DIRECTION
DE LA SANTÉ

GUIDE DES PROTOCOLES

A l'usage des Professionnels de Santé

exerçant en Poste Isolé

en Polynésie Française

COLLÈGE MÉDICAL

DIRECTION
DE LA SANTÉ

LE MOT DE LA DIRECTRICE DE LA DIRECTION DE LA SANTE

Le guide des protocole édition 2017 a été mis à jour et validé par le collège médical de la Direction de la santé. Ce nouveau guide a fait l'objet d'un long travail documentaire et d'échanges avec les médecins spécialistes du centre hospitalier de Polynésie française et les médecins généralistes ayant une expérience des îles. Il vous apporte une information de qualité et est adapté aux soins dans les centres de santé des archipels tout en restant conforme aux dernières recommandations professionnelles.

Son objectif est de vous aider dans la prise en charge des pathologies courantes rencontrées dans votre pratique professionnelle. Ce document n'a pas pour vocation d'être un protocole de prise en charge des situations d'urgence. Toute situation d'urgence doit donner lieu à un appel au centre 15, suivi d'une présentation du patient au médecin régulateur qui vous conseillera et prescrira à distance la prise en charge la plus adaptée. La mise en œuvre de ces protocoles se fait sous la responsabilité médicale du médecin référent de votre centre de santé, en application des textes règlementaires encadrant l'exercice infirmier en Polynésie française.

Consciente des responsabilités et des larges missions qui incombent à votre fonction d'infirmier en milieu insulaire, je vous remercie de votre investissement qui contribue, à travers ce guide, à améliorer la sécurité et la qualité des soins dans les centres de santé au bénéfice des populations de nos archipels.

Romina Ma

COMITE DE COORDINATION

Dr Rémi MAYAN, médecin infectiologue, coordonnateur du Collège Médical

Mme Anne PINEL, directrice des soins, coordonnatrice du Collège Paramédical

COMITE DE REDACTION

Dr Yannick BEAUFILS, médecin généraliste, Bora-Bora

Dr Romain BOURDONCLE, médecin psychiatre, DS

Dr Laetitia COLLET, médecin généraliste, FSTI

Dr Angélique KHIMOUN, médecin urgentiste, CH Taravao

Dr Rachel LAM KAM CHEUNG, médecin urgentiste, CH Taravao

Mme Natalya LAY, sage-femme FSTI

Dr Rémi MAYAN, médecin infectiologue, DS

Dr Perrine MOINECOURT, chirurgien-dentiste, Subdivision ISLV

Dr Auriane OILLEAU, médecin généraliste, FSTN

Dr Charlotte SAMSON, pédiatre, CH Uturoa

Dr Jean MArc SEGALIN, médecin généraliste, CRAA

GROUPE DE RELECTURE

Dr B. ANIZON, Médecin anesthésiste réanimateur, CH Uturoa

Dr Yannick BEAUFILS, médecin généraliste, Bora-Bora

Dr Thierry BEYLIER, médecin généraliste, subdivisionnaire ISLV

Dr Philippe BIAREZ, médecin généraliste, subdivisionnaire, FSMM

Dr Romain BOURDONCLE, médecin psychiatre, DS

Dr Laetitia COLLET, médecin généraliste, FSTI

Dr Nathalie LEHARTEL, pharmacien, DS

Mme Natalya LAI, sage-femme, FSTI

Dr Perrine MOINECOURT, chirurgien dentiste, FSTI

Dr Auriane OILLEAU, médecin généraliste, FSTN

Dr Jean Marc SEGALIN, médecin généraliste, DS

Isaline TEURU Cadre de santé responsable du Centre de santé dentaire

Odile DUPIN DE BEYSSAT cadre de santé responsbale du centre de santé scolaire

Wanda PARKER directrice des soins Bureau Qualité

Maire HORACE, cadre de santé TG

TABLE DES MATIÈRES

PÉDIATRIE..... 7

Diarrhée 8

Toux 11

Difficultés respiratoires.....14

Douleur abdominale.....17

Fièvre 23

MÉDECINE ADULTE..... 25

Agitation 26

Brûlure de méduse.....29

Ciguatera 31

Coups et blessures, violences sexuelles 33

Douleurs abdominales de l'adulte.....38

Douleur articulaire non traumatique 42

Fièvre 46

Gale.....49

Grosse jambe rouge 51

Infection cutanée 53

Œil rouge non traumatique.....58

Œil rouge traumatique 60

Oreille.....63

Piqûre de poisson pierre – cf document BVS 2018 (DD) 67

Plaies et cicatrisation 68

Prurit 70

Réaction allergique ou anaphylactique.....72

Risque tétanique 77

Utilisation des antibiotiques en pratique courante 78

Utilisation des antalgiques en pratique courante 82

Utilisation des médicaments essentiels en pratique courante 85

GYNÉCOLOGIE & OBSTÉTRIQUE..... 95

DENTAIRE..... 101

Urgences dentaires (enfant & adulte)..... 102

GLOSSAIRE

AINS anti inflammatoire non stéroïdien
amp ampoule
ATB antibiotique
buv buvable
cp comprimé
cy collyre
cmes cuillère-mesure
DCI dénomination commune internationale
DDR date des dernières règles
EOC échelle d'observation comportementale
FC fréquence cardiaque
Fl flacon
FR fréquence respiratoire
g gramme
GEU grossesse extra utérine
GEA gastroentérite aigüe
gtte goutte
HTA hypertension artérielle
IDR intra dermo réaction
inj injectable
IM intra musculaire
IMC Indice de masse corporelle
IV intra veineuse
j jour(s)
mg milligramme
ml millilitre
opht ophtalmologique
ORL oto-rhino-laryngologie
pdre poudre
ped pédiatrique
pom pommade
ppsb poudre pour suspension buvable
po per os
QSP quantité suffisante pour
RAA rhumatisme articulaire aiguë
SaO2 saturation en oxygène
sc sous cutanée
sol°inh solution pour inhalation
suppo suppositoire
susp suspension
SFU Signes fonctionnels urinaires
T° température
TA tension artérielle
UI unité internationale
VS vitesse de sédimentation

PÉDIATRIE

	PÉDIATRIE	Version : 2
	Diarrhée	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La diarrhée est la plupart du temps la conséquence d'une infection virale du tube digestif. On parle de gastro-entérite pouvant donc donner une diarrhée et des vomissements.
- La transmission se fait par voie oro-fécale, et la contagiosité peut être très élevée.
- La guérison infectieuse est la plupart du temps spontanée en quelques jours. Il n'existe aucun traitement agissant directement sur les virus responsables de GEA.
- Seules quelques rares diarrhées sont d'origine bactérienne nécessitant éventuellement une antibiothérapie. Les selles sont alors souvent glaireuses et/ou sanglantes. Les autres couleurs de selle (verdâtre, jaunâtre …) n'ont aucune signification particulière.
- La gravité est liée à la déshydratation secondaire à l'hypersécrétion intestinale et aux vomissements.
- La déshydratation peut tuer par choc hypovolémique, c'est le cas pour plusieurs enfants chaque année en Polynésie.
- La perte de poids est classiquement utilisée pour évaluer la déshydratation. Mais un poids récent de comparaison est rarement disponible, et il peut exister une déshydratation importante sans perte de poids (notion de 3°secteur : eau en dehors du système vasculaire, mais toujours dans le corps : œdèmes, épanchement abdominal oupleural, diarrhée non extériorisée …)
- La déshydratation s'évalue à l'aide d'un ensemble de signes cliniques et de paramètres.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Evaluer la présence et la gravité de la déshydratation, peser l'enfant nu systématiquement à chaque consultation
- Traiter la déshydratation et surveiller l'enfant en fonction de la gravité de la situation, proposer aux parents des objectifs horaires chiffrés d'hydratation selon le poids de l'enfant. (ex : bébé de 11kg – besoin de 1100ml/24h soit 45 ml/h ou 1 mesure et demi du biberon en moyenne).
- Ne pas arrêter le lait et réintroduire l'alimentation solide rapidement dès que l'enfant le peut
- Lutter contre la transmission oro-fécale dans les familles et les écoles.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Proposer des boissons type Coca Cola ou jus du magasin. Ces boissons sont inappropriées, et susceptibles d'aggraver la diarrhée.
- Proposer d'autres médicaments que les sels de réhydratations orales (SRO). Ils ne sont pas nécessaires voire dangereux. Les « anti-diarrhéiques » ne préviennent et ne traitent pas la déshydratation. Ils peuvent induire en erreur en masquant la diarrhée sans empêcher la déshydratation intra-intestinale. Les antiémétiques présentent un risque d'effets secondaires cardiaques et neurologiques graves.
- Arrêter le lait, mettre l'enfant à jeun, cela risque de rajouter une dénutrition à la déshydratation.

CE QU'IL FAUT EXPLIQUER

- La diarrhée est le plus souvent due à un virus, qui ne nécessite pas de traitement spécfique.
- En attendant la guérison, le corps perd son eau et des sels minéraux régulièrement. Si cette eau et ces sels ne sont pas remplacés, le corps se vide de liquide et la pression dans les vaisseaux sanguins n'est plus suffisante pour assurer la circulation du sang. Le cœur peut alors s'arrêter.
- Eviter le décès d'un enfant présentant une gastroentérite consiste à remplacer par la bouche ou par les veines, l'eau et les sels minéraux perdus.
- C'est une maladie contagieuse transmise par les mains souillées par les selles, portées ensuite à la bouche. Le lavage des mains, l'isolement des couches dans un sac plastique, et l'utilisation correcte de cabinets aux normes, permettent de limiter la contagion.

EVALUER LA DESHYDRATATION

Signes majeurs	Déshydratation absente ou légère	Déshydratation modérée	Déshydratation grave
Perte de poids	3 à 5%	6 à 9%	≥ 10%
Soif	+	++	+++
Pli cutané[1]	Normal	Persistant	Persistant
TRC[2] [2]	< 2s	>2s	>2s
Extrémités	Chaudes	Normales	Froides
FC	Normale pour l'âge	Augmentée pour l'âge	Très augmentée pour l'âge
FR	Normale pour l'âge	Normale ou légèrement augmentée pour l'âge	Augmentée pour l'âge
Fontanelle	Non déprimée	Déprimée	Déprimée
Etat général	Normal	Assoiffé, irritable au toucher, agité ou fatigué	Somnolence, coma, hypotonie
Yeux	Normaux	Un peu cernés, creux	Cernés, très creux
Langue	Humide	Peu humide	Sèche
Urines/Larmes	Normales	Diminuées	Absentes

TABLEAU DES VALEURS NORMALES DE FC et FR SELON L'AGE CHEZ L'ENFANT			
FR normale :		FC normale :	
<12mois :	FR : 20 - 50/mn	<12mois :	FC : 100-170/mn
1 à 5 ans :	FR : 20- 40/mn	1 à 2 ans :	FC : 70-160 /mn
6 à 8 ans :	FR : 15-25 /mn	2 à 8 ans :	FC : 60-120/mn

1 Pli cutané : Lorsqu'on pince doucement la peau entre la pulpe de l'index et du pouce, celle-ci revient immédiatement à son état antérieur sans garder la moindre empreinte. En cas de déshydratation le pli persiste au moins quelques secondes avant le retour de son état antérieur.

[2] TRC : temps de recoloration cutanée. La mesure se fait en comptant le temps de recoloration de la peau après 5s de compression de la zone sternale ou de la pulpe d'un doigt.

TRAITEMENT SELON LE NIVEAU DE DESHYDRATATION

Déshydratation absente ou légère	Déshydratation modérée	Déshydratation grave
Traitement ambulatoire	**Appeler le médecin** **si pas d'amélioration rapide** **Mise en observation**	**Appeler le centre 15 - SMUR**
SRO : diluer 1 sachet pour 200ml d'eau minérale ou eau du robinet bouillie refroidie		
Déshydratation absente ou légère	**Déshydratation modérée**	**Déshydratation grave**
Augmentation des apports hydriques Avant 6 mois : Proposer SRO avant l'allaitement Après 6 mois : Proposer SRO régulièrement en petite quantité. Refus de SRO : absence de déshydratation. Proposer des objectifs d'apports horaires mesurables. Re-consulter rapidement si vomissements, refus de boire, respiration rapide, yeux creux ou cernés, somnolence inhabituelle, couleur anormale, comportement enfant inhabituel.	**SRO** 75ml/h par voie orale à l'aide d'une seringue en fractionnant les prises toutes les 5 à 10mn QSP 4h. Traitement supervisé par un soignant puis réévaluation. Si vomissement : arrêt 10mn puis reprise SRO à l'aide d'une seringue ou à la cuillère à café toutes les 2mn. Si pas d'amélioration – vomissement persistant, Appel du médecin. Dans l'attente du transfert : SRO à la sonde gastrique 20 ml/kg/h ou KT Veineux Glucidion G 100ml/kg/24h + NaCL 4g/l à adapter selon prescription médicale	Pose KT Veineux ou intra osseux. NaCl 0.9% 10 à 20ml/kg en 30 mn (60 ml/kg max) à Si IV ou Intra-osseux non possible : administrer SRO sonde gastrique 20ml/kg/h
Poursuivre l'allaitement maternel ou le lait habituel. Réalimentation précoce dans les 4 heures ou avant la 12ème heure, adapter ensuite selon prescription médicale		

	PÉDIATRIE	**Version :** 2
	Toux	**Validation :** COTEPRO **Date :** 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Une toux semblant isolée est parfois le symptôme d'une pathologie grave (pneumopathie bactérienne, tuberculose, pneumothorax, laryngite grave, corps étranger, asthme débutant, allergie sévère). Mais, dans l'immense majorité des cas, les toux liées à une pathologie grave s'accompagnent de gêne respiratoire nette (dyspnée).
- Penser à la tuberculose devant une toux qui dure depuis plusieurs semaines, surtout avec une altération de l'état général. Se renseigner sur d'éventuels sujets contacts, faire alors un IDR et une radio au moindre doute (mais de toute façon une toux de 3 semaines d'origine bronchique doit avoir une radio de thorax).

CE QU'IL FAUT FAIRE

Chercher des signes de gravité :

- Cyanose, polypnée, apnée, sueurs, difficultés à s'alimenter, à parler, faible réactivité, fatigue, âge <6mois, conditions socio-économiques défavorables.

Garder en observation tout enfant présentant des signes de gravité et référer au médecin voire appel au SAMU

Apprécier l'état général de l'enfant, prendre sa température mesurer FR, FC et SpO2.

Demander depuis combien de temps l'enfant tousse :

- Si cela vient d'arriver de manière brutale c'est peut-être un corps étranger inhalé.
- Si cela dure depuis une semaine, il s'agit peut-être d'une pneumopathie.
- Si cela dure depuis plus de trois semaines - penser à la tuberculose.

Ecouter, regarder l'enfant tousser et respirer :

- Si la toux est rauque avec un cornage (bruit inspiratoire comme un «i» prononcé en inspiration) il s'agit d'un problème haut situé : laryngite ou corps étranger.
- Si l'enfant siffle en respirant et que l'expiration est difficile, il s'agit d'un problème au niveau des petites bronches : asthme ou bronchiolite.
- Si l'enfant fait «du bruit» aux 2 temps respiratoires, il s'agit d'un problème rhino-pharyngé ou bronchique.

Ausculter les poumons :

- Faire tousser et moucher l'enfant avant l'auscultation permet de dégager les bronches et le rhino-pharynx et d'éliminer ainsi des bruits parasites gênant l'auscultation.
- Un «bruit» à l'inspiration dans un seul poumon est en faveur d'une pneumopathie, c'est en général des crépitants.
- Des sibilants (sifflements) expiratoires sont en faveur d'un asthme ou d'une bronchiolite.
- Des «bruits» aux deux temps respiratoires à type de ronflement sont en faveur de bruits transmis depuis le rhino-pharynx encombré ou d'une bronchite.

Compléter l'examen par un examen ORL et une auscultation cardiaque

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Laisser rentrer un enfant sans l'avoir observé respirer et sans l'avoir ausculté
- Prescrire des antibiotiques à l'aveugle devant une toux de l'enfant parce que les parents sont demandeurs et que l'on ne sait pas quoi faire.
- Prescrire un antitussif. Le mécanisme de toux est physiologique. La balance bénéfice/risque des antitussifs n'est pas favorable.
- Laisser rentrer un enfant qui tousse à domicile sans avoir donné des conseils de prévention vis à vis des fumées domestiques (la pollution intra-domiciliaire par les fumées de cigarette et de tortillons anti- moustiques est une des premières causes d'irritation des voies aériennes supérieures de l'enfant en Polynésie), d'hydratation (faire boire++ de l'eau) et de mouchage.

Symptômes et signes	Diagnostic	Traitement
- Le nez coule parfois en - postérieur dans le cavum uniquement - Toux productive devenant parfois irritative, sèche au bout de quelques jours - Gêne respiratoire par encombrement aux deux temps respiratoires - Auscultation normale ou présente des bruits d'encombrement transmis aux deux temps respiratoires - La fièvre peut être élevée.	**Rhino-pharyngite** C'est toujours viral, la répétition de ces infections concoure à l'apprentissage immunitaire de l'enfant	- Lutter contre la fièvre, - Hydratation, - Lavage et mouchage du nez - Lutter contre le tabagisme passif, les tortillons
- Dysphagie (douleur en avalant) - Pharynx et/ou amygdales rouges - Fièvre variable - Encombrement quasi inexistant	**Angine*/pharyngite**	- <u>Avant 4 ans</u> : c'est viral, même traitement que rhino-pharyngite. - <u>Après 4 ans</u> : cela peut être streptococcique et nécessite un traitement antibiotique pour prévenir la survenue d'un RAA : Amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 prises/24h, 6j Se référer à la fiche sur les antibiotiques
- Toux rauque avec gêne respiratoire à l'inspiration - Fièvre variable - Début souvent nocturne	**Laryngite** C'est le plus souvent viral, mais la laryngite à haemophilus peut être gravissime (heureusement exceptionnelle maintenant avec la vaccination).	- Humidifier l'air (aérosol eau). - Corticoïdes par voie générale 2 à 3 j. - Aérosol adrénaline sans conservateur si détresse respiratoire. Cf : « Difficulté respiratoire de l'enfant ».
- Début brutal diurne, alors que l'enfant jouait, traduisant l'inhalation de l'objet. La dyspnée inspiratoire est au premier plan.	**Corps étranger des voies aériennes supérieures**	- <u>En cas de détresse respiratoire</u> : . Pratiquer la manœuvre de Heimlich chez le grand enfant. . Placer le petit enfant sur la cuisse de l'opérateur. . Tête en avant du genou et dos en haut, puis la main de l'opérateur frappe à plat le dos de l'enfant. . **Appeler le SAMU.**

- Si disponibilité des TDR streptocoque (Strept-A-test ou équivalent)

NB TROD angine : Sen : >90%, spé : 95%, VPP : 95%, VPN : 99%

AGE	TROD angine ?	TRAITEMENT
0-3 ans inclus	**NON**	Origine virale Mesures hygiéno diététiques Mesures barrières (idem covid)
4-15 ans	**OUI** pour cibler le traitement pour les angines streptococciques (recommandations OMS pour pays à forte prévalence RAA).	25-40 % des angines bactériennes sont à SGA • Amoxicilline en 1ère intention • Benzathine benzylpénicilline en 2nde intention: 1 injection unique – libération prolongée (0.6 MUI si < 30 kg, 1.2 MUI si > 30 kg) • Si allergie : macrolide ET Mesures hygiéno diététiques Mesures barrières (idem Covid)
15 ans et plus	En fonction du score de Mac Isaac	Si MacIsaac > 2 : faire TROD, si positif → traitement ATB infra

Références
Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant [Internet] - SPILF-SFP-GPIP - novembre 2011. [cité 21 nov. 2019]. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf
Comité national de lutte contre le RAA. Ministère de la santé. ALGERIE, CHU de Setif, 2020
Angine, Pas à Pas en Pédiatrie, Cohen J et Cohen R, 2022
Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease, report by Director General, A71/25, item 12.8, April 2018
Stratégie nationale de lutte contre l'antibiorésistance, MSS, 2022

	PÉDIATRIE	Version : 2
	Difficultés respiratoires	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Prendre en charge un enfant présentant une difficulté respiratoire, nécessite du calme, de la patience et un bon sens de l'observation. Dans la majorité des cas, regarder et écouter (même sans stéthoscope) un enfant respirer permet de poser une hypothèse diagnostique correcte.
- Evaluer le score de Silverman : la détresse respiratoire est importante si le score >3
- La respiration du thorax et de l'abdomen est normalement synchrone. Quand le thorax se gonfle l'abdomen se soulève.
- Les signes apparaissent quasiment toujours dans le même ordre : battement des ailes du nez, puis tirage, geignement expiratoire, entonnoir xiphoïdien, puis balancement thoraco-abdominal (le thorax se soulève et l'abdomen s'abaisse), cela correspond à un épuisement du diaphragme qui est le muscle respiratoire principal. La situation est alors grave.

Critères	0	1	2
Battement des ailes du nez	absent	modéré	intense
Tirage	absent	intercostal	intercostal et sus-sternal
Geignement expiratoire	absent	au stéthoscope	à l'oreille
Entonnoir xiphoïdien	absent	modéré	intense
Balancement thoraco-abdominal	respiration synchrone	thorax immobile	respiration paradoxale

- L'observation et l'écoute doivent permettre de déterminer si la gêne respiratoire est plutôt inspiratoire, plutôt expiratoire ou aux deux temps.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Observer et écouter l'enfant assis sur les genoux d'un parent
- Un enfant dyspnéique est angoissé, ses parents aussi. Aussi, bien examiner l'enfant nécessite un minimum de mise en condition :
- Un seul parent présent (le plus calme) ;
- Enfant en position demi assis ou au mieux assis sur les genoux de l'adulte ;
- Soignant calme assis devant l'enfant, observant et écoutant celui ci.
- En dehors d'une situation d'urgence manifeste, les activités « agressives », viendront après (stéthoscope, thermomètre, saturomètre, masque à oxygène….).

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Situation	Signes cliniques	Diagnostic	Traitement
Cyanose Agitation, épuisement ou autres troubles neurologiques Impossibilité de parler ou s'alimenter	Baisse de la Sa O2 <90% FR haute ou très basse, tachycardie. (Cf : Tableau des valeurs normales de FR et FC - p6)	**Détresse respiratoire**	1.**Référer SAMU** 2. Conditionnement non spécifique d'urgence
- Dyspnée d'apparition brutale pendant le jeu ou ou un repas.	- Gêne et dyspnée inspiratoire majeure aboutissant à une obstruction complète des voies aériennes	- Inhalation de **corps étranger « bloqué »** dans le larynx ou la trachée	**1. Manœuvre de Heimlich** **2. Référer SAMU**
- Dyspnée avec toux rauque et bruyante.	**Gêne et dyspnée inspiratoire ou mixte (inspiratoire et expiratoire)** **Fièvre possible**	- **Laryngite** - Attention ne pas chercher à visualiser la gorge, risque d'apnée dans certains cas. Laisser l'enfant en position assise +++	1. **Humidifier l'air** (aérosol eau) – O^2 si nécessaire **Corticoïdes par voie générale** 2 à 3 j – Bétaméthasone sol buv : 20 gttes/kg première dose puis 10 gttes/kg le matin puis QSP 2 à 3j **Aérosol Adrénaline** 1 à 5 mg sans conservateur (compléter avec sérum physiologique qsp 5ml) si nécessaire.
- Enfant de moins de 2 ans, rhino- pharyngite récente ou en cours.	- Gêne et dyspnée expiratoire - Sifflements à l'expiration - Fièvre possible	**Bronchiolite (virale)** Enfant à garder en observation, au calme demi-assis. Fractionner les repas et aider à l'alimentation. - Bien hydrater l'enfant.	Laver, moucher le nez. Si enfant de plus de 6 mois, sifflements et récidive d'épisodes de bronchiolites, tester l'efficacité d'un aérosol de salbutamol **Corticoïdes par voie générale** **pas d'indication si absence de complication et 2 premiers épisodes de bronchiolite**
- Enfant de plus de 2 ans, ayant des antécédents de dyspnée sifflante et/ou d'épisodes de toux notamment la nuit ou à l'effort. - Enfant de moins de 2ans ayant déjà 3 antécédents de dyspnée sifflante.	- Gêne et dyspnée expiratoire - Sifflements à l'expiration	- **Asthme aigu** **- Asthme aigu grave :** enfant en détresse respiratoire. Les sifflements deviennent faibles ou inaudibles. **Référer SAMU** - **Conditionnement non spécifique d'urgence**	1. **Aérosol salbutamol**, une dose selon l'âge - A renouveler toutes les 20 mn en continu sur 1h si non-amélioration au premier aérosol. 2. **Corticoïdes par voie générale :** 1 à 2mg/kg/j Prednisone ou Betamethésone 10 à 20 gttes/kg en cas de non- amélioration au premier aérosol. 3. **Si amélioration** en une heure, retour à domicile avec **Salbutamol en spray** à la chambre d'inhalation à la demande selon dyspnée qsp 5j. (Nb bouffées maxsuccessives = poids/2 sans dépasser 10 bouffées d'affilées (ex : Enfant de 13kg = 6 bouffées max d'affilées). 4. **Corticoïdes par voie générale** 2 à 5 j si les symptômes réapparaissent en moins de 3h. 5. **Si non-amélioration en 1h** **Référer SAMU**

RECOMMANDATIONS THERAPEUTIQUES

Corticothérapie générale pour une laryngite ou un asthme de l'enfant :

- **BETAMETHASONE 0.05% SOL BUV EN GOUTTES** 10 à 20 gttes par kg/j ;
- **CORTANCYL** 1 à 2 mg/kg/j
- Les corticoïdes sont prescrits en une dose par 24h, plutôt le matin en raison des effets excitants souvent rencontrés ;
- L'utilisation de corticoïdes sur des périodes brèves de 1 à 5j ne nécessite pas de décroissance progressive des doses.

Aérosols :

- Placer la dose de médicament complétée par du sérum physiologique pour faire un total de 4 à 5 ml, dans un dispositif de nébulisation avec un débit de 6l/mn d'oxygène ou d'air
- **. ADRENALINE :** 1mg/ml sans conservateur +/- complété de 4 ml de sérum physiologique qsp 5ml à renouveler si nécessaire
- **. VENTOLINE :**

  Enfant <16 kg : Salbutamol unidose 2,5mg/2.5 ml et +/- compléter avec 2,5ml de sérum physiologique

  Enfant >16 kg : Salbutamol unidose 5mg/2.5 ml et +/- compléter avec 2,5ml de sérum physiologique

  Dans l'asthme aigüe grave chez l'enfant de plus de 2 ans, il est possible de rajouter de l'Ipratropium 0,25mg à la 1ère nébulisation puis à la 3ème de salbutamol – max 3x/j.

* Tout enfant présentant des symptômes d'asthme une à plusieurs fois par semaine ou plus de deux fois par mois la nuit doit bénéficier d'un traitement préventif au long cours

* Demander éventuellement un avis au pédiatre ou au pneumologue.

	PÉDIATRIE	Version : 2
	Douleur abdominale	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Les causes de douleurs abdominales chez l'enfant sont nombreuses, presque toutes les pathologies digestives et extra digestives peuvent se manifester par ce symptôme.
- L'âge de l'enfant peut orienter vers un diagnostic car certaines pathologies se rencontrent plus volontiers sur certaines tranches d'âge.
- Une des premières choses à faire devant un ventre douloureux est de calmer la douleur, le temps que le traitement agisse vous aurez le temps de récolter les symptômes.
- La douleur abdominale chez le malade polynésien est souvent perçue comme très angoissante car le ventre a une importance culturelle bien particulière. Aussi, l'analyse de la douleur est parfois difficile.

RECOMMANDATIONS

- Le recueil des antécédents médico-chirurgicaux et l'examen systématique des autres systèmes sont indispensables : douleur abdominale et pneumopathie par exemple, prématurité et entérocolite ulcéro nécrosante…
- Chez la fille, même prépubère, l'anamnèse gynécologique ne doit pas être négligée.
- Le toucher rectal n'est habituellement pas nécessaire ni recommandé chez l'enfant.

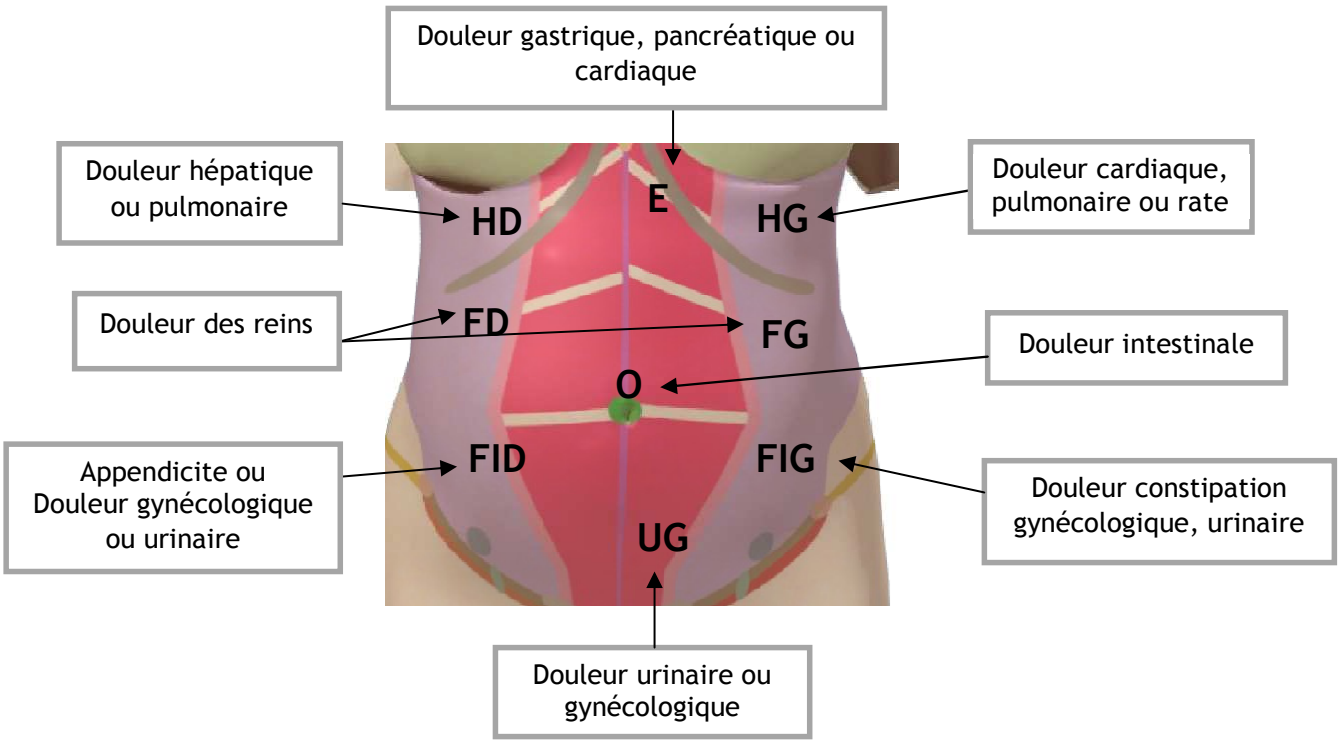
CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Conclure trop vite à une constipation.
- Conclure trop vite à une somatisation.
- Ne pas examiner complètement l'enfant notamment les orifices herniaires et les organes génitaux externes chez le garçon et la fille en âge d'être pubère.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Préciser la chronologie de la douleur. Un début aigu orientera vers avec un phénomène accidentel (traumatisme, invagination…), un début progressif vers un processus infectieux.
- Déterminer s'il s'agit d'une douleur continue ou d'une douleur intermittente (en colique). Une douleur en colique est liée à l'activité péristaltique et traduit une activité augmentée ou la lutte contre un obstacle.
- Après avoir calmé le malade, demandez-lui de plier les genoux pour décontracter les abdominaux, et de respirer doucement.
- Réchauffez vos mains, et commencez à palper doucement en débutant toujours par un secteur non douloureux, puis secteur par secteur.

- Examiner le ventre avec méthode : il peut être divisé en 9 secteurs, chaque secteur correspondant à la localisation douloureuse d'un ou plusieurs organes particuliers :



Légendes	
HD Hypochondre droit **HG** Hypochondre gauche **E** Epigastre **O** Ombilic **UG** Urino-gynécologie	**FD** Flanc droit **FG** Flanc gauche **FID** Fosse iliaque droit **FIG** Fosse iliaque gauche

SAVOIR REPERER LES SIGNES EVOCATEURS DE SITUATION GRAVE :

- Fièvre : signe évoquant une péritonite, une infection rénale grave.
- Signes de choc : tachycardie, pouls filant, pâleur, marbrures, TA basse…
- Troubles de la conscience : atonie psychomotrice ou calme apparent de l'enfant très douloureux
- Défense ou une contracture : il s'agit d'une contraction réflexe des muscles abdominaux soit quand on palpe le ventre (défense), soit en permanence sans même palper (contracture).
- Un « arrêt des gaz et des matières » : signant l'occlusion intestinale, pas de selles depuis 48h, pas de gaz, à l'auscultation du ventre avec un stéthoscope pendant au moins deux minutes sans bruits perçus.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DES DOULEURS ABDOMINALES EN FONCTION DE L'AGE

À tout âge

Symptômes associés aux douleurs abdominales	Diagnostic	Prise en charge
Diarrhées, vomissements, fièvre	**Gastro entérite aigue**	Virale la plupart du temps. Cf protocole diarrhées. Prévenir le risque de déshydratation. En cas de selle glairosanglante, de signes de déshydratation ou de diarrhées > 2 semaines, avis médical
Absence de selle ou selles dures, volumineuses et d'émission douloureuse. Absence de fièvre, de vomissement. L'allaitement maternel est l'équivalent d'un régime sans résidu. Les selles peuvent être rares (1/5 à 7 jours quelquefois), l'enfant n'est pas douloureux et ne vomit pas. Aucun traitement n'est nécessaire. Eliminer des fissures anales douloureuses lors de la défécation qui aggravent la constipation	**constipation**	Rééquilibrer le régime alimentaire (fibres) Faire boire beaucoup d'eau (pas de soda) Remettre en place une routine : l'enfant doit se présenter de façon quotidienne aux toilettes, après un repas, dans de bonnes conditions (réducteur de lunette, pieds en appui…) et en prenant son temps Laxatif type NORMACOL enfant ou MICROLAX en cas de crise douloureuse, sinon préférer aux suppositoires de glycérine un macrogol per os type FORLAX 4g 1 à 4 sachets par jour pendant 3 mois.
Brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie, urines malodorantes, fièvre, BU + (leucocytes, nitrites, sang) Douleurs lombaires	**Infection urinaire**	Si fièvre : pyélonéphrite allo médecin En l'absence de fièvre, cystite traitement probabiliste par AUGMENTIN dose poids x 3 par jour (en attendant ECBU si réalisable) et à réévaluer au bout de 2 à 3 jours
Douleur intense d'un flanc lombaire irradiant la fosse iliaque Pas de fièvre BU normale ou sang	**Lithiase urinaire** **Syndrome de jonction pyélocalicielle**	**Antalgiques** niveau II à III Apports hydriques Anti-inflammatoire non stéroïdien si besoin Surveiller l'apparition de fièvre signant une pyélonéphrite sur obstacle
Anamnèse évocatrice. Douleur et/ou défense localisée orientera sur l'organe traumatisé. BU à la recherche d'hématurie	**Traumatisme**	Avis spécialisé
Douleur abdominale en fosse iliaque droite ou périombilicale fébrile sans contracture, souvent associée à un épisode infectieux ORL (rhinopharyngite aigue, angine)	**Adénolymphie mésentérique**	Traitement symptomatique et antalgique. Surveillance évolutive à H24 pour écarter une appendicite aigue

Nourrissons

Symptômes associés aux douleurs abdominales	Diagnostic	Prise en charge
Souvent entre 1 et 4 mois Pleurs, émissions de gaz soulageant les pleurs Etat général conservé Absence de modification des selles Absence d'infléchissement staturopondéral	**Coliques du nourrisson**	Rassurer Massages abdominaux Portage Eviter la suralimentation qui aggrave les douleurs Prévenir le risque de syndrome du bébé secoué si les pleurs sont fréquents et prolongés
Entre 2 mois et 3 ans Douleurs abdominales spasmodiques Vomissements bilieux Malaises, troubles de conscience ou du tonus Rectorragies Masse abdominale	**Invagination intestinale aigue** **Volvulus**	**Allo médecin, prise en charge médico chirurgicale urgente.** Laisser à jeun
Pleurs, Vomissements Masse inguinale non réductible plus souvent à droite Plus fréquent chez l'enfant de petit poids de naissance et né prématurément	**Hernie inguinale engouée ou étranglée**	Essayer de réintroduire l'anse digestive extériorisée en massant doucement dans le sens antéropostérieur et du bas vers le haut, après antalgie (paracetamol, tétée de solution sucrée type G30 %), **prise en charge chirurgicale urgente si réduction impossible**

2 à 11 ans

Symptômes associés aux douleurs abdominales	Diagnostic	Prise en charge
Age >4ans, fièvre modérée douleurs en fosse iliaque droite (quelquefois hypogastriques) avec défense. Psoïtis. Petit fébricule. Langue saburrhale.	**Appendicite**	**Allo médecin,** traitement chirurgical. Laisser à jeun
Fièvre, asthénie, toux, polypnée, crépitants, désaturation, douleurs hypocondres.	**Pneumopathie**	Antibiothérapie cf protocole toux
Douleurs abdominales sans défense, absence de fièvre, purpura déclive, arthralgies-arthrites déclives. Episode de rhinopharyngite dans les 3 semaines précédent l'épisode.	**Purpura rhumatoïde**	Avis médical Mesurer TA (HTA ?) Faire BU (protéinurie, hématurie ?) Traitement antalgique symptomatique palier 1 à 2 Risque de complications rénales, digestives, d'orchite.
Crampes abdominales sans fièvre, ni diarrhée ni vomissement. Ballonnement, gaz.	**Douleurs fonctionnelles**	Vérifier l'absence de signe de gravité, traiter par antispasmodiques et/ou antalgiques. En cas de diarrhée avec déshydratation, les SRO peuvent être utilisés chez l'adulte. Ne pas hésiter à donner des antiparasitaires : dans ce cas, prélever une parasitologie des selles ET traiter sans attendre : > **flubendazole** : 1 cp ou 1 cuillère à café en 1 seule prise à renouveler 15 jours après (oxyurose), pour les autres parasites : 1 cp ou 1 cuillère à café matin et soir pendant 3 jours > albendazole (pédiatrique) : 7.5 mg/kg matin et soir par jour sans dépasser 800 mg/j

11 ans à 18 ans

Symptômes associés aux douleurs abdominales	Diagnostic	Prise en charge
Douleurs abdominales +/- fébriles récurrentes Diarrhées glairosanglantes Asthénie, perte de poids	**Maladie inflammatoire du tube digestif**	Avis spécialisé
Garçon, douleurs intenses, nausées, prostration, ascension testiculaire, abolition du réflexe crémastérien	**Torsion testiculaire**	**Urgence chirurgicale Avis SAMU**
Test de grossesse négatif Douleurs pelviennes, absence de défense	**Dysménorrhées, douleurs menstruelles**	Antalgiques palier 1 à 2 Calendrier menstruel à tenir Surveiller le risque d'anémie si saignement prolongé Avis medical
Douleurs pelviennes ou fosses iliaques, défense Retard de règle Test de grossesse positif, Métrorragies	**GEU**	**Urgence gynécologique** **Appel SAMU**
Douleurs intenses pelviennes et/ou Fosses illiaques défense, ou contracture nausées	**Torsion d'ovaire, torsion d'annexes**	**Urgence chirurgicale, avis SAMU**
Douleurs pelviennes Masse pelvienne Début de puberté Absence d'orifice vulvaire	**Hematocolpos**	**Avis SAMU, prise en charge chirurgicale**

	PÉDIATRIE	Version : 2
	Fièvre	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La fièvre est définie par une température rectale supérieure ou égale à 38°C. La température peut être mesurée en axillaire, la mesure doit être majorée de 0.5°C.
- La mesure auriculaire avec un thermomètre auriculaire n'est pas validée pour les enfants de moins de 2 ans.
- La fièvre n'est pas dangereuse en elle-même en dessous de 40,5°C, c'est la maladie sous jacente qui peut être dangereuse.
- Les convulsions fébriles simples sont définies par :
- --> âge de survenue entre 6 mois et 5 ans
- --> épisode bref (moins de 15 minutes)
- --> bilatérale et symétrique
- --> tonico-clonique
- --> sans déficit neurologique transitoire ou permanent
- Elles n'ont pas de retentissement sur le développement de l'enfant. Elles peuvent se répéter dans le temps. Si leur durée excède 5 minutes un traitement par VALIUM intra rectal 0,5 mg/kg peut être administré. Un avis médical sera nécessaire. Sont qualifiées de convulsions atypiques (ou complexes) si elles sont focales, prolongées, ou récidivent plus d'une fois en 24 heures. Elles nécessiteront alors un avis médical.
- Toute fièvre chez le nourrisson de moins de 4 mois nécessite un avis médical car il peut s'agir d'une infection néonatale tardive à streptocoque B, Escherichia coli, listeria.
- Avant 1 mois, un bilan et une surveillance en milieu spécialisé sont toujours nécessaires.
- Toute fièvre durant depuis plus de 5 jours n'est pas banale et nécessite un avis médical.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Prescrire des antibiotiques sans raison devant une fièvre. Les antibiotiques ne sont pas des antipyrétiques, ils n'agissent que sur les infections supposées bactériennes et non virales.
- Proposer un bain pour refroidir l'enfant. Risque de convulsion lié à la baisse rapide de la température

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE IMMEDIAT

- Hydrater, déshabiller, linges humides dans le cou, sous la couche, pièce ventilée, ou ventilateur.
- Traiter avec du **PARACETAMOL**, antipyrétique de première intention recommandée en Polynésie française en cas de fièvre mal supportée.
    - Dose quotidienne recommandée est de 60 mg/kg/j, à répartir en 4 ou 6 prises (soit environ 15mg/kg toutes les 6 heures ou 10 mg/kg/j toutes les 4 heures).
    - Posologie maximale est de 80 mg/kg/j chez l'enfant de moins de 37 kg, et 3g/j pour l'enfant de plus de 37 kg.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SIGNES MAJEURS

Signes majeurs	Symptômes et facteurs de risque	Diagnostic et prise en charge
Fièvre chez un enfant de moins de 4 mois	**Age < 1 mois** : bilan sanguin, urinaire et ponction lombaire Age 1 à 4 mois : BU+/- ECBU	Avis médical
Fièvre avec : **altération** de la **conscience**, **malade prostré**, enfant **geignard** ou **peu réactif**	Raideur de nuque, signe de Kernig (les genoux se plient quand on tente de fléchir la tête), céphalées, crainte de la lumière, vomissements. Fontanelle bombante chez le nourrisson	- Infection neuro-méningée **Référer SAMU**
Fièvre mal supportée	Un ou plusieurs des symptômes : • Polypnée, cyanose, tirage, marbrures, • froideur des extrémités, • Purpura • Pouls rapide difficile à prendre, • TA basse, • Troubles de conscience, • Purupra • Purpura • Douleur abdominale, • Ictère	**Sepsis / Choc infectieux** **Infection pulmonaire sévère** **Infection abdominale chirurgicale** **Référer SAMU**
Fièvre avec purpura ou saignement	Saignement extériorisé : nasal, buccal, digestif, intestinal, urinaire, pulmonaire…. Saignement sous cutané : pétéchies, ecchymoses.	**Infection neuro-méningée** **Dengue, leptospirose** **Référer SAMU**
Fièvre bien supportée avec **présence d'un symptôme d'appel** permettant une orientation diagnostique	Rhinorrhée, otalgie, otorrhée, toux, expectoration, douleur thoracique, dyspnée modérée. Plaie, hématome ou autre lésion cutanée infectée, abcès, dermo-hypodermite. Trouble mictionnel, douleur lombaire Diarrhée, vomissements	**Infection des voies aériennes supérieures ou inférieures** **Infection cutanée ou sous cutané** **Infection urinaire** **Infection gastro-intestinale** Cf: Protocoles correspondants
Fièvre ou syndrome grippal bien supporté **sans symptôme d'appel** permettant une orientation diagnostique		**Référer Arbre décisionnel**

RECOMMANDATIONS

- Vérifier l'absence de signe de gravité évoquant un état de choc ou un état infectieux sévère, une infection neuro-méningée ;
- Surveiller l'évolution : si pas d'amélioration dans les 48h, il faut vérifier le traitement (indication, posologie, observance) et si celui est adapté, il faut revoir son diagnostic, et en référer au médecin.

MÉDECINE ADULTE

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Agitation	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- L'état d'agitation est un trouble du comportement d'origine psychiatrique, toxique, traumatique ou somatique. L'agitation, qu'elle soit agressive ou non est parfois-le résultat d'une angoisse importante.
- Le passage à l'acte violent est néanmoins toujours possible, aussi la base de la prise en charge reste la prudence et la protection du personnel et de la communauté. Il est nécéssaire de prendre en charge le patient dans un espace calme.
- En cas de trouble à l'ordre public et de dangerosité, le maire de la commune doit mettre en œuvre toutes les mesures provisoires nécessaires à la sécurité des biens et des personnes. Il établi ensuite si nécessaires un arrêté d'admission en soins psychiatriques basé sur le certificat médical établi à distance par le médecin référent. Si besoin, la sécurisation du patient et de l'accompagnement paramédical est assurée par la police municipale jusqu'au service de psychiatrie.
- la prise en charge d'une personne en état d'agitation dans une île est une situation particulièrement complexe. Aussi, les clés de la réussite sont la prévention (cette situation ne doit pas arriver) et l'anticipation (une réponse type à ce genre de situation doit être organisée et simulée à l'avance avec les autorités de l'île).

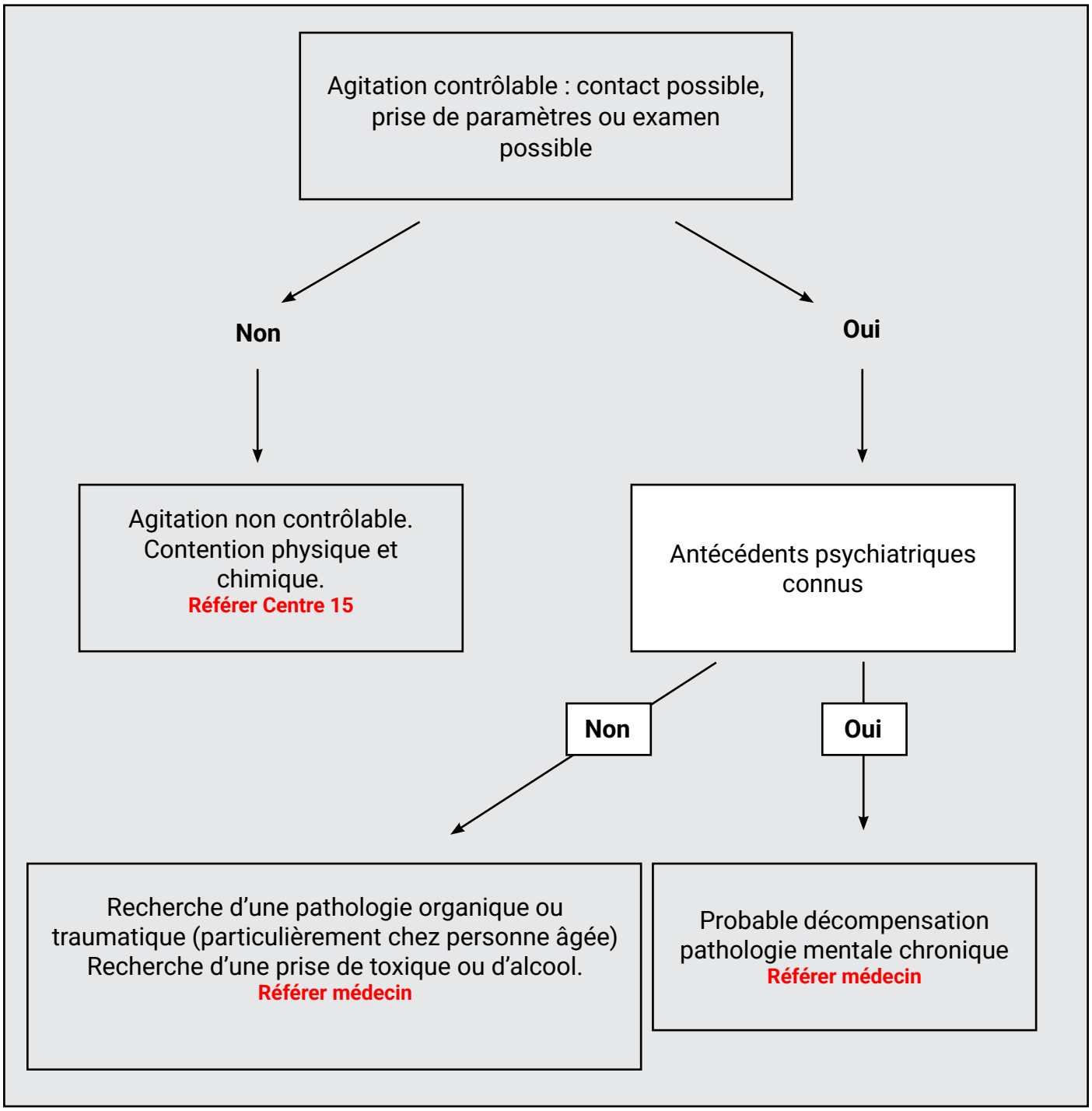
CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Essayer seul et sans préparation de maitriser physiquement un patient agité.
- Négliger la recherche d'une cause somatique, traumatique ou toxique.
- Limiter les visites à domicile au geste technique (injection IM neuroleptique retard).
- Attendre qu'une situation de crise apparaisse sur l'île, sans avoir essayé de la prévenir et sans avoir anticipé la réponse.
- Négliger de mettre à jour le stock de médicaments de l'agitation permettant de traiter un patient suffisamment longtemps jusqu'à son transfert à Tahiti.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Assurer un suivi rigoureux des patients mentaux avec détection précoce de la décompensation par des visites à domicile régulière (au moins une fois par mois et à la demande de la famille, penser à questionner l'entourage sur le comportement du patient). Effectuer des actions de prévention du trouble d'usage de substance (alcool, tabac, cannabis, métamphétamines) notamment auprès des jeunes.
- Rassurer le patient, l'entourage et soi-même. Respecter le patient, lui parler calmement et correctement, c'est encore plus important que pour tout autre malade. Ne pas répondre aux « provocations » du patient.
- L'interrogatoire et la prise de paramètres sont obligatoires permettant d'éliminer les causes classiques d'agitation non psychiatrique : alcoolisation aigue, intoxication aigue, hypoglycémie, traumatisme crânien, infection du système nerveux central… L'examen clinique est recommandé dès que possible.
- **En cas de besoin de contention physique** : identifier cinq aides en plus du soignant. Le patient est saisi par quatre personnes (un par membre). Une cinquième personne saisit la tête dès que possible et la maintient sur le côté. Le patient est ensuite allongé sur le dos chaque membre maintenu par une personne. Des sangles spécialisées sont disponibles à la Pharmappro pour les contentions sur un lit ou brancard. Tête du lit est surélevée pour éviter les inhalations. Placer le patient dans une pièce prévue à cet effet, calme, protégé. Surveillance active indispensable

ARBRE DECISONNEL



TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LA SITUATION TYPE

Situation	Traitement non médicamenteux	Traitement médicamenteux	Remarques
Agitation non contrôlable	Contention physique	**LOXAPINE (LOXAPAC®) 50 mg** **1 à 2 amp IM Ou** **DIAZEPAM 10 à 20 mg IM**	LOXAPINE si origine psychiatrique suspectée DIAZEPAM si autre origine
Agitation contrôlable sur probable décompensation mentale chronique	Qualité de l'approche relationnelle et rassurante pour le patient	**LOXAPINE (LOXAPAC®) (25 à 100 mg PO** Reprise du traitement habituel si rupture de traitement	Si patient non coopérant : LOXAPINE IM comme ci-dessus
Agitation contrôlable sans étiologie psychiatrique connue	Qualité de l'approche relationnelle et rassurante pour le patient	**DIAZEPAM (VALIUM ®)10mg jusqu'à 3 cp par jour** **Si patient avec IHC : OXAZEPAM (SERESTA ®) 10mg x 2 et jusqu'à 150mg max** **Si femme enceinte : OXAZEPAM 10mg (maximum 3 x/jour)**	Si patient non coopérant : DIAZEPAM IM comme ci-dessus Toujours rechercher la dose minimale efficace Source CRAT : à 30mg jour, 1% de la dose maternelle est reçu par l'enfant. A ce jour, il n'a pas été rapporté d'effet particulier chez des enfants allaités par des mères sous oxazépam. Au vu de ces éléments, l'utilisation de l'oxazépam est possible chez une femme qui allaite, si possible dans la limite de 10 mg trois fois par jour.

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Brûlure de méduse	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Il existe des dizaines de sortes de méduse allant de la méduse inoffensive à celle potentiellement mortelle en quelques minutes. En Polynésie, les méduses rencontrées sont le plus souvent responsables de réactions modérées.
Les méduses possèdent des filaments recouverts de cellules urticantes (nématocystes) qui déchargent un venin dans la victime à l'aide d'un aiguillon lorsqu'elles sont touchées.

La symptomatologie des piqûres de méduse est presque exclusivement locale et cutanée :

- Une piqûre légère est immédiatement suivie d'une douleur vive, décrite comme une sensation de décharge électrique ou de brûlure. Cette douleur augmente pendant 30 à 40 minutes avec apparition de paresthésies.
- Dix minutes après la piqûre apparaît un érythème léger qui s'aggrave pendant les 4 heures suivantes avec développement d'une éruption rouge-marron ou violacée typiquement en forme de coup de fouet. Cet érythème permet d'évaluer la surface cutanée concernée.
- Les réactions générales de type vagales ainsi que les réactions allergiques sont peu fréquentes.
- Les envenimations sévères (rares en Polynésie) s'accompagnent d'une réaction cutanée typique ainsi que d'une cohorte de symptômes généraux qui apparaissent en 2 à 4 heures : céphalées, léthargie, vertige, ataxie, syncope, convulsions, coma, vomissements, dysphagie, spasmes musculaires, paralysies, choc anaphylactique, hémolyse, hématurie, insuffisance rénale, troubles du rythme, conjonctivite, ulcère de cornée, bronchospasme, insuffisance respiratoire et décès.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Inciser la lésion, chercher à la faire saigner et la sucer pour aspirer le venin
- Laisser le patient se gratter (ceci aggraverait la symptomatologie en permettant l'éclatement de la totalité des nématocystes encore présents sur la peau).

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Retirer les filaments visibles avec une pince ou à la main doublement gantée, puis appliquer de la mousse à raser. Racler délicatement la mousse contenant les nématocystes ainsi piégés à l'aide d'une abaisse langue.
- Rincer abondamment la piqûre à l'eau de mer ou au sérum physiologique. La toxine étant thermolabile, l'eau peut être chaude sans brûler. Le rinçage dure jusqu'à disparition des symptômes (environ 30 minutes). L'eau douce fait eclater les nématocytes.
- Après décontamination, la plaie sera séchée puis enduite d'anesthésiques locaux ou de corticoïdes de classe moyenne ou faible (Locapred) dont les effets bénéfiques ont été démontrés principalement devant la persistance des lésions après 24 heures.
- Vérifier et éventuellement remettre à jour la vaccination antitétanique (c.f. Protocole).
- Les lésions ulcérées seront nettoyées quotidiennement et recouvertes d'une fine couche de lotion antiseptique non allergisante (chlorhexidine aqueuse 0.2%).

- Les traitements antalgiques de palier I à II, rarement III sont indiqués (échelle thérapeutique de la douleur selon l'OMS).
- Toujours anticiper une réaction anaphylactique et donc être préparé à y répondre par les antihistaminiques et les corticoïdes par voie veineuse.
- A compléter en cas de choc par remplissage veineux avec du chlorure de sodium ou macromolécules ; oxygène et Adrénaline IM ou SC (0,25mg chez l'enfant et 0,5mg chez l'adulte, à répéter si besoin tous les 15mn.

LA CIGUATÉRA
GUIDE POUR LES PRATICIENS

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Il n'existe à ce jour aucun vaccin ni traitement spécifique de la ciguatéra. Une prise en charge symptomatique des personnes intoxiquées est donc préconisée. Les traitements mentionnés ci-après sont proposés à titre informatif en l'absence d'études cliniques ayant formellement prouvé leur efficacité.

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Antidiarrhéiques antisécréteurs, antiémétiques, antispasmodiques.

TROUBLES CARDIOVASCULAIRES

Atropine (IV ou IM), analeptiques cardiaques en cas de bradycardie rebelle et réhydratation en cas d'hypotension sévère.

TROUBLES NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES

Douleur : antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Prurit : antihistaminiques H1.

Neuropathies périphériques et asthénie :

- **En phase aigüe.**
- Mannitol : dans les formes avec atteintes neurologiques, perfusion de 0,5 à 1 g/kg de poids corporel sur une durée de 30 à 45 minutes dans un délai de 72 h maximum après l'intoxication pour une efficacité maximale. ***Précautions : s'assurer que le patient soit correctement réhydraté.***
- **En cure :** complexe multivitaminique à base de vitamines B (B1, B6, B12) et C.

Formes chroniques : amitriptyline, fluoxétine, gabapentine, cholestyramine.

Appliquer les conseils hygiéno-diététiques pendant un mois ou tant que les troubles persistent.

FEMMES ALLAITANTES

En raison du risque de transmission des ciguatoxines au nourrisson par le lait maternel, il est recommandé de suspendre l'allaitement pendant plusieurs semaines.

MÉDECINE TRADITIONNELLE ET CIGUATÉRA

Dans le Pacifique, un remède à base de feuilles de Faux tabac (*Heliotropium foertherianum*) ou « Tahinu/Tohonu » est utilisé par les populations locales pour traiter la ciguatéra. 5 à 10 feuilles jaunies sont prélevées sur l'arbre, rincées à l'eau, puis plongées dans 1L d'eau portée à ébullition jusqu'à réduction de moitié. La préparation ainsi obtenue est administrée chaude ou froide, en une ou plusieurs prises. Pour être efficace, la boisson doit être prise dès les 1ers signes de l'intoxication et jamais plus de 3 jours de suite, selon les principes de la médecine traditionnelle polynésienne.

Attention : la préparation ne supporte pas la conservation. Les teneurs en principe actif des pieds de faux-tabac peuvent varier d'une île à l'autre.

HYPERSENSIBILITÉ

Après l'intoxication, la consommation de certains aliments/boissons, ainsi que certaines situations (voir ci-contre), peuvent contribuer à raviver des troubles de type démangeaisons, perturbations neurosensitives, douleur/faiblesse musculaire, fatigue intense, céphalées, troubles du sommeil, malaise général, etc.

L'intensité et la nature des troubles, ainsi que les facteurs responsables de leur aggravation et/ou réapparition, peuvent varier d'un individu à l'autre.

Cet état « d'hypersensibilité réactionnelle » peut perdurer plusieurs semaines, mois, voire années, selon les individus, et s'avérer très invalidant.

L'adoption d'un régime d'exclusion et l'évitement de certains comportements/situations sont essentiels et doivent être suivis au moins durant le premier mois qui suit l'intoxication ou aussi longtemps que le patient est sujet à ces réactions indésirables.

La tenue d'un journal l'aidera à identifier les aliments, boissons et situations qu'il doit éviter. Cet exercice lui permettra également de suivre l'évolution de son hypersensibilité au cours du temps.

Les éléments qui figurent dans cette liste sont susceptibles de raviver certaines manifestations de l'intoxication. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière et être évités en cas de réaction.

Cet état d'hypersensibilité s'estompera avec le temps.

ALIMENTS ET COMPORTEMENTS À ÉVITER APRÈS UNE INTOXICATION

PRODUITS MARINS ET D'EAU DOUCE

- Poissons lagonaires, pélagiques, d'eau douce, crustacés, algues…
- Compléments alimentaires à base de produit marin (oméga-3 à base d'huile de poisson, spiruline…)
- Sauces et arômes à base de produit marin (sauce huitre, chips de crevettes…)

PROTÉINES ANIMALES ET VÉGÉTALES

- Viandes de bœuf, porc, poulet, œuf, soja, *etc.*
- Protéines animales et/ou végétales en poudre et produits dérivés, également susceptibles d'être mal tolérés.

BOISSONS

- Alcool
- Café et boissons à base de caféine. Thé.
- Boissons dites « énergisantes ».

AUTRES

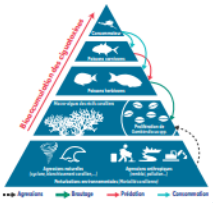
- Fruits à coques (noix, cacahuètes…),
- Épices, aliments riches en matières grasses,
- Produits laitiers, chocolat, produits riches en histamine ou histamino-libérateurs, acide glutamique.

COMPORTEMENTS ET SITUATIONS

Pratique d'une activité physique intense / effort physique, variations de température, exposition au soleil, contact avec de l'eau/objets froids, variations d'altitude et de pression, stress.

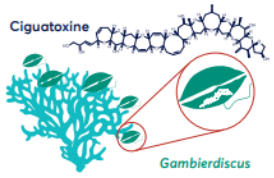
LA CIGUATÉRA

La ciguatéra est une intoxication alimentaire non infectieuse, liée à la consommation de poissons et de certains invertébrés marins (bénitiers, oursins, trocas,) issus de milieux lagonaires/récifaux, rendus impropres à la consommation par la présence de toxines. Bien que les premiers récits détaillés de l'intoxication remontent au XVIe siècle (XVIe siècle en Polynésie française), l'origine véritable de la ciguatéra n'est connue que depuis le milieu des années 1970 et met en cause, une micro-algue, *Gambierdiscus* (dinoflagellé), se développant préférentiellement au sein de « gazons » algaux recouvrant le corail dégradé. L'apparition de zones de dégradations/mortalités coralliennes (dues à des agressions d'origine humaine et/ou naturelle) doit susciter la vigilance puisqu'elle constitue un point de départ potentiel de la ciguatéra. Les zones toxiques peuvent être circonscrites à des surfaces très localisées, ou au contraire être très diffuses, et évoluer dans le temps/l'espace rendant le suivi du phénomène très complexe.



LES TOXINES

- *Gambierdiscus* est capable de produire plusieurs familles de neurotoxines dont les ciguatoxines (CTXs) responsables de l'intoxication chez l'Homme.
- Les CTXs sont des molécules polyéthers polycycliques, incolores et inodores, résistantes à la la cuisson, la congélation, le fumage, *etc.*
- Les CTXs ont pour principale cible les canaux sodiques voltage dépendants.
- De nature liposoluble, les CTXs sont retrouvées en concentration plus importante dans la tête et les viscères des poissons.
- À ce jour, plus d'une quarantaine de CTXs différentes ont été identifiées.
- Le panel des CTXs présentes dans les poissons contaminés peut varier significativement d'une espèce à l'autre ; une même espèce pouvant héberger plusieurs CTXs différentes.
- Les CTXs sont bioaccumulées et biotransformées le long de la chaîne alimentaire.
- Le processus de biotransformation des CTXs augmente leur pouvoir toxique.



GÉOGRAPHIE DE L'INTOXICATION

À l'échelle du globe, les zones d'endémie de la ciguatéra sont les régions tropicales et intertropicales avec une prédominance pour les zones lagonaires et récifales. Il est toutefois possible d'observer la présence de zones ciguatériques dans des eaux côtières dépourvues de récifs coralliens.

L'Océan Pacifique (Iles Cook, Polynésie française, Iles Marshall, *etc.*) représente de loin le réservoir de prédilection de l'intoxication. Le nombre de cas d'intoxication officiellement rapporté dans le monde, avoisine les 50 000 à 100 000 cas chaque année, mais ce chiffre ne représenterait que 10 % des cas réels du fait du fort taux de sous-déclaration de la maladie. Depuis une dizaine d'années, on assiste à l'émergence de nouvelles zones ciguatériques sous l'influence, notamment, des effets du changement climatique qui favoriseraient la dissémination et la prolifération des micro-algues toxino-productrices vers des régions jusqu'alors épargnées.

En Polynésie française, la ciguatéra affecte tous les groupes d'îles sans distinction. À l'échelle d'une île, les zones telles que les passes et les récifs externes, plus susceptibles d'être exposés à des perturbations naturelles ou anthropiques, de même que celles présentant une activité humaine intense (construction, exploitation en carrière, dragage, etc.), présentent un risque accru de développement de la ciguatéra

IDENTIFIER UNE ESPÈCE À RISQUE

Tout poisson ayant été exposé aux efflorescences de la micro-algue toxique, ***Gambierdiscus***, ou ayant ingéré d'autres poissons, eux-mêmes contaminés par les ciguatoxines, doit être considéré comme un vecteur potentiel de la ciguatéra.

La **présence de ciguatoxines n'altère en rien l'apparence, l'odeur ou le goût du poisson.**

Les tests de détection «maison» (fourmis, mouches, le test de l'aiguille d'argent, *etc.*) ne permettent pas de distinguer de façon fiable un poisson toxique d'un poisson sain.

Faire confiance aux riverains et pêcheurs expérimentés qui ont généralement une bonne connaissance des espèces à risque et zones de pêche à éviter.

Les espèces toxiques varient d'un pays, d'un archipel, voire d'une île à l'autre, mais certaines familles sont plus à risque que d'autres :

Perches & Lutjans

Barracuda

Loches & Mérous

Poissons chirurgiens

Murènes

Poissons perroquets

Napoléons

Bénitiers

Becs de cane

Oursins

Carangues

Trocas

DIAGNOSTIQUER L'INTOXICATION

Il n'existe pour l'heure aucun test biologique permettant de confirmer le diagnostic de ciguatéra. *Ce dernier repose uniquement sur l'anamnèse du patient, par croisement des données relatives au produit marin ingéré, la nature et l'évolution des symptômes.*

ÉLÉMENTS CLINIQUES EN FAVEUR D'UNE CIGUATÉRA

- Survenue des premiers **symptômes entre 2 h et 48 h** après l'ingestion de poissons/invertébrés marins lagonaires. Les troubles gastro-intestinaux sont les premiers à se manifester et ne persistent en général pas plus de 72h.
- Dans les formes plus sévères : survenue concomitante de troubles cardiovasculaires (bradycardie, hypotension) d'une durée moyenne < 72 h.
- Troubles neurologiques: démangeaisons sans signe cutané, troubles neurosensitifs au contact du froid, fatigue extrême, malaise général, troubles musculaires, hypothermie transitoire, *etc.*
- Développement d'une hypersensibilité (à certains aliments, boissons et situations) responsable de la réactivation/intensification transitoire de manifestations essentiellement neurologiques. Durée : quelques semaines, mois, voire années.
- Diagnostic d'autant plus conforté si les manifestations surviennent dans le cadre d'une TIAC et/ou si le produit marin incriminé provient d'une zone connue pour être affectée par la ciguatéra .

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Présence de manifestations de nature allergique (rash, œdème de Quincke, *etc.*).
- Fièvre.
- Consommation de poissons du large.

EN POLYNÉSIE FRANÇAISE...

UN RÉSEAU DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DES OUTILS NUMÉRIQUES POUR CONNAÎTRE LES ESPÈCES ET ZONES À RISQUE.

La Polynésie française **est dotée d'un réseau de surveillance de la ciguatéra** qui recense les cas d'intoxication vus en consultation médicale. Les données anonymes collectées viennent alimenter une cartographie du risque disponible en libre accès sur le site www.ciguatera-online.com, permettant ainsi d'identifier et de suivre l'évolution des zones et espèces toxiques. Un catalogue des principales espèces à risque en Polynésie française est également disponible sur le site.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

La ciguatéra, mortelle dans moins de 0,1% des cas, se caractérise par la grande diversité de ses manifestations cliniques (plus de 175 recensées dans la littérature) regroupées classiquement en 4 grandes familles : digestives, cardiovasculaires, neurologiques/neuropsychiatriques et générales.

TROUBLES DIGESTIFS

- Nausées
- Vomissements
- Diarrhées
- Douleurs abdominales
- Constipation
- Douleur à la défécation
- Hypersalivation
- Hoquet

TROUBLES CARDIOVASCULAIRES

- Hypotension artérielle
- Bradycardie
- Hypertension artérielle
- Tachycardie
- Troubles du rythme cardiaque
- Douleur thoracique
- Anomalie de l'onde T

TROUBLES NEUROLOGIQUES ET NEUROPSYCHIATRIQUES

- Paresthésies (picotements...)
- Dysesthésies au froid
- Maux de tête, migraines
- Vertiges
- Faiblesse des membres
- Hypothermie, frissons
- Troubles du sommeil
- Troubles de la vision (diplopie, ophtalmoplégie, photophobie)
- Ataxie
- Malaise, perte de connaissance
- Tremblements
- Troubles du langage
- Troubles de la marche
- Troubles de la préhension
- Troubles respiratoires
- Difficulté de concentration
- Hallucinations
- Dépression
- Déficit moteur
- Syndrome cérébelleux
- Diminution des réflexes ostéo-tendineux
- Polyradiculonévrite
- Coma

TROUBLES GENERAUX

- Démangeaisons, prurit
- Brûlures/démangeaisons urogénitales
- Douleurs articulaires
- Sensation de brûlures oropharyngées
- Dysgueusie, goût métallique
- Myalgies
- Douleurs dentaires
- Éjaculations douloureuses
- Dysuries
- Lombalgies
- Troubles de la mémoire
- Hypersudation
- Perte de cheveux/ongles
- Larmoiement
- Conjonctivite
- Acouphènes

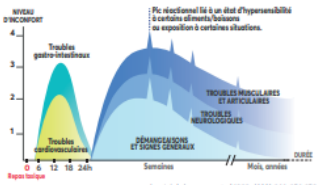
Troubles les plus fréquents

FORMES SÉVÈRES ET POPULATION A RISQUE

- Risque majoré chez les sujets âgés.
- Sujets avec cardiopathie préexistante, hypotension.
- Femmes enceintes: descriptions exceptionnelles de cas de fausse couche et d'accouchement prématuré des suites d'une intoxication en cours de grossesse, ainsi que la présence d'atteintes neurologiques transitoires chez le nouveau-né en cas d'intoxication en fin de grossesse.
- Populations diabétiques : semblent plus prédisposées aux manifestations chroniques.
- Une intoxication sévère peut conduire à une polyradiculonévrite, un syndrome de Guillain-Barré, des atteintes cérébelleuses ou au décès du patient (cas rare).

ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES ET MANIFESTATIONS CHRONIQUES

- **En phase aigüe de l'intoxication,** les signes gastro-intestinaux et cardiovasculaires sont en général les premiers à se manifester, suivis de perturbations neurologiques, musculaires, articulaires et/ou générales.
- Les manifestations chroniques les plus fréquemment rencontrées sont les démangeaisons, picotements des extrémités et de la face, asthénie, douleurs et faiblesses musculaires, douleurs articulaires, malaise général, fatigue psychologique, troubles du sommeil, de la mémoire et de l'humeur, dépression.
- Leur expression peut être continue à bas bruit et/ou par «crises» de quelques jours à semaines, déclenchées notamment par la consommation de certains aliments/boissons et l'exposition à certaines situations (voir ALIMENTS, BOISSONS ET COMPORTEMENTS À ÉVITER APRÈS UNE INTOXICATION).
- Dans la grande majorité des cas, la fréquence et l'intensité de ces manifestations chroniques finissent par s'estomper avec le temps.



Inspiré de Laurence et al 1980, JAMA 244 :254-258

NOTION DE SEUIL SYMPTOMATIQUE

OU «LA GOUTTE D'EAU QUI FAIT DÉBORDER LE VASE»

L'imprégnation individuelle en ciguatoxines est susceptible de varier d'une personne à l'autre en fonction de ses habitudes alimentaires. Ainsi, dans les zones où la ciguatéra est endémique, le risque de s'exposer de façon chronique à des doses, même infimes, de ciguatoxines sera plus élevé pour un consommateur fréquent de poissons lagonaires par rapport à un consommateur occasionnel.

Les ciguatoxines agissent par accumulation, *i.e.* que les signes de l'intoxication n'apparaissent que lorsque leur quantité accumulée dans l'organisme atteint un seuil limite qualifié de «seuil symptomatique». Aussi, après avoir consommé le même poisson toxique, il peut arriver que seule une partie des convives développe les signes de l'intoxication. D'autres facteurs, liés à des prédispositions et susceptibilités individuelles, ont également une influence sur le déclenchement des symptômes et le degré de sévérité de l'intoxication.

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Coups et blessures, violences sexuelles	**Validation :** COTEPRO **Date :** 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- L'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) du CHPF a mis en place une astreinte de médecins légistes, joignable aux heures ouvrables au : 40 48 60 95 et aux heures non ouvrables au : 87 36 66 29. Elle est disponible pour répondre à toute question d'ordre médico-légal.
- UAPed
- Un examen pour violences est un acte important qui peut donner lieu à la rédaction d'un certificat médical pour la justice.
- Ce certificat a un rôle majeur, de celui-ci dépend en partie la réparation judiciaire des blessures. Cette réparation contribue au soulagement des séquelles physiques et psychiques de la victime.
- Le certificat médical initial (CMI) a par la suite un rôle important. Normalement effectué par un médecin, ce certificat doit être effectué à distance par le médecin référent sur la base de données et d'informations transmises par l'infirmier. Ce dernier peut éventuellement être réquisitionné par la justice pour transmettre des informations à celle-ci, sous la forme d'une attestation de santé. Dans ce cas, cela doit être effectué en collaboration avec la hiérarchie : médecin référent, cadre de santé ou subdivisionnaire.
- L'Incapacité Totale de Travail (ITT) ne peut être définie que par un médecin, et idéalement un médecin légiste. Elle ne doit pas être mentionnée sur les attestations de santé.
- En cas de suspicion d'agression sexuelle, l'examen génital sera fait sur réquisition à l'UMJ. Seul un professionnel de santé formé pourra réaliser les examens adéquats pour la recherche de lésions internes (par vidéo-colposcopie).
- Les plaintes des victimes peuvent être déposées dans n'importe quel établissement des forces de l'ordre. Les plaintes peuvent être déposées sans CMI.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Calmer l'entourage, rester calme.
- Prendre en charge la détresse psychologique de la victime. Cette détresse doit être également décrite dans le certificat.
- Calmer la victime par vos paroles et/ou à l'aide d'un anxiolytique
- Rester neutre, ne pas s'engager dans le conflit potentiel existant dans votre communauté.
- Si possible, faire des photographies des séquelles physiques de la victime et les laisser dans son dossier. Les photographies peuvent être faites avec un appareil personnel, après accord du patient, puis transférées dans le dossier du patient et supprimées de l'appareil photo personnel (si possible en présence du patient).

COMMENT TRANSMETTRE DES INFORMATIONS

- Décrire ce qui est constaté, ne pas s'avancer sur les causes et l'origine des traumatismes.
- Utiliser le conditionnel et décrire les lésions en termes simples.
- Dans le cas d'une réquisition écrire : « Attestation de santé établie sur réquisition de la gendarmerie et remis à celle-ci » (et ne pas se contenter d'une réquisition verbale, exiger un document de réquisition officiel).
- **Rendre compte au** médecin référent et lui envoyer un double de **l'attestation.**

Exemple d'attestation type sur présentation spontanée de la victime :

« Je soussigné(e)……..[profession] exerçant à……., atteste avoir examiné le JJ/MM/AAAA, une personne déclarant se nommer (NOM Prénom DDN âge sexe)……., en présence de son représentant légal (si mineur) : ……. ……
Déclaration de la victime :……
Doléances actuelles de la victime : ……
J'ai constaté les traumatismes suivants : (exemple)
« Détresse psychologique avec pleurs, volonté de mourir et prostration » ;
« Ecchymose de 6 cm de diamètre à la face externe de la fesse gauche » ;
« Plaie de 2 cm de long peu profonde sur la grande lèvre droite de la vulve » ;
« Hématome de 4cm de diamètre à la partie haute et centrale du front au niveau de la racine des cheveux ».
Examens complémentaires, avis spécialisés : .....
La durée d'Incapacité Totale de travail (ITT) pourra être évaluée ultérieurement, lors d'une consultation à l'Unité médico-judiciaire du CHPF, sur réquisition.
Certificat établi le ……. À ……Heure, dans le service de ……, à la demande de l'intéressé(☐e) et remis en main propre.
Nom de l'agent en clair et signature
PS : des photographies ont été effectuées et seront disponibles sur demande. »

Exemple d'attestation type sur réquisition :
« Je soussigné(e)……. [Profession] exerçant à……,
Désigné(e) par la Directrice générale sur réquisition de justice par ……
OPJ : ☐ Direction Territoriale de la Police Nationale
☐ Gendarmerie de ……
Aux fins d'examen médical de :
NOM : …… PRENOM : ……Date de naissance : ……/ ….. / …… ; Age : …..ans ; Sexe : M☐ F ☐
Prête serment d'apporter mon concours à la Justice en honneur et conscience.
Déclarations de la victime : ……
Doléances actuelles : ……
Examen clinique, retentissement fonctionnel ou psychologique : (cf. exemple)
Examens complémentaires, avis spécialisés : …….
Si médecin :☐ La durée d'Incapacité Totale de travail est de …… jour(s) à compter de la date des faits, sous réserve de complications.
L'ITT fixée ce jour est provisoire et pourra être réévaluée ultérieurement, lors d'une consultation à l'Unité médico-judiciaire du CHPF, sur réquisition.
☐ Les lésions nécessitent un bilan spécialisé et l'ITT ne peut être fixée ce jour.
Si pas de médecin : ne pas mentionner d'ITT
Fait à …., le ……. à ……Heure

Signature et tampon d'identification

QUI ET COMMENT INFORMER EN CAS DE VIOLENCE ENVERS UN MINEUR OU UNE PERSONNE ADULTE VULNERABLE ?

- Tous les professionnels de santé ont l'obligation d'informer le service social en cas de mineur ou majeur vulnérable (=personne porteuse de handicap, de pathologie psychiatrique, enceinte, âgée ou sous emprise) en risque de danger. Et en cas de maltraitance ou de danger avéré, ils se doivent d'informer les autorités judiciaires.

  - S'il s'agit de suspicion de danger non avéré, réalisation d'une **information préoccupante**
  - S'il s'agit de danger avéré non imminent (exemple : violences par le passé), réalisation d'un **signalement non urgent**
  - S'il s'agit de danger avéré avec risque immédiat (exemple : vit dans la maison de son agresseur), réalisation d'un **signalement urgent**

- Cette information peut être complétée selon le formulaire destiné à tout professionnel joint ci-dessous. Sinon il peut être fait sur papier libre et doit comporter :

  - L'état civil et le domicile de l'enfant,
  - Un exposé de la situation,
  - Tous les renseignements connus concernant l'environnement social, familial et scolaire de l'enfant,
  - Un certificat médical selon les cas.

- Elle est transmise par mail et complétée par un appel téléphonique en cas d'urgence au substitut du procureur et à la DFSE selon la procédure détaillée page 4 ci-dessous.

- Envoyer ensuite une copie de l'information au médecin référent.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LA SITUATION

Situation type	Conduite à tenir	Traitement
Adulte victime de coups et blessures sans violence sexuelle **Avis UMJ si besoin**	Rassurer la victime. Examiner **l'ensemble du corps**, rechercher les traces de coups, des ecchymoses, des plaies, des fractures, des brûlures…, noter précisément ces éléments dans le dossier du patient pour la réalisation du CMI. Prélever une alcoolémie et les stupéfiants, si demandés par une réquisition de l'autorité judiciaire : - Si demande de prélèvements et que vous y êtes habilités : • 2 tubes verts pour les stupéfiants et 2 tubes gris pour l'alcoolémie, à séparer en 2 scellés contenant 1 tube de chaque	Entreprendre une **relation d'aide**, et si angoisse ou stress important donner un **anxiolytique (OXAZEPAM 10 mg) PO** **Calmer la douleur** **Traitement** des divers **traumatismes et plaies**
Adulte victime de violences sexuelles **Référer médecin** **Avis UMJ recommandé**	Rassurer la victime. Si désir de porter plainte, contacter les autorités judiciaires. Un document de **dépôt de plainte simplifié** a été mis au point, il peut être rempli et envoyé directement par mail aux autorités judiciaires. Cf document joint ci-dessous. **Si l'agression date de moins de 5 jours :** adresser systématiquement à l'UMJ qui effectuera l'examen et les prélèvements nécessaires. - Garder systématiquement les sous-vêtements dans une enveloppe craft (qui deviendra un scellé). - Si vous y êtes habilités, après avis, un prélèvement peut être fait par écouvillon sec pour les traces de sperme. **Si l'agression date de plus de 5 jours :** contacter l'UMJ de garde pour conseil et avis, - Si vous y êtes habilités, et après discussion avec le médecin légiste d'astreinte, un premier examen succinct peut être réalisé, notamment pour réaliser les prélèvements. - Si vous y êtes habilités, après accord du patient, les sérologies HIV, syphilis, hépatite B et hépatite C peuvent être prélevées. Les PCR IST sur prélèvement urinaire ou auto-prélèvement peuvent également être réalisées. - La bandelette urinaire sera faite sur orientation clinique de symptômes fonctionnels urinaires.	Entreprendre une **relation d'aide**, et si angoisse ou stress important donner un anxiolytique PO **Calmer la douleur** **Traitement** des divers **traumatismes et plaies** Proposer la **pilule du lendemain.** Efficacité maximale si 1°cp donné avant la 12°h après le rapport Si doute sur 1 risque de transmission de MST (VIH, hépatites), contacter l'UMJ
Mineur victime de violences physiques, psychologiques ou sexuelles **Référer médecin** **Information judiciaire obligatoire**	Rassurer l'enfant ou le mineur, entretien et examen si possible santé en présence d'un représentant légal. Si l'enfant est consentant, **inspecter visuellement** l'ensemble du corps puis contacter le médecin référent ou l'UAPED Réaliser selon le degré d'urgence un signalement ou une information préoccupante Si désir de porter plainte par les représentants légaux, contacter les autorités judiciaires. Un document de **dépôt de plainte simplifié** a été mis au point, il peut être rempli et envoyer directement par mail aux autorités judiciaires. Cf document joint ci-dessous.	**Entreprendre une relation d'aide**, et si angoisse ou stress important donner un anxiolytique PO à partir de 15 ans **Calmer** la douleur Traitement des divers traumatismes et plaies

MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

COUR D'APPEL DE PAPEETE
Tribunal de Première Instance – Parquet du Procureur de la République
- - -
Dépôt de plainte simplifiée
A adresser par mail aux deux adresses suivantes:
dtpn987-vif@interieur.gouv.fr
signalement-comgendpf@gendarmerie.interieur.gouv.fr

Je soussigné (e),

NOM :.....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance :.....

N° de téléphone : .....

□ !! !! Je suis actuellement hospitalisé : Si oui où.....

Date de sortie prévue .....

déclare déposer plainte

□ contre une personne dont je connais l'identité (je transmets tous les éléments permettant de l'identifier). .....
.....
.....
□ contre une personne inconnue

□ au nom de mon enfant mineur victime (indiquer ci-dessous, les noms, prénoms, âge, date et lieu de naissance de l'enfant)
.....

□ au nom du majeur protégé par une mesure de **tutelle** (indiquer ci-dessous, les noms, prénoms, âge e, date et lieu de naissance de la personne majeure sous tutelle)
.....

pour les faits commis le (date) .....à.....
(commune).....
de :
□ violences volontaires
□ viol
□ agression sexuelle

Fait à.....le.....

Je suis informée(e) que cette lettre plainte sera communiquée à un service de police judiciaire qui poursuivra l'enquête et qui aura accès au certificat médical descriptif qui est joint avec mon accord.

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Douleurs abdominales de l'adulte	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La douleur abdominale chez le malade polynésien est souvent perçue comme très angoissante car le ventre a une importance culturelle bien particulière. Aussi, l'analyse de la douleur est parfois difficile.
- Pour un bon examen il faut donc savoir calmer l'angoisse de l'entourage (les faire sortir gentiment), calmer l'angoisse du malade et parfois traiter rapidement la douleur avant de compléter l'examen.
- Les douleurs abdominales sont complexes car les origines sont nombreuses : digestives, urologiques, appareil reproducteur, obstétricales, thoracique (pulmonaires, cardiaques), etc.

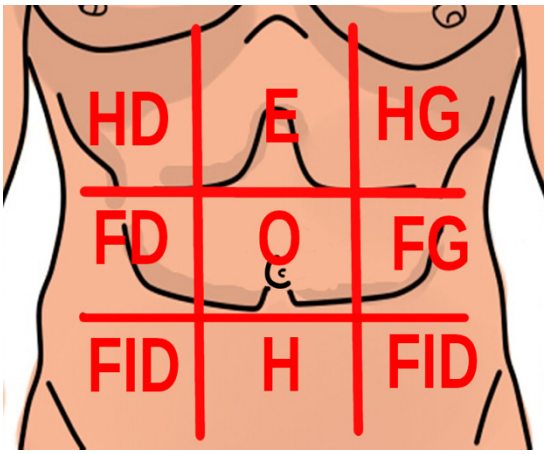
RECOMMANDATIONS

- La mise en place d'un traitement contre la douleur permet de la calmer et donne le temps de compléter l'examen (récolter des informations).
- Il faut savoir caractériser la douleur : intensité, localisation, irradiation, chronologie, durée ; ainsi que les signes qui accompagnent les douleurs abdominales : signes généraux (fièvre, hémodynamique, asthénie, etc.), signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie, hématurie, etc.), signes fonctionnels digestifs (trouble du transit, vomissement, etc.), signes gynécologiques (ménométrorragie, leucorrhées anormales, etc.)
- Quand une femme en âge de procréer présente une douleur abdominale, ne jamais oublier de faire un test de grossesse même avec une contraception et quel que soit ce moyen de contraception. Le risque d'une grossesse extra-utérine (GEU) est toujours à considérer.
- Devant des douleurs abdominales épigastriques et chez un patient à FDRCV, il faut penser à l'infarctus et faire un ECG.
- Une bandelette urinaire (BU) peut être réalisée devant des douleurs abdominales et +/- la présence de symptômes urinaires. Une (BU) est positive si leucocytes (+ à +++) et/ou nitrites (+). La technique est importante et doit être maitrisée (voir mode d'emploi). Une BU positive peut confirmer une infection urinaire en cas de symptômes urinaires. S'il s'agit infection urinaire compliquée, un ECBU est nécessaire.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Pour examiner un ventre après avoir calmé la douleur, allonger le malade sur le dos, demandez-lui de plier les jambes pour décontracter les abdominaux, et de respirer doucement.
- Réchauffez vos mains, et commencez à palper doucement en débutant toujours par un secteur non douloureux, puis secteur par secteur.
- Examiner le ventre avec méthode : il peut être divisé en 9 quadrants, chaque quadrant pouvant correspondre à la localisation douloureuse d'un ou plusieurs organes :

Figure 1 : Localisation des quadrants abdominaux



HD : région de l'hypochondre gauche
E : région épigastrique
HG : région de l'hypochondre droit
FD : région du flanc droit
O : région ombilicale
FG : région du flanc gauche
FID : région de la fosse iliaque droite
H : région hypogastrique
FID : région de la fosse iliaque droite

L'examen des flancs peut être complété par la percussion des fosses lombaires : une main à plat sur une fosse lombaire et l'autre main vient la percuter. Ce signe permet de voir s'il y a une inflammation ou irritation des loges rénales. Il est positif si la percussion est douloureuse.

SAVOIR REPERER LES SIGNES EVOCATEURS DE SITUATION GRAVE :

- Signes de choc : tachycardie, pouls filant, pâleur, marbrures, TA basse, etc.
- Défense ou une contracture : il s'agit d'une contraction réflexe des muscles abdominaux soit quand on palpe le ventre (défense), soit en permanence sans même palper (contracture).
- Un «arrêt des gaz et des matières » : signant l'occlusion intestinale, pas de selles depuis 48h, pas de gaz, à l'auscultation du ventre avec un stéthoscope pendant au moins deux minutes sans bruits perçus.
- Fièvre : signe pouvant évoquer une péritonite, une infection rénale grave. Peut également être présente en cas d'infection digestive telle que la gastro-entérite, ou toxi-infection alimentair

RECONNAITRE ET TRAITER EN DEHORS DES SIGNES DE GRAVITE

Où ?	Symptômes et signes Examens à faire	Diagnostic(s) possible(s)	CAT et traitement(s)
Douleur épigastrique	Examen pulmonaire ECG à faire si facteurs de risques cardiovasculaires Contexte possible de prise récente d'AINS	Reflux gastro-œsophagiens, gastrite	Antiacide (Moxydar) 3 fois par jour + un inhibiteur de la pompe à proton si nécessaire (Pantoprazole 20mg) pendant quelques jours. En cas de selles noirâtres, molles, avec odeurs nauséabondes (méléna) ou de vomissement sanglant (hématémèse) : **Référer médecin** Si les symptômes persistent ou ne sont pas soulagés par ce traitement : **Référer médecin**
Douleur brutale épigastrique irradiation vers épaule gauche	Examen pulmonaire ECG à faire si facteurs de risques cardiovasculaires Contexte possible d'alcoolisme	Pancréatite Infarctus-Dissection aortique	Les douleurs sont souvent intenses et transfixiantes (traversant l'abdomen). Le diagnostic se base sur les éléments clinques, biologique et radiologique. Si suspicion, Référer médecin
Douleur de l'hypochondre droit	Examen pulmonaire ECG à faire si facteurs de risques cardiovasculaires	Calcul hépatique Cholecystite	Antispasmodique per os ou IV (Phloroglucinol) et antalgiques selon le niveau de douleurs Rester à jeun le temps que la douleur se calme Parfois l'obstruction des canaux biliaires peut s'infecter et donner alors en plus de la douleur une fièvre et un ictère : **Référer médecin**
Douleur d'un flanc	Fièvre Signes fonctionnels urinaires Nausée et vomissement possibles - Bandelette urinaire : leucocytes, sang et nitrites	Infection urinaire haute (IUH) Colite pseudo-membraneuse	Prélever ECBU IUH = **Référer médecin**
	Pas de fièvre Irradiation possible vers la fosse iliaque BU : leucocytes et sang	Lithiase (=calcul) urinaire	**Antalgiques** niveau II à III **Anti-inflammatoires** pendant quelques jours Apports hydriques libres Si pas d'amélioration : **Référer médecin**

Douleur fosse iliaque gauche	BU normale Absence de grossesse Selles rares, dures et irradiation de la douleur au reste du ventre Absence de fièvre	Constipation	Antispasmodique : Phloroglucinol Conseils d'hygiène alimentaire +++ : boire beaucoup d'eau et manger équilibré, régime riche en fibres, éviter riz blanc, bananes et carottes Laxatif type Forlax puis Lactulose ou Duphalac – si les symptômes persistent Lavement si constipation persistante malgré traitement per os : Microlax, Normacol Si échec **Référer médecin** Il peut s'agir d'un problème gynécologique ou intestinal nécessitant un **avis spécialisé**
	Signes fonctionnels digestifs Défense ou contracture Fièvre Possible arrêt des matières et des gazs BU normale Absence de grossesse	Diverticulite/ sigmoïdite	Si suspicion, calmer la douleur et : **Référer médecin**
Douleur fosse iliaque droite	Signes fonctionnels digestifs Défense ou contracture Fièvre modérée BU normale Absence de grossesse Psoïtis droit inconstant (position douloureuse de hanche en flexion)	Appendicite	Si suspicion d'appendicite, calmer la douleur et : **Référer médecin**
Douleur hypogastrique	Symptômes urinaires **sans fièvre** Hématurie macroscopique possible BU (+)	Cystite	Femme non enceinte, de moins de 65 ans, épisode isolé : **Fosfomycine -Trométamol 3g** en une prise Autres situations : ECBU et **Référer médecin**
Douleur hypogastrique et/ou d'une fosse iliaque	Retard de règles Ou possible métrorragies peu abondantes de sang foncé Test de grossesse positif	GEU Infarctus mésentérique	Si suspicion de GEU, calmer la douleur et **Référer médecin**
Douleur hypogastrique et/ou des fosses iliaques chez une Femme	Cf chapitre GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE		
Douleur ombilicale ou péri ombilicale	A type de crampes, irradiant dans les autres segments Fièvre inconstante Absence de défense ou de contractures Gazs (+) SFD : diarrhées +/- vomissements	Douleur intestinale, GEA Rupture de la rate	Vérifier l'absence de signe de gravité et faire un traitement symptomatique : antispasmodique, antalgique En cas de diarrhée avec déshydratation, les SRO peuvent être utilisés chez l'adulte. Si persistance malgré les RHD et le traitement bien mené : Référer médecin

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Douleur articulaire non traumatique	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

La douleur articulaire est un motif fréquent de consultation en Polynésie française.

Le diagnostic des arthralgies est souvent difficile.

Les trois objectifs principaux de ce document sont :

- Savoir penser au RAA devant une douleur articulaire de l'enfant ;
- Savoir traiter une crise de goutte efficacement et sans effets indésirables ;
- Savoir référer sans attendre devant un état général altéré ou une douleur qui ne passe pas.

Généralités:

- Les causes des douleurs articulaires sont multiples, parmi elles on peut distinguer :
  1. Arthrose = usure progressive des cartilages de l'articulation avec l'âge => atteint particulièrement les personnes âgées ;
  2. Arthrite = inflammation de l'articulation qui peut être aiguë ou chronique
  3. Autres causes non traumatiques : contexte infectieux, douleurs musculo-tendineuses
- La douleur constitue le principal symptôme des maladies articulaires. Elle varie selon la cause :
  - Arthrose : la douleur est dite mécanique
  - Arthrite : douleur d'horaire inflammatoire

Douleur mécanique	Douleur inflammatoire
Le jour	Deuxième partie de nuit Notion de réveil nocturne
Soir > matin	Matin au réveil > soir Notion de dérouillage matinal prolongé (> 45 min)
Survenue à l'activité Soulagement par le repos	Survenue au repos Amélioration à l'activité
Caractère positionnel	Non positionnel

CE QU'IL FAUT FAIRE

Prendre les constantes

Interroger le patient pour préciser l'anamnèse : symptômes associés, phénomène de Raynaud, yeux rouges, sécheresse de la bouche, …

Examiner l'articulation en la mobilisant doucement (hors contexte traumatique) et répondre aux questions importantes :

- Caractéristiques de la douleur : circonstances déclenchantes et horaires à reporter sur le questionnaire
- Y-a-t-il gonflement, chaleur de la peau, diminution ou non de la mobilité
- Evaluer le retentissement fonctionnel : marche, utilisation des membres et des extrémités
- Comparaison avec l'articulation du membre opposé
- Traiter la douleur en ayant éliminé les allergies médicamenteuses

Remplir la fiche de synthèse en complétant si non inscrit :

- Les antécédents familiaux particulièrement pour le RAA : polyarthrite Rhumatoïde, spondylarthrite ; historique des voyages, traumatismes récents, Tuberculose ou autres infections
- Mode de vie
- Traitement médicamenteux ou traitement médecine traditionnelle récent ou en cours
- Devant toute douleur articulaire de l'enfant et de l'adulte de moins de 25 ans, prendre l'avis du médecin référent Transférer sans attendre un patient qui a un état général altéré ou une douleur non contrôlée

RECOMMANDATIONS

- Les maladies articulaires chroniques sont nombreuses, nécessitant parfois de longs mois d'observation avant d'obtenir une certitude. Les erreurs de diagnostic et la prescription de traitements inadaptés sont fréquentes.
- Attention à la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pour les patients goutteux.
- En effet, ces traitements peuvent créer des lésions gastriques, voire des hémorragies digestives.
- Les AINS traitent la douleur et non la maladie goutteuse, laissant celle-ci détruire non seulement les articulations mais aussi les reins (insuffisance rénale chronique).
- En cas de récidives fréquentes, un traitement de fond par ALLOPURINOL doit être mis en place lors d'une consultation médicale afin de protéger les reins.
- Si la situation ne correspond à aucun cas ci-dessus, remplissez les items du questionnaire ci- dessous et transmettez au médecin référent par fax. Ce dernier vous indiquera la marche à suivre.

CE QU'IL FAUT EXPLIQUER

- **La fréquence des crises de goutte peut diminuer en modifiant le comportement alimentaire.**
- **Les aliments responsables des crises sont les aliments riches en purines : abats, charcuteries, viandes rouges, noix d'apéritif, bouillons de viande, certains poissons, les coquillages et crustacés, les lentilles, le punu puaatoro, le fafaru…**
- **Certains aliments n'apportent pas de purines mais peuvent déclencher des crises. En Polynésie il s'agit principalement de l'alcool et des graisses.**

Néanmoins se rappeler que la goutte est une maladie héréditaire, aussi nombre de malades restent goutteux malgré des efforts de regime.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Situation rencontrée	Symptômes et circonstances	Diagnostic	Traitement
Douleur articulaire de l'enfant et du jeune adulte de moins de 25 ans et VS >30 à la 1ère heure	Douleur d'une ou plusieurs grosses articulations des membres, pouvant migrer d'une articulation à l'autre, non calmée par le repos, souvent fébrile	**RAA** en 1ère intention Suspecter **arthrite infectieuse si état général altéré** ou T° élevée ou une seule articulation atteinte.	**Antalgie** voie générale **Référer médecin**
Douleur articulaire de l'enfant, VS < 30 à la 1ère heure	Douleur articulaire, et au-dessous ou au-dessus de celle ci, plutôt la nuit, pendant les périodes de croissance rapide	**Douleur de croissance ou cause traumatique** Attention d'autres diagnostics plus graves possibles	- **Antalgie** voie générale - **Revoir systématiquement l'enfant** dans les 8 jours ou avant si douleur importante - Référer si récidive
Douleur chronique d'une ou plusieurs articulations souvent déformées, généralement une personne âgée	Douleur survenant après l'effort et la mobilisation de l'articulation, soulagée par le repos. Aspect non ou peu inflammatoire	**Arthrose**	- **Paracétamol** - **Paracétamol codéiné** si douleur importante - **Mise au repos** de **l'articulation** - **Perte de poids** si arthrose des membres inférieurs.
Douleur vive d'une articulation ± fièvre chez un adulte de plus de 25 ans, atteignant le plus souvent le pied ou la cheville, généralement un homme. Le patient a déjà eu la même chose dans le passé.	Déclenchée par un repas abondant ou par un traumatisme local; Aspect inflammatoire de l'articulation (chaleur, rougeur, œdème, douleur); marche quasi impossible. Douleur non soulagée par le repos.	**Goutte** Si premier épisode ou s'il s'agit d'une femme: **autre étiologie possible:** **Référer médecin** Si fièvre élevée + état général altéré: **arthrite infectieuse possible** **Référer médecin**	**Colchicine** per os: les 3 premiers jours: 1mg/j ou 1mg 2f/j. Puis 1mg/j Informer et surveiller les effets secondaires (diarrhée). Si douleur importante rajouter **paracétamol codéine et/ou anti-inflammatoire po** pour 3j maxi. Boire beaucoupd'eau Si **récidives fréquentes** **Référer médecin**

QUESTIONNAIRE A REMPLIR ET A FAXER AU MEDECIN REFERENT EN CAS DE DOUTE AU NIVEAU DU DIAGNOSTIC DES ARTHRALGIES

Date :_____Infirmerie :_____Tel/Fax :_____Nom de l'agent :_____

Nom/Prénom du patient :_____Date de naissance :_____

Dans quelle catégorie se situe le patient ? :

Enfant ☐	- Homme > 40 ☐	- Personne âgée homme ☐
Jeune Homme ☐	- Femme > 40 ans ☐	- Personne âgée femme ☐
Jeune femme ☐		

1. Combien d'articulations sont touchées ?

- ☐ Une et une seule
- ☐ Plusieurs

2. Quelles sont les articulations touchées ?

- ☐ Grosses articulations des membres (épaule, coude, poignet, hanche, genou, cheville)
- ☐ Petites articulations des membres (articulations des doigts et des orteils)
- ☐ Articulations axiales (rachis cervical, dorsal, lombaire, articulations sacro-iliaques)

3. Quel est le rythme de la douleur ?

- ☐ Douleur est permanente, sans relâche, au repos comme à l'effort
- ☐ Douleur est plutôt gênante, au repos ou la nuit, et plutôt calmée par l'exercice
- ☐ Douleur est plutôt adoucie lors du repos ou pendant la nuit mais devient insupportable lors de l'exercice

4. Quelle est l'évolution de la douleur ?

- ☐ La douleur a débuté, il y a … jours
- ☐ Le patient a déjà eu cette même douleur dans le passé
- ☐ Toutes les articulations sont devenues douloureuses à peu près en même temps
- ☐ La douleur se déplace d'un jour à l'autre d'une articulation à une autre

5. Quel est le contexte de la douleur ?

- ☐ La douleur est survenue après un traumatisme, chute, accident, coup…
- ☐ Le patient a de la fièvre
- ☐ Le patient a eu de la fièvre au début des douleurs
- Le patient a présenté récemment un autre symptôme notamment :
  - ☐ Diarrhée
  - ☐ Pharyngite
  - ☐ Toux
  - ☐ Douleurs génito-urinaires
  - ☐ Conjonctivite
  - ☐ Macules ou papules cutanées
- ☐ Le patient présente actuellement un autre symptôme

6. Quel est l'aspect de la ou les articulations touchées ?

- ☐ L'articulation est gonflée
- ☐ L'articulation est chaude
- ☐ L'articulation est rouge
- ☐ L'articulation est déformée depuis plusieurs années
- ☐ Plusieurs articulations sont déformées depuis plusieurs années

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Fièvre	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Température normale : inférieure à 37.5°C au réveil et à 37.8°C au coucher.

On parle de fièvre si température < 36 °C (hypothermie) ou > 38.3°C (on parle d'hyperthermie si la température est suéprieure à 38°C à deux reprises dans un intervalle d'une heure ou > 38.3°C lors d'une prise isolée)

Prise de température :

- Si possible le matin au réveil ou après 20 minutes de repos dans une pièce fraiche, sujet dévêtu.
- La température peut s'élever dans certaines situations (< 38.5°C) : enfant trop couvert, température extérieure excessive, déshydratation, effort physique intense et / ou prolongé (troubles de la thermorégulation)
- En cas de prise de température par voie axillaire, sublinguale, tympanique ou frontale : rajouter 0.5°C aux chiffres lus sur le thermomètre.

Une fièvre aiguë a une durée inférieure à 3 semaines (au-delà, il s'agit d'une fièvre chronique)

La fièvre est d'origine infectieuse dans l'immense majorité des cas où la durée n'excède pas 5 jours.

Pièges :

La fièvre peut être absente dans certaines infections notamment toxiniques (tétanos) ou localisées et chroniques (ostéite) ou à la phase initiale d'un choc septique ;

À l'opposé elle peut être présente dans des pathologies non infectieuses (néoplasies, vascularites, maladies thrombo-emboliques)

Rappel des définitions du SRIS, États septiques (*in PILLY Trop, 2022*)

Tableau 1. Définition du SRIS et des états septiques

Le **syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)** est une réponse inflammatoire systémique de l'organisme à une agression infectieuse ou non infectieuse se manifestant par au moins deux des signes suivants : - température > 38,3 °C ou < 36 °C - fréquence cardiaque > 90/min - fréquence respiratoire > 20/min (ou $PaCO_2$ < 32 mmHg) - leucocytose > 12 ou < 4 G/L ou présence de > 10 % de formes immatures
Sepsis : syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) de l'organisme à une agression par un agent infectieux bactérien, viral, fongique ou parasitaire. Il est défini comme une dysfonction d'organe menaçant le pronostic vital causée par une réponse dérégulée de l'hôte à l'infection. Une dysfonction d'organe peut être identifiée comme un changement récent du score SOFA ≥ 2 points secondaire à l'infection (**tableau 2**).
Le choc septique est défini comme un sepsis avec des anomalies circulatoires et cellulaires/métaboliques suffisamment profondes pour augmenter considérablement la mortalité. Les patients en état de choc septique peuvent être identifiés avec une association de sepsis avec (1) une hypotension artérielle persistante nécessitant l'administration de vasopresseurs pour maintenir la pression artérielle moyenne (PAM) à 65 mm Hg et (2) un taux de lactates sériques > 2 mmol/L (18 mg/dL) malgré une correction adéquate de la volémie.

CE QU'IL FAUT FAIRE

1/ rechercher les signes imposant une prise en charge urgente (= référer SAMU +++)

Signes de gravité	Diagnostics à redouter	Hospitalisation pour
Signes cliniques		
Freq respiratoire > 24/min FC > 120 /min TA systolique < 80mmHg Marbrures cutanées, extrémités froides ou diminution de la fréquence mictionnelle)	Sepsis Choc septique Déshydratation aiguë	Remplissage Oxygénothérapie Antibiothérapie probabiliste Réhydratation
Purpura 	Méningococcémie Fièvre hémorragique (chikungunya, dengue)	Hémocultures EPI : Précautions complémentaires contact + gouttelettes (masque chirurgical) Antibiothérapie probabiliste
Troubles neurologiques : Confusion Désorientation Glasgow Coma Scale < 15	Méningo-encéphalite Neuropaludisme d'importation	"Recherche paludisme" Ponction lombaire Scanner cérébral
Douleurs abdominales	Appendicite péritonite	Avis chirurgical
Œdème douloureux d'un membre ou du cou	Dermo-hypodermite ou fasciite nécrosante	Avis chirurgical pour incision de décharge +/- excision
Valvulopathie, souffle cardiaque --> cf critères de Dukes	Endocardite sub-aigue	Hémocultures Echocardiographie Antibiothérapie probabiliste
Terrains à risque		
Nouveau-né < 28 jours	Streptocoque groupe B Listeria monocytogenes Escherichia coli Paludisme	Hémocultures +/- ponction lombaire Recherche paludisme (voyages/ profession) Antibiothérapie probabiliste
Femme enceinte	Listeria monocytogenes Escherichia coli Paludisme	Hémocultures Recherche paludisme (voyages/ profession) Antibiothérapie probabiliste
Asplénie (fonctionnelle ou splénectomie connue)	Pneumocoque Paludisme	Hémocultures Recherche paludisme (voyages/ profession) Antibiothérapie probabiliste

2/ Mener un interrogatoire le plus complet pour orienter la prise en charge (= avis médecin +++)

Le terrain

- Vaccinations et antécédents de maladie immunisante (rougeole, …)
- Déficit immunitaire connu
- Prise de médicaments anti-infectieux (< 3 mois) - permet d'optimiser le choix antibiotique si besoin – de médicaments aplasiants ou immunosuppresseurs (corticoïdes)
- Risques liés à des injections, transfusions,
- Risques liés à des rapports sexuels non protégés
- Type d'alimentation (provenance, mode de conservation)
- Type d'habitation (climatisation, locaux insalubres)
- Contage : notion de cas dans l'entourage
- Profession à risque (vétérinaire, éleveur, …)
- Contact avec animaux domestiques ou sauvages
- Séjours à l'étranger (dates, durée)
- Épidémies en cours (COvid 19, grippe saisonnière, …)

Les signes associés (reprendre la chronologie d'apparition des symptômes)

- Température maximale, date d'apparition
- Signes accompagnants : frissons, sueurs, céphalées, arthralgies, myalgies, courbatures, éruption cutanée
- Altération de l'état général = asthénie, anorexie, amaigrissement, insomnie

Les douleurs accompagnant la fièvre peuvent orienter :

- Céphalées intenses : méningite, leptospirose, dengue, …
- Arthro-myalgies : leptospirose, arbovirose, …

L'interrogatoire permet d'orienter le bilan et réaliser :

- Tests d'orientation rapide selon contexte épidémique et disponibilité(à préciser) +/- iSTAT, CRP
- Bilan paraclinique sur avis médical

Sans oublier de protéger le patient et de se protéger :

- Avoir une bonne Hygiène des mains : zéro bijou sur les mains et les poignets, ongles courts et sans vernis, avant-bras nus, friction par SHA **avant** et après avoir examiné le patient au minimum
- Appliquer des précautions complémentaires dès la suspicion d'une maladie transmissible, par exemple :
  - CONTACT (diarrhée, gale, BMR dont SARM supposé)
  - AIR (tuberculose, varicelle, rougeole)
  - GOUTTELETTES (grippe saisonnière, infection invasive à méningocoque, coqueluche

Traitement symptomatique de la fièvre mal tolérée : PARACETAMOL

Posologie enfant : :**15mg/kg toutes les 6 heures** ou **10 mg/kg/j toutes les 4 heures** (max 60 mg/kg/24 heures)

Posologie adulte : 1g par prise , à renouveler si besoin toutes les 6 à 8 heures. Sans dépasser QUATRE grammes / 24 heures (risque de toxicité)

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Gale	Validation : COTEPRO Date : 2025

Il est possible de traiter de manière probabiliste toute personne qui se gratte (traitement d'épreuve)

Document 'La Gale' https://govsipf.sharepoint.com/:b:/s/numerique-sante-CollgeMdicaldelaDirectiondelasant/EZ1aSXnWuDxFoHQIJ0ZPnTUBTtOssI8AuQ8vZ-x6kgQ-cQ?e=h4xOOG

CE QU'IL FAUT SAVOIR

C'est l'Acarien femelle un parasite qui est responsable de la transmission de la maladie « Gale »

- Déplacement facile de l'acarien à 25 -30°C
- Se déplace de plusieurs centimètres par heure à la surface de la peau
- Est tué rapidement au dessus de 55 °C
- Perd sa mobilité en dessous de 20 20°C
- Survie maximale de 48h en dehors des cellules de l'épiderme

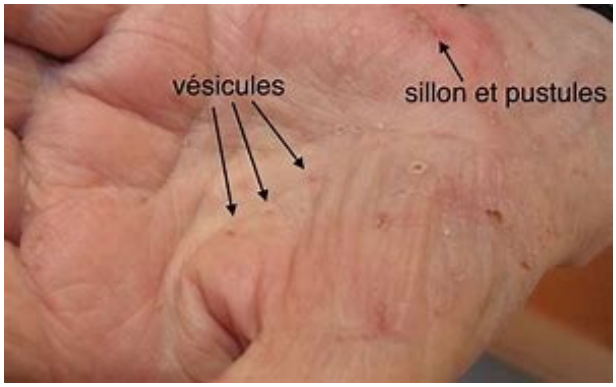
Période d'incubation moyenne 3 semaines (maximale 5 semaines) avant apparition des symptômes)

Transmission de personne à personne par contact cutané direct prolongé (1h) d'un sujet parasité à un autre sujet. La forme infectante principale est la forme « femelle récemment fécondée » présente à la surface de la peau Elle met **en moyenne 1 heure pour pénétrer l'épiderme**

Remarques :

Si absence de lésion cutanée = pas de contagion.

La survie du sarcopte hors de l'hôte est difficile (de 1 à 2 jours) et varie en fonction de la température et de l'humidité ambiante (favorisée par une température basse et une humidité importante) Les sarcoptes se trouvant dans des squames tombées de la peau de l'hôte peuvent survivre plus longtemps car ils sont protégés **(8 jours**)



CE QU'IL FAUT FAIRE

L'application rigoureuse de mesures d'hygiène est un moyen de lutte efficace : avant tout faire renforcer les Précautions Standard pour tous dans la structure et dans le logement du patient

Entretien de l'environnement

Bionettoyage quotidien de l'environnement (sols, surfaces).

Nettoyer et désinfecter le matériel de nettoyage immédiatement après

Le traitement de l'environnement avec un produit acaricide (A Par® …) n'est pas indiqué dans le cas de gale commune, il peut cependant être nécessaire en cas de gale profuse ou d'épidémie et quand le mobilier n'est pas lavable ou muni de housse imperméable (coussins, matelas, fauteuils ou canapés avec revêtement en tissus, sièges de voiture …)

Gestion du linge

Le linge porté/utilisés **dans les 8 jours précédant la constatation** de l'infestation parasitaire et celui porté/utilisé jusqu'à la levée des Précautions contact doit être soumis à un traitement spécifique (ne pas oublier les chaussures éventuellement, dessus de lit, serviettes …)

- Si le linge supporte le lavage : Faire des lessives à + de > 60°C (draps, alèses, taies, serviettes de toilette, chemises ...)
- Si le linge ne supporte pas le lavage à 60 C (linge personnel, articles non lavables ...) Recueil dans sac plastique **fermer hermétiquement pendant 1 semaine**, puis lavage ordinaire.

Gestion du matériel

Privilégier usage unique ou matériel dédié

A défaut nettoyage avec un détergent désinfectant immédiatement après utilisation (si gale profuse traitement complémentaire avec un produit acaricide)

Pour le matériel reconnu comme vecteur du parasite (tensiomètres, sangles de lève malades, attelles, écharpes de maintien …) : Réserver ce matériel au patient jusqu'à la fin du traitement, le renouveler le lendemain du traitement. Il devra toujours être manipulé avec des gants avant traitement complet ou élimination Avant utilisation chez un autre patient/résident : le mettre en contact avec un produit acaricide

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2 Validation : COTEPRO Date : 2025
	Grosse jambe rouge	

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Une « grosse jambe rouge fébrile aiguë » est un tableau clinique d'installation rapide (<48h) associant un placard érythémateux uni ou bilatéral, un œdème et de la fièvre.
- La dermo-hypodermite survient habituellement sur la jambe. S'il survient ailleurs (membre supérieur, tronc, face), c'est qu'il y a un facteur causal associé inhabituel. Il en découle un risque spécifique. Il est préférable d'en référer à un médecin.
- L'essentiel est de différencier les infections que l'on peut traiter médicalement (absence de nécrose des tissus sous-cutanés) et celles nécessitant un traitement chirurgical urgent (dermo- hypodermite bactérienne nécrosante DHBN et fasciite nécrosante FN).
- Chez l'enfant, la dermo-hypodermite est également fréquent. La prise en charge est globalement identique en utilisant des formes médicamenteuses adaptées à l'âge et au poids. Néanmoins, dans la plupart des formes simples débutantes, le traitement par voie orale peut suffire.

RECOMMANDATIONS

Il est recommandé de tracer au feutre le contour de la dermo-hypodermite dès la première visite et de ré-évaluer ce contour à la 24ème heure.

On peut être rassuré si la dermo-hypodermite ne progresse plus au-delà des limites fixées la veille, surtout en direction de la cuisse.

Dans le cas contraire, le traitement est insuffisant (dose insuffisante ou non-respect des prises par le patient) et il faut en référer à un médecin.

La dermo-hypodermite est régulièrement récidivante. La prévention de ces récidives passe par :

- **Le traitement efficace des portes d'entrée**, avec un point particulier concernant les intertrigos des orteils souvent négligés.
- **La prise en charge des facteurs favorisant :** recherche et traitement d'une filariose évolutive, traitement des insuffisances veineuses, hygiène des pieds et des membres inférieurs de bonne qualité, prise en charge des maladies chroniques associées….
- En cas de **récidives fréquentes, une antibiothérapie préventive** peut être proposée par EXTENCILLINE toutes les 4 semaines pendant 6 mois à renouveler éventuellement. Situation à discuter avec le médecin référent.
- **Rechercher des signes d'une phlébite** éventuellement associée : absence de souplesse du mollet, tachycardie, dorsi-flexion du pied douloureuse…ne pas hésiter à référer au moindre doute.

La dermo-hypodermite provoque généralement la décompensation des états pathologiques sous-jacents, plus particulièrement : le diabète, les cardiopathies, l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance respiratoire chronique.

Cette co-morbidité, fréquente en Polynésie, nécessite une référence facile à un médecin dans ces situations.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Signes cliniques	Facteurs favorisants	Diagnostic	Traitement
Début brutal avec **fièvre** et apparition d'un **placard érythémateux** (chaud, œdémateux), **circonscrit et douloureux.**	- Insuffisance veineuse chronique ; - Lymphoedème filarien obésité ; diabète ; artérite ; antécédent local de traumatisme ou de chirurgie. - Porte d'entrée : Intertrigo des orteils, ulcère variqueux, plaie ou piqûre, eczéma de stase veineuse des chevilles...	**Dermo-hypodermite** (streptocoque)	- **Amoxicilline** IV 3 à 12g/j en 3 à 4 inj, au moins 10 jours. Relais par **Amoxicilline** 500 mg po 2 à 8 gel toutes les 8h à partir du 3° jour. Si bonne évolution : durée totale de 10j de traitement. - Dans les formes peu intenses un traitement d'emblée oral est possible - **Si allergie PENICILLINE :** Rovamycine 3MU Toutes les 8h - Antalgique : **palier 1 à 2 AINS contre indiqués ++** - **Traitement** de la **porte d'entrée** (la rechercher) - **Vérification vaccination antitétanique ;** - **Repos jambe surélevée.**
Idem ci dessus + signes locaux inquiétants : - **tâches cyanosées,** froides, insensibles, - zones de **nécrose**, - **œdème** dépassant les limites de l'érythème, - bulles hémorragiques douleur s'aggravant, - et/ou signes généraux sévères : **tachycardie, hypoTA, confusion…** - Ecoulements de la plaie fétides.	**- Diabète (multiplie le risque de DHBN-FN par 4) ;** **-** Immuno-dépression : corticothérapie, chimiothérapie, Anti-inflammatoires, cancers, hémopathies…	**Dermo- hypodermite nécrosante avec ou sans fasciite nécrosante (DHBN-FN).**	**Référer SAMU**

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2 Validation : COTEPRO Date : 2025
	Infection cutanée	

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La dermo-hypodermite ou érysipèle (1) :
- C'est une infection du derme et de l'hypoderme localisée le plus souvent aux membres inférieurs mais pouvant atteindre les membres supérieurs, la face…. Le début est souvent brutal, avec de la fièvre et l'apparition d'un placard cutané inflammatoire. Le germe en cause est le plus souvent un streptocoque. Les intertrigos favorisent la pénétration des streptocoques et peuvent entraîner la dermo-hypodermite (Fig.1)
- Figure 1: dermohypodermite de jambe (1) et intertrigo (2) https://commons.wikimedia.org/wiki/File:%C3%89rysip%C3%A8le_jambe-_Leg_erysipelas_-_porte_d%27entr%C3%A9e_-_I%C3%A9gende.jpg?uselang=fr

Les abcès cutanés :

Il s'agit d'une collection de pus sous cutanée, séparée des autres tissus par une capsule fibreuse, due à une association de germes anaérobies (ne supportant pas l'oxygène) et de germes aérobies (utilisant l'oxygène). Les antibiotiques ne sont pas très efficaces car ils pénètrent mal dans l'abcès. Ils peuvent être utiles pour traiter la cellulite s'étendant autour de l'abcès.

Figure 2: furoncle (type d’abcès)

L’impétigo :

C’est une infection à staphylocoque (parfois à streptocoque) de la peau donnant des bulles de liquide clair. Le contenu se trouble en quelques heures puis la bulle se dessèche donnant une croûte jaunâtre. Au contraire de la pyodermite, il n’existe pas de lésion cutanée préexistante. Atteignant principalement l’enfant, l’impétigo est très contagieux.

Figure 3: impetigo

La pyodermite :

Il s’agit d’une surinfection purulente par un streptocoque (parfois par un staphylocoque) de lésions cutanées préexistantes. Les lésions préexistantes les plus fréquentes sont :

- les piqûres de moustiques ;
- les petites plaies ;
- les mycoses ;
- la gale ;
- les eczémas ;
- les brûlures.

On parle alors «d’impétéginisation» de gale, d’eczéma. Les pyodermites représentent une des principales causes de consultation de l’enfant en Polynésie Française.
On considère désormais que l’association de gale et de pyodermite à streptocoque A est un facteur de risque important pour le RAA

Les mycoses :

Les mycoses les plus fréquentes sont les candidoses des plis, et les dermatophytoses (ou herpès circiné ou Ceka Ceka) :

Les candidoses des plis se retrouvent au niveau des aisselles, des plis fessiers et de l'aine, sous les seins, entre les doigts de pieds. Il s'agit de lésions qui «chauffent» ou qui démangent un peu, inflammatoires, suintantes et nauséabondes.

Le Ceka Ceka peut se trouver à n'importe quel endroit du corps sous la forme d'une lésion prurigineuse à bords arrondis ou en «carte de géographie». Le centre de la lésion est rouge clair, les bords sont en général nets un peu surélevés. Le Ceka Ceka évolue en s'élargissant, devenant parfois gigantesque. Il existe souvent plusieurs lésions sur le corps.

La gale : Voir chapitre précédent

Faire la différence entre un eczéma et une gale ou un céka ceka :

- L'eczéma est une affection inflammatoire de la peau avec rougeur et prurit existant souvent depuis la petite enfance, avec en général des antécédents d'asthme, d'allergie ou d'eczéma, chez le malade ou dans sa famille.
- L'eczéma évolue par poussée et «guérit» tout seul entre deux poussées.
- La gale et surtout le Ceka Ceka guérissent rarement sans traitement.
- La gale n'atteint jamais le visage, l'eczéma si.
- Chez le nourrisson, une localisation limitée à la plante des pieds et la paume des mains est en faveur d'un eczéma.

CE QU'IL FAUT FAIRE

Le diagnostic d'une infection cutanée est parfois difficile, demandant souvent une démarche par tests térapeutiques successifs :

- Profiter de la présence d'une personne plus expérimentée pour apprendre ;
- Prendre le temps de regarder et d'interroger, noter précisément ces éléments dans le dossier à chaque consultation, afin de juger de l'évolution. C'est bête mais pas toujours fait ;
- Savoir-faire un test thérapeutique si on ne sait pas faire de diagnostic. Dans ce cas le notifier scrupuleusement dans le dossier pour le prochain soignant qui prendra en charge le malade ;
- Savoir demander un avis plutôt que de continuer «n'importe quoi», ce n'est pas honteux. Un avis téléphonique est déjà d'un bon apport, mais l'idéal est la transmission d'une photo numérique.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

L'utilisation des pommades antibiotiques sur les infections cutanées est une source importante d'allergie et de résistance bactérienne. Le traitement local des infections cutanées est basé sur le lavage au savon ou équivalent, et l'application de produits antiseptiques.

La Bétadine en traitement local des infections cutanées pendant longtemps, est une source classique d'eczéma ou d'irritation. Ainsi une infection cutanée traitée par Bétadine qui ne guérit pas ou qui s'aggrave doit donner lieu à un arrêt de la Bétadine. L'utilisation de longue durée expose à des complications thyroïdiennes par passage systémique d'iode.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Situation type	Diagnostic	Traitement
Les lésions ne grattent pas	**Dermo-hypodermite**	**- Antiseptique actif** contre le streptocoque : . **Pénicilline ou Amoxicilline** pendant au moins 7 jours . **En cas de récidive** ou de terrain fragile, un traitement IV sur avis médical peut être nécessaire suivi d'**injection IM de Benzathine Benzylpenicilline mensuelle** pendant plusieurs mois pour éviter les récidives fréquentes.
	Abcès	- L'**incision** est le principal traitement de l'abcès en détruisant les anaérobies par contact à l'air, complété éventuellement par une antibiothérapie active contre les aérobies en sachant que les antibiotiques pénètrent difficilement à travers la capsule : . Macrolide ou Amoxicilline
	Impétigo	**- Antiseptiques locaux** associés à un **antibiotique actif** contre le staphylocoque et parfois le streptocoque : . Macrolide ou Amoxicilline 3 jours. Possibilité de poursuivre jusqu'à 8 jours si nécessaire
Les lésions grattent parfois	**Zona**	 Fièvre + douleurs insupportables Souvent dans le Dos ou la face. Personne de plus de 50 ans (réactivation du virus de la varicelle) –. ; En 1 à 2 jours, des boutons contenant un peu de liquide clair apparaissent -contagiosité des vésicules. Ils sèchent et se couvrent de croûtes qui tombent après une dizaine de jours. La zone infectée reste douloureuse pendant 3 à 4 semaines. Dans certains cas, ces douleurs persistent plusieurs mois. Guérison en 1 mois - Traitement de la douleur avec paracétamol et opiacé (PAS D'ASPIRINE NI AINS). Douche ou bain avec savon surgras sans antispetique 1 à 2 fois par jour. Antiseptique possible sur les lésions. NE RIEN APPLIQUER D'AUTRE SUR LES LESIONS ; Antibiotiques si si surinfection des lésions
Les lésions grattent 1.1 Les lésions grattent peu et sont localisées aux plis.	**Candidose des plis**	**- Application matin et soir d'un antimycosique** (Econazole, Pévaryl, Mycoster, Fonx…) **en crème** ou mieux en poudre si macération, pendant au moins 15 jours parfois beaucoup plus. - Le traitement doit être continué jusqu'à vérification de la guérison complète

Situation type	Diagnostic	Traitement
1.2 Les lésions grattent et sont localisées en dehors des plis vésicules	**Eczéma surinfecté**	- **Traiter la surinfection purulente** très fréquente de la même manière que l'impétigo. **Crème corticoïde** de faible ou moyenne intensité 3 à 5 jours **Emollient** : vaseline et dérivés, monoï… afin de lutter contre la sécheresse de la peau .
	Gale	**Voir chapitre précédent**
	Ceka ceka lésions peu étendues et peu nombreuses lésions larges et nombreuses	**Crème antimycosique** (Econazole, Pévaryl, Mycoster, Fonx…) en application matin et soir pendant un mois. A réévaluer. **Antifongique** par voie orale Lamisil ou Griséfuline pendant 4 semaines (avis médical recommandé car nombreuses interactions médicamenteuses. Surveillance biologique systématique pour Lamisil, si plus d'un mois de traitement pour Griséfuline).

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	# Œil rouge non traumatique	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT FAIRE

- L'œil rouge est la situation d'urgence oculaire la plus commune. La première chose à faire est de rechercher et d'éliminer un facteur traumatique car la démarche sera totalement différente.
- Examiner un œil malade commence par une comparaison avec l'œil sain, c'est simple et cela permet de mieux décrire les lésions au médecin par téléphone. Penser à rechercher un corps étranger.
- Il s'agit d'un signe d'appel fréquent et non spécifique qui va de la simple conjonctivite au glaucome aigu.
- L'anesthésiant soulage la kératite à la différence de l'uvéite.
- La conjonctivite est la cause la plus fréquente d'œil rouge mais tout œil rouge ou œil »qui pique » n'est pas forcément une conjonctivite. Elle peut être secondaire à un corps étranger superficiel méconnu : penser à le rechercher surtout quand il n'y a pas de notion de contage dans l'entourage.
- Les collyres se prescrivent une goutte toutes les 4 heures environ (4 à 6 fois/j).

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Laisser un patient utiliser un collyre anesthésique à la maison pour calmer la douleur. C'est interdit et dangereux. Ces collyres servent uniquement à l'anesthésie locale, leur utilisation répétée peut donner lieu à des lésions irréversibles de la cornée.
- Laisser repartir un patient avec un collyre antiseptique sans avoir au préalable recherché une baisse de la vision.
- Donner une pommade ou collyre contenant des corticoïdes, sauf prescription médicale.
- Les collyres ouverts peuvent se garder un mois pour le même malade. Par contre ne pas réutiliser un collyre ouvert pour des malades différents.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Signes majeurs	Symptômes	Diagnostic	Traitement
Dilatation fixe de la **pupille**	Perte de vision en quelques heures ; **Œil rouge très douloureux, « dur » ;** Parfois nausées, céphalées. Semi-mydriase peu réactive Aspect dépoli de la cornée	**Glaucome aigu**	**Référer médecin immédiatement** **Antalgie** voie générale. Eventuelle **perfusion de Mannitol** sur prescription de l'Ophtalmologue.
Pupille en myosis (pointe d'aiguille) avec une cornée transparente et un reflet brillant	Baisse de l'acuité visuelle **Œil rouge avec douleur intense** et photophobie.	**Uvéite**	**Référer médecin** **Eliminer un traumatisme.** **Antalgie** voie générale.
Cornée présentant une ou des **opacités fixant la fluorescéine**	Baisse de l'acuité visuelle ; - Douleur ++ circonscrite à l'œil qui est rouge avec sensation de corps étranger, larmoiement Rechercher abcès de cornée (point blanc)	**Kératite aigue**	**Référer médecin** **Lavage NaCL toutes les heures** **Pommade antibiotique** 2 fois/j 3j. **TTT Anti-herpétique (si disponible)** local ou voie orale sur prescription de l'Ophtalmologue
Rougeur prédominant dans les **culs de sac conjonctivaux**	**Œil rouge non douloureux,** Vision intacte ; Sensation de gêne ; paupières collées au réveil, gonflées, parfois écoulement aqueux (allergie) ou purulent.	**Conjonctivite** virale (écoulement claire) ou bactérienne (unilat, écoulement sale) ou allergique (dans ce cas, prurit souvent associé et/ou eczéma des paupières).	1. Nettoyage au NaCL **(c. virale) ET collyre antiseptique (c. bactérienne)** 2. Si notion **d'allergie connue** : antihistaminique par voie générale. 3.**Référer médecin** si **évolution** défavorable à J2 ou modification des symptomes (quelque soit le délai : altération acuité visuelle, par ex)
Aspect de **flaque rouge sous la conjonctive**	**Œil rouge non douloureux ; Vision intacte.**	**Hémorragie sous conjonctivale**	1. Vérifier l'**absence de traumatisme**, **d'HTA** ou de **troubles de la coagulation.** 2. **Pas de traitement**, l'hémorragie s'élimine spontanément en 3 à 6 semaines

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2 Validation : COTEPRO Date : 2025
	# Œil rouge traumatique	

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Toute atteinte de l'œil par projection d'éléments solides (débris, limaille de fer, éclats de verre etc.) ou chimiques (produits industriels, ménagers) constitue un traumatisme. Le traumatisme peut aussi résulter d'une contusion (balle de tennis, coup de poing) ou d'une exposition à un rayonnement (radiations, arc électrique, soleil).
- la gravité d'un traumatisme est très variable, et seul un examen attentif peut noter les différentes parties de l'œil atteintes.
- Une absence de douleur n'est pas un critère de bénignité. L'œil est fait pour voir : un traumatisme sévère entraîne en général, une baisse de la vision.
- Penser systématiquement à la possibilité de plaie pénétrante en cas de bris de verre, de projections de corps étranger (accident du travail), de jeux d'enfants (carabines, fléchettes, harpons), d'arme à feu (plomb) : au moindre doute, il faut référer.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Pour examiner un œil traumatique : mettre une goutte de collyre anesthésique local avant l'examen.
- Systématiquement comparer l'examen avec l'œil sain et apprécier l'acuité visuelle.
- Utiliser une bonne lumière et un verre grossissant ; l'otoscope (avec une pile neuve) est très adapté à ce type d'examen.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Laisser un patient utiliser un collyre anesthésique à la maison pour calmer la douleur. C'est interdit et dangereux. Ces collyres servent uniquement à l'anesthésie locale, leur utilisation répétée peut donner lieu à des lésions irréversibles de la cornée.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Type d'accident	Symptômes	Diagnostic	Traitement
Projection d'un élément entraînant une **plaie perforante** de l'œil : explosion	La douleur n'est pas un signe constant (se méfier !); pupille déformée (n'est plus ronde) ; baisse fréquente de l'acuité visuelle; parfois blessure de la paupière associée	Traumatisme perforant	1. **Référer immédiatement médecin** 2. **Hospitalisation** OPH urgente 3. **Antalgie** voie générale
Projection de produits chimiques	Baisse de vision juste après l'accident ; **Œil rouge très douloureux avec œdème des paupières et rougeur ++ des conjonctives ; Cornée terne et d'aspect rugueux, la pupille peut être visible** ou non	Brûlure chimique (plus grave si produit basique – pH > 7)	1. **Lavages abondant**s de l'œil (et du visage) avec de l'eau (potable si possible) pendant **20 minutes**. 2. **Antalgiques** voie générale 3. **Référer médecin**
Coup d'arc ou exposition prolongée au soleil	**Œil rouge avec douleur** (souvent décalée de 10 heures), larmoiement et photophobie ; acuité visuelle normale.	Photo-traumatisme	1. **Guérison spontanée** en 3-4j 2. **Antalgiques** voie générale 3. **Pansement oculaire** avec une pommade antibiotique (rifamycine pommade) 2fois/j – 3j (soulagement mécanique) + pommade cicatrisante (vit A ophtalmique) + le soir 4. Eviter l'exposition à lumière 5. Prévention : protection des yeux

Projection de débris dans l'œil	Douleur circonscrite à l'œil qui est rouge avec larmoiement et photophobie ; La douleur est augmentée par le clignement de la paupière. Recherche d'une érosion de la cornée : coloration localisé (verte si ophtalmoscope), fixée de la cornée après l'instillation d'une goutte de collyre à la fluorescéine.	Erosion de l'épithélium cornéen Corps étranger fixé sur la cornée	1. **Lavage de l'œil** au sérumphysiologique 2. **Recherche du corps étranger** (sur la cornée, sous la paupière supérieure, dans le cul de sac conjonctival inférieur) : 3. **Ablation du corps étranger** avec une éponge montée stérile (ou un coin de compresse stérile) après instillation d'une goutte de collyre anesthésiant. 4. **Pommade antibiotique** (rifamycine pommade) sous pansement occlusif le 1er jour puis 2fois/j 3j 5. Correcteur des sécheresses lacrymales à la demande (soulagement mécanique) 6. **Lavage NaCl unidose dès que sécrétions sales** 7. **Référer médecin**
Choc sur l'œil sans plaie	Le patient ferme les yeux ; pupille réactive ; peu ou pas de photophobie ; parfois hémorragie sous conjonctivale bénigne. **Œdème de la paupière si choc violent.** Facteur de gravité si niveau de sang visible en arrière de la cornée (hyphéma).	Contusion	L'examen doit se faire avec précaution surtout s'il y a œdème palpébral (on ne sait pas ce qu'il y a dessous). **- Collyre antiseptique** **Antalgie** voie générale **Revoir le patient** le lendemain. **Si choc** par élément de petit diamètre à forte vitesse (balle de golfe, pistolet à plomb, bouchon champagne) et douleur importante : **Référer médecin**

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Oreille	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Le mouchage du nez et la désobstruction nasale en général sont des gestes majeurs de prévention et de traitement des otites moyennes aiguës et chroniques. En effet, la désobstruction du nez favorise la ventilation et le drainage de la trompe d'eustache et donc de l'oreille moyenne.
- Tout enfant malade doit bénéficier d'un examen des oreilles.
- Tout enfant ayant des difficultés de langage doit impérativement bénéficier d'une consultation ORL à la recherche d'une hypoacousie ou d'une surdité. Le dépistage des difficultés de langage fait partie de l'examen systématique de protection infantile et de médecine scolaire.

Otite externe :

- C'est une inflammation et/ou infection cutanée du conduit auditif externe. Il s'agit le plus souvent d'une infection microbienne, mycosique ou d'un eczéma.
- Il existe une douleur de l'oreille aggravée par la traction du pavillon et la mastication, et un prurit du conduit. L'examen montre un conduit inflammatoire parfois purulent et dans les cas évolués d'une inflammation autour de l'oreille.
- La présence dans le conduit de dépôts ressemblant à de la moisissure est en faveur d'une mycose.

Otite moyenne aiguë :

- C'est une infection aiguë de l'oreille moyenne (derrière le tympan). Il existe en général une Rhino-pharyngite associée, de la fièvre, une douleur de l'oreille (chez le petit enfant la douleur se traduit par une agitation et des pleurs) parfois des symptômes abdominaux.
- Le tympan est rouge, bombé. Si le tympan est trop bombé, il peut se perforer laissant échapper du pus. Il s'agit alors d'une forme de guérison, le tympan devant se cicatriser en moins de 3 mois.

Otite moyenne chronique à tympan ouvert :

- C'est une inflammation chronique de l'oreille moyenne avec une perforation du tympan existante depuis plus de 3 mois. Il s'agit la plupart du temps d'une otite moyenne aiguë perforée n'arrivant pas à cicatriser.
- Il existe fréquemment un écoulement de pus du à la surinfection de l'oreille moyenne.

Otite moyenne chronique à tympan fermé ou otite séro-muqueuse :

- C'est une inflammation chronique de l'oreille moyenne avec un épanchement derrière le tympan fermé, due à des infections à répétition et à une mauvaise ventilation de la trompe d'eustache. Il n'existe pas de fièvre ni douleur.
- Le signe principal est une baisse de l'audition se traduisant par des difficultés scolaires ou un retard de langage. Le tympan est dépoli, rétracté. Le diagnostic est difficile, et nécessite des examens spécialisés.

Otorrhée : C'est un écoulement de pus visible dans le conduit. Il peut s'agir d'une otite externe, d'une otite moyenne aiguë venant de se perforer ou d'une otite moyenne chronique à tympan ouvert.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

Conseiller l'usage régulier des cotons tiges, c'est un facteur d'irritation responsable d'otites externes. Le cérumen est normal et doit être nettoyé avec de l'eau (pommeau de douche ou poire en silicone)

Mettre un traitement ototoxique contenant un aminoside (Polydexa par ex…) dans une oreille avec tympan perforé, ou dans une oreille ou l'on ne voit pas le tympan, sauf sur avis médical.

RECONNAITRE ET TRAITER

Pour vous aider à reconnaître les différentes pathologies de l'oreille répondez à 5 questions :

1. Cela fait-il mal ?
2. Existe-t- il une rhino-pharyngite ?
3. Existe-t- il de la fièvre ?
4. Existe-t- il un trou dans le tympan et des écoulements de pus itératifs ?
5. Existe-t- il des difficultés scolaires ou de langage ?

Le traitement courant des otites nécessite l'usage de 4 médicaments : PARACETAMOL, AMOXICILLINE, QUINOLONES en gouttes auriculaire (Ofloxacine auriculaire), association antibiotique/corticoïde en gouttes auriculaire (POLYDEXA…) et de 2 gestes : nettoyage d'une otorrhée, pose d'une mèche. En cas de douleur c.f. protocole antalgies.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Signes majeurs	Diagnostic	Traitement
Douleur sans fièvre ni rhino-pharyngite sans perforation tympanique		1. **Paracétamol** si douleur ; 2. **Nettoyer** délicatement l'otorrhée si elle est abondante ; 3. **Faire un bain d'oreille** de Polydexa 2 fois par jour pendant 5 à 7 jours si tympan fermé 4. **Mécher l'oreille** les 3 premiers jours (en continu), l'humidifier **(avec un POP)** avec du Polydexa plusieurs fois par jour puis traitement pendant 7j sans mèche. 5. Si extension de l'infection autour de l'oreille ou douleur ne cédant pas au bout de 7j (risque d'otite externe maligne, surtout chez les diabétiques) **Amoxicilline** ou Macrolide (cf. protocole « Utilisation des antibiotiques en pratique courante **»)** et corticoides. 6. Les otites externes d'aspect mycosiques (pas de sténose du conduit) nécessitent un avis médical
Douleur avec rhino- pharyngite +/- fièvre	**Otite moyenne aiguë** . Le traitement antibiotique n'est pas urgent. Si l'on n'est pas certain du diagnostic d'otite moyenne aigüe on peut revoir l'enfant 24 à 48h plus tard pour contrôler l'évolution et réexaminer le tympan.	**Paracétamol** **Désobstruction nasale** **Amoxicilline** 80mg/kg/j ou 1g*3/j chez l'adulte : pendant 5 jours (10 jours si otorrhée, otite récidivante ou <2 ans) Toujours chez l'enfant de moins de 2 ans enfant de + de 2 ans si symptomes importants en cas d'allergie à l'Amoxicilline, cefpodoxime susp buvable 8mg/kg/j, 10j <2 ans, 5j >2 ans - 4. **Si syndrome otite-conjonctivite** : amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/jour, sans dépasser 3 g par jour, pendant **5 jours**.
Pas de douleur avec une perforation du tympan et des écoulements de pus itératifs	**Otite moyenne chronique à tympan ouvert**	- **Nettoyer** délicatement l'otorrhée ; - **Faire un bain d'oreille** d'ofloxacine auriculaire matin et soir pendant 5 à 7 jours. Un méchage imprégné d'ofloxacine auriculaire le 1er jour est plus efficace; - Les antibiotiques par voie générale ne sont pas indiqués. - Les perforations du tympan de petites tailles peuvent cicatriser spontanément en l'absence d'otorrhée et de bains de mer. - Dans les autres cas un avis ORL est nécessaire. - La bonne ventilation de la trompe d'eustache et le mouchage permettent de réduire la fréquence des otorrhées.
Pas de douleur avec des difficultés scolaires ou de langage	**Otite séro-muqueuse**	- **C'est l'affaire du spécialiste**. Toute suspicion d'otite séro-muqueuse doit être adressée à l'ORL. - Néanmoins la bonne ventilation de la trompe d'eustache et le mouchage permettent de réduire la fréquence des otorrhées.
Cas particulier de **l'insecte coincé** dans le conduit auditif	C'est parfois très mal supporté si l'insecte est toujours vivant.	- En décubitus latéral remplir l'oreille d'eau oxygénée jusqu'à débordement. Attendre 10mn, l'insecte sort spontanément - **Si échec paralyser l'insecte** avec une à deux gouttes de Xylocaine puis lavage d'oreille

Des spécifiques

Soins	Indications	Techniques
Comment nettoyer une otorrhée?	Le nettoyage d'une otorrhée est indispensable pour voir le tympan ou avant de traiter par des gouttes auriculaires. En effet le traitement local sera beaucoup moins efficace s'il est mélangé à du pus. La meilleure technique reste l'aspiration, mais elle demande une grande minutie, du matériel particulier et une formation. En l'absence, le nettoyage à l'aide de papier absorbant (mouchoir en papier, serviette en papier) est une alternative intéressante.	Entortiller un morceau de papier absorbant d'environ 3 cm de long ; L'introduire délicatement mais profondément dans le conduit en tournant doucement ; Attendre environ deux minutes pour l'absorption et retirer ; Recommencer jusqu'à retrait d'un papier propre.
Comment mécher une oreille?	L'intérêt du méchage est de permettre un contact prolongé du traitement local. Utiliser une mèche sèche ne sert à rien et ne fait qu'irriter le conduit.	1. Utiliser un otodrain (POP) ou une compresse coupée à la bonne taille ; 2. L'introduire délicatement et profondément dans le conduit ; 3. L'imprégner toutes les 3 heures environ avec le traitement. Le risque du méchage est l'oubli de la mèche dans l'oreille, devenant un corps étranger pouvant se sur infecter. On ne doit mécher que si l'on est sûr de pouvoir revoir le patient.
Quand et comment laver une oreille ?	Présence de débris ou corps étrangers ne permettent pas de voir le tympan d'une oreille malade. Présence d'un corps **étranger.** Présence d'un bouchon d'oreille gênant l'audition.	1. Utiliser un cathéter veineux de gros calibre, jeter l'aiguille en conservant la partie plastique 2. Laver avec une seringue d'eau tiédie savonneuse. Le jet d'eau doit être dirigé vers l'arrière de la tête 3. En cas de bouchon on peut utiliser de l'Acérumen ou équivalent pendant quelques jours avant le lavage.
Que faire devant un bouchon d'oreille ?	Le cérumen est un produit important à respecter. Il a une action bactéricide et protège donc contre les infections.	Le bouchon ne doit être enlevé que dans deux situations : examen impossible du tympan en cas de pathologie, bouchon douloureux ou gênant l'audition (avec le lavage ou le laçot)
Comment utiliser correctement des gouttes auriculaires ?		1. Premier principe : Le traitement auriculaire doit être utilisé sur une oreille propre sans débris ni otorrhée. 2. Deuxième principe : Le liquide doit pénétrer au fond de l'oreille : tirer le pavillon à plusieurs reprises après introduction du liquide afin d'ouvrir et de verticaliser le conduit auditif. 3. Troisième principe : Le temps de contact avec l'oreille doit être le plus long possible en utilisant soit la technique de méchage, soit la technique du bain d'oreille (patient allongé sur le coté opposé pendant 10 mn après introduction du traitement dans l'oreille). 4. Quatrième principe : La quantité de liquide doit être adaptée à la pathologie. **Otite externe** : le liquide doit remplir entièrement le conduit et être visible à l'orifice du conduit. **Otite moyenne chronique** : utiliser au moins 10 gouttes (soit la totalité de la dosette d'Ofloxacine).

	MÉDECINE ADULTE	
	Piqûre de poisson pierre – cf document BVS 2018 (DD)	**Version :** 2 **Validation :** COTEPRO **Date :** 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Le Nohu ou poisson pierre (Synanceia verrucosa) possède 13 épines dorsales dotées à leur base de glandes à venin. Il possède également des épines venimeuses sur les nageoires pelviennes et anales. Il se cache parmi les rochers, les coraux, le sable avec lesquels il se confond. Après une piqûre, on distingue des signes locaux et généraux importants.

TRAITEMENT A ENVISAGER SELON LES SITUATIONS

Symptômes et signes	Prévention et prophylaxie	Taitement
Signes locaux : - douleur d'une rare intensité souvent syncopale, - **œdème,** - phlyctènes hémorragiques évolution fréquente vers la nécrose avec risque de surinfection bactérienne. **+** **Signes généraux** : - troubles sensitifs, - convulsions, - paralysies, - accidents cardiaques et respiratoires pouvant entraîner la mort.	Soustraire le patient au milieu marin (risque de noyade). Le venin est thermolabile. Attention **à** ne pas **ébouillanter votre patient** ! Attention à ne pas brûler votre patient ! Lutter contre la douleur souvent intense. Explorer la plaie à la recherche d'un corps **étranger.** Prévention des surinfections. Prévention du tétanos : vérifier le statut vaccinal du patient. Surveillance clinique locale dans les jours qui suivent l'accident afin de surveiller l'apparition de nécroses superficielles et profondes nécessitant parfois un traitement chirurgical précoce.	- En cas d'arrêt cardio-respiratoire, débuter immédiatement une réanimation. - Immerger la partie du corps concernée dans de l'eau chaude (45 degrés) le plus longtemps possible (au moins une heure). - En l'absence d'eau chaude, approcher une cigarette allumée près de la piqûre ou tortillon incandescent. - Anesthésie locale à la xylocaïne 1% sans vasoconstricteur et non adrénalinée. Cette mesure ne sera pas appliquée avant la thermolyse du venin (risque de brûlures +++). - Antalgiques de palier II voire III (classification OMS) sont parfois nécessaires (**cf. protocole « antalgiques »).** - Désinfection locale et antibioprophylaxie par Macrolide (**cf. protocole « Utilisation des antibiotiques en pratique courante »).** - Pansement dakin non serré. - Injecter SAT puis VAT (**cf. protocole « Risque tétanique ».**

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Plaies et cicatrisation	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La prise en charge d'une plaie ne se résume pas à sa fermeture et donc à une suture. Contrairement à une idée reçue, apprendre à suturer une plaie est simple et rapide, apprendre à apprécier la gravité d'une plaie est bien plus important et plus difficile.
- Chaque plaie doit donner lieu à l'établissement d'un véritable bilan lésionnel. Ce bilan lésionnel doit permettre au soignant de prendre une décision de prise en charge locale ou d'appel au médecin pour conseil et transfert éventuel vers le chirurgien.
- Le bilan lésionnel apprécie la localisation de la plaie, sa profondeur et l'existence visible ou supposée de lésion des tendons, muscles, articulations, vaisseaux sanguins, trajets nerveux, organes nobles... Une exploration de la plaie est donc toujours nécessaire, le plus souvent sous anesthésie locale afin de pouvoir travailler dans de bonnes conditions.
- La deuxième étape consiste à apprécier le risque infectieux en fonction du mécanisme de la plaie et du délai de prise en charge. Chaque niveau de risque infectieux nécessitera une prise en charge spécifique.
- La troisième étape consiste à apprécier le risque tétanique.
- Les conduites à tenir en fonction du bilan lésionnel et de l'évaluation du risque infectieux sont présentés dans le tableau ci dessous.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Suturer une plaie sans avoir au préalable effectué une exploration de la plaie et déterminé le bilan lésionnel et le risque infectieux.

RECOMMANDATIONS

- L'évaluation du risque tétanique et la vérification de la vaccination tétanique est toujours obligatoire.
- Se référer à la fiche « risque tétanique » de ce classeur de protocoles.

TRAITEMENT SELON LE TYPE DE PLAIE

Type de plaie	Localisation	Traitement
Plaie nette, vue avant la 6°heure, non profonde ; Pas de signes infectieux ; Pas de facteur de risque infectieux.	Toute localisation sauf plaie siégeant au niveau de l'abdomen, du cou, du thorax, de la racine d'un membre ou des organes génitaux.	1. **Nettoyage** solution nettoyante antiseptique, **rinçage** sérum physiologique, **désinfection** solution antiseptique. 2. **Pas d'antibiotique**. 3. **Suture si nécessaire.** 4. **Surveillance cicatrisation**.
Plaie souillée ou fortement contaminée ou risque infectieux (ex : diabète).	Toute localisation sauf plaie siégeant au niveau de l'abdomen, du cou, du thorax, de la racine d'un membre ou des organes génitaux.	1. **Nettoyage** solution nettoyante 2. antiseptique, **rinçage** sérum physiologique, **désinfection** solution antiseptique. 3. **Suture différée à 3 jours** si souillure importante (appel médecin pour avis). 4. **Antibiothérapie préventive** Pénicilline M ou Macrolide 6 j (Amoxicilline/ac.clavulanique si diabète).
Plaie par morsure humaine ou animale.	Toute localisation sauf plaie siégeant au niveau de l'abdomen, du cou, du thorax, de la racine d'un membre ou des organes génitaux.	1. **Nettoyage soigneux** solution nettoyante antiseptique, rinçage sérum physiologique, désinfection solution antiseptique. 2. **Abstention de suture** dans les localisations sans conséquence esthétique. 3. **Antibiothérapie préventive** : Amoxicilline /ac.clavulanique 5j Macrolide si allergie à la Penicilline.
Plaie vue tardivement **après la 6° heure.**	Toute localisation sauf plaie siégeant au niveau de l'abdomen, du cou, du thorax, de la racine d'un membre ou des organes génitaux.	1. **Nettoyage soigneux** solution nettoyante antiseptique, **rinçage** sérum physiologique, **désinfection** solution antiseptique. 2. **Suture différée à 3 jours** si plaie souillée, contuse ou si plaie de plus de 24 h (appel médecin pour avis).
Tous les **autres types de plaie** - en regard d'un trajet vasculaire, tendineux ou nerveux. - Plaie profonde avec exposition de structures tendineuses, articulaires ou osseuses. - Plaie pénétrante par arme blanche ou par arme à feu.	Toutes localisations	**Référer médecin**
Toutes plaies.	Plaie siégeant au niveau - abdomen, - cou, - thorax, - racine d'un membre, - organes génitaux, - un orifice naturel.	**Référer médecin**

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Prurit	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La peau est un organe complexe et fragile, enveloppe protégeant le corps des agressions extérieures. La peau joue un rôle majeur dans la thermorégulation, la perception et synthétise la Vitamine D qui participe à la formation osseuse.
- La sécheresse de la peau peut à elle seule être responsable de prurit, mais peut aussi retarder la guérison d'autres causes de prurit.
- Tout produit appliqué sur la peau, peut détériorer son équilibre et son organisation, et être source de symptômes dont le prurit.
- La surface cutanée n'est pas stérile. De nombreuses bactéries non pathogènes y sont « résidentes ». Elles participent à l'hydratation de la peau et empêchent le développement des bactéries pathogènes.
- Il est important d'avoir une peau hydratée, mais l'eau n'hydrate pas la peau. Hydrater la peau consiste à appliquer des émollients. L'hydratation de la peau passe également par l'hydratation générale du corps.
- Dans les prurits par pathologie cutanée, une libération d'histamine peut parfois être constatée. Aussi les antihistaminiques ne sont pas efficaces sur tous les prurits. Ils sont parfois efficaces par leurs effets sédatifs qui permettent aux patients de mieux dormir malgré le prurit.
- En milieu tropical, la peau doit être « aérée » afin de permettre l'évacuation de la sueur. L'absence d'évacuation de la sueur favorise la bourbouille source de prurit notamment chez le bébé.
- Les ongles longs (et sales) sont d'évidence un facteur d'aggravation du prurit et responsables de la plupart des surinfections. La surinfection cutanée favorise la persistance de l'eczéma, mais surtout peut être à l'origine de sepsis grave engageant le pronostic vital.
- Le prurit peut être dû à une pathologie cutanée (sécheresse, inflammation, infection) mais aussi à une multitude de pathologie autre : exemple neurologique (« fausse » perception de prurit comme la ciguatera), maladie rénale chronique, parasitose, tumeur, pathologie psychiatrique, etc.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Vérifier l'ensemble de l'état cutané du patient
- Utiliser l'arbre décisionnel
- Utiliser une démarche de test thérapeutique si besoin
- Prendre des photos et demander un avis en cas de non-amélioration
- Si suspicion d'infection, se référer au chapitre Infection cutanée.
- Savoir utiliser les quatre traitements disponibles et utiles :
  - Traitement contre la gale : **Il est possible de traiter de manière probabiliste toute personne qui se gratte** (traitement d'épreuve) soit oral en dose unique, ou soit cutané en lotion ou crème sur tout le corps. Bien respecter le protocole spécifique établi, cf chapitre Gale. Traiter tous les habitants permanents de la maison en même temps, le même jour. Traiter le linge le même jour. Ne pas hésiter à rechercher et traiter des personnes symptomatiques dans l'entourage proche.
  - Antimycosique local : la plupart des infections cutanées mycosiques nécessitent au moins deux semaines de traitement une application matin et soir, parfois jusqu'à deux mois. Organiser le suivi thérapeutique et prévoir un stock suffisant.
  - Antihistaminiques par voie générale (DESLORATADINE par la PharmAppro) : non indiqués avant l'âge de 1 an. Prescription prudente car plusieurs effets indésirables, notamment cardiaque rares, mais grave (Torsade de pointe). Ne calme pas le prurit dans tous les cas. L'effet sédatif peut être utile la nuit. Les antihistaminiques de $2^{ème}$ génération ont moins d'effets indésirables sédatifs.
- Dermocorticoïdes :
  - Ne pas dépasser 5 jours de traitement. Le traitement dégressif n'est pas nécessaire.
  - A renouveler au début de chaque poussée en cas d'eczéma atopique.
  - A utiliser sur de petites surfaces localisées, sinon risque de passage systémique.
  - 4 classes de très fort à modéré.
  - Ne pas utiliser les classes très fortes en raison des effets indésirables.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Appliquer tout et n'importe quoi sur la peau sans savoir, en bricolant toutes sortes de traitements successifs. La peau doit être respectée.
- Appliquer des antibiotiques cutanés n'est jamais recommandé. C'est source de dégradation de la peau, d'irritation locale et donc de prurit secondaire et d'apparition de résistance bactérienne.
- Appliquer des antiseptiques sur la peau sans réflexion, pendant des jours. C'est indiqué seulement dans certains cas.
- Persister dans ses erreurs malgré l'absence d'amélioration, sans demander d'avis.

CE QU'IL FAUT EXPLIQUER

- Boire beaucoup d'eau ;
- Se couper les ongles ;
- Se déshabiller, aérer la peau, enlever les couches ;
- Hydrater la peau à l'aide d'huile de Tamanu, de Vaseline ou de Monoi.

	MÉDECINE ADULTE	
	Réaction allergique ou anaphylactique	**Version :** 2 **Validation :** COTEPRO **Date :** 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Cet item a pour but de rechercher et identifier les éléments faisant évoquer une allergie probable, de faciliter le diagnostic précoce de cette réaction d'hypersensibilité et la prise en charge du patient présentant une réaction anaphylactique.
- L'allergie est une réaction d'hypersensibilité immunologique en réponse à la présence d'allergènes (antigènes) entrainant la production d'IgE chez les individus génétiquement prédisposés.
- Les manifestations cliniques en relation avec une hypersensibilité immunologique sont multiples. Les signes cutanéomuqueux sont fréquents (84 %) et évocateurs. Ils peuvent toutefois être absents, en particulier lors du collapsus inaugural de l'adulte et dans environ 15 % des anaphylaxies de l'enfant.

Symptômes et fréquence	
Signes subjectifs prodromiques et autres	• Sensation de malaise, d'angoisse, de chaleur ou de mort imminente • Goût métallique dans la bouche • Prurit palmoplantaire
Signes cutanéomuqueux (84 % des cas)	• Érythème ou rash cutané • Éruption maculopapuleuse, urticaire superficielle • Urticaire profonde (angiooedème), souvent mieux visible sur les zones où la peau est fine (paupières, oreilles) • Paresthésies de l'oropharynx • Œdème des lèvres, de la langue ou de la luette • Larmoiement, hyperhémie conjonctivale
Signes cardiovasculaires (72 % des cas)	• Tachycardie, bradycardie (réflexe de BezoldJarisch), arythmie, palpitations • Hypotension, collapsus, choc, perte de connaissance • Douleur thoracique, troubles de la repolarisation • Troubles de conduction • Arrêt cardiaque
Signes respiratoires (68 % des cas)	• Voies aériennes supérieures : rhinorrhée, congestion nasale, toux sèche, éternuements, prurit et gêne pharyngés, dysphonie, enrouement, dyspnée laryngée, stridor • Voies aériennes inférieures : polypnée ou bradypnée, dyspnée, toux, bronchospasme, baisse du débit expiratoire de pointe, gêne thoracique, difficulté à parler • Cyanose, arrêt respiratoire
Signes digestifs (45 % des cas)	• Douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhées, dysphagie • Régurgitations chez le nourrisson
Signes neurologiques (15 % des cas)	• Confusion, modification du comportement, irritabilité, céphalées • Agitation, vertige • Somnolence, léthargie chez le nourrisson • Altération de la vigilance, convulsions

- L'anaphylaxie est une réaction d'hypersensibilité (ou allergie) rapidement évolutive qui se caractérise par l'installation brutale de symptômes concernant plusieurs organes quelques minutes à quelques heures après l'exposition à un facteur déclenchant. Elle peut être sévère et engager le pronostic vital.
- Il n'existe pas de facteurs prédictifs de la gravité de l'anaphylaxie en début d'évolution. Toutefois, plus les manifestations apparaissent précocement après le contact avec le facteur déclenchant, plus la sévérité est importante.

DIAGNOSTIQUER ET EVALUER LA GRAVITE

Chercher à savoir :
- les antécédents allergiques
- la nature, le délai d'apparition et la rapidité d'évolution des signes cliniques
- l'exposition à un allergène

Prioriser :

1. Allergie simple :

a. Réaction cutanéomuqueuse d'apparition récente, non évolutive

- Éruption cutanée isolée provoquée par l'exposition à un allergène
- Œdème de la face sans dyspnée, ni trouble de la déglutition, ni modification de la voix
- Œdème local après piqûre d'hyménoptère

b. Réaction cutanéomuqueuse évolutive sans critère d'anaphylaxie

2. Anaphylaxie : Le diagnostic de l'anaphylaxie est clinique et repose sur l'utilisation des critères de Sampson et al. Les manifestations cutanéomuqueuses isolées ne constituent pas une anaphylaxie.

Critères de Sampson et al. Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement
Installation aiguë (minutes à quelques heures) d'une **atteinte cutanéomuqueuse** de type urticarienne a **ET au moins un** des éléments suivants : • Atteinte respiratoire b • Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes c
Au moins deux des éléments suivants apparaissant rapidement après exposition à un **probable allergène** pour ce patient (minutes à quelques heures) : • Atteinte cutanéomuqueuse a • Atteinte respiratoire b • Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes c • Signes gastrointestinaux persistants d (douleurs abdominales, vomissements, etc.)
Hypotension artérielle après exposition à un **allergène** connu pour ce patient (minutes à quelques heures) : • De 1 mois à 1 an, PAS < 70 mmHg • De 1 à 10 ans, PAS < 70 + (2 × âge) mmHg • De 11 à 17 ans, PAS < 90 mmHg • Adulte, PAS < 90 mmHg ou baisse de plus de 30 % par rapport à sa valeur habituelle
PAS : pression artérielle systolique. a Éruption généralisée, prurit, flush, oedème des lèvres, de la langue ou de la luette, etc. b Dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe, etc. c Syncope, collapsus, hypotonie, incontinence. d Le groupe propose d'entendre par « persistant » une symptomatologie encore présente au moment du contact médical.

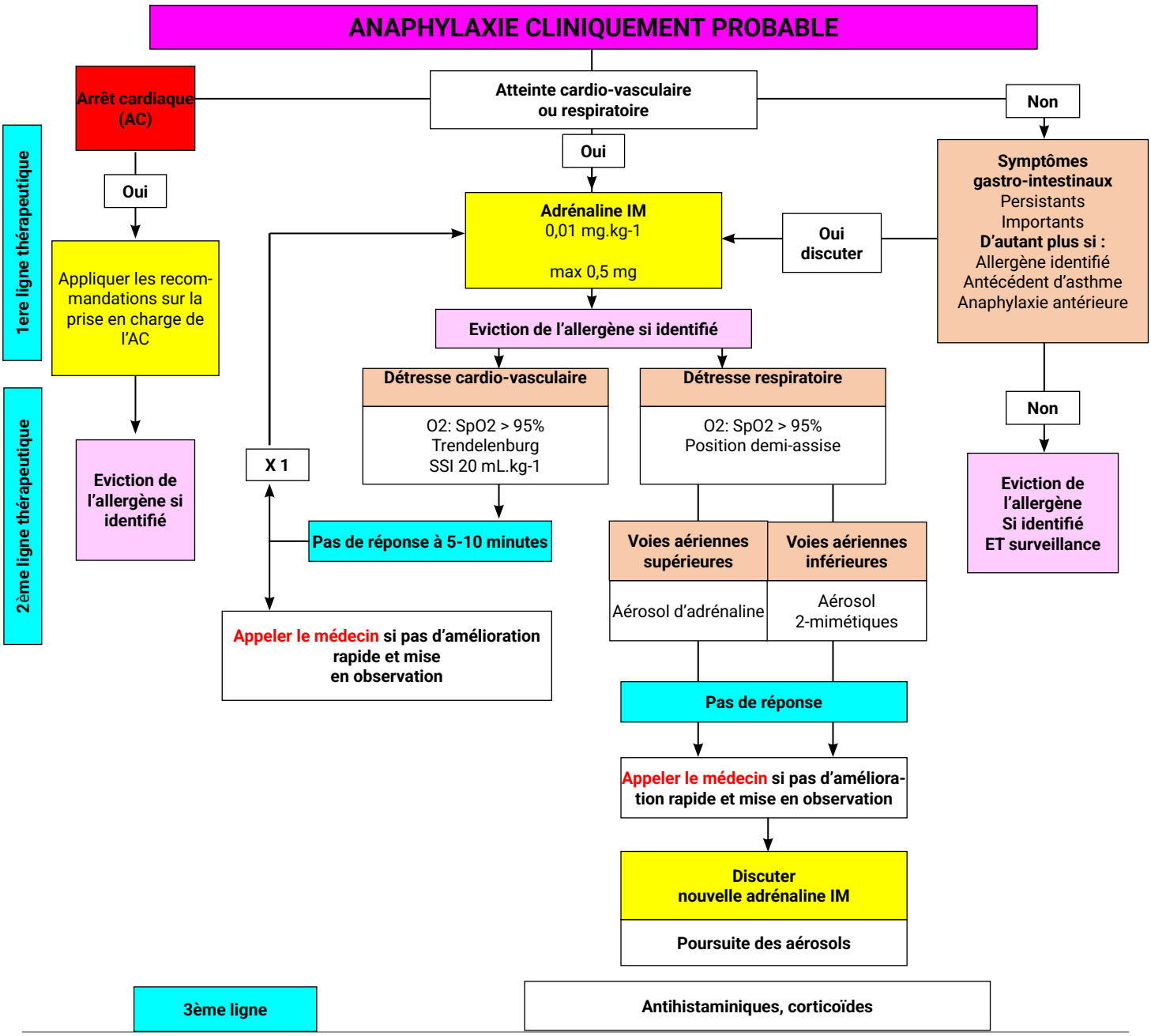
3. ACR sur probable choc anaphylactique

CE QU'IL FAUT FAIRE

- **Classer** les situations selon les critères **diagnostiques**
- **Eviction de l'allergène** : arrêter une perfusion, éviter tout contact avec du latex, ne pas provoquer de vomissements en cas d'ingestion. En cas de piqûre d'hyménoptère, l'ablation du dard est sujette à discussion
- **Rassurer**, ne pas laisser le patient seul et **surveiller** l'évolution des symptômes.
- Inviter à faire prendre une **position** d'attente adaptée : respecter la position de confort du patient
  - position demi-assise si dyspnée prépondérante
  - position de Tredelenburg, décubitus dorsal avec jambes surélevées si malaise
  - position latérale de sécurité si trouble de conscience
- rechercher la présence d'un stylo autoinjectable d'adrénaline (AIA)
- Réaliser les gestes de premier secours
- Prendre des photos et demander un avis en cas de non amélioration
- Savoir utiliser les traitements disponibles en lien avec l'arbre décisionnel

MISE EN CONDITION

- Scope : surveillance continue Sp02 et mesure de la PNI toutes les 5 min
- Pose VVP en l'absence d'amélioration rapide de l'anaphylaxie
- Réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), sans retarder le traitement.



TRAITEMENTS

<table>
<tr><th colspan="4">Traitement dans la prise en charge de l'anaphylaxie chez l'enfant</th></tr>
<tr><th></th><th>Posologies</th><th>Modalités pratiques</th><th>Délai de réadministration selon la réponse clinique</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Adrénaline IM chez l'enfant</td><td colspan="2">AIA 7,5 à 25 kg : 150 µg
AIA > 25 kg : 300 µg</td><td rowspan="2">5 à 10 minutes

Appel médecin</td></tr>
<tr><td>Cf protocole de dilution
0,01 mg·kg-1
maximum 0,5 mg</td><td>IM</td></tr>
<tr><td>Aérosol d'adrénaline</td><td>Utilisation pure
E < 10 kg : 2,5 mg (2,5 ml)
E > 10 kg : 5 mg (5 ml)</td><td>Nébulisation</td><td>Appel médecin</td></tr>
<tr><td>2-mimétiques

Salbutamol</td><td>Poids < 16 kg : 2,5 mg
Poids > 16kg : 5 mg</td><td>Nébulisation</td><td>5 à 10 minutes</td></tr>
<tr><td>Expansion volémique

SSI ou Ringer lactate</td><td>20 mL.kg-1
dont 5 à 10 mL.kg-1 dans les 5 premières minutes</td><td>IV</td><td>Précautions à prendre si insuffisant cardiaque
Appel médecin</td></tr>
<tr><td>Corticoïdes

Célestène 0,05%</td><td>10 gouttes/kg</td><td>Solution buvable</td><td>1 fois/jour pendant 3 jours</td></tr>
<tr><td>Antihistaminiques

Aerius 0,5 mg/mL</td><td>1 an < E < 5 ans : 2,5 mL
6 ans < E < 12 ans : 5 mL
E > 12 ans : 10 mL</td><td>Solution buvable</td><td>1 dose par jour pendant 5 jours</td></tr>
</table>

Traitement dans la prise en charge de l'anaphylaxie chez l'adulte			
	Posologies	**Modalités pratiques**	**Délai de réadministration selon la réponse clinique**
Adrénaline IM chez l'adulte	**AIA** > 25 kg : 300 µg		5 à 10 minutes Appel médecin
	Cf protocole de dilution **0,01 mg·kg-1** **maximum 0,5 mg**	IM	
Aérosol d'adrénaline	1 à 5 mg dans 5 mL	Nébulisation	Appel médecin
β2-mimétiques Salbutamol	5 mg dans 2,5 mL	Nébulisation	5 à 10 minutes
Expansion volémique SSI ou Ringer lactate	20 mL.kg-1 dont 5 à 10 mL.kg-1 dans les 5 premières minutes	IV	Précautions à prendre si IC Appel médecin
Corticoïdes Prednisolone	1 mg.kg-1 max 80 mg par prise	Comprimé per os	1 fois/jour pendant 3 jours
Antihistaminiques	Cetirizine 10 mg	Comprimé per os	1 comprimé par jour pendant 5 jours
	ADRENALINE (épinéphrine) **adrénaline ampoule 1ml =** **1 mg**	Volume à injecter en IM après dilution	
Produits	**Diluer 1 ampoule de 1 mg d'adrénaline dans 9 ml de sérum physiologique**	**Poids (kg)**	**Volume (ml)**
Enfant jusqu'à 15 ans	**Injecter 0,1 ml/kg de poids dans la face antéro-externe du quadriceps** **Répéter les injections toutes les 5 à 10 minutes si les signes respiratoires ou hémodynamiques persistent**	Enfant 5 kg 6 kg 7 kg 8 kg 9 kg 10 kg --- 11-30 kg --- 31-50 kg >50 kg	 0,5 ml 0,6 ml 0,7 ml 0,8 ml 0,9 ml 1,0 ml --- 1,5 ml --- 3 ml 5 ml
Adulte A partir de 16 ans	**Injecter 5 ml de la dilution soit 0,5 mg dans la face antéro-externe du quadriceps**. **Répéter les injections toutes les 5 à 10 minutes si les signes respiratoires ou hémodynamiques persistent**	**≥ 16 ans** **Adulte**	5 ml

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Risque tétanique	Validation : COTEPRO Date : 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Le tétanos se développe à la faveur d'une plaie cutanée contaminée par le bacille de Nicolaier *(Clostridium tetani)* à partir de son réservoir tellurique.
- L'incidence du tétanos a fortement diminué depuis la vaccination mais le taux de mortalité du tétanos reste élevé.
- En Polynésie française, il n'existe pas en 2023 de calendrier vaccinal pour l'adulte. Par conséquent, une personne qui a reçu une dose contenant 'Diphtérie-Tetanos-Poliomyélite' il y a plus de 10 ans est considérée comme "non à jour".
- La réalisation d'un TDR tétanique n'est pas recommandée.

TRAITEMENT A ENVISAGER EN FONCTION DU FACTEUR DE RISQUE

Facteur de risque	Personne à jour de ses vaccinations selon le calendrier en vigueur	Personne non à jour
Risque modéré : Plaie mineure propre, peu souillée	Pas d'injection Préciser la date du prochain rappel	Administration immédiate d'une dose de vaccin contenant la valence tétanique.
Risque important : Plaie majeure : toute plaie : étendue, ou pénétrante, ou souillée, avec corps étranger ou vue tardivement ou susceptible d'être contaminée par des germes d'origine tellurique	Pas d'injection Préciser la date du prochain rappel	Dans un bras, immunoglobulines tétaniques humaines 250 UI. Dans l'autre bras, administration d'une dose de vaccin contenant la valence tétanique.

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Utilisation des antibiotiques en pratique courante	Validation : COTEPRO Date : 2025

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES DE L'USAGE RAISONNÉ DES ANTIBIOTIQUES

- Toute suspicion d'infection doit conduire à prélever la porte d'entrée (hémocultures, ECBC, ECBU, coproculture, …) ET à demander les ATCD infectiologiques (portage BLSE, SARM, antibiotiques pris dans les 3 derniers mois, voyages à l'étranger, …)
- PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE avant réalisation des prélèvements MICROBIOLOGIQUES au bloc opératoire
- Prélever les hémocultures sur Dispositif intra vasculaire (PICCline, Chambre implantable, Voie VC, etc…) et périphériques dans le même temps et le cas échéant, noter clairement les horaires de prélèvement
- Toute antibiothérapie doit être **réévaluée à H 48-72** ou après obtention des résultats bactériologiques, avec l'aide du spécialiste concerné si besoin
- Une antibiothérapie prolongée **au-delà de 7 jours** doit être justifiée dans le dossier medical et auprès du patient
- La voie ORALE doit être privilégiée dès que possible (48h d'apyrexie, absence de vomissements)
- Éviter les traitements antibiotiques **topiques**, sauf cas particulier (traitement de l'impétigo localisé ou décolonisation nasale par MUPIROCINE)
- Les FLUOROQUINOLONES, la CLINDAMYCINE, le LINEZOLIDE et la RIFAMPICINE sont aussi efficaces par voie orale que IV
- Éviter les FLUOROQUINOLONES et privilégier une autre classe par souci d'écologie bactérienne
- Une ASSOCIATION d'antibiotiques est nécessaire pour
- Certaines bactéries : Pseudomonas, Acinetobacter, Klebsiella, Enterobacter, Serratia
- Dans le choc septique, l'endocardite, l'ostéo-arthrite
- Pas de monothérapie pour la FOSFOMYCINE, l'ACIDE FUCIDIQUE, la RIFAMPICINE et la VANCOMYCINE (notamment dans les infections à Staphylocoques)
- La CEFTRIAXONE doit être prescrite à 1 GRAMME/j IV ou IM sauf cas particuliers
- Les AMINOSIDES sont à prescrire en PSE de 30 minutes en 1 seule fois par 21h. S'ils doivent être prescrits plus de 48 heures, ils doivent être dosés (pic + résiduelle) et la dose doit être adaptée (cf MEDIBOARD)
- EN cas de SEPSIS : HEMOCULTURES et préciser sur la prescription si
  - Suspicion d'endocardite
  - Suspicion de brucelles
  - Suspicion de levures

  } Car prolongation du délai d'incubation (> 6 jours)
- Toute infection COMPLEXE, À GERMES RESISTANTS OU SUR MATÉRIEL ÉTRANGER nécessitent un avis auprès d'un référent en anti-infectieux

SITUATIONS OÙ UNE ANTIBIOTHÉRAPIE N'EST PAS RECOMMANDÉE

- Fièvre isolée (sans sepsis associé) après avoir éliminé une pathologie endémique (leptospirose, …)
- Augmentation isolée de la CRP
- Infections ORL
  - Angines : enfant < 3 ans où le TDR est inutile
  - Rhinopharyngite aiguë en l'absence d'otite et de sinusite associée
  - Sinusite maxillaire de l'adulte, en l'absence d'une symptomatologie typique, en cas d'évolution favorable sous traitement symptomatique
  - Sinusite de l'enfant dans la forme subaiguë lorsque l'évolution sous traitement symptomatique est favorable
  - OMA chez l'enfant de plus de 2 ans, et peu symptomatique
  - OMA congestive et séromuqueuse
  - Otite externe sauf otite externe maligne du diabétique
  - Otorrhée sur drain.
- Infections respiratoires basses
  - Bronchite aiguë de l'adulte sain, y compris chez les fumeurs
  - Exacerbation aiguë d'une bronchite chronique stade 1
  - Exacerbation aiguë d'une bronchite chronique obstructive stades 2 ou 3 en l'absence de franche purulence verdâtre des crachats
  - Bronchiolite du nourrisson si l'évolution est favorable en 72h et en l'absence d'otite moyenne aiguë et de pneumonie ou d'atélectasie
  - Bronchite ou trachéobronchite de l'enfant si l'évolution est favorable en 72h
- Porte d'entrée urinaire
  - Bactériurie asymptomatique (sauf grossesse) y compris sur sonde
- Porte d'entrée cutanée
  - Furoncle
  - Veinite simple
  - Abcès de paroi
  - Morsure de tiques
  - Blessure par animal marin

CE QU'IL FAUT SAVOIR UTILISER EN USAGE COURANT

En cas d'urgence :

Posologie des molécules de l'URGENCE proposées (fonction rénale normale)			
MOLECULE	**ADULTE**	**ENFANT**	**VOIE ADMN**
ceftriaxone	**2 grammes/24h** (réévaluer la dose dès le lendemain – 1 g peut suffire hors méningite)	**50 mg/kg/24h** (jusqu'à 100 mg/kg/j si méningite)	**IV 30 minutes**
gentamicine	**7 mg/kg/24h**	**7 mg/kg/24h**	**IV 30 minutes**
clindamycine	**600 mg / 8 h**	**10 mg/kg/8h (max 1.8 g/j)**	**IV 60 minutes**
metronidazole	**7.5 mg/kg/6h (max 4g/j)**	**7.5 mg/kg/6h (max 4g/j)**	**IV 60 minutes**

POSOLOGIES pour 1 adulte ou un enfant avec une fonction rénale normale et un IMC < 30

ADAPTER LA POSOLOGIE pour IMC > 30 (adulte et enfant): calculer la dose en fonction du poids ajusté

- FEMME / fille : **P idéal** = 45.4 + 0.89 (Taille (cm) – 152.4)
- HOMME / garçon : **P idéal** = 49.9 + 0.89 (Taille (cm) – 152.4)
- **Poids ajusté = Poids idéal + Fc (Poids réel – Poids idéal)**

Fc : facteur de correction [0.3 pour la ceftriaxone, 0.4 pour a gentamicine]

En dehors de l'urgence, médicaments usuels en pratique courante :

Posologie usuelle des molécules principales proposées (fonction rénale normale) TOUJOURS APRES LES REPAS (VENTRE PLEIN sauf mention spéciale)			
MOLECULE	**ADULTE**	**ENFANT**	**VOIE ADMN**
amoxicilline	1 gramme matin, midi et soir MAX : 2 grammes matin, midi et soir	30 mg/kg matin, midi et soir (Sans dépasser 100 mg/kg/24 h en l'absence d'avis spécialisé)	po
Amoxicilline/acide clavulanique	1 g/125 mg matin, midi et soir	30 mg/kg d'amoxicilline matin, midi et soir	po
Azithromycine	250 mg/j (Dose de charge 500 mg le 1er jour)	5 mg/kg/j en 1 prise	po
Benzathine benzyl pénicilline (pénicilline G)	1.2 à 2.4 MUI	Idem adulte si P> 30 kg	IM
Clarithromycine (À la place de la josamycine)	500 mg matin et soir	7.5 mg/kg matin et soir Sans dépasser la dose adulte	po
clindamycine	600 mg matin, midi et soir	10 mg/kg matin, midi et soir (max 1.8 g/j)	po
spiramycine	3 MUI matin, midi et soir	1.5 MUI / 10 kg de poids par jour réparti en 3 prises (Max : dose adulte)	po
Fosfomycine-trométamol	1 sachet de 3 grammes	O	po
metronidazole	500 mg matin, midi et soir	10 mg/kg par matin, midi et soir	po
Ofloxacine	200 mg matin et soir	Sur avis spécialisé	po
Trimethoprime (TMP)-sulfametoxazole	800/160 mg matin et soir	5 mg/kg TMP matin et soir	po

Sauf contre-indication, les antibiotiques doivent être pris APRES les repas (ventre plein) pour une meilleure tolérance digestive.

La posologie peut être modifiée sur avis médical

Toute antibiothérapie doit être réévaluée à 3 jours, et, sauf cas particulier, ne doit pas dépasser 7 jours (auquel cas, un **AVIS MEDICAL** est requis).

Site internet utile : **Antibioclic : Antibiothéraphie rationnelle en soins primaires**

ANNEXE Proposition d'antibiothérapie probabiliste en cas de choc septique (à l'attention des prescripteurs et sous réserve des molécules disponibles dans la structure de prise en charge initiale et de l'avis du médecin hospitalier qui accueillera le patient)

Situation clinique	Antibiothérapie probabiliste
Infection de cause inconnue (communautaire)	ceftriaxone (+/- gentamicine)
Infection de cause inconnue (associée aux soins)	**Sur avis spécialisé ou** (Pipéracilline/tazobactam (+/- gentamicine) +/- vancomycine mais pas dispo dans les iles)
Infection urinaire	Ceftriaxone (+/- gentamicine)
Pneumopathie communautaire	Ceftriaxone + clindamycine
Infection intra-abdominale	ceftriaxone + metronidazole (+/- gentamicine)
Dermo-hypodermite nécrosante des membres ou cervico-faciale	Amoxicilline ou LINEZOLIDE + anti BGN/acide clavulanique + clindamycine (+/- vancomycine)
Dermo-hypodermite périnéale	Pipéracilline/tazobactam (+/- aminoside)
Syndrome meninge aigu febrile	Ceftriaxone + amoxicilline OU sur avis spécialisé
Endocardite aigue valve native	Amoxicilline/acide clavulanique + gentamicine

	MÉDECINE ADULTE	Version : 2
	Utilisation des antalgiques en pratique courante	**Validation :** COTEPRO **Date :** 2025

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Pour permettre une meilleure prise en charge, l'OMS a classé les substances qui les composent en trois niveaux adaptés à chaque catégorie de douleur. Cette classification est à utiliser selon les principes suivants :
  - Privilégier la voie orale chaque fois que cela est possible ;
  - Prescrire les antalgiques à heures fixes plutôt qu'à la demande, cela permet de soulager en continu, sans épisodes douloureux intermittents ;
  - Choisir un antalgique en fonction de l'intensité de la douleur. L'intensité est évaluée avec l'échelle numérique(EN) de 0 à 10 ou la réglette d'échelle visuelle analogique (EVA) ;
- A chaque palier, l'association avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en tant que co- antalgique est possible dans les douleurs dont la composante inflammatoire est importante (par exemple douleurs ostéo-articulaires, douleurs dentaires…) ;
- Les AINS sont très efficaces sur les douleurs à composantes inflammatoires mais présentes des risques à bien connaitre (voir ci-dessous) ;
- L'association des antalgiques de palier I est possible avec ceux des paliers II et III. Ayant un mécanisme d'action différent, leur action est complémentaire et potentialise l'effet antalgique (par exemple paracétamol + codéine) ;
- Il ne faut pas prescrire simultanément deux produits appartenant au même palier ;
- Aucun antalgique de palier II n'est autorisé chez l'enfant de moins de 15 ans.

Echelle	Palier	Antalgiques	Co-antalgique
0 à 3	**I** Douleurs légères à modérées	**Antalgiques non opioïde** Paracétamol	**Anti-inflammatoire non stéroïdien**
4 à 5	**II** Douleurs modérées **à fortes**	**Antalgiques opioïdes faibles** Codéine ou Tramadol	**Anti-inflammatoire non stéroïdien**
6 à 10	**III** Douleurs fortes à très fortes	**Antalgiques opioïdes moyenne intensité** Nalbuphine **Antalgiques opioïdes forts** Morphine (disponible uniquement dans les centres de santé médicalisés)	**Anti-inflammatoire non stéroïdien**

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Prescrire un AINS s'il y a suspicion de dengue en raison du risque hémorragique.
- Prescrire de l'aspirine ou d'AINS en cas de varicelle (risque grave de syndrome de Reye).
- Surdoser au paracétamol, tout surdosage pouvant entraîner une cytolyse hépatique susceptible d'aboutir à une nécrose hépatocellulaire complète et irréversible, une acidose métabolique, une encéphalopathie pouvant aller jusqu'au coma et à la mort.
- Prescrire de l'AINS en cas d'infection notamment cutanée, d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque ou d'antécédent d'ulcère gastrique.

CE QU'IL FAUT FAIRE

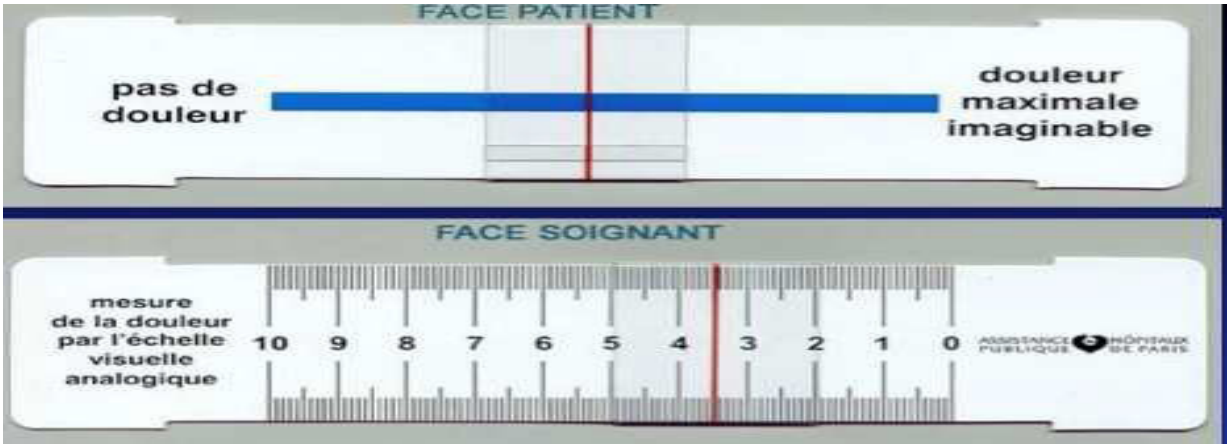
- Evaluer la douleur avant tout traitement avec une échelle numérique d'autoévaluation ou d'hétéro-évaluation adaptée à l'âge et au contexte du patient. (voir Echelles plus loin).
- Vérifier l'absence d'allergie par l'interrogatoire et la lecture du dossier du patient.
- Bien connaître les principaux effets indésirables, indications et contre-indication des cinq produits suivants fournis par PHARMAPPRO, permet de traiter l'ensemble des douleurs rencontrées en pratique courante des îles : paracétamol (palier I), Codéine et Tramadol (palier II), Ibuprofène et Aspirine (AINS) et Nalbuphine (palier III).
- Prescrire un traitement selon les recommandations de l'OMS en respectant les posologies adultes et enfants : prises régulières/24h, doses maximales recommandées. Ne pas hésiter à consulter le DOROZ.
- Prendre le temps d'écouter le patient parler de sa douleur, de sa localisation, de son origine. Ecouter le patient, lui expliquer l'origine de la douleur et le rassurer font partie du traitement antalgique. Le traitement n'est pas que médicamenteux.
- Revoir la personne afin de pouvoir juger de l'efficacité du traitement antalgique et de l'absence de complication du traitement.

Echelle d'évaluation de la douleur

ADULTE

Auto-évaluation:

- **Echelle numérique** (de 0 à 10)
  0 = pas de douleur / 10 = douleur maximale imaginable
- Echelle visuelle analogique
  (Image ci-contre)
- Echelle verbale simple
  Douleur absente / faible / modérée / intense/extrêmement intense



Hétéro-évaluation :

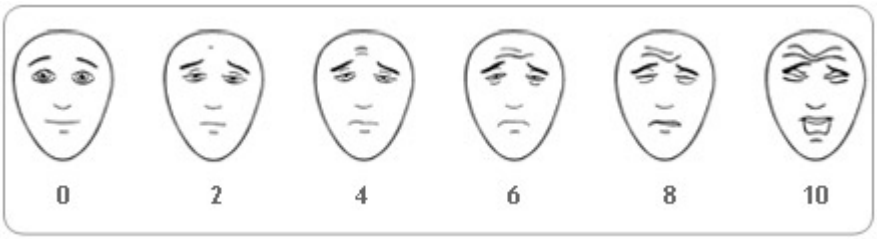
Echelle d'Observation Comportementale modifiée (EOC modifiée) pour les patients adultes non communicants
(Noter pour chaque item la situation caractérisant le mieux le patient)

Pousse des gémissements, des plaintes (Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)	**Absent**	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Front plissé, crispation du visage (Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)	**Absent**	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos « assis ou allongé » (Recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)	**Absent**	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Mouvements précautionneux (A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)	**Absent**	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Agressivité/agitation ou mutisme/prostration (Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/ refus de communication traduit par une absence de mouvements ou repli sur soi)	**Absent**	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
	Score total		/10

ENFANTS

Auto-évaluation:

- **Echelle des visages (≈ à partir de 5 ans) (0 à 10)** (Image ci-contre)
  (Montre-moi le visage qui a mal comme toi)



Utilisation des médicaments essentiels en pratique courante

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Tensio actif	Acyl sarcosinate, Sucrose ester	**ACERUMEN**	2ml	Faciliter l'**élimination** du cérumen en cas de gêne ou de nécessité d'examen du tympan	3 à 4 applications/24h pendant 3 à 4 j		Perforation tympanique Otite	
Sympathomimétique directe	Adrénaline= épinéphrine	**ADRENALINE**	1mg amp inj 5mg amp inj	Choc anaphylactique Laryngite avec détresse respiratoire	**Choc anaphylactique :** IV: 0,1 mg/administration renouvelable SC: 0,3 mg/administration /les 10 -15mn. **Laryngite avec détresse respiratoire:** aérosol avec adrénaline sans sulfite 5mg soit 5 ml quelque soit le poids		Allergie aux sulfites	
Antiparasitaire – Anthelmintique	Albendazole	**ALBENDAZOLE / ZENTEL**	400 mg cp	Oxyurose, ascaridiose, ankylostomose, trichocéphalose, anguillulose, taeniasis, giardioses, trichinellose Filariose lymphatique W.B	**Adulte et enfant de plus de 2 ans :** **Oxyurose:** 1 cp en prise unique **à** renouveler **à** J7 **Ascaridiose, Ankylostomose, Trichocéphalose:** 1 cp en prise unique **Anguillulose, Taeniasis**: 1 cp/j pendant 3j cp **à** mâcher, **écraser** ou **à** avaler au cours du repas	Céphalées, Vertiges, Troubles digestifs	Femme enceinte	
Antiparasitaire local scabicide	Néopynamine et sumithrine	**APAR (famille des Permetrine)**		Traitement scabicide de la literie et du linge infesté par la gale afin d'éviter les recontaminations	Pulvériser sur le linge non lavable **à** 60°C et les surfaces inertes absorbantes (matelas, canapés, casque rembourré.....) Les vêtements traités sont utilisables après 2h de pose dans un sac plastique **à** >20°C La literie et les surfaces inertes absorbantes sont utilisables après 12h de pose			Pesticide peu dangereux pour l'espèce humaine. Si non disponible, le parasite de la gale ne survit pas plus de 5 j sans contact avec les humains
Anti- inflammatoirnon stéroïdien, Antipyrétique	Acétylsalicylate de DL-lysine = aspirine	**ASPEGIC ASPIRINE**	100 mg 250 mg sachet 500 mg cp	Traitement de la douleur co-antalgie en association avec palier 1 et 3. Antipyrétique	**Enfant** : 50 **à** 60 mg/kg/j soit 15 mg/kg/6h ou 10 mg/kg/4h **Adulte** : 500 **à** 1000 mg **à** renouveler en cas de besoin - dose max : 3g/j	Hémorragie	Risque hémorragique Ulcère gastroduodénal Grossesse - 3**ème** trimestre	A **éviter** en période d'épidémie de dengue.
Bronchodilatateur anticholinergique	Bromure d'ipratopium	**ATROVENT/ IPRATROPIUM**	Unidose Adulte 0,5mg/2ml Unidose Enfant 0,25mg/2ml	Asthmes aigus graves en association avec un ß2 mimétique d'action rapide.	1 dose unitaire diluée dans du sérum physiologique de façon **à** obtenir un volume de 5 ml. Les nébulisations peuvent **être** répétées toutes les 20 **à** 30 minutes en fonction de l'état clinique du patient.	Sécheresse de la bouche, irritation pharyngée.		Le mélange obtenu est pulsé par un débit d'air ou d'oxygène (6 **à** 8l/mn) pendant environ 10-15 mn durant lesquelles le patient respire **à** son rythme.

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Anti-inflam-matoire stéroïdien = corticoïdes	Betaméthasone	**CELESTENE Solution buvable**	Sol buvable	Enfant: Asthme, urticaires	10 à 15 gttes/kg/j en 1 prise le matin durée de traitement : la plus courte possible	Peut diminuer la réponse de l'organisme **à** l'infection		Pas de réel CI/EI autre que le risque infectieux en traitement d'attaque < 5j n'est plus recommandé pour bronchiolite, c'est une infection virale. Différence avec l'asthme, le nez ne coule pas.
Antiseptique cutané	Chlorhexidine	**CHLORHEXIDINE**	0,2 %, solution aqueuse 4% savon	Antisepsie des plaies superficielles et de faible étendue.	Solutionl aqueuse : appliquer sans dilution 2 fois/j		Application dans les yeux, les oreilles ou sur les muqueuses.	
Antigoutteux	Colchicine-tiémonium méthylsulfate, opium pulvérisé	**COLCHIMAX**	1mg de colchicine cp	Crise de goutte aigüe Prophylaxie **à** l'instauration du Traitement hypo uricémiant : Allopurinol	La colchicine est plus efficace quand elle est donnée précocement (de préférence dans les 12 premières heures et jusqu'à 36 h après l'accès aigu) et des doses faibles doivent **être** privilégiées : **J1 à J3**: 1mg 1 à 2 fois/j sans dépasser 2mg/24h **J4 et suivants** : 1mg 1 fois/jr sans dépasser 1mg/24h **NE JAMAIS DEPASSER 1mg par prise et 3mg/24h**	Diarrhée, nausées, vomissements les premiers signes de surdosage. troubles hématologiques graves. si surdosage dépression respiratoire, insuffisance rénale, choc septique.	Grossesse IR, hépatique sévère Ne pas associer aux macrolides . Potentialise AVK effet anticoagulant	Marge thérapeutique Etroite quand il y a diarrhée on est déjà en intoxication. Arrêt immédiat en cas de diarrhée
Anti- inflammatoire stéroïdien= corticoïdes	Prednisone	**CORTANCYL**	5mg cp sécable 20mg cp sécable	Adulte: Asthme, urticaires	1 **à** 2 mg/kg en 1 prise le matin durée du traitement la plus courtepossible	Peut diminuer la réponse de l'organisme **à** l'infection	Pas de réel CI/EI autre que le risque infectieux en traitement d'attaque < 5j	N'est plus recommandé pour bronchiolite, c'est une infection virale. Différence avec l'asthme, le nez ne coule pas

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Antiseptique cutanéo- muqueux	Hypochlorite de sodium (chlore actif)	**DAKIN COOPER STABILISE**	Sol aqueuse	Antisepsie de la peau, des muqueuses et des plaies.	Sans dilution: soit en lavages, en bains locaux ou en irrigations, soit en compresses imbibées ou en pansements humides.	Irritation cutanée sous occlusion prolongée.	Application dans les yeux,	Les matières organiques (protéines, sérum, sang) diminuent l'activité antiseptique.
Antiprurigineux systémiques	Deslorata-tine	**DESLORA-TADINE, AERIUS**	0,5mg/ml 150ml	Urticaire Rhinite allergique	1 à 5 ans : 2,5 ml en 1 prise/24h 6 à 11 ans : 5 ml en 1 prise/24h	Somnolence, vertige, difficultés miction, muqueuses sèches Trouble rythme cardiaque	Enfant de moins de 1 an	N'est pas le traitement du prurit sans précision, mais uniquement des prurits dus **à** un hyper histaminisme
Antalgique de palier 1, Antipyrétique	Paracétamol	**DOLI-PRANE, DAFAL-GAN**	500 mg cp effervescent	Douleur, fièvre mal supporté	**Adulte:** 1g par prise tous les 4 à 6h sans dépasser 4g/24h **Enfant:** 15mg/kg/6h, sans dépasser 60mg /kg/24h	**Insuffisance hépatique aigüe si surdosage** (urgence: greffe de foie). Antidote: Acétylcys-téine		**Marge thérapeutique étroite comme Colchimax** **Principe de titration: trouver la dose la plus faible possible efficace pour soulager le patient**
Antifon-gique cutané	Nitrate d'éconazole	**ECONA-ZOLE/ PEVARYL crème**	Crème	Candidoses et dermatophyties cutanées non macérés	1 application 2 fois /j pendant 2 à 8 semaines selon la mycose	Prurit		
Antifon-gique local	Econazole	**ECONA-ZOLE/ PEVARYL LP ovule**	150mg LP ovule	Candidose vaginale (prurit,leucorrhée lait caillé)	1 ovule le **soir au coucher** en position allongée - en une prise unique			
Antal-gique de palier II	Para-cétamol Codéiné	**EFFE-RALGAN CODEINE**	500 mg de paracétamol et 30mg de codéine	Douleurs d'intensité modérée **à** forte (Palier 2)	**Adulte:** 1 à 2 cp/6h sans dépasser 4gr/24h (8cp/j) **Enfant de 15 et 23kg**: 1à 2cp/6h sans dépasser 4cp/24h intervalle minimum de 4 h entre 2 doses – Posologie maximale : 80mg/kg/24h si Enfant <37kg et 3g/24h si Enfant >37kg	Somnolence Dépression respiratoire Constipation Nausées Toxicité hépatique		Femme enceinte proche du terme ou allaitement : risque de dépression respiratoire du nourrisson
Inhibiteur de la pompe **à** protons	Pantoprazole	**EUPANTOL**	20mg cp 40mg cp	Traitement curatif du RGO adulte et des ulcérations gastriques Nombreuses interactions médicamenteuses	1 cp/24h en 1 prise pdt 4 semaines 40 mg Traitement d'attaque 20 mg Traitement d'entretien	Effets indésirables nombreux mais heureusement rares		Nombreuses interactions médicamenteuses. Y penser en cas de symptômes non expliqués.

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Antibiotique à usage dermato-logique	Sulfadiazine argen-tique	**FLAMMA-ZINE**	1% tube 50g	Réservé au traitement des brulures	Appliquer 1 couche de 2 **à** 3 mm 1fois/24h	. Photo- sensibilisation . Passage systémique sulfamide	Prématuré Nouveau-né, Femme en fin De gestation,Allaite-ment	Passage systémique +++ **A utiliser uniquement dans les cas de brûlure qui commence à s'infecter.** **Traitement initial des brulures vaseline seule:**
Colorant ophtalmique	Fluorescéine	**FLUORES-CEINE**	2mg collyre unidose	Diagnostic ulcération cornéenne	RCP: 1 à 2 gouttes dans le cul de sac conjonctival inférieur avant l'examen			
Antipara-sitaire- Anthel-mintique	Flubendazole	**FLUVERMAL**	2 % suspension buvable fl 30ml	Oxyurose, Ascaridiase, Trichocéphalose, Ankylostomiase.	Adulte et Enfant: **Oxyurose:** 1 cuillère-mesure en prise unique **à** renouveler **à** 15j. **Autres nématodes**: 1 cuillère-mesure matin et soir pendant 3 j.	Digestifs rares	Sans	

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Antiparasitaire Anthelmintique	Albendazole	**ZENTE**L		Enterobius vermicularis (Oxyurose) Ascaris lumbricoides (Ascaridiose) Ancylostoma duodenale et Necator americanus (Ankylostomose) Toxocara spp (Toxocarose) Trichuris trichuria (Trichocéphalose) Strongyloides stercoralis (Strongyloïdose ou Anguillulose) Echinococcus granulosus (Hydatidose) et Echinococcus multilocularis (Echinococcose alvéolaire) Giardia intestinalis (Giardiose) Trichinella spiralis (Trichinellose) Loa-Loa (Loaose), Wuchereria bancrofti et Brugia Malayi (Filariose lymphatique)	ENFANT : 7.5 mg/kg matin et soir par jour sans dépasser 800 mg/j ADULTE : 400 mg matin et soir ATTENTION FILARIOSE LYMPHATIQUE : se référer au protocole en vigueur			
Laxatif lubrifiant	Glycérol	**Glycé-rine suppo**	Adulte Enfant	Constipation	1 suppositoire 5 à 30 minutes avant l'heure choisie pour l'exonération			Efficacité Différent de l'Huile de paraffine par voie orale plus efficace
Antifongique/ antimycosique	Griséofulvine	**GRISEFULINE**	250mg cp sécable 500mg cp sécable	Dermatophyties cutanées, des ongles et des cheveux	**Adulte :** 500mg **à** 1g/24h en 2 prises par jour au cours du repas **Enfant:** 10 **à** 20 mg/kg/24h - durée du traitement : 4 semaines au minimum	Réactions de photo-sensibilisation	Diminue l'efficacité des Ttt par contraceptif oral Ttt par progestatif contra-ceptif Ttt paroestroprogestatif contra-ceptif	Ne pas s'exposer au soleil

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Anti inflam-matoire non stéroïdien	Ibuprofène	**IBUPROFENE**	400 mg cp	Douleur de type inflammatoire. En pratique courante: colique néphrétique, goutte, douleurs traumatique, douleurs dentaire, migraines, douleurs de règles....	1 cp 400 mg/j par prise, maximum 3cp/24h intervalle entre 2 doses de 6 à 8h. Durée de ttt la plus courte possible- si ttt >24h : **Référer Médecin**. Remettre le nombre de comprimé exact et ne pas créer de stockage **à** domicile		**Grossesse ++** Insuf-fisance rénale, hépatique, cardiaque, Saignements Etat infectieux cutané Abcès dentaire	Solution buvable pour **enfant :** Advil. Indiqué pour les douleurs aigues de l'enfant après échec du Paracétamol car absence d'antalgie du palier II chez l'enfant
Laxatif osmotique	Lactulose	**LACTULOSE DUPHALAC sachet**	10g/15ml sachet dose buv	Constipation	1 à 3 sachets/24h	Ballonnement intestinal	Colopathie chronique inflammatoire	
Anti-fon-gique Allyla-mines	Terbinafine	**LAMISIL**	250mg cp séca-ble	Dermatophyties cutanées, candidoses cutanées, onychomycoses.	**Adulte** : 1cp par jour au cours d'un repas pendant au moins 4 semaines. Nécessité d'une surveillance biologique	Troubles gastro- intestinaux agueusie	ATCD **érythème généralisé fébrile associé à** des pustules, troubles sanguins. Allaitement	Inefficace sur le Pityriasis versicolor et les candidoses vaginales. Avis médical recommandé
Anxiolytique-Benzodiazépine	Bromazépam	**LEXOMIL**	6mg cp quadri-sécable	Anxiété majeure,	1/4 cp **à** 1cp en fonction du contexte Maximum : 1cp par prise	Amnésie, dépen-dance, troubles du compor-tement, confusion	Insuffisance respiratoire, hépatique	Uniquement traitement d'attaque. **Ne pas reproduire sans avis médical.** Attention aux effets indésirables chez la personne **âgée.** Le vrai traitement de l'anxiété est l'entretien verbal.
Dermocor-ticoïde d'activité **modérée** (groupe II)	Désonide	**LOCAPRED crème**	Activité modérée	Eczéma, piqure de méduse, d'insecte	Appliquer 1 à 2 fois /24h, durée la plus courte possible	Atrophie cutanée, surinfection	Infection cutanée bactérienne ou parasitaire	
Neuro-lep-tique-dibenzo- oxazépines	Loxapine	**LOXAPAC**	50 mg/2 ml, solution injec-table en ampoule (IM)	Etat d'agitation, d'agressivité et anxiété associée **à** des troubles psychotiques	1 à 2 ampoules en IM	Dyskinésies (torticolis spasmodique, crises oculogyres, trismus...). Syndrome extrapyramidal	Amantadine, bromocriptine, lisuride, pergolide, piribédil, ropinirole, cabergoline, pramiprexole, apomorphine	

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Contra-ceptif proges-tatif	Lévonor-ges-trel	**MICROVAL**	Lévonor-ges-trel 0,030mg pla-quette de 28 cp	Contraception orale en cas de contre indica-tion aux estrogènes et notamment en cas de risque CV	Prendre le 1er cp le 1er jour des règles. 1 cp / j au même moment de la journée sans interruption. En cas d'oubli de plus de **3 h**, il existe un risque de grossesse.	ménorrhée habi-tuelle		
Contra-cep-tif oes-tro-proges-tatif 2**ème** génération	Lévonor-ges-trel Ethi-nyles-tradiol	**MINIDRIL**	Lévonorge-strel 0,l50 mg Ethinyl-estradiol. 0,030 mg 21 cp	Contraception orale de 1**ère** intention	Prendre le 1er cp le 1er jour des règles. 1 cp par jour au même moment de la journée, pendant 21 jours consécutifs avec un arrêt de 7 jours entre chaque plaquette. En cas d'oubli de plus de **12 h**, il existe un risque de grossesse.	Evènements throm-bo-emboliques veineux ou arté-riels, menstruations mensuelles	ATCD thromboem-boliques	**Balance bénéfice risque favorable** : micro dosée, moins de risque, recul +++, moins cher Possibilité pres-crire de suite sans examen complé-men-taire autre que prise de PA
Panse-ment gastri-que anti-acide	Sels d'alu-minium et magnésium	**MOXYDAR**	Com-primé	Traitement symptoma-ti-que du Reflux gastro œsophagique et des douleurs gastriques	A la demande, 1 cp par prise, 1 **à** 4 prises/ 24h, **à** prendre **à** distance des autres médicaments (2h)	Constipation Trouble du transit		Précaution d'emploi: Diminue l'absorption des autres médica-ments: attendre 2h avant de prendre un autre médicament
Antal-gique de palier III- Agoniste antago-niste à forte dose	Nalbuphine	**NALBUPHINE**	20 mg/2 ml, solution injecta-ble (I.V – S.C – I.M.)	Douleurs intenses, rebelle niveau 1 et 2	**Adulte:** 1 amp **à** renouveler toutes les 3 **à** 6h sans dépasser 160mg/24h **Enfant de 18 mois à 15 ans :** 0,2 mg/kg **à** renouveler toutes les 4 **à** 6h	Somnolence, vertiges, nausées, vomissement, sè-cheresse, céphalée, humeur	Enfant de moins de 18 mois En association aux morphino-mimé-tiques purs	Moins **à risque** que l'ACUPAN
Contra-ceptif d'urgene	Lévonor-ge-strel	**NORLEVO**	1,5mg cp	Contra-ception d'ur-gence	1 cp **à** prendre dans les 12 **à** 72h après 1 rapport non protégé. En cas de vomissement dans les 3h après la prise reprendre 1 cp.	Nausées, vo-missements, fatigue, céphalées, vertiges, douleurs pelviennes, tension mammaire, règles abondantes....	Inducteurs enzyma-tiques diminuent l'efficacité: prendre 2 cp en 1 prise si un inducteur enzyma-tique au cours des 4 semaines précé-dentes. Antiépileptiques, antituberculeux, efavirenz, ritonavir, griseofulvine....	Ne peut interrompre une grossesse en cours Efficacité diminuée en cas de poids >80Kg

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Laxatif lubrifiant	Dihydrogéno-phosphate de sodium dihydraté, Hydrogéno-phosphate de sodium dodé-cahydraté	**NORMA-COL**	Adulte (>15 ans) Enfant de plus de 3 ans	Constipation	1 lavement 5 à 20 minutes avant le moment choisi pour l'exonération.	Irritation locale	Patient présentant une occlusion intestinale. Enfant de moins de 3 ans.	
Antisep-tique ophtal-mique	Cétyl-pyridinium	**NOVOPTINE collyre**	0,1mg/ 0,4ml- 0,4ml	Conjonc-tivite bacté-rienne	1 gtte/oeil 3 à 4 fois/24h pendant 4 à 5 j NB les conjonctivites virales communes ne nécessitent pas de ttt antiseptique systématique			Conjonctivite virale ne nécessite pas de traitement anti infectieux local
Neuro-lep-tique phéno-thia-zidique		**NOZINAN**	25mg inj IM 100mg cp	Etat d'agitation, d'agressivité et anxiété associée **à** des troubles psychotiques	Rechercher la dose minimale efficace IM: 25 mg - dose max 200mg/j Per os: dose max 400mg/j en 1 prise le soir au couché ou 3 prises au moment des repas		Dopaminer-giques	
Electrolytes	Sels de réhydratation orale (SRO)	**PICOLITE/ FANOLYTE**	1 sachet pour 200ml d'eau	Compensation perte sel+eau en cas de diarrhée aigüe	1 sachet pour 200 ml d'eau selon le protocole			Dilution très précise donc vérifier que le patient peut faire cette dilution précise
Anti- inflam-matoire non stéroï-dien	Kétoprofène	**PROFENID IM PROFENID IV**	Flacon IM 100mg/2ml flacon IV 100mg	Lithiase urinaire	1 amp 100mg **à** renouveler toutes les 8h si nécessaire pendant 48h au maximum		**Grossesse** Insuffisance rénale, hépatique, cardiaque, saignements Etat infectieux cutané	**Balance bénéfice risque positive uniquement pour colique néphrétique**
Antis-pas-modique	Phloro-glucinol	**SPASFON**	62,233 mg cp 40MG/4ML amp inj	Douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires.	1 à 2 cp / prise si nécessaire max: 6 cp/24 h max: 3 amp/24 h			
Antipara-si-taire local scabicide	Esdépal-léthrine, pipéronyle (butoxyde)	**SPREGAL**		Gale (sarcoptes scabiei)	1 application pour 12h (une nuit) **à** renouveler 1 fois si nécessaire 8 à 10 j plus tard	Irritation cutanée: appliquer une crème hydratante après le ttt	Pulvériser dans un espace ventilé particulièrement en cas d'antécédent d'asthme	Traiter tous les membres de la famille habitant sous le même toit en même temps

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Antipa-rasitaire systé-mique sarcopte,**é-matod**e	Ivermectine	**STRO-MECTOL**	3mg cp	Gale chez l'adulte et l'enfant de plus de 15kg en collectivité	A jeun* : 200µg/kg Une 2**ème** prise une semaine plus tard est recommandée pour tuer les **œufs** qui ont **éclos.**		Grossesse, femme qui allaite, enfant <15kg : risque d'effet neurotoxique	Traiter tous les membres de la famille habitant sous le même toit en même temps
Anes-thésique local	Tétracaïne	**TETRA-CAINE collyre**	4mg collyre unidose	Anesthésie de la cornée pour pouvoir travailler enlever un corps **étranger**	1 goutte 1 à 2 minutes avant l'examen. Une seule instillation suffit **à** assurer une anesthésie cornéo-conjonctivale d'une dizaine de minutes.	Kératite, ulcération (assèchement de l'œil)	Nouveau-né	**Ne jamais prescrire un collyre anesthésique pour calmer la douleur de l'œil à la maison**. La balance bénéfice/risque est très défavorable. Un usage répété et prolongé expose à un risque de lésions oculaires graves
Anxio-lytique – Benzo-diazépine	Diazépam	**VALIUM**	10 mg/2 ml sol injec-table IM, IV, IR (rectale)	Agitation, crise d'angoisse paroxystique, tétanos Etat de mal **épileptique Convulsions hyperthermiques** (IR)	**Adulte** : 1 à 2 ampoules par voie IM	Dépres-sion respi-ratoire, Confusion mentale.		
Broncho-dilatateur Beta2 mimétique	Salbutamol	**VENTO-LINE**	Suspen-sion pour inhalation: 100mCG/ dose	Crise d'asthme, gêne respiratoire BPCO	A la demande	Tachycardie Tremble-ment, Céphalées		Attention à la tehnique d'admin complexe, souvent mal maitrisée. Intérêt de l'utilisation de la chambre d'inhalation
Broncho-dilatateur Beta2 mimétique	Salbutamol	**VENTO-LINE pour nébu-lisation**	Solution pour inhala-tion/ **nébu**-lisation en unidose de 2,5mg/2,5ml ou 5mg/2,5ml	Crise d'asthme	**Adulte:** placer la dose de médicament complétée par du sérum physiologique pour faire un total de 4 à 5 ml, dans un dispositif de nébulisation avec un débit de 6l/mn d'oxygène. **Enfant** : 0,10 mg/kg/nébulisation soit 0,1ml/kg/nébulisation (soit 2 gouttes/kg)			

Classe	Dénomination commune internationale	Nom de spécialité	Dosage	Indications	Posologie chez un patient sans insuffisance rénale ni hépatique	Effets indésirables	Contre indications autre qu'allergique	Remarques et problématiques
Antipruriginéux systémiques	Cétirizine	**VIRLIX, CETIRI-ZINE**	10mg cp	Urticaire Rhinite allergique	**12 ans et plus** : 1 cp/24h en une prise	Somnolence, vertige, difficultés mictionnelles, sècheresse des muqueuses, torsade de pointe	**Enfant de moins de 12 ans**	N'est pas le traitement du prurit sans précision, mais uniquement des prurits dus **à** un hyper histaminisme
Anesthésique local	Lidocaïne	**XYLO-CAINE** **LIDO-CAINE**	20mg/20ml	Anesthésie locale. Paralysie de l'insecte logé dans l'oreille	Anesthésie locale : **Enfant de 1 à 12 ans:** dose maxi : 2 **à** 7mg/kg/administration **Adulte** et **Enfant de plus de 12 ans** : 5mg/mg/kg/administration Insecte oreille: 1 à 2 gouttes dans l'oreille	Pas de toxicité locale, mais toxicité cardio vasculaire et neurologique (convulsions) si passage systémique		Vérifier le retour pour que l'on ne soit pas dans un vaisseau (convulsion, trouble du rythme) A jeun = 2h avant et 3h après le repas

GYNÉCOLOGIE & OBSTÉTRIQUE

Se référer au guide SSP Protection Maternelle, Direction de la santé
2022-11-09-Outil-SSP-Protection-maternelle-VF-signee-DS.pdf (service-public.pf)

TABLEAU CONDUITE A TENIR

Douleur	Métrorragie	ß H C G	Fièvre	Leucorrhée	BU	D I U	Diagnostic	CAT
Aigüe, latéralisée	Noirâtre	**+**	**-**	**-**	**-**	**-** **ou** **+**	GEU DIU FR de GEU	**URGENCE SAMU** 2 voies veineuses
Pelvienne, lombaire	Fortes règles + caillots	**+**	**-**	**-**	**-**	**-**	FCS ou GEU	**Référer SAMU en URGENCE**
Pelvienne, lombaire	Fortes règles + caillots	**-**	**-**	**-**	**-**	**+**	DIU déplacé ou mauvaise tolérance	**Référer médecin en URGENCE**
Pelvienne, lombaire	Fortes règles à J15 du cycle	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	Dysménorrhée ou ovulation douloureuse	Antalgique palier 1 AINS 2ème intention
Absente	**+**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	Pathologie du col ou de l'utérus contraception hormonale	**Référer médecin** sans urgence
Brutale latéralisée. Agitation	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	Torsion d'annexe	**Référer médecin** ou **SAMU**

Douleur	Métrorragie	ß H C G	Fièvre	Leucorrhée	BU	D I U	Diagnostic	CAT
Prurit +/-douleur pdt rapport	-	-	-	Blanchâtre « mitihue »			Candidose vaginale	Econazole 1 ovule LP
				Verdâtre « poisson pourri »			Trichomonas	Metronidazole 500 mg 4cp en prise unique + idem partenaire
				Plus abondante			Vaginose	Métronidazole 500 mg 4 cp en prise unique
Pelvienne	-	-	+	+	+/-	+/-	Infection génitale haute	**Référer médecin**
Brulures mictionnelles, pollakiurie	-	-	-	-	Leuco+ nitrite +/- sang +/-		Infection urinaire non compliquée	Fosfomycine 3g en prise unique
Idem+douleur fosse lombaire- flanc	-	-	+	-	Leuco+ nitrite+/- sang +/-		Infection urinaire haute non compliquée	**Ceftriaxone 1 gramme /jour (IV ou IM) en 1ere intention et réévaluer dans les 72 heures avec résultats ECBU**
Fosse lombaire unilatérale irradiant vers OGE	-	-	-	-	Sang +/-		Colique néphrétique	Palier 1 ou 2 + AINS Hydratation selon soif
Fosse lombaire unilatérale irradiant vers OGE	-	-	+	-	Sang+/-+/- leuco+/- nitrite		Pyélonéphrite sur obstacle	**Référer médecin ou SAMU**

TABLEAU DE SUIVI OPTIMAL D'UNE FEMME ENCEINTE

Terme	Examen clinique	Biologie	Echographie	Remarques
Avant 3 mois	Infos sur signes sympathiques de grossesse et signes de consultation urgente (cf fiche 2) Conseils hygiéno- diététiques (alimentation, activité physique, tabac, alcool)			Organiser une consultation SF et échographie au terme théorique de 12SA
12SA	Interrogatoire complet (Coordonnées, conditions de vie, ATCD, projet de naissance) Anamnèse du jour (douleurs, saignements, fièvre, Signes Fonctionnels Urinaires = SFU…) Poids, TA, BU Examen des seins +/- examen gynécologique Examen général médical avec auscultation cardiaque	Gpe Rh (si pas de carte) et RAI (1 tube violet) Sérologies (3 sur 1 tube jaune) : HIV Syphilis Rubéole sauf si patiente immunisée Toxoplasmose sauf si patiente immunisée NFS (1 tube violet) Glycémie à jeun (1 tube gris) ŸFrottis si > 3 ans Marqueur sérique du 1er trimestre (T21)	Echo T1 (objectifs: confirmer le caractère intra-utérin de la grossesse, contrôler l'évolutivité, dépister une grossesse multiple, dater la grossesse et rechercher un signe prédictif de Trisomie 21 = clarté nucale épaissie)	Immunisation Toxo et rubéole = certaine si résultat avec conclusion: Immunité ancienne probable (soit d'une grossesse précédente, soit de la grossesse en cours)
16SA	Anamnèse du jour Douleurs, saignements, Mouvements Actifs Fœtaux = MAF, SFU, fièvre …° Examen : Poids, TA, BU, palpation utérine, écoute des Bruits du Cœur fœtal = BdC	Bitest (dépistage du risque accru de T21 entre 14 et 18SA) (2 tubes jaunes) Sérologie Rubéole si N°2 si faite à 12SA Sérologie Toxo N°2 si faite à 12SA 2ème détermination de groupe sanguin si besoin		Si mère ≥ 38 ans, ATCD d'enfant avec T21, jumeaux, résultat du Bitest avec risque ≥ 1/1000 : Avis médical pour proposer un DPNI (prélèvement sanguin fait à Tahiti pour faire un diagnostic de T21)
20SA	Anamnèse du jour idem Examen idem	Toxo si non immunisée	Echo T2 (Etude de la morphologie fœtale à à la recherche de malformation majeure)	Organiser une consultation SF et échographie vers 22SA
24 SA	Anamnèse du jour idem Examen idem	Toxo si non immunisée HGPO 75g (3 tubes gris) AgHbs (1 tube jaune) Syphilis RAI NFS		HGPO = Glycémie à jeun, 75g de glucose dans un verre d'eau, glycémie à 1 heure, glycémie à 2 heures

Terme	Examen clinique	Biologie	Echographie	Remarques
28 SA	Anamnèse du jour idem + rechercher la présence de contractions Examen idem	Toxo si non immunisée		Information sur les bénéfices de l'allaitement maternel
32 SA	Anamnèse du jour idem Examen idem	Toxo si non immunisée	Echo T3 (Biométrie fœtale): faite vers 32SA mais peut être faite à 36SA pour les patientes des îles	Organiser le départ et l'hébergement vers l'île d'accouchement à 36SA (1 mois avant la date prévue de l'ac- couchement) l'hébergement vers l'île d'accouchement à 36SA (1 mois avant la date prévue de l'accouchement)
36SA	Anamnèse du jour idem Examen idem	Toxo si non immunisée Prélèvement vaginal pour recherche de strepto B Bilan pré-anesthésie		Consultation d'anesthésie

DENTAIRE

	DENTAIRE	Version : 2 Validation : COTEPRO Date : 2025
	Urgences dentaires (enfant & adulte)	

CE QU'IL FAUT SAVOIR :

Les urgences dentaires sont :

- La douleur (pulpite = rage de dent) ou infection type abcès
- L'infection parfois sans douleur (mais avec gonflement = cellulite)
- Les traumatismes

Pour les traumatismes, le traitement est radicalement différent si c'est une dent définitive ou une dent de lait. **Il faudra le déterminer** (cf schéma de denture et âges d'éruption plus bas). Quelle que soit la gravité du traumatisme, rédiger une observation en notant la numérotation de la dent atteinte. (cf plus bas) Rédiger éventuellement un certificat médical si le patient a une assurance.

Pour les douleurs de type infectieuses ou inflammatoires la prise en charge ne diffère pas tellement entre les enfants et les adultes. (Bien que la fréquence des douleurs soit différente: les enfants ont plus vite et plus souvent des infections)

On ne donne pas d'anti-inflammatoire (ni AINS, ni cortico) sans couverture antibiotique (risque de surinfection++).

Conditions d'examen :

Pour examiner les dents, vous aurez besoin de :

- Une lampe puissante (frontale ou d'examen).
- Un miroir ou un abaisse-langue vous servira pour écarter la langue ou la joue
- De gants car il faudra toucher doucement pour savoir si ça bouge ou si c'est gonflé.
- Faire très doucement avec les petits, s'ils ont mal, ils n'ouvriront plus. Et ils peuvent mordre sans faire exprès.

N'hésitez pas à prendre des photos pour un avis.

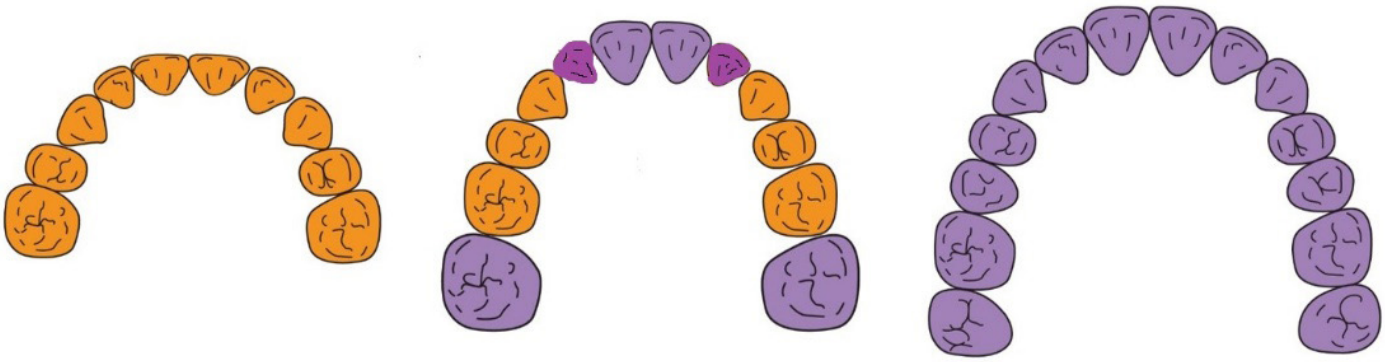
Plan du chapitre :

- Les différentes dentures / Chronologie d'éruption / Schéma dentaire
- Les urgences en dent de lait = Dents Temporaires = DT
- Les urgences en dent définitives = Dents permanentes = DP
- Les autres urgences

Les différentes dentures :
(=ensemble des dents dans la bouche)

- 0-6 ans : Dents temporaires (DT) uniquement, numérotées de 51 à 85 ;
- 6-12 ans : Denture mixte avec coexistence de dents permanentes et de dents temporaires : les dents de devant sont des dents définitives, les dents des côtés sont des dents de lait, la dernière dent du fond est une dent permanente.
- 12 ans et plus : dents permanentes (DP), numérotées de 11 à 48.

Les âges d'évolution sont très variables d'un enfant à l'autre. Il est très fréquent d'avoir des enfants EN AVANCE en Polynésie (chute des premières dents de lait vers 4-5 ans, poussée de la première molaire plutôt vers 5 ans que 6 ans). N'hésitez pas à demander si des dents sont tombées. En général les dents de lait sont plus petites, plus blanches, plus courtes et plus rondes.

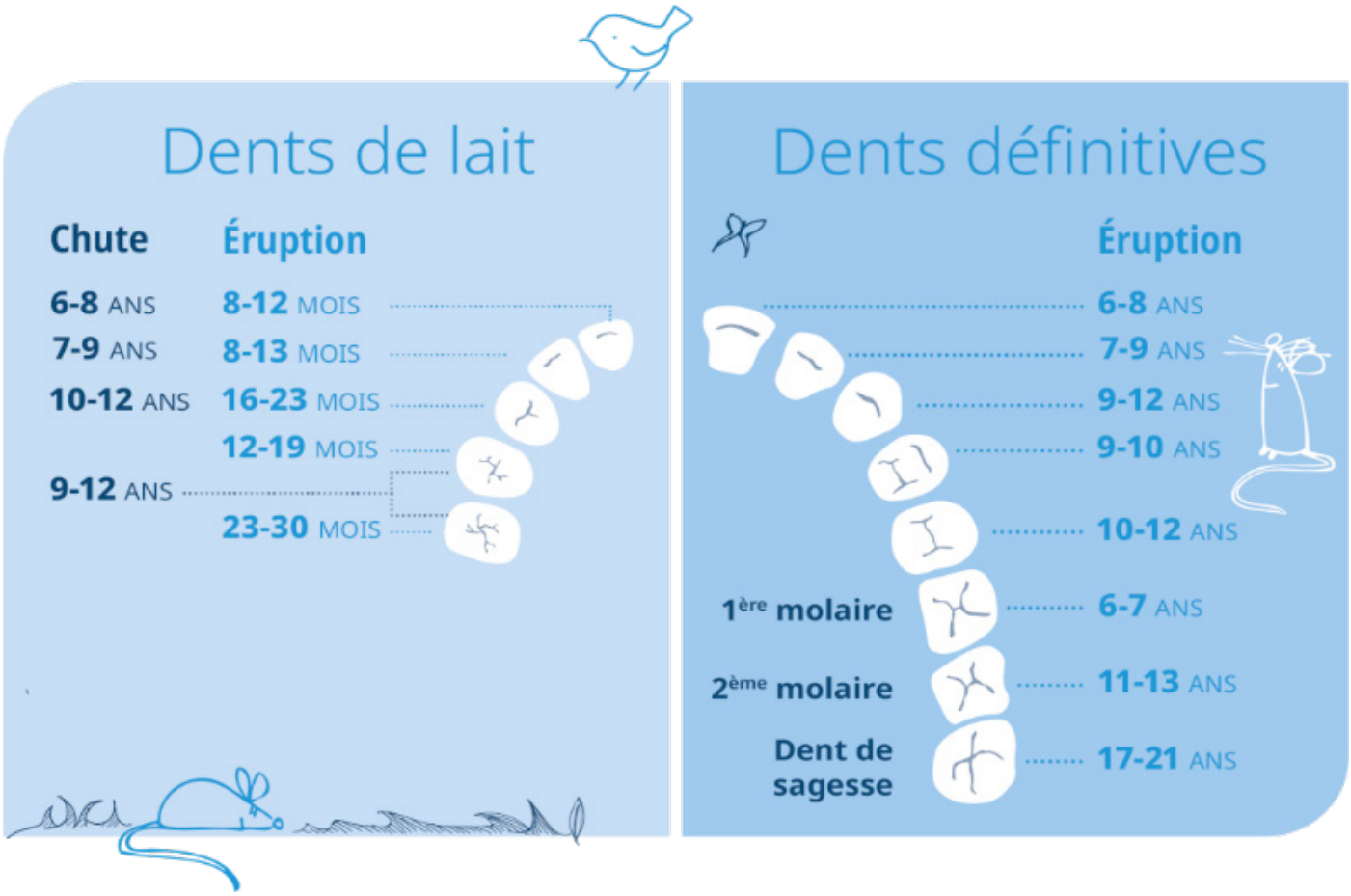


Denture temporaire dite « de lait »
De 0 à 6 ans

Denture mixte
De 6 à 12 ans
Les dents temporaires sont remplacées par des dents définitives

Denture définitive ou permanente
Après 12 ans

<u>Chronologie d'éruption :</u> (variable en fonction des enfants)



<u>Numérotation des dents :</u> (le schéma désigne les dents du patient FACE A VOUS)
Chaque dent a un numéro à 2 chiffres.

=> Le premier chiffre est le “secteur”.

Numéro de 1 à 4 en Dent permanente (DP), de 5 à 8 en dent de lait = dent temporaire (DT).

DP : Secteur 1 en haut à droite, 2 en haut à gauche, 3 en bas à gauche, 4 en bas à droite

DT : Secteur 5 en haut à droite, 6 en haut à gauche, 7 en bas à gauche, 8 en bas à droite

=> Le deuxième chiffre est le numéro de la dent en partant du <u>milieu de l’arcade</u>

Dent numéro 1 = incisive centrale

Dent numéro 2 = Incisive latérale

Dent numéro 3 = Canine...

=> Exemples :

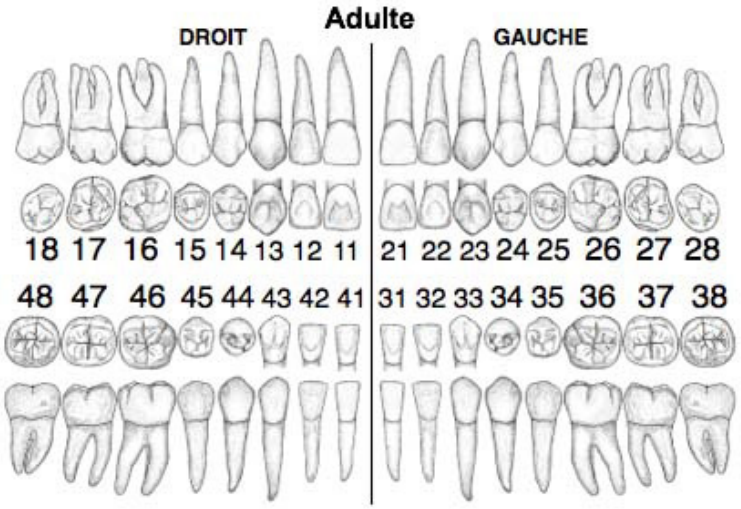
La première incisive définitive en haut à gauche est la 21 (secteur 2, dent numéro 1),

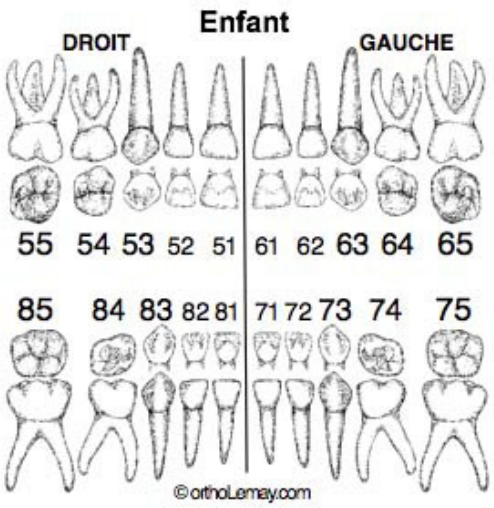
La première incisive de lait en haut à droite est la 51 (secteur 5, dent numéro 1)

La première molaire définitive en bas à droite est la 46 (secteur 4, dent numéro 6)

Les dents de sagesse sont les 3èmes molaires donc en haut 18 (droite), 28(gauche), et en bas 38 (gauche), 48 (droite)

Etc....





DENTS DE LAIT (enfants)

TRAUMATISME EN DENT DE LAIT : (Chute/Choc/Coup)

Avant de vérifier les dents, rechercher un traumatisme crânien ou de la face associé.
Si trauma crânien ou complexe ou hémorragie importante=> Avis médical URGENT

Examen des tissus mous :
Rechercher les éventuelles plaies muqueuses labiales, linguales, palatine.
Si plaie Propre
=> Nettoyer la plaie (Sérum phy), éliminer les débris si besoin (dents, saletés)
=> Désinfecter à la chlorhexidine sur une compresse (si possible)
=> Antalgique et application de froid si besoin
Si plaie sale
=> Nettoyer la plaie (Sérum phy), éliminer les débris (corps étrangers, terre)
=> Amoxicilline (50mg/kg en 3 prises) ou Clarithromycine 0.15mg/j en 2 prises
=> Bains de bouche à l'Eludril (grand enfants) ou compresses imbibées (petit enfant)
Si plaie de grande étendue / très profonde :
=> Prendre avis médical (suture?)
=> Discuter une Antibiothérapie chez les <6 ans (bain de bouche contre-indiqués risque d'avaler le produit)

Dans tous les cas : alimentation non acide pendant quelques jours. (éviter citron, tomate, sel)

Examen de l'os :
Palper avec 1 doigt la gencive du rebord externe et interne de l'os pour voir si ça bouge ou si déformation ou encore si fermeture/ouverture impossible.
Si oui : Prendre un avis spécialisé (chirurgien-dentiste ou chirurgien maxillo)
Si non : Passer à l'examen des dents

Examen des dents :

IL EST IMPERATIF DE SAVOIR SI LA DENT TOMBEE EST UNE DENT DE LAIT OU UNE DENT DEFINITIVE => cf début du chapitre. Ce chapitre traite des DENTS DE LAIT

Si dent cassée : (= fracture)
Nettoyer et prévoir une consultation spécialisée. L'objectif est de poser un pansement sur la plaie dentaire pour éviter la contamination bactérienne du tissu et de la pulpe sous jacente. Penser à dire aux parents de rechercher les éventuels fragments cassés (risque d'inhalation, surinfection si le fragment est dans les tissus mous).
RV dentiste dans les 24-48h idéalement, sinon surveiller (risque d'infection plus tard)

Si dent mobile ou luxée => NE PAS TOUCHER
Même si la dent est très luxée, il ne faut pas la remettre en place. Le germe de la dent définitive est dessous, il ne faut pas risquer de le léser.
RDV dentiste si possible, antalgiques et alimentation molle++
Si la dent empêche de manger ou de fermer la bouche il faudra l'extraire
=> Rv dentiste nécessaire 24-48h (extraction)

Si Dent expulsée : =>NE PAS REMETTRE
On ne veut pas léser le germe de la dent définitive qui est dessous. Rechercher la dent pour

vérifier qu'il s'agit bien d'une expulsion (et non d'une impaction, ou encore d'une inhalation/ ingestion). Contrôle de la plaie gingivale (désinfection avec compresse chlorhexidine si possible, morsure dans une compresse si ça saigne).
On ne fait rien quand c'est une dent de lait, la petite souris passera en avance.

Si Dent impactée dans l'alvéole : **=> NE PAS TOUCHER**
La dent a disparu mais elle est re-rentrée dans l'alvéole (on la voit parfois). On ne la trouve pas, elle n'est pas tombée. En général, elle va ressortir toute seule au bout de quelques mois.
Surveillance (risque d'infection), antalgique, alimentation molle.

La dent mobile physiologiquement (proche de la chute cf tableau en début de chapitre) n'est pas une urgence (= gêne)

ABCES (boule de pus) / CELLULITE (inflammation et gonflement +++)
= Pathologie infectieuse bactérienne

A Les signes cliniques :
- Empâtement autour de la dent et dans le vestibule (comparer le côté opposé - toucher avec le plat du doigt au fond du vestibule si besoin avec faible pression)
- Souvent petite boule de pus sur le Coté de la gencive (ou côté langue ou palais)
- Souvent légère mobilité de la dent sans choc préalable (questionner)
- ADP (Adénopathie = ganglions) périphérique en relation (sous mandibulaire par ex)
- Début de tuméfaction externe ou Cellulite dans les cas plus avancés (souvent moins douloureux quand diffusion dans les tissus mous)
- Parfois ce n'est pas une dent abimée mais une dent qui pousse. Penser à regarder au fond, derrière la dernière dent. Il y a la deuxième molaire de lait qui pousse entre 2 et 3 ans qui peut causer des accidents infectieux. Idem la première molaire définitive entre 5 et 6 ans. Dans ce cas la gencive est œdématiée et rouge, on voit parfois un bout de dent qui pointe.

B Les signes à vérifier si cellulite (gonflement++ de la joue) :
Cellulite en bas : Vérifier que le plancher (sous la langue) est souple
Cellulite en haut : Vérifier que l'arrière de la gorge et le palais mou ne sont pas gonflés
Si le plancher est dur ou gorge/palais gonflé ou l'état général très altéré => Avis médical/ pédiatrique

C Les signes à l'interrogatoire :
- La douleur est augmentée à la pression sur la dent (mastication+++). L'enfant ne mange plus / se plaint en mangeant / pleure quand il mange.
- L'enfant pleure en position allongée (début de douleur au coucher, ou la nuit)
- La douleur irradie et est pulsatile vers l'oreille (vérifier l'oreille aussi!)

D Traitement :
Sans tuméfaction externe => Amoxicilline (50mg/kg/j en 3 prises 6j
Clarithromycine (15mg/kg/j en 2 prises) si allergie
Avec déformation du visage ou échec de l'antibiothérapie initiale :
=> Augmentin 1 dose-poids 3 fois par jour, 7 jours
Métronidazole 30mg/kg/j en 2 ou 3 prises, 7 j +
Azithromycine 20mg/kg/j en 1 prise de 3 jours si allergie
Douleur : => Antalgiques (paracétamol)
Conseils : => coucher l'enfant avec la tête relevée (oreiller++)
=> Alimentation molle++ 48h

RDV dentiste à 48h avec démarrage immédiat des AB

PULPITE (plus rare chez l'enfant que chez l'adulte) :

Douleur très vive, LE SOIR ou la nuit, pulsatile, augmentée par le froid++.
Pas de mobilité de la dent.
Pas de tuméfaction autour de la dent.
Il faut "ouvrir la dent" (geste du dentiste pour faire cesser la douleur et traiter pulpe/nerf).
Souvent réfractaire aux antalgiques de niveau 1. Chez les enfants ça arrive entre 3 et 4 ans (quand ça arrive).
=> Antalgique et RDV chez dentiste dans les 48 heures si persistance des symptômes, dormir tête surélevée, pas de ventilateur, pas de froid.

DENTS DEFINITIVES (Adultes et enfant)

1. Traumatisme : choc/chute/fracture

A. Examen des tissus mous :

Idem section enfants

B. Examen de l'os :

Idem section enfants

C. Examen des dents :

Si fracture dentaire => RV Dentiste semi-Urgent (48h)

=> Antalgiques, bain de bouche 3 fois par jour (chlorhexidine) RDV dentiste 24-48h

=> Ne pas manger dessus, éviter le très chaud, très froid, acide en attendant le RV.

Si une dent saine expulsée => RV dentiste semi-Urgent

L'attitude est radicalement différente qu'avec les dents de lait. L'objectif est de garder la dent et la réimplanter, l'idéal est de le faire dans les 4h suivant l'expulsion si l'os alvéolaire est intact.

=> Ne pas toucher la racine, prendre la dent par la couronne.

=> Rincer la dent avec du sérum physiologique (à défaut sous l'eau froide pdt 10 s).

=> Garder la dent dans un liquide si possible Stérile : sérum phy, brique de lait. S'il n'y en a pas : compresse ou linge mouillé (eau). Au pire, la garder dans la bouche (adulte uniquement) jusqu'au RV. Elle ne doit pas sécher. Plus la dent est propre et hydratée, plus la réimplantation est rapide, plus les chances de succès sont élevées.

=> Ne pas trop solliciter l'alvéole (le trou), irriguer simplement au sérum phy sans pression, tamponner avec une compresse.

=> Prendre un RV CD le plus tôt possible.

=> Si RV > 6-12h, prendre contact avec un Dentiste. La réimplantation est facile, mais il faut faire une "contention" pour qu'elle reste en bonne position. C'est impossible à faire sans matériel.

Si RV dentiste impossible ou trop tard (+ de 24h), la dent est perdue, il n'y a plus d'urgence.

2-Abcès/cellulite : Pathologie infectieuse bactérienne

Infection d'une dent définitive cariée : la dent est souvent désignée par le patient qui ne peut plus la toucher, visiblement abimée. Toucher la dent ou appuyer dessus est douloureux, parfois fermer la bouche aussi.

Idem que chez les petits (Idem aux dents de lait),

=> démarrage des antibiotiques = antalgiques + alimentation molle et RV dentiste dans les 48h

Amoxicilline 3g/jour ou 50mg/kg/jour en 3 prises

Si Allergie : Clindamycine 1200mg/j en 2 prises adultes ou clarithromycine 0.15mg/kg/j en 2 prises

Abcès parodontal (de la gencive) :

La dent à côté est souvent mobile, il y a un abcès ou du pus sort de la gencive. Souvent chez les plus âgés.(Amoxicilline 3g/jour ou Clindamycine 1200mg/j en 2 prises si allergie)

Accident d'évolution de dents définitives : Penser à regarder derrière la dernière dent sur l'arcade.

Entre 5 et 7 ans, l'évolution de la première molaire derrière la dernière dent de lait fait parfois des infections.

Entre 11 et 13 ans : évolution de la deuxième molaire définitive idem

Entre 16 et 18 ans : évolution de la dent de sagesse = 3ème molaire définitive idem.

La dent perce la gencive, les germes de la bouche entrent dans son capuchon muqueux (le sac qui l'entoure).

=> S'il y a une gêne à la morsure sans autre signe, le traitement est un bain de bouche et l'alimentation molle le temps que la dent sorte.

=> Si la douleur est pulsatile, permanente, et que la zone suppure, traitement ATB :

Amoxicilline 50mg/kg/jour en 3 prises pour les enfants, 2 à 3g/jour pour les grands - 6 jours.
Clindamycine 1200mg/j en 2 prises ou Chlarithromycine 0.15mg/kg/j en 2 prises

Le plus souvent l'infection se résorbe et ne revient plus lorsque dent est sortie. Si l'infection est récidivante, il faut faire une radio panoramique. (Dent de sagesse à extraire). Donc RV à programmer pour la radiographie panoramique et une CS sans urgence si récidive.

Si Echec du premier traitement antibiotique :

=> Augmentin 3g/j en 3 prises 7 jours ou Augmentin 1 dose-poids 3 fois par jour 7 jours

Si allergie Pénicilline :

=> A : Métronidazole 250mg+Spiramycine 1.5MUI 6 cp/j pendant 6 j

=> E: Métronidazole 30mg/kg/j en 2 prises 6 j + Azithromycine 20mg/kg/j en 1 prise pdt 3 j.

Dans tous les cas :

=> S'il y a un trismus (= difficulté à ouvrir la bouche) important associé (dent de sagesse)

=> S'il y a un œdème très important

=> S'il y a une gêne à la respiration

Demander un avis spécialisé et/ou médical. (Évaluer la nécessité d'une corticothérapie associée aux antibiotiques ou EVASAN si œdème risquant de gêner la respiration)

3-Pulpite (fréquent chez l'adulte) :

La douleur est très forte, insomniante, débute souvent le soir et/ou lorsqu'il fait froid, résistante aux paliers de niveau 1. Ce sont des patients qu'on voit le soir tard, la nuit ou le matin très tôt.

Traitement :

=> Paracétamol ou antalgique de Palier 2. (Ne pas hésiter à changer de palier d'anti-douleur plutôt que de risquer un surdosage de paracétamol : Codéine, Ixprim en attendant la consultation dentaire)

=> Consultation dentaire impérative pour soulager à 24-48h. Le traitement de la pulpite est mécanique : anesthésie et "ouverture de la dent" pour soulager la pression.

=> En attendant éviter le froid++, le chaud, le sucré, les ventilateurs. On peut mâchouiller des clous de girofle, ça soulage un peu (parfois).

EVITER les AINS, ou les corticoïdes sans couverture antibiotique. On n'est jamais certain que ce soit inflammatoire tant que la dent n'est pas ouverte. Si la dent est nécrosée, même partiellement on risque une flambée infectieuse.

AUTRES URGENCES DENTAIRES

A La GUNA : Gingivite-ulcéro-nécrotique Aigüe : C'est une gingivo-stomatite bactérienne.
Elle arrive parfois à la sortie des dents de sagesse, souvent chez les jeunes ou les patients immunodéprimés.

Symptômes :

- La muqueuse est rouge, gonflée, érosive et grisâtre entre les dents
- Adénopathies sous-mandibulaire et/ou cervicales
- Fièvre (pas toujours)
- L'haleine est fétide++ (=Halitose)
- Etat général altéré (fatigue)

Traitement :

- Bain de bouche (Chlorhexidine 3X par jour ou mélange eau oxygénée / eau à 50%)
- 7 jours ou Amox 3 g/j 7 jours ou Métronidazole 500mgX3 par jour (si allergie)
- La gencive est hémorragique, reprendre le brossage progressivement avec une brosse douce.
- Alimentation molle, hydratation++

PREVOIR UNE CONSULTATION DENTAIRE sans urgence POUR NETTOYAGE PROFESSIONNEL (détartrage)

B La primo-infection herpétique : C'est une gingivostomatite virale (Herpès), bébés, petits, ado

Symptômes :

- Fièvre élevé (quelques jours avant l'éruption)
- Gonflement de toute la gencive attachée aux dents, jusqu'à parfois les recouvrir presque totalement
- Petites ulcérations rondes et douloureuses sur le palais, les lèvres, les joues. Le gonflement est visible surtout sur les dents de devant en haut.
- Douleur+++ l'enfant refuse de manger, est abattu.

Elle atteint les enfants de moins de 6 ans mais aussi les adolescents. Il y a une exacerbation des symptômes pendant 5-6 jours puis une résorption pendant la même durée.

Traitement :

- Des antalgiques +++ (changer de palier en accord avec un médecin si besoin)

- Si l'enfant est vu 72h00 après le début des symptômes = la fièvre, le traitement antiviral est inutile.

- Si l'enfant est vu dans les 72h00 on peut débuter un traitement par :

Moins de 12 ans : Aciclovir (20 mg/kg/prise sans dépasser 400mg par prise, 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours)

Plus de 12 ans : Valaciclovir 500 mg x2/j pendant 5 jours.

- Bain de bouche chez les 6 ans et plus (chlorhexidine pour éviter la surinfection bactérienne)

- Le bain de bouche n'étant pas possible chez les petits s'il y a du pus et que l'haleine est fétide,
- Tamponner avec un mélange bicarbonate / eau (si vous y arrivez).

- Discuter une antibiothérapie au cas par cas si surinfection. (Voir avec le médecin)

Complications : RISQUE DE DESHYDRATATION

- Si l'enfant refuse de manger (fréquent) : tenter une alimentation molle, non acide, froide et sucrée (purée, compotes, glaces++). Surveiller qu'il boit ce qu'il veut eau/eau de coco/jus/sirop/lait/SRO.

- S'il refuse de boire, risque de déshydratation. (Les bébés refusent parfois de téter ET DE BOIRE.) Dans ce cas il faut surveiller que le traitement antalgique est suffisant pour qu'il absorbe un minimum de liquide. => Avis médecin si déhydratation (réhydratation / changement de palier d'anti-douleur)

CONCLUSION

Traumatismes

Un traumatisme sur une dent de lait ne nécessite dans la majorité des cas aucun geste en urgence, et peut être vu à distance en consultation dentaire. Rassurer les parents / Enlever les fragments cassés / Antalgiques si besoin.

A contrario, un traumatisme sur une dent définitive nécessite une consultation dentaire rapide. L'expulsion d'une dent définitive nécessite une réimplantation en urgence en milieu spécialisé très rapidement ou la dent est perdue.

Pour tous les traumatismes dentaires plus compliqués que ceux décrits ici, il est nécessaire d'avoir un avis spécialisé en urgence.

Douleurs dentaires diverses

Les douleurs sont de type inflammatoire et/ou infectieuse. Les infections dues à des dents sont BACTERIENNES. Toute prescription ou prise en automédication d'AINS ou Corticoïdes représente un risque potentiel de surinfection sévère sans couverture antibiotique.

En l'absence de dentiste disponible, le stomatologue de garde du CHPF peut être joint au :
40 48 46 29.

DIRECTION
DE LA SANTÉ