

LE MONITEUR des pharmacies



FORMATION

CAHIER
DÉTACHABLE

Cahier 2 - n° 3410 du 26 mars 2022

CONSEIL



Les pathologies pédiatriques (partie I)

ISSN0026-9689 - Ne peut être vendu séparément - photo : iStock

P. 2 LA GASTROENTÉRITE | P. 5 LES MALADIES DE LA SPHÈRE ORL |
P. 8 LA VULVOVAGINITE ET LA BALANITE | P. 11 LES MALADIES ÉRUPTIVES
INFECTIEUSES | P. 15 INTERVIEW | P. 16 L'ESSENTIEL À RETENIR

Retrouvez nos formations en ligne lemoniteurdespharmacies.fr



« Après son cousin, au tour d'Abel d'avoir la gastro ! »

- Les enfants de moins de 3 ans souffrent en moyenne de 0,5 à 2 épisodes de diarrhées aiguës par an, majoritairement liées à une gastroentérite virale.
- Plus l'enfant est jeune, plus son organisme est constitué d'eau : 65 % du poids d'un nourrisson. D'où un risque accru de déshydratation en cas de diarrhées ou de vomissements.
- Que la diarrhée soit prise en charge à l'officine ou qu'elle nécessite une consultation, les mesures de réhydratation sont prioritaires. Les traitements, qui visent à diminuer les symptômes et à réduire l'inconfort, peuvent les accompagner mais ne doivent pas s'y substituer.

ÉVITER LA DÉSHYDRATATION

Réhydrater

- Les solutés de réhydratation oraux (SRO) sont à mettre en place dès l'apparition des diarrhées pour les nourrissons et les jeunes enfants (moins de 4 ans) : les parents doivent en conserver à domicile et lors des déplacements. A base d'électrolytes, de sucres et d'alcalinisants, ils compensent les pertes, favorisent la réabsorption intestinale de l'eau et du sodium, apportent des calories et maintiennent le pH sanguin. A l'exception des présentations prêtes à boire (Ydrovit, à partir de 3 ans, non remboursé), les sachets (Adiaril, Fanolyte, Viatol, etc.) sont à reconstituer avec 200 ml d'eau peu minéralisée (eau du robinet, Evian, Volvic, etc.) sans aucun autre ajout. Proposer la solution à volonté au biberon, à la cuillère, au verre ou à la seringue, à intervalles réguliers : toutes les 5 à 10 minutes, puis toutes les 15 à 30 minutes pendant les premières heures et après chaque selle ou vomissement. Elle se conserve 24 heures au réfrigérateur : fraîche et en petites quantités, elle est mieux acceptée en cas de vomissements.

Une augmentation transitoire des selles au début du traitement est possible. Éviter les autres boissons, moins adaptées, notamment les sodas, hyperosmolaires et pauvres en sodium et en potassium. En cas de rupture de SRO, la Société française de pédiatrie recommande de réserver les stocks aux moins d'1 an, de proposer aux autres un jus de pomme dilué de moitié ou une préparation magistrale adaptée aux recommandations de composition de la Haute Autorité de santé. Chez le grand enfant, moins à risque de déshydratation, une augmentation des apports hydriques peut suffire.

Nourrir

- La réalimentation précoce améliore la perméabilité intestinale, raccourcit la durée des diarrhées et limite le risque de dénutrition. Aucune restriction calorique n'est recommandée au-delà de 4 à 6 heures après le début des symptômes.
- Si l'enfant est allaité, l'allaitement doit être poursuivi en parallèle du SRO. Le lait infantile comme l'alimentation diversifiée doivent être réintroduits dans les 4 heures après le début de la prise du SRO, qu'il convient de poursuivre. Sauf avis médical, il n'est pas indiqué de remplacer le lait habituel par une préparation sans lactose (réservée aux diarrhées sévères ou prolongées) ou autre substitut. Aucun régime n'a fait preuve d'une amélioration de la diarrhée, mais il est conseillé d'éviter les aliments très gras ou riches en fibres (légumes verts, pruneaux, céréales complètes, etc.) et les jus de fruits. Favoriser les viandes maigres, les féculents et les fruits ou légumes cuits.

Surveiller

La déshydratation peut survenir en quelques heures chez l'enfant jeune, il est primordial d'en surveiller les signes et de consulter au moindre doute.

Comment surveiller un risque de déshydratation des plus jeunes ?



Noter le nombre de selles et de vomissements, l'évolution de la fièvre.



Évaluer la perte de poids : consulter si elle atteint 5 % du poids initial.

Proposer si besoin la location d'un pèse-bébé.



Observer les signes cliniques : persistance du pli cutané, diminution de la diurèse (moins de couches « mouillées »), rythme respiratoire rapide.

Le score de Guarino est aussi proposé pour évaluer l'état de déshydratation (ci-dessous).

Cotation	0	1	2
Etat général	Normal	Soif, agitation ou léthargie (mais agitation au toucher)	Somnolence, difficulté à la marche, froid ou en sueur, léthargie
Yeux	Normaux	Légèrement creusés	Très creusés
Muqueuse (langue)	Humide	Collante	Sèche

Score 0 : pas de déshydratation - Score 1 à 4 : déshydratation légère - Score 5 à 8 : déshydratation modérée à sévère
Quel qu'en soit le stade présumé, consulter immédiatement le médecin ou un service d'urgence en cas de signe de déshydratation.

Mémo sur les gastroentérites

Origine	Symptômes	Transmission	Evolution
<ul style="list-style-type: none"> - Virale le plus souvent, majoritairement à rotavirus - Bactérienne (<i>Salmonella</i>, <i>Campylobacter</i>, etc.) - Plus rarement fongique ou parasitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhées aiguës (selles plus molles ou liquides et/ou $\geq 3/j$) +/- - Nausées, vomissements, perte d'appétit, douleurs abdominales - Fièvre, modérée en cas d'infection virale - Fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> - Contact direct fécal/oral ou indirect avec les mains, les surfaces souillées, l'eau ou les aliments contaminés - Favorisée par la vie en collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Majoritairement favorable en moins de 7 jours - Risque majeur de complication : déshydratation avec hypovolémie, notamment chez les moins de 6 mois



Quand consulter ? Signes de déshydratation, de sepsis ou risque de déshydratation (diarrhées profuses, vomissements). Nourrissons (âge < 6 mois), signes d'étiologie bactérienne (fièvre élevée, sang dans les selles, etc.), retour de l'étranger, pathologie chronique (maladie inflammatoire chronique de l'intestin, notamment), déficit immunitaire, dénutrition, absence d'amélioration après 24 à 48 heures.

Eviction scolaire : en cas de shigellose ou de diarrhées à certains *Escherichia coli*.

AMÉLIORER LE TRANSIT

Racécadotril

Cité dans les recommandations, cet antisécrétoire intestinal qui réduit le débit des selles et la durée des diarrhées n'est pas disponible en conseil chez l'enfant. Sur prescription, à partir de 1 mois, les sachets-doses (Tiorfan Nourrissons ou Enfants) sont versés dans l'alimentation, le biberon ou dans l'eau, les formes buvables (Tiorfan 4 mg/ml) s'administrent avec la seringue orale graduée.

Adsorbants

- Leur pouvoir couvrant restaure la perméabilité de la muqueuse digestive avec une diminution possible du débit des selles (faible niveau de preuve).
- La diosmectite (Smecta et génériques) s'utilise après l'âge de 2 ans : au maximum 4 sachets par jour pendant 3 jours puis, si besoin, 2 sachets par jour pendant 4 jours, délayés dans un verre d'eau ou un biberon ou mélangés à un aliment semi-liquide (bouillie, compote, etc.). Les dispositifs médicaux à base de xyloglucane, de gélatine ou de complexes moléculaires végétaux ne sont pas retenus par les consensus d'experts.

Postbiotiques et probiotiques

- Les postbiotiques, produits ou métabolites issus des bactéries du microbiote, peuvent associer bactéries tuées et produits de fermentation. Représentant de cette classe, Lactéol (*Lactobacillus LB* inactivés) est susceptible de réduire la durée de l'épisode diarrhéique. Il est, avec le racécadotril, le seul médicament indiqué chez les moins de 2 ans : 1 à 2 sachets (voire 3 si troubles intenses) par jour dans un peu d'eau (jusqu'à 3 le premier jour selon l'intensité des troubles). L'intérêt des probiotiques pour réduire la durée, voire l'intensité des diarrhées, reste controversé. Si la Société européenne de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique (ESPGHAN) cite notamment *Lactobacillus rhamnosus GG* et *Saccharomyces boulardii* dans ses recommandations, une revue Cochrane récente nie leur intérêt en raison de très faibles niveaux de preuve. Parmi les produits disponibles : Babybiane Imedia, Ultra Baby... dès la naissance ; Lenia, Ultralevure... à partir de 2 ans ; Smebiocta Protect dès 3 ans, par exemple). A mélanger à un aliment semi-liquide, au SRO, à l'eau, voire au lait froid ou tiède.

Protéger le siège

Pour prévenir la survenue d'un érythème fessier, changer la couche immédiatement après chaque selle, en ayant effectué préalablement une toilette à l'eau et au savon de type syndet pour éliminer toute matière fécale. Sécher entre les plis et utiliser dès les premiers signes d'irritation un topique protecteur isolant et assainissant de type pâte à l'eau à l'oxyde de zinc.

Non recommandés

- Les anti-infectieux intestinaux sont inutiles. Les antibiotiques n'ont pas leur place sauf en cas (rare) de sepsis ou avec certaines diarrhées bactériennes documentées.
- Le lopéramide est contre-indiqué avant 2 ans et non préconisé dans les diarrhées aiguës de l'enfant plus grand en raison notamment d'effets neurologiques potentiels.
- Les antiémétiques ne sont pas recommandés chez l'enfant, hors diarrhées avec vomissements sévères en service hospitalier.

PRÉVENTION

Eviter la transmission

Se laver les mains fréquemment, notamment après avoir changé l'enfant. Désinfecter les surfaces potentiellement souillées : toilettes, table à langer, poignées de porte, etc. Ne pas partager les couverts, éviter les échanges de tétines.

Vaccination contre les rotavirus

Elle réduit de plus de 85 % le risque d'infections sévères. Non recommandée de façon systématique dans le calendrier vaccinal, elle peut être pratiquée à titre individuel, notamment si l'enfant est gardé en collectivité. Deux vaccins buvables existent : Rotarix, monovalent, et RotaTeq, pentavalent. En raison d'un risque accru d'invagination intestinale aiguë, rare mais grave, consulter en urgence en cas d'apparition de vomissements, de sang dans les selles, de fortes fièvres et de pleurs inconsolables. ■

Par Bérangère Balaj, pharmacienne, avec la collaboration du Dr Olivier Mouterde, pédiatre, praticien hospitalier responsable de l'unité hépatogastroentérologie et nutrition pédiatrique au centre hospitalier universitaire de Rouen (Seine-Maritime), membre du groupe francophone d'hépatologie-gastroentérologie et nutrition pédiatriques (GFHGNP)

« Encore un rhume pour Léo ! »

LA RHINOPHARYNGITE

- Couramment nommée rhume ou coryza, la rhinopharyngite est une inflammation d'origine virale du pharynx et des fosses nasales. Première cause de consultation en pédiatrie, elle touche notamment les enfants de moins de 6 ans avec 5 à 8 épisodes par an en moyenne.
- Le traitement vise à soulager les difficultés respiratoires et, si besoin, la fièvre. Les antibiotiques ne sont pas justifiés : leur utilisation abusive contribue au portage de germes résistants au sein des voies aériennes supérieures.

Particularités pédiatriques

- La fréquence chez l'enfant s'explique par son adaptation immunitaire aux antigènes de l'environnement et par la courte durée de l'immunité locale induite par les virus. L'hypertrophie des végétations adénoïdes est physiologique, elles involuent par la suite.
- Chez les moins de 3 mois, la respiration étant exclusivement nasale, le risque de détresse respiratoire est accru. Les mucosités peuvent également entraîner des vomissements comme des troubles de l'alimentation.
- L'enfant plus grand peut se plaindre de maux de gorge ou d'une otalgie (otite congestive).

Désobstruction rhinopharyngée

- Base de la prise en charge, la désobstruction rhinopharyngée libère les voies aériennes en facilitant l'évacuation du mucus.
- Elle doit être pratiquée quotidiennement, autant de fois que nécessaire, dès la naissance en utilisant un sérum physiologique ou, après quelques mois, à l'aide d'un spray d'eau de mer dont l'embout et la pression sont adaptés à l'âge, isotonique ou hypertonique en cas d'encombrement nasal (pas avant 3 mois ou 2 ans selon les références), éventuellement avec un fluidifiant de type polysorbate si les mucosités sont épaisses.
- La technique d'instillation doit être connue pour éviter toute fausse route. En complément, l'enfant peut apprendre à

ADÉNOÏDECTOMIE ET AMYGDALECTOMIE

Dans quelles indications ?

Adénoïdectomie : otite moyenne aiguë récidivante, otite sérumuqueuse en cas de végétations adénoïdes hypertrophiées et de forte hypoaousie, syndrome d'apnée du sommeil.

Amygdalectomie : angines récidivantes, hypertrophie amygdalienne avec obstruction des voies aériennes.

Que dire aux parents ?

- Pas d'aspirine ni d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) les jours précédant l'intervention sans avis médical ;
- Après l'intervention : aliments mous, froids ou tièdes, pas d'AINS s'ils n'ont pas été prescrits, pas de codéine même après 12 ans (risque additionnel de syndrome d'apnée obstructive du sommeil).
- Après l'amygdalectomie, rester vigilant pendant 2 à 3 semaines : poursuivre l'alimentation molle et tiède, restreindre les activités extérieures (risque hémorragique), réaliser un examen en urgence en cas de crachat de sang.

souffler par le nez dans un mouchoir à partir de 12 à 24 mois.

- L'usage d'un mouche-bébé est possible si les mucosités sont fluides ou après lavage nasal, mais en douceur : une aspiration excessive risque d'entraîner une dépression délétère pour les voies aériennes.
- Un écoulement clair vers une rhinorrhée purulente, jaunâtre, n'est pas forcément un signe de surinfection bactérienne, mais correspond à l'expulsion de « déchets » liés à l'inflammation de la muqueuse.
- Les vasoconstricteurs oraux, en cas de congestion nasale, et la plupart des antihistaminiques H₁ (anti-H₁), qui « assèchent » les sécrétions, sont contre-indiqués avant 15 ans. Certains anti-H₁ sont proposés à partir de 6 ans pendant 3 jours au maximum (Fervex Enfants, par exemple). Attention à la présence de paracétamol et au risque de cumul de doses.
- Les huiles essentielles, dont certaines contiennent des dérivés terpéniques (camphre, menthol, thymol, etc.), sont généralement contre-indiquées en inhalation humide avant

>>>

QU'AURIEZ-VOUS RÉPONDU ?

Gaspard, 1 an, enrhumé, a de la fièvre et un œil tout gonflé. Une sinusite à cet âge, est-ce possible ?

Oui, seuls les sinus ethmoïdaux sont présents à la naissance et la sinusite ethmoïdale (ou ethmoïdite aiguë), bien que rare, se manifeste par une fièvre élevée et un œdème débutant à l'angle interne de l'œil : c'est une urgence médicale et chirurgicale.

ADÉNOÏDECTOMIE

Réduction chirurgicale du volume des végétations adénoïdes.

AMYGDALECTOMIE

Intervention chirurgicale consistant à ôter les amygdales.

>>> 12 ans au moins et en baume pour application cutanée avant 6 ans en raison du risque de convulsions.

En cas de fièvre

- On parle de fièvre au-dessus de + 38 °C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, alors que la température ambiante est tempérée. Les premières mesures sont non médicamenteuses : hydrater régulièrement et découvrir l'enfant. Les bains ou enveloppements frais, sources d'inconfort et d'efficacité modeste, ne sont pas recommandés.
- Un antipyrétique n'est proposé que si la fièvre est mal supportée (apathie, enfant grognon, etc.). On peut conseiller le paracétamol en première intention. Libuprofène doit être utilisé avec prudence dans un contexte infectieux (risque de masquer, voire d'aggraver, une infection) et écarté en cas d'éruption cutanée faisant suspecter une varicelle. Il convient d'administrer le traitement à la dose minimale efficace sur une durée la plus courte possible et au maximum 3 jours en automédication.
- L'aspirine n'est pas recommandée au cours d'une infection virale en raison d'un risque rare mais grave de **syndrome de Reye**.

En cas de toux

- La toux, qui aide à évacuer le mucus des voies aériennes, doit être respectée chez l'enfant.
- Seules des mesures d'hygiène sont préconisées : désobstruction rhinopharyngée, hydratation, température de la chambre inférieure à + 19 °C, couchage sur le dos en position surélevée, humidification de la pièce.
- Les antitussifs et mucolytiques sont contre-indiqués avant 2 ans. Si la toux sèche, notamment à prédominance nocturne, est très gênante, des sirops à base d'anti-H₁ (Humex Toux sèche oxomémazine, Toplexil, etc.) ou d'hélicidine sont indiqués à partir de 2 ans. Des dispositifs médicaux à effet filmogène sont disponibles contre la toux sèche ou grasse (Petit Drill, Phytosun arômes Sirop enfant Toux sèche et grasse, Clariver, etc.) dès l'âge de 6 mois pour une partie d'entre eux. Vérifier

SYNDROME DE REYE

Affection cérébrale et hépatique aiguë, rare mais potentiellement mortelle, le plus souvent liée à une infection virale chez l'enfant.

les limites d'âge car certains peuvent renfermer des huiles essentielles.

Autres

- Les sprays nasaux antiseptiques, à l'intérêt limité, ne sont pas cités dans les recommandations.
- L'échinacée pourpre (HumexPhyto, par exemple) et le pélagonium (Kaloba, Belivair Rhume, entre autres) ont une autorisation de mise sur le marché (AMM), reposant sur un usage traditionnel, dans le traitement comme dans la prévention du rhume à partir de 12 ans.
- Les suppositoires contre la congestion respiratoire qui contiennent des dérivés terpéniques sont déconseillés chez l'enfant et formellement contre-indiqués avant 30 mois.
- En cas d'otalgie, un antalgique oral peut éventuellement être associé à des gouttes auriculaires avec anesthésique local (Otipax, Otylol, etc.) si le tympan n'est pas perforé.

L'ANGINE

Inflammation aiguë d'origine infectieuse des amygdales palatines, l'angine est le plus souvent virale, dans un contexte de rhinopharyngite. Quand elle est d'origine bactérienne, notamment à streptocoque du groupe A (SGA), le risque de complications justifie une antibiothérapie.

Particularités pédiatriques

- Les amygdales palatines n'étant pas développées, les angines sont exceptionnelles avant 3 ans et toujours virales. Elles sont en revanche fréquentes à partir de 3 ans avec un pic d'incidence entre 4 et 15 ans, dont 20 à 40 % sont dues au SGA contre 10 à 25 % chez l'adulte.
- Chez les moins de 10 ans, les symptômes sont moins spécifiques que chez l'adulte, avec notamment la survenue de douleurs abdominales.

Dépister

- Avant 10 ans, l'usage du test rapide d'orientation diagnostique (Trod) de l'angine est recommandé au cabinet médical.
- A partir de 10 ans, ce Trod peut-être réalisé à l'officine si les signes évoquent une angine à SGA : fièvre supérieure à + 38 °C, absence de toux, ganglions douloureux au niveau du cou.

Désobstruction rhinopharyngée : les gestes à rappeler



1. Se laver les mains puis coucher l'enfant en position latérale ou ventrale, tête sur le côté.



2. Instiller le contenu d'une unidoze ou pulvériser le spray 2 à 3 secondes dans la narine.



3. Laisser l'enfant dans cette position quelques instants, le temps que les sécrétions coulent par l'autre narine.



4. Si besoin, recommencer l'opération dans l'autre narine.

Mémo : rhinopharyngite et angine

Origine	Symptômes	Transmission	Evolution
Rhinopharyngite			
Virale : rhinovirus, coronavirus, virus parainfluenzae, etc.	Rhinite avec écoulement nasal antérieur ou postérieur, éternuements, obstruction nasale +/- fièvre modérée, toux, maux de gorge, otalgie	- Directe par voie aérienne (toux, éternuements, etc.) - Indirecte par contact main à main, <i>via</i> des objets contaminés pour les virus, etc.	- Le plus souvent spontanément favorable en 7 à 10 jours - Complications Rhinopharyngite : rare, liée à une surinfection bactérienne (otite moyenne aiguë purulente, infection respiratoire basse, sinusite aiguë purulente chez le grand enfant).
Angine			
- Virale (le plus souvent) - Bactérienne, notamment à streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA)	Douleur pharyngée augmentée par la déglutition (odynophagie) +/- fièvre, rhinorrhée, toux, otalgie, adénopathies cervicales, douleurs abdominales		Angine : liée au SGA, locorégionale de type phlegmon périamygdalien, voire générale (rhumatisme articulaire aiguë, glomérulonéphrite aiguë)



Quand consulter ? Systématiquement si âge < 3 mois et en cas de maux de gorge chez un enfant d'un âge < 10 ans, en cas de suspicion de complication bactérienne (otalgie intense, conjonctivite purulente, gêne respiratoire, anorexie, vomissements, etc.), fièvre persistant plus de 3 jours ou d'apparition tardive, absence d'amélioration des autres symptômes après 10 jours.

Soulager

- Les règles hygiénodiététiques sont la priorité : privilégier les aliments mous, tièdes ou froids, les boissons fraîches ou la glace pour un effet anesthésiant local, boire suffisamment et sucer des bonbons sans sucre (grands enfants), éviter les atmosphères enfumées, surchauffées, humidifier l'air et maintenir une température supérieure à + 19 °C.
- Les traitements locaux, d'efficacité modeste, imposent des précautions : les pastilles ou comprimés ne sont pas indiqués avant 6 ans en raison d'un risque de fausse route, les collutoires pas avant 30 mois (risque de laryngospasme).
- Les anesthésiques locaux (lidocaïne, tétracaïne, etc.) sont contre-indiqués avant 6, 12 ou 15 ans selon les références et à espacer du repas pour éviter les fausses routes. Les antiseptiques (chlorhexidine, biclotymol, cétylpyridinium, etc.) peuvent provoquer des irritations locales ; l'ambroxol, le tixocortol, l' α -amylase ou les produits de la ruche exposent à des réactions d'hypersensibilité.
- Des dispositifs médicaux filmogènes et drainants des contaminants à base d'acide hyaluronique, de glycérol ou d'extraits végétaux sont proposés dès 1 an, mais attention à la présence possible d'huiles essentielles ou de propolis.

Limiter la contagion

- Se laver régulièrement les mains, notamment avant de s'occuper d'un nourrisson, de faire les repas, etc.
- Porter un masque si l'on est malade.
- Nettoyer régulièrement plans de travail, poignées de porte, claviers d'ordinateur, téléphones, etc. Des solutions hydroalcooliques pour les mains et les surfaces peuvent alors être pratiques.

LES OTITES

OMA purulente

- L'otite moyenne aiguë (OMA) purulente est une infection bactérienne aiguë dont l'incidence est maximale entre 6 mois et 2 ans. L'otalgie peut s'accompagner de fièvre et

d'un écoulement de pus lié à la perforation du tympan.

- L'antibiothérapie est systématique avant 2 ans pour réduire le risque de complications infectieuses, rares mais graves (mastoidite, méningite bactérienne, etc.). Après 2 ans, le traitement est celui d'une rhinopharyngite, réévalué si besoin au bout de 48 à 72 heures.
- Si des gouttes auriculaires antibiotiques sont prescrites (otite perforée), rappeler de tiédir l'unidose dans les mains avant instillation dans le conduit, tête inclinée sur le côté pendant quelques minutes pour laisser le temps au produit d'agir.

L'otite séreuse

- Inflammation chronique évoluant depuis plus de 3 mois, elle s'accompagne d'un épanchement non purulent dans l'oreille moyenne, sans fièvre ni douleur mais avec parfois une baisse d'audition. On constate 2 pics de fréquence, avant l'âge de 2 ans et vers 5 ans.
- Elle évolue le plus souvent vers la guérison en quelques semaines. Des traitements de fond sont souvent proposés (lavages de nez, antihistaminique si terrain allergique, entre autres), sans efficacité démontrée.
- En cas de baisse significative de l'audition, la pose d'aérateurs transtympaniques (ou yoyo ou diabolo) est indiquée. La douche ne pose généralement pas de problème, mais attention au risque infectieux en cas de baignades : conseiller des protections auditives anti-eau (EAR AquaFit, Blox aquatique... ou sur mesure) et un bandeau néoprène.

Prévention

Encourager l'apprentissage du mouchage en cas de rhume : le fait de renifler « ferme » la trompe d'Eustache, ce qui favorise notamment les otites, aiguës ou séreuses. ■

Par **Nathalie Belin**, pharmacienne, avec la collaboration du **Pr Nicolas Leboulanger**, otorhinolaryngologie et chirurgie cervicofaciale pédiatrique, hôpital Necker-Enfants malades (Paris)



« Lou dit que ça la démange... »

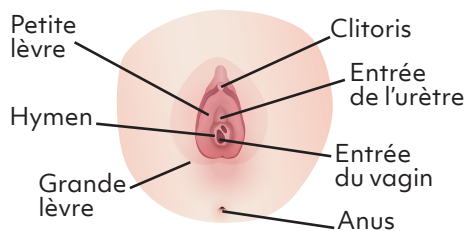
LA VULVOVAGINITES

Bénigne, parfois récidivante, la vulvovaginite est une inflammation cutanéomuqueuse fréquente chez la petite fille, à partir de 2-3 ans, qui commence à être propre. On parle de vulvite quand l'affection se limite à la région vulvaire et de vulvovaginite, plus rare, en cas d'atteinte étendue au vagin. Contrairement à l'adulte, l'origine est majoritairement irritative (voir encadré).

Particularités pédiatriques

- La vulnérabilité pédiatrique des petites filles aux vulvovaginites est liée à des particularités anatomiques. Les petites et grandes lèvres, faiblement développées, assurent une moindre protection, la distance courte entre l'hymen et l'anus favorise l'ensemencement par des germes digestifs. Peu œstrogénisée, la muqueuse est mince et la flore de Döderlein absente.
- Les récurrences comme la présence de pus ou de sang doivent faire envisager un corps étranger, voire une maltraitance sexuelle.

Anatomie de la vulve



Hygiène

Elle est la base du traitement des vulvovaginites simples et de la prévention des récurrences.

Toilette génitale

- Ni trop ni trop peu ! Elle doit être quotidienne, à la main et non au gant, avec de l'eau et une petite quantité de savon de type syndet, sans parfum ni colorant.
- Insister au niveau des plis, rincer abondamment, puis bien sécher en tamponnant.
- Préférer les douches aux bains ou, dans ce cas, éviter les bains moussants et rincer la région vulvaire.

QU'AURIEZ-VOUS RÉPONDU ?

La maman d'Alice demande : « *Ma fille ressent des démangeaisons au niveau de la vulve. Peut-on utiliser des ovules antifongiques ?* »

Les mycoses ne sont pas en cause dans les vulvovaginites de l'enfant, sauf en cas de diabète ou d'immunodépression associés. Par ailleurs, même s'il existe des formes pédiatriques d'ovules, elles sont rarement prescrites chez les petites filles.

Mémo sur la vulvovaginite de la fillette

Principales étiologies	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Irritations : frottements, erreurs d'hygiène, atopie, constipation, etc. - Infections par germes intestinaux : streptocoque, <i>Escherichia coli</i> - Oxyurose - Corps étranger (vaginite) - Infections sexuellement transmissibles (IST : gonocoques, chlamydia, etc.), signe d'appel de sévices sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> - Démangeaisons +/- douleurs ou brûlures aggravées par la miction, érythème vulvaire parfois étendu à l'anus, éventuelles lésions de grattage - Leucorrhées vaginales (constantes en cas de vaginite)

Quand consulter ? Systématiquement en cas de premier épisode ou de leucorrhées associées. Sans amélioration malgré les mesures d'hygiène et en cas de récurrences.

Aux toilettes

- Ne pas se retenir, uriner les jambes écartées pour éviter un reflux de l'urine vers le vagin, tamponner doucement avec du papier propre afin d'éliminer les résidus d'urine, puis essuyer d'avant en arrière.
- Éviter d'utiliser des lingettes ou du papier parfumé ou coloré.

Vêtements

- S'abstenir de porter des vêtements serrés.
- La nuit, éviter de porter une culotte. Le jour, préférer des sous-vêtements en coton, amples, en changer chaque jour et les laver sans assouplissants. Le cas échéant, remplacer les couches régulièrement pour limiter la macération et ôter un maillot de bain mouillé après la baignade. Porter une culotte, une couche ou un maillot pour s'asseoir sur le sable ou l'herbe.

Soulager et cicatriser

- Des lavants spécifiques apaisants (extraits de mauve, calendula, avocat, lotus, bardane, etc.) sont proposés : Mustela Gel hygiène intime ; Saforelle Miss, Hydralin Fillette, Rogé Cavaillès Petite Fille soins intime & corps... dès 2 ans ; Saugella Girl pour usage intime dès 3 ans, etc.
- Des lotions ou crèmes apaisantes, cicatrisantes peuvent être conseillées : Cicalfate+, Dermalibour+ Cica-Crème réparatrice ; Saugella Crème Douceur, Saforelle Crème apaisante intime à partir de 5 ans, etc.

Accompagner les patientes

- Si un savon antiseptique est prescrit, son usage ne doit pas excéder quelques jours. Une antibiothérapie orale n'est prescrite qu'en cas d'atteinte streptococcique d'origine périnéale dont le diagnostic est généralement confirmé chez le médecin par un test rapide d'orientation diagnostique (le Trod utilisé dans les angines). Un traitement d'épreuve de flubendazole (Fluvermal) est habituellement prescrit contre une éventuelle oxyurose dès le premier épisode. La prise unique, pour toute la famille, doit

être renouvelée 15 à 20 jours plus tard pour éviter la réinfection. Traiter une éventuelle constipation associée : régime riche en fibres et hydratation suffisante, laxatif doux si besoin.

BALANITE

La balanite est une inflammation du gland de la verge, dite balanoposthite quand elle atteint également le prépuce. Fréquente chez le petit garçon, notamment de 2 à 5 ans, elle est alors le plus souvent irritative mais peut aussi être infectieuse, voire les deux, la distinction étant difficile à l'examen clinique.

Particularités

- La présence d'un phimosis, rétrécissement de l'extrémité du prépuce qui empêche le **décalottage**, est un facteur de risque de balanite. Physiologique et présent pour plus de 90 % des nourrissons, il disparaît le plus souvent naturellement avec l'assouplissement du prépuce et les premières érections : chez 50 % des enfants de 3 ans et 99 % des adolescents.
- Durant la croissance, des adhérences entre le gland et le prépuce qui empêchent le décalottage sont normales. De même que le smegma, substance blanchâtre qui s'accumule entre le prépuce et le gland et joue un rôle de lubrifiant.

Soulager l'inflammation

Hygiène

- C'est la base du traitement et de la prévention des récurrences.
- Laver le pénis quotidiennement avec de l'eau et un savon doux de type syndet, en évitant les savons parfumés, les bains moussants, etc. Bien rincer pour éliminer les résidus de savon puis sécher en tamponnant, laisser si possible à l'air libre. La journée, porter des sous-vêtements en coton, sécher la verge en tamponnant après chaque urine. Apprendre à l'enfant à se laver les mains avant et après le passage aux toilettes. Si le geste est possible sans forcer et sans faire mal, décalotter le gland pour le nettoyer de la même façon sans chercher à enlever tout le smegma. Sinon, ne surtout pas forcer au risque de provoquer des lésions douloureuses qui gênent le décalottage naturel en cicatrisant et peuvent être la cause d'un paraphimosis. Si l'enfant porte encore des couches, les changer régulièrement et rapidement après les selles ou les urines.

Traitement

- Le plus souvent, un traitement antiseptique (chlorhexidine aqueuse ou Dakin dilué, par exemple) suffit en première intention : en application locale ou en bain de verge durant 10 minutes jusqu'à 4 fois par jour, en veillant à bien respecter la dilution (attention notamment aux brûlures avec Dakin pur...). Ne pas conserver la solution diluée pour un autre usage. Le traitement est poursuivi pendant 48 heures après amélioration, au maximum 10 jours.
- Un topique apaisant et assainissant est également conseillé (Cicalfate+, Dermalibour+, etc.), à appliquer après la toilette et le traitement antiseptique sur peau sèche en massant doucement avec une compresse stérile ou simplement avec les mains propres.
- En cas de clinique évocatrice ou de non-amélioration, un antibiotique local peut être prescrit. Il sera guidé par un prélèvement local uniquement en cas de rechute.

DECALOTTAGE

Manipulation qui consiste à découvrir le gland en couissant le prépuce.

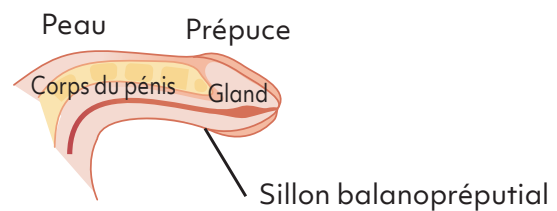
Mémo sur la balanite de l'enfant

Principales causes	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Irritations : stagnation selles et urines dans la couche, erreurs d'hygiène, détergents, adhérences préputiales, etc. - Infections : streptocoques β-hémolytiques, staphylocoques, etc. - Traumatisme (manipulations excessives) - Dermatoses (eczéma) 	Rougeurs débutant généralement au sillon balanopréputial et s'étendant au prépuce, douleurs, œdème, sécrétions +/- blanchâtres ou purulentes



Quand consulter ? Systématiquement en cas de premier épisode ou d'écoulements purulents, de gêne à la miction ; en urgence en cas de douleurs intenses, de difficultés pour marcher, si l'enfant ne peut plus uriner.

Anatomie du pénis



Gérer le phimosis

- Aucune intervention autre que l'hygiène quotidienne n'est conseillée avant 4-5 ans.
- Dès que l'enfant le peut, lui apprendre des manœuvres de décalottage douces par tractions légères du prépuce au-dessus du gland, sans jamais forcer et sans que ce soit douloureux, à faire lui-même pour qu'il gère la force à appliquer.
- Si le phimosis persiste après 4 ou 5 ans, le médecin peut prescrire un traitement de cortisone locale à appliquer durant quelques semaines pour assouplir la peau : en petite quantité sur le gland suivi de manœuvres de décalottage douces. La majorité des phimosis cèdent avec ce traitement, éventuellement après une deuxième cure.
- En cas d'inefficacité, de récurrences ou de troubles urinaires associés, le traitement peut être chirurgical après 5 ou 6 ans, par plastie préputiale (posthoplastie) qui incise l'extrémité très serrée du prépuce ou par circoncision (posthectomie). ■

Par Anne-Gaëlle Harlaut, pharmacienne, avec la collaboration du Dr Andréas Werner, pédiatre, vice-président de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (Afpa), expert mpedia, site internet spécialiste de l'enfant (mpedia.fr) de l'Afpa

PARAPHIMOSIS : IL Y A URGENCE !

Le paraphimosis est un étranglement de la base du gland du pénis par l'anneau préputial trop étroit qui ne peut être recalotté. L'œdème, parfois très douloureux, doit être géré rapidement sous peine de provoquer une nécrose du gland. Si l'application d'eau froide et les manœuvres douces ne permettent pas le recalottage, il faut aller chez son médecin ou aux urgences pour une remise en place manuelle (si besoin sous anesthésique local), très rarement par un geste chirurgical sous anesthésie générale.

>>>

« Laura a des boutons sur le torse... »

- Face aux difficultés d'accès aux médecins généralistes ou aux pédiatres, le pharmacien est souvent sollicité en premier recours pour un avis en cas d'éruption cutanée chez l'enfant.
- Le pharmacien doit connaître les principales pathologies éruptives de l'enfant, leur forme typique et les signes de gravité pour orienter vers le parcours de soins adapté. Le diagnostic de certitude est réservé au médecin, il est par ailleurs difficile par un simple examen clinique de l'**exanthème**, parfois trompeur.
- L'arrêté du 6 mars 2020 autorise un protocole de coopération dans le cadre de l'exercice pluriprofessionnel pour la prise en charge de la varicelle des enfants de 12 mois à 12 ans par les pharmaciens d'officine et les infirmiers diplômés d'Etat (voir p. 15).

ÉRUPTIONS CUTANÉES INFECTIEUSES

Particularités pédiatriques

- Les maladies éruptives infectieuses sont fréquentes chez l'enfant jeune, la transmission des virus ou bactéries étant notamment favorisée par la promiscuité en collectivité.
- L'immaturation du système immunitaire et l'absence de contact antérieur avec les agents infectieux représentent des facteurs de vulnérabilité.

Généralités

La plupart des éruptions infectieuses sont virales, d'évolution favorable en quelques jours et ne nécessitent qu'un traitement symptomatique. Dans certains cas, un traitement antibiotique est indiqué d'emblée (exemple : scarlatine, d'origine bactérienne) ou un antiviral (primo-infection herpétique). Le diagnostic médical de certitude est notamment important lorsqu'une surveillance, des mesures d'éviction ou une déclaration obligatoire sont nécessaires (rougeole, rubéole) ou pour confirmer un diagnostic de varicelle (hors protocole). Il l'est aussi pour la protection des personnes à risque de l'entourage comme les femmes enceintes (risque fœtotoxique en particulier pour la varicelle, la rougeole, la rubéole, la cinquième maladie ou le mégalérythème) et les immunodéprimés.

LE PARCOURS DE SOINS

En exerçant son rôle de conseil et d'orientation vers le parcours de soins adapté, le pharmacien peut être amené à observer l'éruption en gardant à l'esprit qu'elle peut être trompeuse. Le contexte clinique et épidémiologique doit également être interrogé, en particulier les signes de gravité qui nécessitent une consultation rapide.

L'éruption

- Visualiser l'exanthème dans son ensemble est important pour évaluer au mieux la topographie des lésions (voir tableau pages 12 et 13).
- L'éruption maculopapuleuse présente des **macules** ou des

papules confluant en plaques plus ou moins espacées de zones saines. On parle d'exanthème morbilliforme en cas de plaques rouges, caractéristiques de la rougeole, et de mégalérythème épidermique ou roséoliforme en cas de plaques rose pâle, qui signent la rubéole ou la roséole. Une éruption scarlatiforme, rouge foncé en larges plaques sans intervalle de peau saine, rugueuse au toucher et pouvant évoluer vers une desquamation est caractéristique de la scarlatine.

- L'éruption vésiculeuse se distingue par la présence de **vésicules** dont l'aspect est un élément d'orientation : liquide clair (exemple : varicelle), grises entourées d'un liseré rouge (caractéristique du syndrome pieds-mains-bouche), buccopharyngées associées à un érythème et évoluant vers l'ulcération, typiques de la primo-infection herpétique.

Le contexte

- Les signes cliniques associés à l'éruption (fièvre, adénopathies, toux, etc.) et leur chronologie d'apparition sont des éléments essentiels d'orientation.
- Le contexte épidémiologique apporte des informations supplémentaires, en particulier relatives à l'âge de l'enfant, aux pics d'incidence habituels et aux circonstances de survenue : saisonnalité, existence d'une épidémie dans la collectivité, dans la fratrie, prise récente d'un médicament (qui peut orienter vers une toxidermie médicamenteuse, diagnostic différentiel fréquent).
- Les antécédents médicaux de l'enfant doivent être interrogés, car certaines maladies confèrent une immunité définitive (rougeole, mégalérythème, rubéole et varicelle) ou orientent vers une récurrence (herpès).
- Son statut vaccinal pour la rougeole et la rubéole (vaccination obligatoire seulement depuis 2018), voire la varicelle après 12 ans sont également à rechercher.

Evaluer la gravité

- Les éléments de gravité orientent le délai de prise en charge médicale.
- Des signes de gravité ou de complications doivent motiver une consultation rapide : altération de l'état général, fièvre associée à une tachycardie, à une hypotension, à une dyspnée ou à des troubles neurologiques, douleurs articulaires ou musculaires, lésions purulentes, anorexie et troubles de la

>>>

EXANTHÈME

Eruption cutanée brutale et transitoire.

MACULE

Lésion cutanée non palpable (sans relief) en forme de tache.

PAPULE

Lésion cutanée surélevée (palpable) à contenu solide.

VÉSICULE

Lésion cutanée palpable qui forme une petite bulle contenant un liquide.

Principales maladies éruptives infectieuses de l'enfant : critères d'orientation

L'éruption typique	Signes associés	Epidémiologie	Orientation probable Agent en cause
Eruptions maculopapuleuses (plaques de lésions confluentes espacées de peau saine)			
Morbiliformes (plaques rouges)			
- Symétrique, d'abord sur les joues (aspect « giflé »), puis sur les bras, les cuisses, parfois le thorax - Aggravation par la pression, la chaleur, le soleil et l'exercice physique	- Etat général peu altéré - Peu ou pas de fièvre +/- - Prurit (non systématique) - Syndrome pseudogrippal	- Fin de l'hiver/printemps - Age scolaire Incubation : +/- 14 jours Contagiosité : 5 jours avant éruption Transmission : - directe par voie respiratoire ou indirecte <i>via</i> objets contaminés - maternofoetale possible	Mégalérythème épidermique (cinquième maladie) Parvovirus B19 
- Débute derrière les oreilles, puis front, visage, cou, thorax, tronc et membres - Signe de Köplick : apparition fugace de taches blanchâtres bleuâtres sur la face interne des joues	- Etat général altéré - Fièvre élevée - Pas de prurit - Rhinopharyngite, toux rauque, conjonctivite, œdème des paupières, photophobie, fatigue persistante	Petites épidémies localisées Incubation : 8 à 12 jours Contagiosité : 5 jours avant éruption Transmission : - directe par voie respiratoire ou conjonctivale - indirecte <i>via</i> objets contaminés	Rougeole Morbillivirus 
Roséoliformes (plaques rose pâle)			
- Sur le visage et le front, puis le tronc et les membres - Disparition en 3 ou 4 jours	- Etat général peu altéré - Peu ou pas de fièvre - Prurit inconstant - Adénopathies sous occipitales et rétroauriculaires, maux de gorge, conjonctivite, céphalées	- Hiver/printemps - Nourrissons (+ adolescents) Incubation : 14 à 21 jours Contagiosité : 5 à 8 jours avant et après le début de l'éruption Transmission : - directe par voie respiratoire ou indirecte <i>via</i> objets contaminés - maternofoetale possible	Rubéole Togavirus 
- Sur le thorax, l'abdomen, le cou et la racine des membres (rarement sur le visage) dans les 24 à 48 heures après apparition de la fièvre - Disparition en moins de 36 heures	- Etat général peu altéré - Fièvre élevée pendant 3 jours (+ 39 à + 40 °C) - Pas de prurit +/- anorexie, diarrhées et douleurs abdominales, ganglions cervicaux, tympan congestifs	- Toutes saisons - Age préscolaire (6 à 24 mois) Incubation : 5 à 15 jours Contagiosité : peu contagieuse Transmission : directe par voie respiratoire ou indirecte <i>via</i> objets contaminés	Roséole (dite érythème subit ou sixième maladie) Herpès virus humain de type 6B (HHV6B) 

>>> déglutition (en cas de lésions buccales), arthrite, myalgies, difficultés respiratoires, otalgie, etc.

- Il en est de même si l'enfant a moins de 6 mois, est immunodéprimé ou compte dans son entourage des personnes à risque (femme enceinte, immunodéprimés, etc.).
- La présence d'un exanthème maculopapuleux intense associé à une altération de l'état général, à une inflammation de la bouche et à des œdèmes aux pieds et aux mains oriente vers une maladie de Kawasaki (vascularite) et une consultation en urgence.

ACCOMPAGNER LA PRISE EN CHARGE

- Hormis la prescription d'un antibiotique en cas d'origine ou de surinfection bactérienne ou d'un antiviral dans la

primo-infection herpétique, le traitement symptomatique des éruptions non compliquées vise à soulager la fièvre, le prurit, les douleurs et à limiter le risque de surinfection des lésions.

- Les conseils doivent être rappelés au décours d'une prescription médicale ou dans l'attente d'une consultation.

Fièvre et douleurs

- Commencer par les mesures physiques : ne pas trop couvrir l'enfant ou surchauffer la chambre (moins de + 19 °C), proposer à boire régulièrement et contrôler l'évolution de la température toutes les 3 à 6 heures.
- Le traitement antipyrétique/antalgique, uniquement en

Principales maladies éruptives infectieuses de l'enfant : critères d'orientation (suite)

Scarlatiniforme			
<ul style="list-style-type: none"> - Erythème généralisé prédominant sur la face antérieure du tronc : peau rouge et rêche, accentuation de la coloration au niveau des plis - Amygdales rouges et exsudatives, érythème et pétéchies au niveau du palais, langue framboisée 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat général altéré - Fièvre élevée - Mal de gorge, dysphagie, adénopathies cervicales, douleurs abdominales, nausées, vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes saisons, en particulier les froides - Age scolaire <p>Incubation : 2 à 5 jours</p> <p>Contagiosité : 24 à 48 heures avant éruption, jusqu'à 24 heures après le début de l'antibiothérapie</p> <p>Transmission : directe par voie respiratoire ou indirecte via objets contaminés</p>	<p>Scarlatine Streptocoque β-hémolytique du groupe A</p> 
Eruptions vésiculeuses			
<ul style="list-style-type: none"> - Vagues éruptives de vésicules à liquide clair sur le visage, le cuir chevelu, le tronc, les membres - Evolution en pustules blanches puis en lésions croûteuses - Lésions possibles sur les muqueuses génitales et dans la bouche (aspect ulcéré) 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat général peu altéré - Fièvre modérée +/- céphalées - Prurit ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes saisons surtout hiver et printemps - Age scolaire <p>Incubation : 14 jours</p> <p>Contagiosité : importante pendant les 5 jours qui précèdent le rash, jusqu'à l'assèchement des lésions</p> <p>Transmission : - directe par voie respiratoire ou par contact avec les vésicules - materno-fœtale possible</p>	<p>Varicelle Virus varicelle zona (VZV)</p> 
<ul style="list-style-type: none"> - Vésicules grises entourées d'un liseré rouge au niveau des pieds et des mains - Chez la fille, vésicules inguinales et vulvopérinéales - Vésicules érosives et douloureuses localisées au niveau de la cavité buccale 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat général conservé - Fièvre modérée - Pas de prurit - Possibles dysphagie, anorexie, rhinite, maux de gorge, diarrhées 1 ou 2 jours avant éruption 	<ul style="list-style-type: none"> - Saison estivale/automne - Age préscolaire <p>Incubation : 3 à 6 jours</p> <p>Contagiosité : maximale la 1^{re} semaine, puis plusieurs semaines (présence du virus dans les selles)</p> <p>Transmission : directe par voie respiratoire ou orofécale par contact avec les mains, les aliments ou les objets souillés</p>	<p>Syndrome pieds-mains-bouche Entérovirus non poliomyélitiques (Coxsackie A16, entérovirus 71, etc.)</p> 
<ul style="list-style-type: none"> - Erythème oropharyngé avec de petites vésicules - Evolution en ulcérations rouges couvertes d'un enduit blanchâtre 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat général altéré - Fièvre > + 39 °C - Adénopathies sous maxillaires, dysphagie, anorexie 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes saisons <p>Incubation : 3 à 6 jours</p> <p>Contagiosité : dès apparition des vésicules puis pendant 8 à 20 jours</p> <p>Transmission : directe par voie respiratoire ou par contact avec les vésicules ou la salive</p>	<p>Primo-infection herpétique Herpès simplex de type 1 (HSV1)</p> 

cas de douleurs ou si la fièvre (supérieure à + 38 °C) est mal supportée, repose sur l'utilisation de paracétamol. Il peut notamment être nécessaire en cas de roséole, souvent responsable de fièvre élevée avec un risque de convulsions.

- L'utilisation d'aspirine lors de virose est proscrite chez l'enfant en raison du risque de syndrome de Reye (encéphalopathie associée à une atteinte hépatique). Libuprofène ne doit pas être utilisé en cas de suspicion de varicelle, en raison du risque de surinfection grave (fasciite nécrosante) et n'est pas recommandé dans les autres infections (risque possible d'aggravation).

Hygiène

- 1 à 2 douches par jour sont conseillées en évitant les bains qui favorisent la macération et retardent la formation des croûtes. Choisir un produit lavant doux de type syndet ou

un pain dermatologique sans savon et, en cas de lésions sur l'appareil génital externe, un lavant intime adapté.

- Sécher la peau sans frotter, en tamponnant avec une serviette douce, pour limiter les irritations.
- Laver les mains et les ongles régulièrement afin de réduire le risque de surinfection.
- Couper les ongles court pour éviter les surinfections mais aussi les lésions de grattage et leur ulcération, qui peuvent laisser des cicatrices.

En cas de prurit

- Habiller l'enfant avec des vêtements amples et en coton pour limiter la chaleur et la transpiration qui aggravent le prurit.
- Pour la toilette, opter pour une base lavante douce enrichie en composants à visée antiprurigineuse tels que la bardane et le glycolle (Saforelle Gel lavant doux, Dermhydralin, etc.).

parinyabinsuk-istock Shutterstock

DianaPonikvar-istock

Kuchugurina-istock

Mumemories-istock

>>>

>>>

- Les antihistaminiques H₁ (anti-H₁) anticholinergiques (métaquizine : Primalan, par exemple ; dexchlorphéniramine : Polaramine notamment ; Hydroxyzine : Atarax, entre autres) peuvent être prescrits en cas de prurit intense, à partir de 2 ans (formes sirop). Seule la cyproheptadine (Periactine) peut être délivrée en conseil, à partir de 6 ans. Sédatifs, ils sont préférés aux anti-H₁ de deuxième génération pour limiter les troubles du sommeil liés au prurit : répartir les prises dans la journée en conservant 1 prise avant le coucher.
- Une mousse locale (PoxClin Varicelle, à base d'*Aloe vera* et d'huile de ricin) revendique une action rafraîchissante et apaisante : en application jusqu'à 3 fois par jour, à laisser au réfrigérateur pour un effet froid.

Les lésions cutanées

- En règle générale, les applications de produits sur les lésions doivent être limitées au maximum afin de ne pas perturber l'évolution. Proscrire en particulier l'application de talc, de crème et de pommade, qui favorisent la macération et la surinfection des lésions. Si la peau est asséchée ou irritée par l'affection et des desquamations (scarlatine, syndrome pieds-mains-bouche), attendre la guérison complète des lésions avant d'appliquer un soin relipidant.
- Pour les lésions de la varicelle, l'application de chlorhexidine aqueuse 2 fois par jour est conseillée afin de réduire les surinfections : en pulvérisant directement ou à l'aide d'une compresse ou d'un coton-tige, sans couvrir avec un pansement occlusif pour limiter le risque de réactions locales. Ne pas appliquer d'éosine pour « assécher » les lésions ou d'antiseptique coloré qui peuvent masquer leur évolution.
- En cas de lésions suintantes, il est possible d'utiliser une lotion qui assèche (Cicalfate, Cytelium).
- Les lésions peuvent s'infecter notamment après grattage, la principale complication de la varicelle étant la surinfection bactérienne streptococcique ou staphylococcique (impétigo) : en cas d'inflammation, d'érythème sévère, de douleur, de suintement purulent ou de toute évolution anormale des lésions, il faut consulter.
- Une **onychomadèse** peut survenir quelque temps après un syndrome pieds-mains-bouche. L'ongle repousse ensuite sans traitement ni séquelle.

En cas de lésions buccales

- Particulièrement douloureuses et à risque de complications (infections, troubles de la déglutition, anorexie, déshydratation, etc.), les éruptions buccales, pharyngées et péri-orales sont possibles dans la varicelle, le syndrome pieds-mains-bouche et la primo-infection herpétique.
- Privilégier les boissons froides, les glaces et les plats semi-liquides (purée, crème dessert, compote, etc.) ou mixés. Ne pas prendre d'aliments à risque de blessure (biscottes, croûte de pain, biscuits secs, etc.) et acides (tomates, jus de fruit, par exemple). Utiliser si besoin une paille pour éviter le contact avec les aliments.
- Surveiller la déshydratation.

ONYCHOMADÈSE

Décollement et chute de l'ongle.

- L'administration d'antalgiques est souvent nécessaire : paracétamol, voire tramadol, sur prescription. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont proscrits.

PRÉVENTION

Limiter la transmission

- La période de contagiosité est variable en fonction des pathologies. A noter : les vésicules de la varicelle renferment de nombreuses particules virales et la contagion est possible jusqu'à l'assèchement des lésions.
- Dans la grande majorité des cas, la contamination se fait par voie aérienne (gouttelettes) pendant la phase prodromique.
- Les mesures visant à limiter le risque de transmission varient selon les modes de contamination possibles :
 - par voie aérienne : réduire les contacts et porter un masque chirurgical en présence de l'enfant malade (notamment les personnes non vaccinées ou fragiles), aérer régulièrement les pièces (10 à 15 minutes 3 fois par jour), jeter les mouchoirs en papier dans une poubelle fermée après le mouchage de l'enfant.
 - par contact direct avec les lésions : éviter les contacts rapprochés avec l'enfant, se laver les mains après les soins, utiliser des gants si nécessaire (personnes non immunisées, immunodéprimées).
 - par contact indirect avec un objet contaminé : laver, voire désinfecter, régulièrement les surfaces, jouets ou objets utilisés par l'enfant. Ne pas partager les verres et couverts, les brosses à dents ou les sticks à lèvres.

L'éviction scolaire

- Elle n'est obligatoire que pour la rougeole (jusqu'au 5^e jour après le début de l'éruption) et la scarlatine (jusqu'au 2^e jour après le début des antibiotiques).
- Pour les autres maladies éruptives, elle est néanmoins recommandée pendant la phase aiguë de l'éruption, pour le confort de l'enfant et pour limiter la contagiosité.

La vaccination

- Les vaccins contre la rougeole et la rubéole sont devenus obligatoires depuis janvier 2018.
- Priorix et M-M-RvaxPro sont des vaccins trivalents (rougeole, oreillons, rubéole). Deux doses sont nécessaires pour l'immunisation : la première à 12 mois, la seconde entre 16 et 18 mois. Si la vaccination augmentait progressivement en France, on constate une diminution de la couverture des plus de 2 ans depuis le début de l'épidémie de Covid-19 ; le rattrapage vaccinal doit être encouragé.
- La vaccination contre la varicelle n'est préconisée en population vaccinale que chez l'enfant n'ayant pas d'antécédents de varicelle (un test sérologique peut être pratiqué) à partir de 12 ans, y compris dans les 3 jours suivant une exposition au virus. La vaccination (Varilrix, Varivax) nécessite 2 doses. Ces vaccins sont également fortement recommandés pour les femmes en âge de procréer non encore vaccinées ou sans antécédents de varicelle en raison des risques fœtotoxiques potentiels. ■

Par **Stéphanie Satger**, pharmacienne, avec la collaboration de **D^r Thomas Hubiche**, dermatologue, praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire de Nice (Alpes-Maritimes)

INTERVIEW



Eric Ruspini, pharmacien titulaire en Lorraine, élu URPS pharmaciens Grand-Est, président de l'USPO Grand-Est, membre de la Société française de pharmacie clinique. Il a participé à la rédaction du protocole de coopération pour la prise en charge de la varicelle à l'officine à la demande du Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH).

Depuis mars 2020*, les pharmaciens sont autorisés à prendre en charge la varicelle des enfants sous protocole de coopération. Est-ce un bon point pour le conseil pédiatrique à l'officine ?

C'est une très bonne chose pour la profession, car ce protocole vient encadrer une pratique de conseil que l'on met déjà en œuvre. D'abord, il sécurise le conseil en offrant un cadre et des arbres décisionnels qui permettent de n'oublier aucun point important. Ensuite, il impose une trace écrite via un outil informatique et permet ainsi la traçabilité de notre conseil. Sécurisation et traçabilité sont la base de la pharmacie clinique. Enfin, le rôle du pharmacien est un peu étendu puisque le protocole donne la possibilité de prescrire et d'établir un certificat pour le carnet de santé de l'enfant.

Pourquoi est-il compliqué actuellement de le mettre en place ?

Le texte tel qu'il a paru impose de telles contraintes qu'il n'est absolument pas adapté aux besoins de la « vraie vie » ! L'obligation de coopération au sein d'une même structure pluriprofessionnelle, une communauté professionnelle territoriale de

santé (CPTS) par exemple, et le partage d'un même logiciel créent des officines à deux vitesses, celles qui peuvent et les autres. Puisqu'on doit répondre à des situations d'urgence ou de déficit démographique, ça n'a pas de sens d'envoyer les patients chez des confrères qui pourraient l'appliquer à 50 km !

Y a-t-il des adaptations prévues pour permettre une plus large application ?

Il faudrait assouplir ces conditions pour que tous les pharmaciens puissent mettre en œuvre le protocole : indépendamment d'une structure pluriprofessionnelle, avec une obligation de prévenir le médecin traitant bien sûr, mais par une messagerie sécurisée, par exemple. On travaille à adapter les textes dans ce sens et on espère que ce sera fait prochainement, cependant impossible de prévoir une date, la situation sanitaire actuelle faisant avancer les projets au ralenti.

* Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle », paru au *Journal officiel* du 10 mars 2020.

MÉMO : LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION « VARICELLE »

Pour qui ? Les enfants de 12 mois à 12 ans présentant une éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse (varicelle).

Pourquoi ? Réduire les délais de prise en charge dans un contexte démographique médical déficitaire.

Quel cadre ? Un protocole de coopération entre un médecin généraliste (délégué) et un pharmacien ou un infirmier (délégué) qui appartiennent à la même structure de soins coordonnés pluridisciplinaires et utilisent un

même logiciel pour l'ensemble de la prise en charge partagée. Une formation de 10 heures est requise.

Quels actes dérogatoires ? Examen clinique, diagnostic de varicelle et éviction des critères de gravité en suivant une démarche par arbres décisionnels, prescription possible de paracétamol et d'antiseptique, inscription du certificat de la varicelle dans le dossier médical du patient.

LE MONITEUR des pharmacies

La charte éditoriale :

11-15, quai de Dion-Bouton
92 800 Puteaux
lemoniteurdesharmacies.fr

lemoniteurdesharmacies.fr/Charte
Les déclarations publiques d'intérêt (DPI) :
lemoniteurdesharmacies.fr/DPI
Les bibliographies complètes :
lemoniteurdesharmacies.fr/Bibliographies

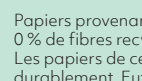
Chaque « Cahier Formation » est relu par un membre du comité scientifique avant parution.

Coordination : Anne-Gaëlle Harlaut et Alexandra Blanc, pharmaciennes
Rédaction en chef : Laurent Lefort
Secrétariat de rédaction : Anthony Le Breton
Maquette : Floriane Watteau



COMITÉ SCIENTIFIQUE

Françoise Amouroux, pharmacienne d'officine et professeure associée (Bordeaux) ; Grégory Arpino, pharmacien d'officine ; Mireille Becchio, médecin généraliste ; Noëlle Davoust, pharmacienne d'officine et professeure associée (Rennes) ; Florence Deguine-Riaux, pharmacienne d'officine ; Eric Douriez, pharmacien d'officine ; Alessandra Dragoni, pharmacienne d'officine ; Jeanne Elie, pharmacienne d'officine ; Pierre Garcia-Santos, pharmacien d'officine ; Arnaud Lecerf, pharmacien responsable BPDO et pharmacien d'officine ; Nicolas Mattern, pharmacien d'officine ; Denis Richard, pharmacien hospitalier et enseignant universitaire (Poitiers) ; Vivien Veyrat, pharmacien d'officine et professeur associé (Paris-Sud) ; Caroline Wehrle, pharmacienne d'officine et professeure associée (Strasbourg) ; Patrick Wierre, docteur en pharmacie, expert à la Commission de la transparence.

Editeur : 1Healthmedia-Health Initiative, SAS au capital de 2 000 € - RCS Paris 838 045 987
• Président, directeur de la publication : Julien Kouchner
• Imprimeur : Senefelder Misset, Pays-Bas
• N° de la commission paritaire : 0126 T 81808
- ISSN : 0026-9689
• Dépôt légal : à parution
• Prix du numéro : 8 €
ABONNEMENT : 48 numéros incluant les cahiers spéciaux (formation et thématique) + l'accès à l'intégralité du site lemoniteurdesharmacies.fr. Numéros servis sur une durée de 47 à 52 semaines. Accès aux archives réservé pour les revues auxquelles vous êtes abonné.
Tarif : 329 € TTC TVA 2,1 %
- Drom-COM et autres pays : consulter le site internet lemoniteurdesharmacies.fr
Abonnement étudiants sur justificatif : 149 € TTC TVA 2,1 %



L'ESSENTIEL À RETENIR

	Prise en charge de base 	Eventuellement si besoin 	Contre-indiqué/ non recommandé 
Gastroentérite	Réhydrater - Soluté de réhydratation orale (SRO) dès que possible, à volonté, en petites quantités répétées chez les plus petits (< 3-4 ans) ; chez les plus grands, une réhydratation par d'autres boissons peut suffire + - Réintroduire la nutrition en parallèle du SRO : immédiatement en cas d'allaitement maternel, dans les 4 à 6 heures au maximum pour un lait infantile et/ou l'alimentation diversifiée + - Surveiller : signes de déshydratation → consulter rapidement	Sans se substituer aux mesures de réhydratation : - adsorbants et/ou racécadotril (sur prescription) +/- - post et probiotiques	Lopéramide contre-indiqué avant 2 ans et non recommandé après cet âge en raison d'effets neurologiques potentiels Antiémétiques non indiqués sauf avis médical
Rhinopharyngite/ ORL pathologie	Désobstruction rhinopharyngé - Lavage nasal + - Mouchage dès que l'enfant en est capable - Respecter la toux	- Antihistaminiques H ₁ (anti-H ₁) oral contre la rhinorrhée à partir de 6 ans, 3 jours au maximum - Si toux gênante nocturne : anti-H ₁ ou héliosidine en sirop à partir de 2 ans	- Vasoconstricteurs - Antitussifs et mucolytiques contre-indiqué avant 2 ans - Huiles essentielles contenant des dérivés terpéniques contre-indiquées avant 30 mois (suppositoires) ou 6 ans, voire 12 ans (inhalation humide) - Anesthésiques locaux en pastilles contre-indiqué avant 6, 12 ou 15 ans selon références - Pastilles contre-indiquées avant 6 ans (risque de fausse route), collutoires CI avant 30 mois (risque de laryngospasme)
Vulvovaginites/ balanites	Hygiène - Toilette 1 fois par jour, à la main avec une base lavante douce apaisante sans parfum ni colorant ; bien rincer, ne pas utiliser de bain moussant - Changer les couches régulièrement - Filles : uriner jambes écartées, s'essuyer de l'avant vers l'arrière - Garçons : décalottage si possible lors de la toilette sans jamais forcer	- Antiseptique local en savon ou solution diluée, au maximum 10 jours - Lotion ou crème apaisante et cicatrisante - Vulvovaginite : traitement d'épreuve au flubendazole	- Antibiotique local sans avis médical - Hygiène quotidienne avec un savon antiseptique
Maladies éruptives infectieuses	Hygiène - Toilette 1 à 2 fois par jour avec une base lavante douce, séchage doux - Lavages réguliers des mains, ongles coupés courts	Prurit - Base lavante enrichie en actifs apaisants, anti-H ₁ sédatifs sur prescription médicale à partir de 2 ans Varicelle Chlorhexidine aqueuse sur les lésions 2 fois par jour, lotion asséchante et cicatrisante si lésions suintantes	Pas d'application de crèmes, de baumes, d'huiles, de talc, etc., qui favorisent la macération et la surinfection des lésions ; pas de produits colorés asséchants ou antiseptiques qui masquent l'évolution



En cas de fièvre (> + 38 °C)

Hydrater régulièrement, découvrir, ne pas augmenter la température ambiante. Pas de bain frais, source d'inconfort. Antipyrétique si la fièvre est mal supportée, à dose minimale efficace et sur une durée la plus courte possible (au maximum 3 jours en automédication) :

- paracétamol en première intention
- ibuprofène contre-indiqué en cas d'éruption cutanée faisant suspecter une varicelle et avec prudence dans tout autre contexte infectieux (risque possible d'aggravation)
- pas d'aspirine au cours d'une infection virale chez l'enfant (risque de syndrome de Reye)



Vaccination

- **Gastroentérites à rotavirus** : vaccin buvable entre 6 semaines et 8 mois, non recommandé de façon systématique
- **Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)** : obligatoire avant 2 ans, rattrapage si besoin
- **Varicelle** : vaccin recommandé en l'absence d'antécédents à partir de 12 ans