Complications :

- Laryngite
- Myocardite : syndrome malin secondaire de Marfan
- paralysies de trois types : vélo-palatine, de l'accommodation et des membres

Rôle de l'aide soignant :

- Isolement du malade
- Aider l'infirmier au prélèvement de gorge sur écouvillon sec
- Aider l'infirmier à faire un prélèvement sanguin pour un hémogramme et un MNI-test en urgence
- Surveiller le patient à la recherche des complications : fièvre, TA, fréquence respiratoire, coloration cutanée
- Lorsque le diagnostic est confirmé participer à la pratique de prélèvement de gorge dans l'entourage afin de dépister et traiter les porteurs sains
- Désinfection en cours et terminale des objets et des locaux
- Participer à la prévention :
 - déclaration obligatoire
 - isolement du malade
 - rechercher les sujet contacts non vaccinés, leur administrer 5000 UI de sérum en urgence et débiter la vaccination le jour même
 - rechercher les porteurs sains et les traiter (pénicilline ou érythromycine)
 - vaccination DTP pour l'enfant (selon calendrier de vaccination)
 - vaccination pour l'adulte avec rappel tous les 10 ans

Coqueluche

Définition :

Maladie infectieuse contagieuse, endémo-épidémique due à un coccobacille GRAM négatif, elle touche surtout l'enfant de moins de 5 ans et le nouveau-né (pas d'immunité maternelle transmise) à partir de 5 semaine. Elle est caractérisée par une toux quinteuse

Etiologie : bordetella pertussis qui se fixe sur l'épithélium cilié des voies aériennes et inhibe l'activité ciliaire et la phagocytose locale par la toxine qu'elle secrète

Clinique :

1. Incubation : silencieuse de 6 à 12 jours

2. Invasion : (phase catarrhale)

- Tableau d'une infection banale des voies aériennes supérieures qui dure 1-2 semaines
- Toux sèche, écoulement nasal ; 38°-38°5, état général conservé ; quelques râles ronflant et sibilants

3. Phase d'état : période des quintes : dure 1-2 mois marqué par une succession des quintes (toux spasmodique, reprise) et l'expectoration

a) Toux spasmodique :

- annoncée par des prodromes : l'enfant s'arrête de jouer le jour, il médite sa toux, la nuit il se réveille à cause de la toux
- débute par une inspiration profonde puis une série de 5 à 20 secousses expiratoires qui se succèdent sans inspiration entre elles
- se termine par une apnée expiratoire : l'enfant paraît asphyxié, cyanosé

b) la reprise :

- inspiration profonde accompagnée d'un bruit particulier : chant de coq
- l'enfant est moins cyanosé mais la toux réapparaît

c) expectoration :

- termine la toux
- faite de mucosité transparente filante comme du blanc d'œuf

Complications :

- mécaniques : pneumo-coqueluche alvéolaire : dyspnée, avec tirage et cyanose, l'état général est conservé
- respiratoires : broncho-pneumopathies, bronchites, œdèmes pulmonaire lésionnel, pleurésie de petite abondance, infections ORL
- neurologique : convulsions, encéphalopathie aiguë secondaire à une anorexie cérébrale

Traitement :

Hygiène et diététique :

- isoler le malade dans une chambre humide, calme et aérée
- repos strict au lit

Traitement Symptomatique :

- sédatifs de la toux,
- aspiration bronchique, aérosol pour humidifier,
- antiémétiques,

- apport calorique,
- barbituriques (gardéna) en cas de convulsion

Traitement Spécifique :

- stériliser la gorge,
- érythromycine 50mg/kg/j pour enfant ,2gr/jour pour adulte
- spiramycine : 100mg/kg/j pour enfant ou 2gr/j pour adulte
- la durée de traitement est de 10 à 15 jours

Rôle de l'aide soignant :

1. dans le traitement :

- appliquer les mesures hygiéno-diététiques :
isolement, repos au lit, régime hypercalorique
- tracer la courbe de température
- chiffrer le nombre des quintes

2. dans la prévention :

- maladie à déclaration obligatoire
- veiller sur l'éviction scolaire de 30 jours
- vaccination : contre- indication : encéphalopathie

Tétanos

Définition :

Toxi-infection due au bacille de NICOLAÏER caractérisée par des contractures musculaires. Maladie à déclaration obligatoire

Etiologies : Bacille de NICOLAÏER (Clostridium tétani) :

- gram positif
- anaérobie stricte : ne peut se développer en présence d'o₂
- séjourne en forme résistante (une spore) dans le sol et dans l'intestin des animaux domestiques (cheval, mouton...)

Mode de transmission : voie hématogène

- plaies souillées de terre ou non
- plaies minime (écorchures, piqure d'épine de rose)
- porte d'entrée utérine (surtout après avortement)
- par voie ombilicale (tétanos du nouveau-né)
- plaies chroniques (ulcère variqueux des jambes)

Signes cliniques :

1. incubation : de 2 à 30 jours
 - silencieuses mais parfois des prodromes : fourmillement, crampes, malaises
 - plus la phase d'incubation est courte plus le pronostic est mauvais
2. invasion : 1 à 3 jours marqué un signe annonciateur ;
 - le trismus : contraction bilatérale des muscles masticateurs, cette contraction est intense douloureuse et invincible : signe d'abaisse-langue captif
 - raideur de la nuque, dysphagie, contracture abdominale
 - avec ou sans traitement l'évolution est irrémédiablement vers la phase d'état
3. phase d'état ;
A/contractures permanentes : elles intéressent toute la musculature
 - face : accentuation des rides du front, sourcils relevés, les yeux bridés, les dents découvertes
 - muscles para-vertébraux : rachis soudé en hyper-extension tête rejetée en arrière impossible à fléchir ; opisthotonos (incurvation du corps en arrière)



- paroi abdominale : ventre en bois
- les membres : sont rarement atteints ;
- début brutal, imprévisible et déclenchés par des stimulations minime : bruits, lumière, pansement, injections, toux...

- ils sont douloureux et peuvent des fractures, déchirures musculaires
- A/ retentissement sur l'état général :
- déshydratation et dénutrition
 - tachycardie et HTA (travail musculaire important)

Complications :

1. infectieuses : pleuro-pulmonaires (trachéotomie), urinaire (sonde), escarres
2. cardio-vasculaires : embolie pulmonaire
3. métaboliques : déshydratation peut entraîner une insuffisance rénale

Traitement :

A/spécifique :- porte d'entrée : antiseptique local

- antibiothérapie : Peni G 3-4MUI/24h en IVD pendant 5-7 jours
 - sérothérapie hétérologue (choc anaphylactique fatal dans 50
- des cas)

- sérothérapie homologue, gamma globuline (pas d'accidents allergiques)

B/ symptomatique :

- Réanimation respiratoire avec intubation ou trachéotomie
- Sédatifs et décontracturants à forte dose (benzodiazépine)
- Alimentation par sonde naso-gastrique
- Anticoagulant prophylactique

Rôle de l'aide soignant :

- Isolement du malade dans une chambre à obscurité
- Veiller sur la sérothérapie à tout sujet portant une plaie même minime
- Education sanitaire
- Prévention :
 - Vaccination par anatoxine tétanique
 - En cas de plaie à risque : Ig + vaccination

Typhoïde

Définition :

C'est une septicémie à point de départ digestif due à *Salmonella typhi* et aux salmonelles paratyphiques A, B et exceptionnellement C c'est une maladie à déclaration obligatoire

Etiologie :

Les salmonelles sont des bacilles à gram négatif. Elles possèdent une endotoxine dans leurs parois (antigène O) et des flagelles qui les rendent mobiles (antigène H). Leur réservoir est strictement humain. Les malades et les porteurs sains éliminent les bacilles dans leurs selles

Mode transmission :

1. directe : par les selles ou linge souillés, par absorption d'aliment manipulés par un porteur de germes
2. indirecte : par les coquillages, les fruits de mer, par l'eau polluée de matières fécales, par les aliments (fruits et légumes) contaminés par les engrais humains

Physiopathologie :

Après ingestion, les germes traversent la muqueuse intestinale sans la léser. Ils gagnent les ganglions lymphatiques mésentériques et s'y multiplient. Ils sont ensuite déversés avec la lymphe dans le sang. D'autre part, la lyse des bactéries à l'intérieur des ganglions libère une endotoxine responsable du **tuphos**, du **dérèglement thermique**, de la **myocardite** et des complications **digestives**

Signes cliniques :

- incubation : variable entre 7 et 15 jours
- début :
 - il peut être progressif. La température atteint progressivement 40°, le pouls est peu accéléré, dissocié de la température, troubles digestives (douleur, constipation, parfois diarrhée), asthénie, des céphalées, une insomnie, parfois une épistaxis sont associés
 - il est parfois brutal, évoquant un tableau grippal, une gastro-entérite
- la phase d'état :
 - la fièvre est en plateau à 39-40° avec un pouls dissocié
 - le tuphos : c'est une prostration, voire obnubilation diurne, avec insomnie et agitation nocturne
 - diarrhée en « jus de melon » dans seulement 60 à 70 % des cas
 - la fosse iliaque droite est sensible, gargouillant, parfois il existe une hépato-splénomégalie.
 - Des taches rosées, lenticulaires siégeant sur l'abdomen, le flanc et la base du thorax, dans 20 à 30% des cas

Diagnostic :

- Hémocultures positives dès la première semaine
- La coproculture est inconstamment positive

- Sérodiagnostic de Widal : permet de mettre en évidence des anticorps dirigés vers les antigènes O et H, il est positif à partir du 8^e jour

Complication :

- Hépatite, cholécystite, ostéite (elles sont dues à la dissémination bactérienne)
- Hémorragie intestinale, perforation intestinale, encéphalopathie (elles sont dues à la libération des toxines)

Traitement :

- Les FLOROQUINOLONES pendant 10 jours: en cas d'intolérance on utilise une céphalosporine (rocéphine) 2 à 4 g/j en IVD (traitement trop onéreux)
- Thiamphénicol ou cotrimoxazol (Bactrim) 6 com/j pendant 15 jours
- Adjuvant les corticoïdes réservés aux formes toxiques sévères
- Transfusion sanguine en cas d'hémorragie
- Traitement chirurgical en cas de perforation

Prophylaxie :

Le vaccin Typhim Vi protège contre la salmonella typhi mais pas contre les paratyphi A et B. il est réalisable à partir de l'âge de 2 ans et indiqué pour les voyageurs, le personnel de la santé ou de laboratoire

Rôle de l'aide soignant : il est axé sur la participation dans :

1. éviter la contamination par les précautions suivantes :
 - isolement du malade en chambre seule avec un sanitaire particulier
 - thermomètre individuel, bassin de lit individuel à décontaminer après chaque selle, couvert individuel qui reste dans la chambre
 - évacuation du linge dans un sac étiqueté « contagieux » vers le circuit septique de l'hôpital s'il est souillé par les selles
 - évacuation du matériel à usage unique souillé par les selles vers le circuit septique des matières à incinérer
 - les soins se font avec des gants et le port d'une surblouse
 - décontamination du sanitaire par solution d'eau de javel dilué après chaque selle
 - modification de la planification des soins ; les soins du patient sont réalisée en dernier
 - Le lavage des mains avant et après chaque soin est réalisé dans des conditions rigoureuses

Méningites

Définition :

Atteinte infectieuse des méninges avec altération du LCR. On distingue des méningites aiguës purulentes à caractères épidémiques et des méningites à liquide clair

A/ méningites purulentes :

Etiologie :

Méningocoque : dans 90 à 95 % des méningites purulentes
Pneumocoque

Mode transmission :

Directe : par voies aériennes à partir du malade ou du porteur sain
Sanguine : par les vaisseaux de la pie-mère à la suite d'une bactériémie

Signes cliniques :

Incubation : silencieuse, parfois rhino-pharyngite banale inaperçue

Début :

Brutal avec fièvre à 40°, céphalée violente en casques rebelle à toute thérapeutique, vomissement en jet

Période d'état : syndrome méningé net : trépied méningitique fonctionnel

- **Céphalées- vomissement diarrhée/constipation**
- **Malade en chien de fusil, couché sur le côté, la tête arrière, la nuque en hyper-extension, dos à la lumière**
- **Raideur de la nuque**
- **Hyperesthésie cutanée**
- **La ponction lombaire confirme le diagnostic**

Traitement : antibiothérapie en fonction du germe en cause
Peni G 0.5-1MUI/kg/j en IVD- Ampicilline 200-300mg/kg/j en IVD
Amoxicilline 200-300mg/kg/j per os
Céphalosporines de 3^e génération (claforan) 200mg/kg/j en IVD

Rôle de l'aide soignant :

Dans le diagnostic :

Préparation du matériel pour PL, assistance et surveillance

Dans le traitement :

Surveillance des constantes du malade

Isolement du malade

Hygiène du malade

Dans la prophylaxie :

Déclaration obligatoire

Désinfection du matériel après tout soins

Education de l'entourage du malade sur le risque contagieux

- Chimio prophylaxie à l'entourage immédiatement
- Vaccination (immunité limitée dans le temps)

B/ méningites à liquide claire : elle regroupe les méningites tuberculeuse, virales et lymphocytaires aiguës et parasitaires

Choléra

Définition : toxi-infection digestive strictement humaine aigue due au vibron cholérique. Elle sévit comme endémique et épidémique. Elle est de gravité redoutable

Etiologie :

Bacille à gram négatif de la famille des vibrions (vibron comma ou el Tor). Il est très mobile et se cultive facilement. Il est tué par la lumière, le froid et la chaleur et l'eau de javel

Mode de transmission:

- voie orale à partir d'eau ou d'aliments souillés par les selles du malade
- interhumaine direct par les mains souillées par des selles infectées

Clinique : seulement 12% des malades contaminés développent une forme grave de choléra,

1. incubation : de quelque heure à 6 jours
2. début : brutal avec :
 - douleurs épigastriques vives
 - asthénie importante et angoisse
 - la diarrhée est soudaine impérieuse riche en vibrions cholériques et très contagieuse ; faite de 4-10 selles par jour
3. phase d'état : 6-12 heures après, avec :
 - diarrhée profuse (coule beaucoup) 50-100 selles par jour, aqueuse, émise sans effort par jets successifs à travers un sphincter tonique, de couleur d'eau de riz, d'odeur fade
 - vomissements nombreux : ils sont alimentaires, bileux, puis aqueux
 - déshydratation globale intra et extra cellulaire
 - signe d'hypokaliémie : crampes musculaires, hypotonie musculaire, pouls filant, Oligo-anurie
 - le malade est conscient et apyrétique

Traitement :

Réhydratation correcte, précoce et rapide par voie veineuse

Antibiothérapie à base de Bactrim, phénicolés, érythromycine

Rôle de l'aide soignant :

- Participer au dépistage des malades et des porteurs sains
- Appliquer les règles d'hygiène corporelle et alimentaires du malade
- Désinfection des selles, du matériel de soins et la literie du malade
- Isolement stricte du malade
- Education de l'entourage sur le risque majeur de contagion
- Lavage des mains après chaque soin à l'eau de javel
- Chimio prophylaxie chez les sujets contacts par antiseptiques intestinaux ; intetrix, ercéfuryl

Dysenterie bacillaire (Shigellose)

Définition :

C'est une maladie contagieuse grave due à un bacille de shigelles. Elle sévit dans les régions manquant d'hygiène

Mode de contamination :

Directe par matières fécales, eau, aliments...

La survenue d'épidémie s'explique par les mauvaises conditions d'hygiène

Signes cliniques :

Incubation : de 4 à 5 jours

Début : brutal avec diarrhées abondantes, douleurs abdominales

Phase d'état : état d'intoxication avec

- Diarrhées importantes 50 à 60 selles par jour, liquide, glaireuse et sanglante
- ténésme (besoin douloureux de selle sans selle)
- Fièvres
- Téphos
- Amaigrissement important
- Altération de l'état général

Complications : en absence de traitement

- Cachexie pouvant aboutir à la mort
- paralysie
- rhumatisme
- Hémorragie digestives

Traitement :

Sulfamide, colistine

Réhydratation par voie veineuse

Antispasmodiques

Rôle de l'aide soignant :

Isolement du malade

Désinfection du matériel, de la literie et des matières fécales

Surveillance des paramètres biologiques

Prélèvement des selles pour coproculture

Dépistage des porteurs sains

Toxi-infections alimentaires

Définition :

Infections causées par l'ingestion d'aliments contaminés par certains agents infectieux ou par leurs toxines. Dans certains cas, la pathologie n'est pas due à la prolifération d'un microorganisme dans l'aliment mais à l'ingestion d'une toxine sécrétée par la bactérie et préformée dans l'aliment avant son ingestion ; on parle alors **d'intoxination**.

Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) : « Apparition d'au moins 2 cas d'une symptomatologie, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire »

Origines des agents pathogènes :

- endogènes : déjà présents dans l'aliment avant sa préparation. Ce sont les agents des anthroozoonoses présents dans les aliments d'origines animales et transmissibles à l'homme. Normalement les animaux malades sont écartés par les contrôles vétérinaires mais les animaux porteurs sains peuvent subsister
- exogènes : contaminant les aliments au cours de leur préparation, du transport, de l'industrialisation ou de la conservation, à partir de l'environnement.

Les causes et symptômes :

- Clostridium botulinum
 - très résistant à la chaleur, est responsable du botulisme alimentaire ainsi que du botulisme du nouveau-né.
 - On trouve ce genre de bactéries dans les conserves en particulier les conserves faites "maison" où les températures de stérilisation sont souvent insuffisantes. Mais ces toxi-infections peuvent aussi survenir à la suite de l'ingestion de viande crue ou étuvée de mammifères marins.
 - causent une faiblesse générale, des nausées, vomissements, constipation et migraines.
 - Quand elles attaquent le système nerveux central, elles causent progressivement le phénomène de double vision, des problèmes de langage, paralysie des muscles, difficultés respiratoires. Sans traitement, l'individu meurt en 3 à 7 jours.
- Clostridium perfringens
 - Clostridium perfringens est une bactérie qui produit une toxine dans le tractus intestinal des personnes qui ont consommé des aliments contaminés par un grand nombre de ces bactéries.
 - On retrouve ce micro-organisme entre autres dans les langues, les viandes en bouillon, les sauces, dès lors qu'il peut y avoir anaérobiose
 - Les symptômes apparaissent entre 8 et 24 heures après l'ingestion de la nourriture contaminée : douleurs abdominales aiguës, diarrhées, nausées, vomissements et fièvre.
- Camphylobacter

- On trouve cette bactérie dans les intestins des volailles, bovins, porcs, rongeurs, oiseaux sauvages, animaux de compagnie mais aussi dans l'eau non traitée. On peut être infecté par *Camphylobacter* quand on consomme par exemple de la volaille insuffisamment cuite.
 - Les symptômes sont : diarrhées, nausées, crampes abdominales, douleurs musculaires, migraines et fièvres. Certaines complications peuvent avoir lieu comme une méningite, infection de l'appareil urinaire et arthrites.
- *Escherichia coli*
- vit dans les intestins de l'homme et des animaux à sang chaud.
 - La souche peut provoquer de graves maladies transmises par les aliments.
 - Les bovins sont le principal réservoir de cet agent pathogène. Mais on le trouve également dans les volailles insuffisamment cuites, l'eau non chlorée et le jus de pomme non pasteurisé.
 - *E. coli* produit des toxines, appelées verotoxines, ou toxines de type Shiga.
 - Les symptômes se développent en trois à cinq jours après ingestion des aliments contaminés : fièvre, nausées, vomissements. Les complications ont souvent lieu chez les plus jeunes, les personnes âgées et les individus ayant un système immunitaire affaibli.
- *Salmonella*
- Les salmonelles sont des bactéries logées dans le tube digestif c'est à dire des entérobactéries.
 - Chez l'homme, ces bactéries sont responsables de deux grandes catégories d'infections que sont la gastro-entérite d'origine alimentaire et la fièvre typhoïde.
 - Les symptômes de la sont les migraines, diarrhées, douleurs abdominales, nausées, frissons, fièvre et vomissements.
- Les staphylocoques (*Staphylococcus aureus*)
- sont au deuxième rang des bactéries responsables d'intoxication alimentaire.
 - Elles produisent des entérotoxines à l'origine des différents symptômes.
 - Les aliments généralement concernés sont les pâtisseries, crème pâtissière, mayonnaise.

Symptômes : crampes abdominales, vomissements et sévères diarrhées.

Diagnostic :

Le plus souvent le tableau clinique est celui d'une gastro-entérite avec

- diarrhée,
- vomissements,
- douleurs abdominales souvent accompagné de fièvre et dans certains cas de signes spécifiques.
- Elles sont en général de courte durée et suivies de guérison. Dans un certain nombre de cas, des complications peuvent survenir, certaines

- graves pouvant aboutir à la mort. Les plus fréquentes sont les septicémies et les syndromes rhumatismaux.
 - Les manifestations les plus simples peuvent être critiques chez les nourrissons, les vieillards et les immunodéprimés.

Prévention :

La prévention nécessite des mesures à tous les stades de la chaîne alimentaire, depuis la production jusqu'à la transformation, la fabrication et la préparation des aliments.

Diverses précautions sont à prendre pour éviter toute contamination des aliments et donc assurer leur salubrité :

- vérifier les dates de péremption des aliments
- réfrigération rapide des aliments : ne pas rompre la chaîne du froid des aliments en particulier les surgelés qu'il faut acheter au dernier moment et placer au frais le plus rapidement possible
- cuisson des aliments à des températures adéquates
- respecter les règles élémentaires d'hygiène en veillant à la propreté de la vaisselle et des mains
- jeter toutes les conserves bombées et respecter les barèmes (température, temps) de stérilisation des conserves ménagères
- conservation des aliments à l'écart les uns des autres pour éviter la contamination croisée et ainsi la prolifération des germes

CHAPITRE III : MALADIES VIRALES

Rougeole

Définition :

Maladie infectieuse, très contagieuse, immunisante (les rechutes sont rares) d'origine virale, à déclaration obligatoire caractérisée par une éruption cutanée ; exanthème

Etiologie :

Virus de type Paramyxovirus filtrant et peu résistant
À la chaleur et à la lumière

Mode de contamination :

Directe par voie aériennes et conjonctivale surtout
Pendant la phase d'invasion

Signes cliniques :

Incubation : silencieuse 10-11 jours

Invasion : 2-3 jours avec :

- Syndrome général : fièvre 38-39° progressive ou brutale, courbatures et céphalées
- Catarrhe occulo-nasale : larmoiement, conjonctivite, écoulement nasal
- Catarrhe digestif : diarrhées et vomissement modérés
- **Enanthème** (signe pathognomonique): petite taches blanche bleutées siégeant dans la face interne des joues en face de la 2°molaire (signe de KOPLIC)

Phase d'état :

- **Exanthème** : éruption le 14° jour après le contagé (souvent la nuit), il s'agit de papules rouges, respectant des espaces de peau saine, non prurigineuses, s'effaçant à la pression. Il touche progressivement :
 - 1°jour : derrière les oreilles, et pourtour de la bouche
 - 2°jour : cou, épaules, thorax, et membres supérieurs
 - 3°jour : abdomen, cuisse
 - 4°jour : se généralise alors qu'il commence à pâlir au niveau du visage

Traitement :

Antibiotiques à forte dose pour prévenir la surinfection

Lutte contre la fièvre

Traitement symptomatique des complications

Eviction scolaire de 18 jours

Prévention :

- Identification des sujets contacts (entourage, +/- structure de soins)
- Vérification du statut vaccinal des contacts et si nécessaire, vacciner dans les 72h selon les recommandations.

Rôle de l'aide soignant :

- Donner des boissons chaudes
- Régime hypercalorique
- Désinfection du matériel de soins
- Education sanitaire



Rubéole

Définition :

Maladie virale éruptive, contagieuse, immunisante, le plus souvent bénigne voire inapparente

Le pouvoir tératogène (susceptible de déterminer des malformations chez l'embryon) du virus qui rend redoutable cette maladie lorsqu'elle contracte une femme enceinte surtout au 1^{er} trimestre de la grossesse

Etiologie :

Virus à ARN

Le virus est présent dans le pharynx du malade une semaine avant l'éruption et une semaine après l'éruption

Mode de contamination :

Aérienne ou transplacentaire

L'immunité en est définitive

Les réinfections sont possible mais

N'entraîne pas de virémie (pas de risque

D'embryopathies)

Signes cliniques :

Incubation : 14-18 jours

Invasion : souvent inapparente

Brève ; inférieur à 2 jours et discrète

Fièvre modérée, adénopathie postérieurs

Purpura au voile du palais

Phase d'état :

- Eruption : non prurigineuse, débute au visage, s'étend en moins de 24h au tronc et aux membres supérieurs respectant les extrémités, disparaît au 3^e jour sans laisser de traces
- L'éruption marque la fin de virémie et le début de l'apparition d'AC
- Adénopathies caractéristiques, généralisées et peuvent persister plusieurs semaines

Traitement : il est surtout préventif

- Vaccination ROR
- Femme enceinte séronégative contaminée : injection d'IG hyperimmunes 2injections à 48 h d'intervalle
- Vaccination de toutes les femmes : contraception 1 mois avant et 2 mois après (La grossesse contre-indique la vaccination)

Prophylaxie :

Sérologie de la femme en âge de procréation

Rôle de l'aide soignant :

Rechercher une notion de contagé

Education sanitaire :

- Inciter les femmes enceintes à faire la sérologie au 1^{er} trimestre de la grossesse



Varicelle et zona

Définition :

Maladie virale, contagieuse, éruptive conférant une immunité permanente. Elle est généralement bénigne, peut être grave si elle survient sur un terrain immunodéprimé.

Etiologie :

virus neurotrope, responsable de la varicelle lors d'une primo-infection et du zona lors des réactivations. il persiste à l'état latent dans les ganglions sensitifs et peut être réactivé devenant responsable du zona

NB : la survenue du zona chez un sujet jeune peut révéler une immunodéficience humaine

Mode de contamination :

Directe par la salive ou à partir des vésicules

Signes cliniques

A/ varicelle :

Incubation : 14 jours

Invasion : état fébrile

Phase d'état : éruption cutanée caractéristique ;

- Prurigineuse
- Touchant d'abord la face, le cuir chevelu et le tronc
- S'étend ensuite à l'ensemble du corps
- Faite de vésicules arrondies remplies de liquide claire puis de croûtes qui se desquament en 2-3 jours sans laisser de traces sauf en cas de surinfection
- La guérison survient spontanément en 2 semaines

B/zona :

- L'élément éruptifs : ils sont les mêmes que ceux de la varicelle (vésicules, croûtes,) mais affectant le trajet d'un nerf rachidien, le plus souvent thoracique, mais peut être ophtalmique
- Douleurs : précèdent de quelque heure l'éruption. Elles sont intenses, radiculaires à type de brûlure
- Les croûtes tombent au bout de 15 jours mais les douleurs peuvent persister plus longtemps

Traitement :

Antiviral : acyclovir (zovirax)

Symptomatique : Désinfection et antiseptique locales, antiprurigineux et antipyrétiques

Au stade des vésicules : isoler le malade car la maladie est très contagieuse

Traitement des douleurs post zostériennes : en cas d'échec des antalgiques classiques on propose nozinon à doses croissante associée ou non à un antidépresseur

Prophylaxie :

Eviction scolaire jusqu'à guérison clinique

- Immunoglobuline spécifique anti vzv : 72 h après le contagé chez les immunodéprimés, la femme enceinte non immunisée, et les n.né exposés

Rôle de l'aide soignant :

Isolement du malade

Appliquer les antiseptiques locaux

Education sanitaire :

- L'aspect bénin de la maladie sauf sur des sujets immuno-déprimé, femme enceinte et le n.né
- Le mode de transmission



Eruption de la varicelle



Eruption du zona

Hépatites virales

Définition :

Une inflammation du parenchyme hépatique pouvant aboutir à une nécrose hépatocytaire. Elle est caractérisée par un ictère. 350 millions de porteurs du virus

Etiologie : VHA, VHB, VHC, VHD, VHE

Mode de contamination :

1. hépatite A : essentiellement par l'eau ou les aliments souillés par des matières fécales. exceptionnellement par voie sanguine
2. hépatite B : surtout par voie sexuelle, mais également par voie sanguine plus rarement de la mère à l'enfant lors de l'accouchement.
3. hépatite C : essentiellement sanguine (don de sang, toxicomanie)

Signes cliniques :

Incubation : 2 à 6 semaines

Phase pré-ictérique : 8 à 10 jours fatigue, douleurs articulaires, courbatures fièvre et parfois prurit

Phase ictérique :

- ictère jaune touchant la peau et les muqueuses avec hépatosplénomégalie et troubles digestives
- examen biologique met en évidence la présence d'anticorps spécifiques
- élévation des transaminases et de la bilirubine (responsable de l'ictère)
- intolérance digestive
- il existe une forme fulminante avec une insuffisance hépatique sévère
- il peut exister des formes prolongées mais pas de forme chronique
- Dans deux tiers des cas, l'hépatite B passe inaperçue. Le diagnostic est fait à l'occasion d'un test systématique, ou suite à une fatigue inexplicée.

Traitement :

- mesures hygiéno-diététiques : repos au lit, régime sans corps gras avec un apport protéique suffisant
- prophylaxie : vaccination

Rôle de l'aide soignant :

1. éviter la contamination par les mesures suivantes :
 - chambre seule de préférence
 - utilisation de matériel à usage unique pour tous les prélèvements
 - port des gants avant tout prélèvement
 - placer les déchets septiques (aiguille, tubulure...) dans un container
 - cheminer les prélèvements sanguins dans un double sac fermé hermétiquement
 - évacuer le linge dans un sac étiquette « contagieux » par le circuit septique
2. participer au dépistage des complications par :
 - surveillance de l'état de conscience

- les signes de coagulation (hématome, saignement...)
- le poids et l'alimentation
- 3. prévention :
 - la vaccination
 - l'éducation sanitaire : information sur les MST, l'intérêt de la vaccination

Oreillons

Définition : c'est une maladie virale très fréquente ; habituellement bénigne. Elle confère une immunité durable et frappant l'enfant et l'adulte jeune

Etiologie : paramyxovirus

Mode de transmission : directe par inhalation des gouttelettes de salive (gouttelette de pfluge). La maladie est contagieuse une semaine avant et une semaine après l'apparition des signes cliniques

Signes cliniques : la forme la plus fréquente est la parotidite

Incubation : 18-21 jours

Invasion : 12-16 heures avec fébricule, otalgie, gêne à la mastication, gorge rouge. Il peut passer inaperçue

Phase d'état :

- Tuméfaction des glandes parotides rejetant en dehors le pavillon de l'oreille
- Douleurs et gêne à la mastication
- L'évolution se fait vers la guérison sans séquelles en une semaine

Complications :

1. Orchite : exceptionnellement avant la puberté
 - assez fréquente chez l'adulte jeune. 20%
 - Elle évolue vers l'atrophie testiculaire dans 1/3 des cas
 - Rarement cause de stérilité
2. ovarite : pas de risque de stérilité
3. mastite
4. pancréatite : très rare
5. méningite : la localisation extra-salivaire la plus fréquente
6. encéphalite : rare

Traitement :

Il est symptomatique

Si orchite : AINS

Vaccination : contre indiquée chez la femme enceinte

Rôle de l'aide soignant

- Isolement
- Eviction scolaire
- Education sanitaire



La rage

Définition : la rage est une maladie mortelle qui atteint les animaux et accidentellement l'homme

Etiologie : virus filtrant, neurotrope, fragile et rapidement détruit par le savon, l'éther, les dérivées d'ammonium quaternaire. Il est sensible à la chaleur, la lumière et la dessiccation (élimination de l'humidité ou de l'eau)

Mode de contamination :

- Essentiellement par la salive des animaux à l'occasion d'une morsure ou griffures et plus rarement par objets souillés.
- Les animaux sont contaminant dans les 5 à 7 jours qui précèdent les signes cliniques jusqu'à la mort
- Le virus ne traverse pas la peau saine
- Il reste virulent dans les cadavres d'animaux

Signes clinique :

Incubation : long de 10 jours à plus d'un an, en moyenne de 30 à 40 jours

Phase d'état : deux tableaux cliniques possibles traduisant l'encéphalite

1. **la rage furieuse ou spastique** :

- état d'excitation psychomoteur avec hallucination
- hydrophobie très caractéristique de la rage humaine

2. **la rage paralytique** : moins fréquente, réalisant un syndrome paralytique ascendant

Complications : fatale

Traitement :

Symptomatique palliatif : mise en obscurité du malade avec des antidépresseurs

Prophylaxie : vaccination antirabique

Rôle de l'aide soignant : Conduite à tenir devant une morsure d'animal :

- Vérifier que la vaccination antitétanique est à jour
- laver abondamment la plaie à l'eau savonneuse,
- rincer à l'eau pure puis désinfecter à l'ammonium quaternaire
- Apprécier le risque de contamination :
 - Animal inconnu : traitement antirabique
 - Animal mort : autopsie du cerveau +traitement à interrompre si autopsie négative
 - Animal vivant : mise sous surveillance vétérinaire et si l'animal est suspect, traitement antirabique

NA :

Ne jamais Abattre l'animal après morsure

Poliomyélite

Définition : maladie infectieuse épidémique due au poliovirus. Dans 95% des cas le sujet s'immunise sans aucune manifestation clinique. Elle touche essentiellement l'enfant entre 6 mois et 3 ans

Etiologie : 3 types de virus ; 1, 2, 3

Ces virus ont une affinité particulière aux cellules motrices de la corne antérieure de la moelle épinière (poliomyélite antérieure aigue)

Mode de contamination :

Indirect par l'eau ou les boissons souillées (MTH) et accessoirement par les mains sales

Signes cliniques :

Incubation : silencieuse ; 10 jours

Début : dure 3 à 6 jours marqué par un syndrome infectieux (pharyngite et troubles digestifs) avec des signes méningés et de possible rétention d'urine

Période d'état : installation brutale d'une paralysie flasque avec hypotonie musculaire sans perte de la sensibilité

Forme grave avec l'atteinte des muscles respiratoires : nécessite le transfert immédiat en réanimation

Complications :

- Amyotrophie
- Atteinte des muscles respiratoire
- Encéphalopathie

Traitement : il est purement symptomatique :

- Calmer les douleurs avec des antalgiques
- Immobilisation en position fonctionnelle
- Rééducation : débute 10-15 jours après et doit durer plusieurs années

Rôle de l'aide soignant :

- Maladie à déclaration obligatoire
- Surveiller l'appareillage d'immobilisation
- Hygiène corporelle du malade
- Prévention : vaccination selon calendrier national

Fillette présentant une grave déformation de la jambe due à la poliomyélite

Source: Centers for Disease Control and Prevention



CHAPITRE IV : MALADIES PARASITAIRE

Paludisme

Définition : c'est la maladie infectieuse la plus répandue du monde. Elle est due à un parasite du genre plasmodium appelé hématozoaire

Etiologie : 5 plasmodiums peuvent entraîner un paludisme chez l'homme

1. plasmodium falciparum : agent de « fièvre tierce maligne » : accès pernicieux pouvant entraîner la mort, sa longévité est inférieure à un an
2. plasmodium vivax : le plus fréquent, responsable de « la fièvre tierce bénigne »
3. plasmodium » vivax-like » récemment reconnu : proche de la vivax
4. plasmodium malariae : donne la fièvre « quarte »,
5. plasmodium ovale : rare, agent d'une fièvre tierce

Mode de transmission :

Indirect par l'intermédiaire de l'anophèle femelle

Cycle parasitaire du plasmodium : comprend deux phases : une phase de reproduction asexuée chez l'homme et une phase de reproduction sexuée chez l'anophèle vecteur

- ⇒ phase asexuée : le moustique femelle pique l'homme. Il injecte dans les capillaires sanguins les parasites sous forme de sporozoïtes. Les sporozoïtes gagnent les cellules hépatiques et en 6 à 10 jours se transforment en trophozoïtes puis en schizontes. Les schizontes ont 2 voies possibles de développement
1. ils restent dans les hépatocytes et poursuivent un cycle éxoérythrocytaire
 2. ils pénètrent dans le sang et parasitent les hématies (cycle érythrocytaire). Ils se multiplient dans les hématies et à maturité lysent l'hématie. Les parasites libérés infestent à nouveau les hématies et le cycle se reproduit

La durée entre le parasitisme de l'hématie et l'éclatement est de 48 à 72 heures

Après plusieurs cycles le parasite ne peut plus se développer dans l'hématie en se transformant en forme sexuée : le gamétocyte

- ⇒ cycle sexué : le gamétocyte est prélevé par le moustique femelle à l'occasion d'une pique. Dans l'estomac du moustique les gamétocytes se transforment en gamète male et femelle. Leur fécondation produit un ovocyte. L'ovocyte se multiplie et donne naissance aux sporozoïtes qui gagnent les glandes salivaires du moustique, prêts à être injectés chez l'homme

Le cycle dure en moyenne 15 à 30 jours et nécessite une température de 17 à 20°

Signes cliniques :

- ⇒ Paludisme de primo-invasion

Incubation : 6 à 20 jours après la pique

Invasion : fièvre continue à 39° avec céphalée et sensation de malaise général

Période d'état :

- Troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales
- Hépatomégalie, pas de splénomégalie

Evolution :

- Guérison spontanée après plusieurs épisodes fébriles et apparition d'une splénomégalie ou Guérison en quelque jour grâce à un traitement spécifique
- Complications :
 - Accès pernicleux (grave) palustre (p falciparum)
 - Accès palustres intermittents (irréguliers)
 - Paludisme viscéral évolutif

⇒ Accès palustre intermittents : se fait en 3 phases :

- Frissons intenses, montée progressive de la fièvre, céphalées, vomissements, pâleur et cyanose pendant une période de 1 à 2 heures
- La fièvre dépasse 40° C avec une tachycardie. durée de 2 à 4 heures
- Déferescence thermique et sueur, la T° redevient normale

L'accès se renouvelle toutes les 48H avec p. vivax, ovale, et falciparum (fièvre tierce) et toutes les 72 H pour p. malariae (fièvre quarte)

⇒ Accès palustre pernicleux ou neuropaludisme : due à la p. falciparum, entraînant souvent la mort et nécessite un traitement d'urgence. il réalise un tableau d'encéphalite aigue fébrile liée au parasitisme des vaisseaux intracérébraux. Il touche essentiellement les enfants de 4 mois à 4 ans. Il est caractérisé par une triade clinique : fièvre, coma, convulsions, associées à des signes méningés, une splénomégalie, une hépatomégalie, un subictère avec une anémie

Le diagnostic est rapidement posé par l'examen du frottis sanguin sur goutte épaisse

Non traité l'évolution est fatale en 48 à 72 heures, traité, la mortalité est de 1 à 20%

⇒ Paludisme viscéral évolutif :

- Signes d'anémie : pâleur, dyspnée, tachycardie
- Splénomégalie importante, avec hépatomégalie modérée
- fébricule

Traitement : le paludisme à falciparum est une urgence médicale. En cas de doute traiter comme il s'agit de paludisme à falciparum

- antipaludéens : chloroquine (nivaquine), proguanil (paludine, savarine, malarone), méfloquine, quinine
- traitement symptomatique

Prophylaxie :

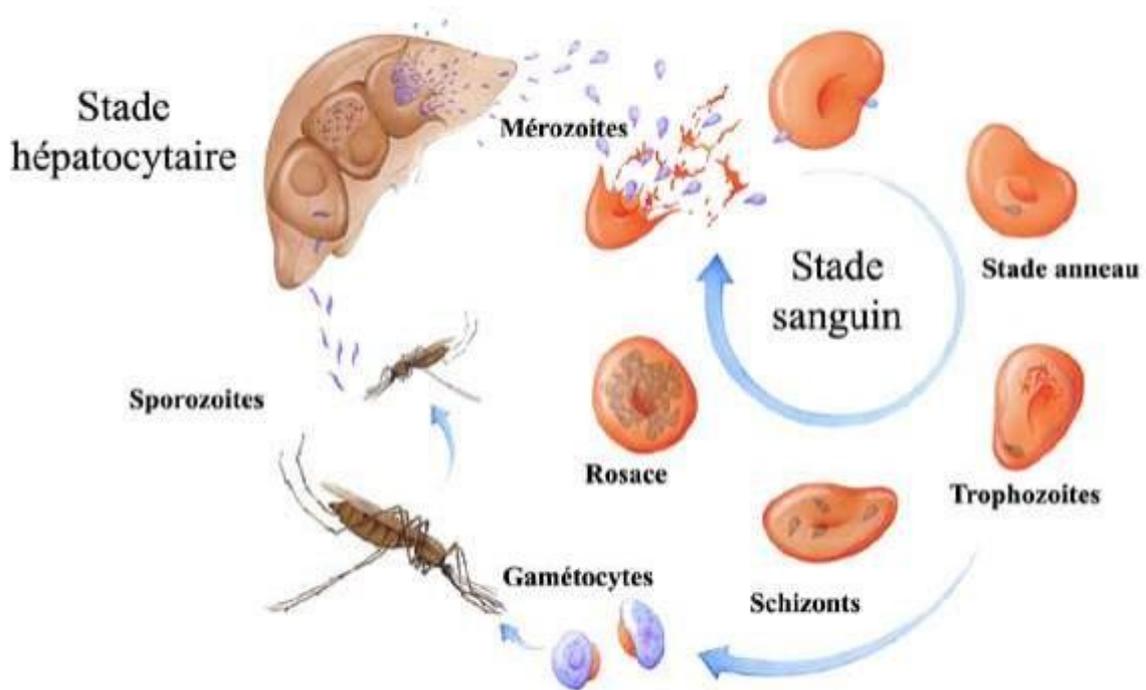
1. protection contre les piqûres de moustique
2. Chimio prophylaxie bien suivie encas de voyages en zones à risque
3. l'information sur le risque en fonction des lieux de séjour, sur les signes d'accès palustre, sur la nécessité d'un prélèvement sanguin pour faire le DC, et sur l'urgence de traitement et d'une consultation médicale

- 4. éviter les séjours touristiques chez les femmes enceintes et les jeunes enfants dans les zones de multi résistance et à forte transmission de paludisme

Rôle de l'aide soignant :

- ⇒ Dans le diagnostique : prélèvement sanguin : goutte épaisse
- ⇒ Prévention : éducation sanitaire visant :
- ⇒ Protection contre les piqures de moustique
- ⇒ L'information
- ⇒ Chimio prophylaxie
- ⇒ Conseil de prévention pour les voyageurs en zone à risque

Zones de multi résistance (chloroquinorésistants) : toto, Sao tome, Afrique du sud, Bénin, Botswana



Cycle parasitaire du plasmodium

Anophèle femelle



Dysenterie amibienne (amibiase colique)

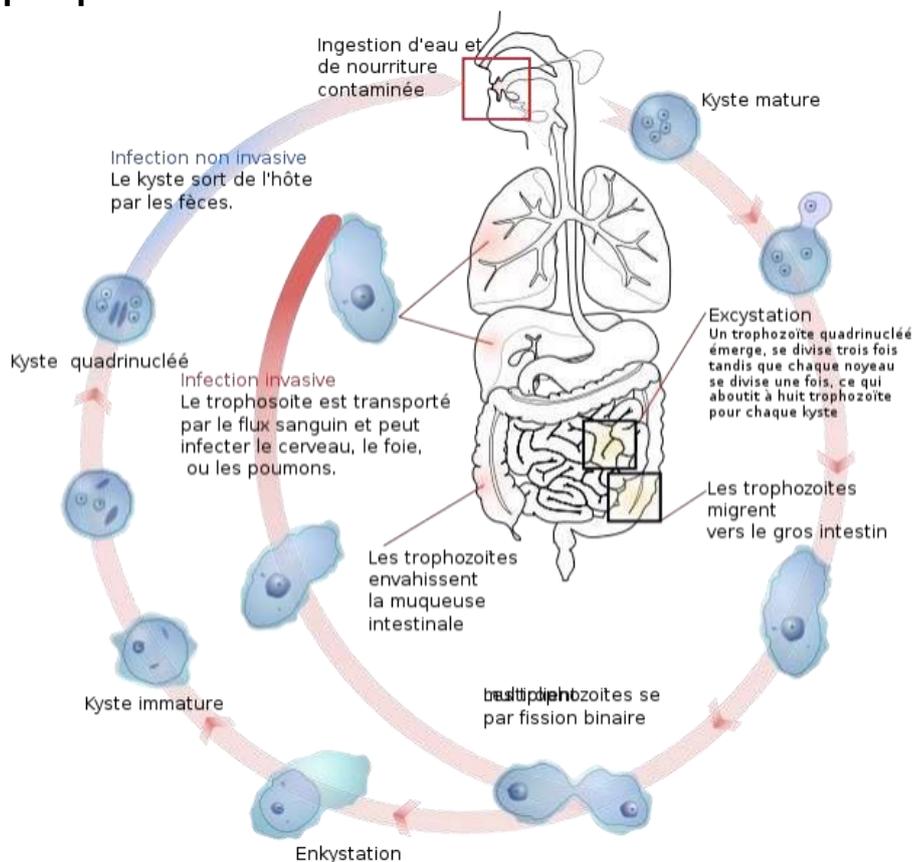
Définition : parasitose intestinale provoquée par une amibe pathogène qui se manifeste par une diarrhée, maladie d'origine tropicale

Étiologie : entamoeba histolytica, la forme non pathogène étant entamoeba minuta. Les kystes d'entamoeba histolytica sont éliminés dans les selles et les abcès viscéraux assurant la dissémination de la maladie

Mode de contamination : directe par l'eau ou les aliments souillés

Cycle parasitaire : deux cycles sont possibles :

1. **cycle non pathogène :** les trophozoites minuta vivent et se multiplient dans le colon se nourrissant de bactérie et résidus alimentaires. Ils se transforment en kystes, sont éliminés dans les selles et survivent plusieurs jours en atmosphère humide. Les kystes sont ingérés à partir d'eau ou d'aliments souillés. La coque se lyse dans le tube digestif et libère des formes minuta
2. **cycle pathogène :** les formes minuta se transforment en forme histolytica qui deviennent agressives pour la paroi colique réalisant une effraction de la muqueuse et des micros abcès. Parfois, les parasites passent dans la circulation porte, déterminant **l'amibiase hépatique**



Signes cliniques :

Début : le plus souvent brutal, parfois précédé d'une diarrhée

Le syndrome dysentérique : caractérisé par :

- ⇒ des selles sanglantes, glaireuse afécales
- ⇒ douleurs abdominales siègent sur la cadre colique

- ⇒ ténesme rectal

⇒ pas de fièvre et l'état général est conservé

Complications : rares, et surviennent sur terrain fragiles

⇒ hémorragie digestives

⇒ perforation colique

⇒ choc toxi-infectieux

Traitement : deux types de médicament sont utilisés

1. les amoebicide de contact : FURAZOLIDONE (furoxane), pour les porteurs sains et comme traitement de relai pour l'amibiase tissulaire

2. les amoebicide tissulaires : METRONIDAZOLE (flagyl), pour amibiase intestinale, amibiase hépatique et tissulaire

Rôle de l'aide soignant : essentiellement éducatif portant sur :

⇒ Dépistage des porteurs sains

⇒ Propreté des mains

⇒ Nettoyage des fruits et des légumes

⇒ Désinfection de l'eau

NB : La survenue ou la persistance d'une diarrhée au cours ou après un séjour en zone tropicale doit faire suspecter une amibiase intestinale et faire pratiquer un examen parasitologique des selles et sérodiagnostique

Bilharziose (schistosomose)

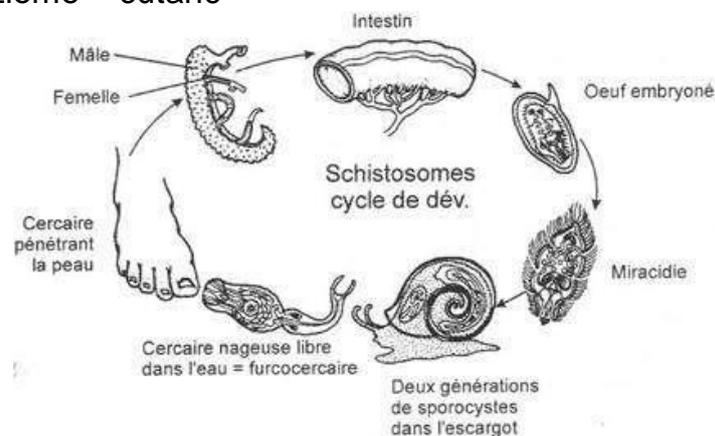
Définition : se sont des affections parasitaires dues à des vers du genre **schistosome**, qui touche le système urinaire, intestinal ou hépatosplénique selon l'espèce en cause

Etiologie : parasite veineux splanchnique (qui se rapporte aux viscères). Il existe 4 types :

1. schistosoma haematobium : agent de la b. urinaire ou vésicale
2. schistosoma mansoni : agent de la bilharziose intestinale et hépatosplénique
3. schistosoma japonicum : Agent de la b. hépato-splénique de l'extrême orient
4. schistosoma intercalatum : plus rare, agent de la b rectale

Cycle parasitaire et Mode contamination :

- ⇒ les femelles localisées dans les ramifications veineuses de l'intestin ou de la vessie pondent des **œufs**
- ⇒ les œufs, par effraction traversent les tissus et sont éliminés par les selles (mansoni, japonicum et intercalatum) ou par les urines (haematobium)
- ⇒ au contact de l'eau à T° de 20-25° les œufs éclosent et libèrent une **larve** qui est absorbée par un mollusque d'eau douce (hôte intermédiaire)
- ⇒ après plusieurs transformations la forme ultime larvaire (cercaire) est libérée
- ⇒ l'homme se contamine lors de contact **cutanée** avec l'eau contaminée
- ⇒ les larves pénètrent par voie transcutanée puis gagnent les capillaires profonds
- ⇒ les vers adultes vivent de 10 à 20 ans (2 à 3 ans pour le S japonicum)
- ⇒ les vers adultes sont bien tolérés par l'organisme
- ⇒ certains œufs restent bloqués dans les tissus ou ils peuvent former « le bilhazime » cutané



Signes cliniques

A/Bilharziose rénale : les œufs sont responsables de **granulome** (tumeur de nature inflammatoire) qui provoque une sténose urétrale entraînant une stase urinaire aboutissant à une destruction du parenchyme rénal.

- hématurie

- troubles génito-urinaires : pollakiurie, dysurie
- sérodiagnostic positif
- examen parasitologique sur l'ensemble des urines de la nuit après un effort léger
- la biopsie rectale confirme le diagnostic

B/ bilharzioses intestinale : les œufs provoquent des granulomes au sein de la paroi colique et entraînent une fibrose (formation pathologique de tissus fibreux). Les œufs localisés au sein du parenchyme hépatique sont à l'origine d'une fibrose avec blocage des veinules portes et hypertension portale

- diarrhée, douleurs abdominales
- tableau clinique d'une cirrhose : hépatomégalie, ascite, varices œsophagiennes
- signes d'allergie suivent immédiatement la contamination : prurit, urticaire, fièvre

Complications : endométrites, salpingites, épидidymites

Traitement :

Spécifique : praziquantel (biltricide) avec contrôle du FNS, examen parasitologique et la sérologie à 2, 6 et 12 mois

Rôle de l'aide soignant :

Dans la prophylaxie : éviter de baigner en eau douce et aux heures chaudes de la journée

Kyste hydatique

(Echinococcose hydatique ou hydatidose)

Définition : le kyste hydatique est du au développement chez l'homme de la forme larvaire d'un ***tænia du chien***

Etiologie : échinococcuse granulosis

Cycle parasitaire et mode de contamination :

- le chien émet les œufs du *tænia* avec ses selles qui persistent plusieurs mois
- l'homme se contamine au contact du pelage (poile) de chiens parasités ou en consommant des végétaux souillés par des déjections (défécations) de chien
- le chien se contamine en consommant les viscères de mouton parasités par les kystes
- chez l'homme comme chez les bétails, les œufs ingérés vont éclore (éclosion) dans l'estomac et libérer un embryon
- l'embryon traverse la paroi intestinale suit le système veineux porte et gagne le foie, les poumons, ou, plus rarement le cerveau, squelette, rein, rate...
- l'embryon se transforme ensuite sous forme kystique
- l'homme ne peut contaminer personne

Signes cliniques :

- pendant longtemps, la maladie est asymptomatique
- le plus souvent est révélé par une hépatomégalie isolée
- par la découverte d'un kyste hydatique sur une Rx du thorax systématique : opacité hydrique arrondie et bien limitée
- suite à l'apparition des complications
- le kyste peut involuer (se rétracter) spontanément
- le diagnostic est confirmé par le test de casoni

Complications :

- rupture des structures de voisinage : angiocholite, péritonite, pleurésie...
- infection d'un kyste fissuré : abcès hépatique, abcès du poumon...

Traitement :

Chirurgicale et consiste à l'exérèse complète du kyste

Rôle de l'aide soignant :

Repose sur la prophylaxie par des conseils

- désinfection des kystes extraits des moutons et les enterrer
- cuir abondamment les partie suspectes de mouton (foie et poumons)

Leishmaniose

Définition : parasitose transmise par pique d'un phlébotome (sucer de sang) femelle. Elle existe sous deux forme ; L cutanée et L viscérale

Cycle parasitaire et Mode contamination : protozoaire du genre leishmania, parasite intracellulaire

- Les réservoirs du parasite sont les chiens, les carnivores (qui se nourrit de la chaire) sauvages et les rongeurs sauvages,
- l'homme est un hôte accidentel
- le vecteur est un phlébotome des régions chaudes, tropicales ou tempérées, sa taille est petite ce qui lui permet de passer à travers des mailles d'une moustiquaire sa pique est nocturne et douloureuse
- le phlébotome s'infecte en piquant un homme ou un animal malade et en absorbant des cellules parasites
- les leishmanies se multiplient dans l'intestin de l'insecte

Signes cliniques :

A/leishmaniose cutanée :

1. le bouton d'orient (de Biskra) : lésion papuleuse, puis nodulaire qui reste à l'état crouteuse sèche ou évolue vers l'ulcération. Elle est indolore et sa guérison se fait spontanément en plusieurs mois laissant une cicatrice indélébile
2. leishmaniose du nouveau mode : la lésion initiale défère peu de la précédente mais le risque est celui de la survenue de métastase muqueuse faciale, surinfection et décès

B/ leishmaniose viscérale ou Kala-azar : maladie grave toujours mortelle en l'absence de traitement, associant :

- fièvre élevée et irrégulière (fièvre folle)
- hépatomégalie, splénomégalie importante
- des adénopathies
- pancytopénie

Le diagnostic de certitude repose sur la découverte de la leishmanie dans la lésion

Traitement :

- Doit être instauré précocement
- Précédé par une désinfection cutanée
- Il faut au moins 2 cures à 1 mois d'intervalle
- Les dérivés pentavalents de l'antimoine : glucantine
- En cas d'échec, on utilise les diamidines (pentacarinat) ou l'amphotéricine (fungisone)

Rôle de l'aide soignant :

Dans la prophylaxie :

Lutte contre les piqûres de moustiques

Ascaridiose

Définition :

Maladie parasitaire liée à l'ascaris. C'est une affection cosmopolite (répandue partout dans le monde)

Etiologie : ascaris ; ver de grande taille (environ 20 cm de longueur)

Cycle parasitaire et mode de contamination :

- Les vers adultes sont dans l'intestin grêle ou ils vivent de 12 à 18 mois
- Les femelles fécondées pondent des œufs éliminés à l'extérieur
- Les œufs s'embryonnent après quelques semaines à l'extérieur
- L'homme s'infeste en consommant des eaux ou des légumes souillés par des œufs embryonnés
- La larve libérée dans l'intestin traverse la muqueuse et gagne le foie par le système porte puis les capillaires pulmonaires
- Elle traverse la paroi de l'alvéole pulmonaire et remonte l'axe trachéo-bronchique
- En fin, la larve passe du système aérien au système digestif, à l'occasion d'une déglutition
- Elle se transforme en ver adulte dans l'intestin grêle

Signes cliniques :

- Le syndrome de Löffler (passage des larves dans les poumons) : toux quinteuse, dyspnée et fièvre
- Phase digestive : diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissements

Complications : elles sont rares et liées à la migration des vers :

- Ictère par migration dans le cholédoque
- Pancréatite aiguë
- Occlusion
- Péritonite
- Invagination intestinale

Traitement :

- Flubendazol (fluvermal), pamoate de pyrantel (combantrin), levamisole (solaskil)

Rôle de l'aide soignant : prophylaxie :

- Lavage des mains et des aliments
- Eau potable et traitement des eaux usées
- Pas d'engrais humain sur le sol des cultures maraichères

Téniasis ou tæniasis ou tæniase ou ténias

Définition :

Maladie parasitaire due à l'infestation par des vers adultes, les ténias.

Etiologie :

Les ténias, dont certains types sont couramment appelés vers solitaires, sont des vers plats (cestodes) de taille variable, de quelques millimètres à plusieurs mètres de long. Leur extrémité antérieure, appelée scolex, porte des ventouses et parfois des crochets, servant d'organes de fixation sur la muqueuse de l'intestin grêle. Le corps est formé de segments plus ou moins rectangulaires contenant les organes génitaux mâles et femelles (les vers sont hermaphrodites). Le nombre de segments (ou anneaux) est variable suivant les ténias.

On en distingue quatre, selon l'espèce de ténia en cause.

Tænia saginata

Tænia solium

Diphyllobothrium latum,

Hymenolepis nana,

Modes de transmission ; Les ténias – sauf *Hymenolepis nana* – se transmettent à l'homme par des aliments contenant les larves et insuffisamment cuits.

Signes cliniques :

Un téniasis se manifeste par:

- une fatigue,
- un manque d'appétit ou, moins fréquemment, par un gros appétit,
- Douleurs abdominales, parfois par une diarrhée, des démangeaisons.
- Une hyperleucocytose à éosinophiles.
- Une personne infestée par le *Tænia saginata* élimine spontanément par l'anus des fragments de ver

Traitement :

administration par voie orale d'un médicament antiparasitaire actif contre le ténia étant efficace en une ou deux prises.

Deux médicaments sont utilisés : la niclosamide et le praziquantel.

Le parasite est tué et éliminé entièrement par fragments digérés.

La prévention :

Repose sur une cuisson suffisante de la viande et du poisson.

Oxyurose

Définition :

Maladie parasitaire provoquée par l'infestation du côlon par un ver, *Enterobius vermicularis*, couramment appelé oxyure.

Cycle parasitaire

Les parasites adultes ressemblent à de petits filaments blancs de moins de 1 centimètre de long.

Ils vivent sur la muqueuse du côlon des êtres humains.

Une fois fécondé, le ver femelle parcourt tout le côlon et dépose les œufs embryonnés et infectants sur la peau autour de l'anus, avant de mourir.

Les mouvements du ver femelle provoquent des démangeaisons, qui conduisent à se gratter autour de l'anus.

Les œufs se logent alors sous les ongles, et il suffit que la personne porte les doigts à sa bouche, avale les œufs ou les dépose sur des aliments partagés avec d'autres personnes pour que les processus d'auto-infestation et de contamination s'enclenchent.

Les enfants peuvent aussi transporter les œufs sur les jouets et sur les couvertures, risquant ainsi de transmettre la maladie.

Les œufs ingérés éclosent dans l'intestin, se transforment en larves et deviennent adultes au bout de 2 à 6 semaines.

Symptômes et signes

Les troubles provoqués par une oxyurose sont moins importants chez les adultes que chez les enfants.

- Le prurit (démangeaison) anal, vespéral et nocturne, Il empêche l'enfant de dormir calmement, et son sommeil peut être entrecoupé de cauchemars.
- L'enfant, fatigué, est irritable, éprouve des difficultés scolaires et peut présenter des tics (prurit nasal).
- Chez la petite fille, et plus rarement chez l'adulte, les vers peuvent pénétrer dans l'appareil génital et entraîner une vulvovaginite douloureuse ou une cystite.

Diagnostic

Les vers sont parfois visibles dans la région anale, à la surface des selles ou dans les slips. En dehors de ces cas, la meilleure méthode diagnostique consiste à prélever des œufs sur le bord de l'anus du patient à l'aide d'une bande de papier adhésif (Scotch-test) et à les examiner au microscope.

Traitement et prévention

Le traitement, appliqué le même jour à toute la famille, consiste à administrer des médicaments antihelminthiques, à nettoyer le sol des chambres (de préférence à l'aspirateur) et à faire bouillir draps, linge de corps, pyjamas, chemises de nuit, etc.

Des mesures d'hygiène plus générales s'appliquent à titre curatif mais aussi préventif : coupe des ongles, lavage des mains avant chaque repas et après être allé à la selle

CHAPITRE V : M.S.T

Syndrome d'immunodéficience acquis (sida)

Définition :

Phase ultime de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (V.I.H.1 ET V.I.H.2), abréviation de syndrome d'immunodéficience acquise.

Étiologie :

le VIH est un rétrovirus du genre des lentivirus (du latin *lenti*, signifiant lent), qui se caractérisent par une longue période d'incubation avec, par conséquent, une évolution lente de la maladie

Le génome du VIH, contenu dans la capsid, est constitué d'un simple brin d'ARN en double exemplaire, accompagné d'enzymes :

- la transcriptase inverse qui rétrotranscrit l'ARN viral en ADN viral.
- l'intégrase qui intègre l'ADN viral à l'ADN cellulaire.
- la protéase qui participe à l'assemblage du virus en clivant les précurseurs protéiques

Ces trois enzymes sont les principales cibles des traitements antirétroviraux, car elles sont spécifiques aux rétrovirus

Mode de transmission :

La transmission du virus se fait selon trois modes principaux : par voie sexuelle, par voie sanguine et par transmission de la mère à l'enfant (voie transplacentaire, lors de l'accouchement, ou lors de l'allaitement).

voie sexuelle à l'échelle mondiale, 75 à 85 %

voie sanguine 3 modalités.

— **transfusion de sang ou de dérivés du sang**

— **piqûres accidentelles** 0,32 % et varie en fonction de la profondeur de la piqûre, du type d'aiguille et de la charge virale du patient.

— **toxicomanie par voie veineuse avec partage de seringue** : la probabilité de contamination est estimée à 0,67 %.

transmission de la mère à l'enfant

pendant toute la durée de la grossesse, mais surtout pendant l'accouchement et pendant la période de l'allaitement. l'utilisation de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et la modification des pratiques obstétricales ont permis de diminuer le taux de transmission maternofoetale du v.i.h. de type 1 de 20 % à moins de 5 %.

Le risque de transmission virale par l'allaitement est estimé à 6 %.

Mécanisme physiopathologique :

Le sida correspond à une pénétration du virus dans le système sanguin suite à une primo-infection.

L'infection entraîne une destruction progressive du système immunitaire en éliminant principalement les lymphocytes t4 ou cd₄.

On parle alors de séropositivité, c'est-à-dire qu'un examen biologique repère la présence dans le sang des anticorps au VIH, qui indique que le patient dépisté est contaminé par le virus.

Conséquences physiopathologiques :

- La diminution de l'immunité entraîne des infections opportunistes et certains cancers. les infections opportunistes sont causées par des organismes qui ne provoquent pas d'infection chez les individus sains : c'est le sida.

Signes cliniques :

On distingue 3 phases lors d'une infection par le virus du sida.

Primo-infection	Juste après la contamination par le VIH. le nombre de virus présents (= charge virale) augmente fortement, puis diminue rapidement, du fait de la réponse du système immunitaire.
Phase asymptomatique	L'individu atteint ne présente aucun symptôme de la maladie, et le nombre de virus n'augmente que très légèrement. Malgré le contrôle de la maladie par le système immunitaire, les lymphocytes T sont progressivement détruits par le virus.
SIDA	Le système immunitaire est débordé, le nombre de virus augmente fortement, les symptômes apparaissent (cette phase peut apparaître au bout de 10 à 15 années) et touchent principalement : <ul style="list-style-type: none"> • les poumons : pneumopathies ; • le tube digestif : vomissement, hoquet, diarrhée, salmonelle. candidose. dysphagie... ; • le système neurologique : confusion, démence, agitation, baisse de l'acuité visuelle, atteinte oculaire ; • la peau : sarcome de Kaposi (tumeur cancéreuse). On retrouve une cachexie (état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrême) et une dénutrition.

Signes paracliniques

Deux types de test existent :

- test Elisa combiné : si ce test est négatif = absence de contamination (à condition de n'avoir eu aucune conduite à risque dans les 6 dernières semaines). si ce test est positif, le laboratoire va faire un second test ;
- test western-blot : ce test permet de savoir si le virus est réellement présent. si le test western-blot est négatif = absence de contamination (à condition de n'avoir eu aucune conduite à risque dans les 6 dernières semaines). le test western-blot peut rester négatif si la contamination est très récente (c'est la phase de « séroconversion »).

lorsque le test elisa combiné est positif et que le test western-blot est négatif, le test de dépistage sera renouvelé un peu plus tard ou complété par des examens plus approfondis, pour déterminer s'il s'agit d'une contamination très récente ou bien d'une fausse réaction positive. il existe également des dépistages rapides avec un résultat en 30 minutes mais ces tests ne remplacent pas le dépistage « classique », ils le complètent.

Diagnostic

Il se fait suite au dépistage, mais également à l'apparition des infections opportunistes et donc à distance de la primo-infection.

Pronostic

- Sans traitement, la charge virale augmente, les infections opportunistes apparaissent et conduisent au décès.

Axes thérapeutiques

Il n'existe aucun traitement pour guérir l'infection au VIH : une personne séropositive l'est à vie. Pour bloquer l'évolution du virus dans l'organisme et maintenir l'équilibre entre la présence du virus dans le corps et le système de défense de l'organisme, il existe des traitements antirétroviraux. On parle de trithérapie ou de quadrithérapie car on associe plusieurs antirétroviraux. Ces traitements ne sont pas anodins, ils peuvent provoquer des effets secondaires lourds comme des nausées, des diarrhées, une grande fatigue... l'axe thérapeutique à développer est la prévention.

Prévention : (recommandations de l'oms)

1. utilisation du préservatif masculin ou féminin
2. service de dépistage du VIH et des IST
3. circoncision médicale volontaire de l'homme
4. prévention basée sur les antirétroviraux (ARV)
 - 4.1 Le traitement antirétroviral en tant que moyen de prévention
 - 4.2 Prophylaxie pré-exposition (prep) pour le partenaire séronégatif
 - 4.3 Prophylaxie post-exposition (ppe)
5. réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables
 - des programmes sur les aiguilles et les seringues;
 - le traitement de substitution des opioïdes pour ceux qui sont dépendants de ces produits et les autres traitements de la dépendance, fondés sur des faits probants;
 - le conseil et le dépistage du VIH;
 - le traitement du VIH et les soins;
 - l'accès aux préservatifs; et
 - la prise en charge des IST, de la tuberculose et de l'hépatite virale.
6. élimination de la transmission mère-enfant

Rôle de l'a/s

- accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie

Les soins sont en lien avec l'état physique de la personne. ils peuvent aller d'une aide aux gestes de la vie quotidienne en cas de fatigue, à une aide complète en fin de vie.

- surveiller les effets secondaires de la quadrithérapie (nausée, diarrhée, fatigue).
- s'assurer de l'observance du traitement.
- établir une communication adaptée à la personne et à son entourage
- participation avec l'infirmier aux conseils et à l'information :
- port du préservatif ;
- pas d'échange de seringues souillées ;
- pas de partage de brosse à dents, rasoir, coupe-ongles, matériel d'épilation ;

- • en cas de coupure et de plaie cutanée : nettoyage et désinfection puis pose d'un pansement ;
- précautions standards : hygiène des mains, port de gants lors de situation à risque d'exposition aux liquides biologiques, évacuation du matériel souillé suivant les filières, protection des prélèvements
 - hygiène des locaux hospitaliers
 - l'isolement protecteur est mis en place pour des patients présentant une diminution des défenses immunitaires. il vise à protéger le patient immunodéprimé de toute contamination extérieure.
il tend ainsi à éviter tout contact avec les micro-organismes, y compris ceux habituellement peu ou pas pathogènes (par exemple, bactéries de l'environnement).

en fonction de la gravité, l'aide-soignant devra mettre en place des mesures d'isolement adaptées :

- la réglementation de la circulation des personnes (personnels, patients et visiteurs) ;
- l'organisation architecturale (chambre avec sas, filtration de l'air, de l'eau) ;
- l'utilisation de protections stériles (blouse, masque, gants) ;
- l'indication éventuelle de matériels de soins et d'une alimentation de qualité adaptée.

Blennorragie

(GONOCOCCIE)

Définition :

Infection sexuellement transmissible (I.S.T.), due à la bactérie **Neisseria gonorrhœæ**. La blennorragie, ou « chaude-pisse », est la plus ancienne des maladies vénériennes connues

Etiologie :

Neisseria gonorrhœæ est un coque à Gram négatif.

Mode de transmission :

Se transmet lors de rapports génitaux et peut se transmettre à l'enfant lors de l'accouchement.

Symptômes et signes

- incubation est courte, de 4 à 6 jours en moyenne, mais peut être plus longue en cas d'antibiothérapie préalable.

Chez l'homme, l'infection se manifeste, dans plus de 90 % des cas, par une urétrite aiguë (inflammation de l'urètre). Elle se caractérise par un écoulement purulent, jaunâtre, accompagné de brûlures à la miction. Elle peut se compliquer d'une atteinte de la prostate (prostatite), de l'épididyme, ou du testicule (orchite) en l'absence de traitement adapté.

Chez la femme, les symptômes sont souvent absents ou frustrés, se limitant à un écoulement discret. Les complications locales sont possibles, mais c'est surtout l'extension vers le haut appareil génital (endométrite, salpingite, pelvi-péritonite) qui fait la gravité de cette infection. Elles peuvent entraîner une stérilité secondaire.

Les formes extra-génitales sont communes aux deux sexes mais sont plus fréquentes chez les homosexuels masculins : atteintes ano-rectales, atteintes pharyngées, mais aussi conjonctivites chez le nouveau-né. La diffusion septicémique, plus fréquente chez la femme, peut se manifester par des douleurs articulaires et des localisations cutanées.

Diagnostic

Le diagnostic est fait par le prélèvement, à l'aide d'un écouvillon, au niveau de l'urètre chez l'homme et au niveau de l'urètre ou du col utérin chez la femme. Le laboratoire identifie les bactéries, des cocci à Gram négatif. La culture est indispensable pour confirmer le diagnostic et surtout pour établir un antibiogramme.

Traitement

Antibiotique administré à dose unique

Le gonocoque est souvent résistant aux pénicillines et aux tétracyclines, et de plus en plus aux fluoroquinolones. L'antibiogramme est donc indispensable. Le traitement comporte une céphalosporine, un aminoside. En cas de forme extra-génitale ou compliquée, le traitement est prolongé plusieurs jours.

Le sujet atteint doit s'abstenir de tout rapport sexuel pendant les soins et ses partenaires doivent être informés et traités préventivement.

Syphilis

Définition :

Maladie infectieuse sexuellement transmissible due à une bactérie, **Treponema pallidum** (tréponème pâle).

Le tréponème pâle est un spirochète, bactérie de forme hélicoïdale, particulièrement mobile grâce à son appareil locomoteur interne. Sa découverte date de 1905.

Causes

Dans 95 % des cas, la transmission se fait par la voie sexuelle. Le microbe pénètre dans l'organisme par les muqueuses.

La syphilis est une porte d'entrée du V.I.H. (virus du sida), du fait des érosions ou des ulcérations anogénitales qu'elle provoque.

La contamination fœtoplacentaire (du fœtus par la mère) se produit en général au cours de la deuxième moitié de la grossesse,

Symptômes et signes

— **Incubation** de deux à six semaines. L'infection évolue ensuite en trois stades.

— **Le stade primaire** est caractérisé par l'apparition d'un chancre, petite ulcération de 3 à 5 millimètres de diamètre. La lésion, très contagieuse siège au point d'inoculation, le plus souvent sur les organes génitaux (gland, corps de la verge, scrotum, col de l'utérus, vulve, anus), parfois dans une zone extra génitale. Le chancre passe souvent inaperçu. Il s'associe à une adénopathie dans la même zone. Il disparaît en un à trois mois et, sous traitement, en une à trois semaines ; l'adénopathie et l'induration persistent en revanche pendant plusieurs mois.

— **Le stade secondaire** consiste en éruptions cutanées associées à un syndrome grippal (fièvre, fatigue, courbatures, maux de tête) et à une polyadénopathie. Il survient de deux mois à quatre ans après le début de la maladie.

— **Le stade tertiaire** consiste en gommès, nodosités molles évoluant vers l'ulcération.

Diagnostic

Mise en évidence soit du tréponème dans les lésions, soit d'antigènes spécifiques aux tréponématoses dans le sérum sanguin. (TPHA) et VDRL (**Veneral Disease Research Laboratory**)

Traitement

Pénicilline ou, en cas d'allergie à la pénicilline, de tétracycline. Si la maladie est traitée précocement, une dose unique et importante de pénicilline suffit à la guérison. Dans le cas contraire, il peut être nécessaire de poursuivre le traitement pendant plusieurs semaines. Celui-ci doit être entrepris le plus tôt possible

Prévention

Les malades syphilitiques ne peuvent transmettre la maladie que pendant les périodes primaire et secondaire.

La prévention repose sur le dépistage systématique et sur le traitement des partenaires sexuels des malades.

CHAPITRE VI : SOINS INFIRMIERS

Ponction lombaire : préparation et surveillance

DEFINITION

Ponction de l'espace sub-arachnoïdien au niveau lombaire (généralement L3-L4, jamais au-dessus de L3) dans l'optique de recueillir du liquide céphalo-rachidien.

INDICATIONS :

- Toute suspicion de pathologie infectieuse méningée.
- En cas de suspicion d'hémorragie méningée le scanner est, au mieux, réalisé avant la pl. Cependant, s'il n'est pas réalisable, ne pas retarder la ponction.

CONTRE-INDICATIONS

- Troubles graves de l'hémostase.
- HTIC suspectée, ou signes neurologiques focalisés. Dans ce cas faire impérativement un scanner cérébral avant la PL.

PREPARATION DU MATERIEL :

- matériel de rasage (si nécessaire)
- plateau décontaminé et nettoyé
- protection à usage unique
- antiseptiques
- matériel pour anesthésie locale (lidocaïne, seringue, pompeuse, aiguille sous cutanée)
- matériel stérile (compresses, gants, aiguille à ponction lombaire de 7 à 12 cm de long et 0.9 à 1.5 mm de diamètre munie d'un mandrin stérile à usage unique)
- tubes (Cytologie, Bactériologie, Chimie et autres si besoin), numérotés, étiquetés
- médicaments si injection prescrite
- tensiomètre si besoin
- container à aiguille
- poubelle
- Compresses stériles.
- Nécessaire pour pansement occlusif légèrement compressif.
- Masque, surblouse.
- bon de bactériologie, bon de biochimie
- oreiller ou couverture roulée pour mettre sur les genoux du patient

PREPARATION DU MALADE :

- Toujours vérifier qu'un fond d'œil a été demandé en examen préalable. En cas d'hypertension intra - crânienne, il y a un risque d'entamer le bulbe rachidien.
- patient de préférence à jeun
- Expliquer le soin au patient
- Demander au patient d'être torse nu
- Installation du patient en décubitus latéral au bord du lit, le dos bien arrondi (menton sur la poitrine et genoux relevés sur la poitrine)
- Installer une protection sur le lit
- Rasage si besoin

- Faire une asepsie large de la zone de ponction (le médecin fera une autre application juste avant la ponction)
 - Prévenir le patient qu'il doit rester immobile et bien respecter la position requise durant la ponction

SURVEILLANCE :

- Respect du décubitus strict important pour éviter de très violentes céphalées rebelles (syndrome post PL).
- On peut donner du café ou du thé au patient afin de les limiter.
- Les trois premiers tubes devront être acheminés au plus vite au laboratoire à 37° (le laisser dans le creux de la main). Les autres tubes devront être mis au réfrigérateur.
- Toujours prélever une glycémie en même temps que la PL pour pouvoir interpréter la glycorrachie (normalement égale à 50 % du taux sanguin).
- À l'issue de la ponction, réalisation d'un pansement occlusif légèrement compressé
- Mettre le malade en position de décubitus dorsal strict pendant une heure minimum.
- Surveiller :
 - Etat de conscience
 - tension artérielle
 - pouls
 - température (syndrome infectieux),
 - point de ponction (inflammation, écoulement, saignement...).

Prélèvement pour hémoculture

Objectif

ne hémoculture permet d'isoler le (les) micro-organisme(s) responsable(s) d'une bactériémie, de l'(les) identifier, de déterminer sa (leur) sensibilité aux anti-infectieux et d'adapter le traitement.

Dans certains cas, elle peut permettre de contrôler l'efficacité du traitement en cours.

Un prélèvement de qualité doit être aseptique pour éviter la contamination de celui-ci ou du malade.

Indications

- Toute fièvre d'origine indéterminée, surtout si elle est accompagnée de signes évocateurs d'infection, En particulier, dans les circonstances suivantes :
- Si la température du malade est supérieure à 38,5°
- Si la température est inférieure à 36,5°
- Si présence de frissons, de sueurs
- Devant un choc inexplicé
- De façon systématique dans certains contextes tels que la notion de risque infectieux chez le nouveau-né ou chez le patient immunodéprimé profond (neutropénique par exemple)
- Dans certains cas, pour contrôler l'efficacité d'un traitement anti-infectieux
- Les hémocultures doivent être prélevées si possible, avant tout traitement
- Il faut se limiter, en pratique, à 2 ou 3 prélèvements par 24 heures, réalisés au moment des pics fébriles ou des frissons.
- Il est recommandé d'attendre 15 à 60 minutes entre 2 prélèvements.

Matériel

- une paire de flacons (1 flacon aérobie + 1 flacon anaérobie). Néanmoins, il existe des cas particuliers :
- Chez l'enfant et dans certaines pathologies où l'implication de germes anaérobies est exceptionnelle, on se limite habituellement à un flacon aérobie,
- En cas de recherche de levures, on utilisera des flacons spécifiques.
- Les flacons d'hémocultures sont conservés à l'abri de la lumière, de préférence dans leur emballage d'origine ; vérifier la date de péremption.
- Un dispositif de prélèvement pour hémoculture
- Les produits nécessaires à l'antisepsie de la peau
- Des gants à usage unique non stériles
- Des compresses ou des tampons stériles et du sparadrap
- Un garrot préalablement décontaminé
- Un conteneur pour objets piquants et tranchants

Technique :

- La pratique des prélèvements pour hémoculture expose le préleveur à des risques liés au sang du malade. Il est donc impératif de respecter les précautions "standard".

- Sauf indication contraire lors de la prescription médicale, les hémocultures doivent être prélevées par ponction veineuse ;
- En cas de prélèvement à partir d'un cathéter ou de tout autre matériel implantable, il est impératif de le signaler sur la feuille de demande d'examen.
- Préparer le matériel et identifier les flacons avec les étiquettes du malade collées à l'emplacement indiqué.
- Faire une antisepsie du bouchon des flacons.
- Se désinfecter les mains.
- Préparer la zone du point de ponction : antisepsie de la peau.
- Attention : ne plus toucher la zone de ponction et éviter de parler pendant le prélèvement.
- Se désinfecter à nouveau les mains.
- Mettre des gants à usage unique non stériles en latex (ou en nitrile).
- Ponctionner avec le dispositif de prélèvement suivant les instructions du fabricant.
- Remplir chaque flacon de 5 à 10 ml de sang : il existe des repères sur les flacons, ne pas dépasser le repère supérieur.
- Eliminer le système de prélèvement dans le collecteur pour objets piquants et tranchants.
- Mettre un pansement sec sur le point de ponction.
- Placer les flacons dans un sac en plastique.
- Remplir la feuille de demande d'examen.
- Acheminer les flacons au laboratoire ou dans une étuve à 37°C (selon les instructions du laboratoire), Accompagnés de la feuille d'examen.
- Noter et signer la réalisation du prélèvement dans le dossier de soins.

Bibliographie

1. e-Pilly TROP Maladies infectieuses tropicales

Édition web 2012

Le Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT)

Coordonné par : Jean DELMONT et Eric PICHARD

Alinéa plus 2012

2. Hygiène et soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes par le VIH

S. NEROME | P. POLOMENI | V. BOUISSON |

ELLIPSES 01/2001

3. Nouveaux cahiers de l'infirmière

Maladies infectieuses/VIH: Soins infirmiers Broché

Martine Gayraud / Olivier Lortholary

Masson2006