

HÉMATO-ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

PRISE EN CHARGE D'UN SYNDROME THORACIQUE CHEZ UN ENFANT/ADOLESCENT AVEC DRÉPANOCYTOSE

PRÉAMBULE :

- La définition du syndrome thoracique est la combinaison d'un ou plusieurs symptômes respiratoires (dyspnée, détresse, douleur thoracique, toux, etc.) et de la présence d'un parenchyme pulmonaire anormal sur une radiographie du thorax anormale. La fièvre (>38C) et l'oxygénodépendance ne sont pas des critères stricts.
- La morbidité et mortalité d'un syndrome thoracique chez un enfant/adolescent avec drépanocytose sont très importants et le but de la prise en charge est de prévenir la progression de l'atteinte pulmonaire ischémique et la surinfection microbienne.
- Ces recommandations ne remplacent pas une évaluation clinique individuelle et une prise de décisions spécifique.
- Toute consultation pour syndrome thoracique chez un enfant avec drépanocytose suivi auprès de l'unité HOP, doit impérativement être signalée au médecin de garde HOP 24h/24 7j/7 via le numéro 079 556 72 54 dans les 24heures, afin d'organiser un suivi adéquat (y.c. documentation). Ce numéro est pour le personnel soignant uniquement.

TRAITEMENT À L'ARRIVÉE AUX URGENCES (HEL OU CHUV)

OXYGÈNE

- Masque à 100% 6-8 l/min pour SaO₂ > 95 %

ANTIBIOTHÉRAPIE PRÉEMPTIVE OBLIGATOIRE

- Céftriaxone IV 50-75 mg/kg/jour (max 2g/j), et
- Azithromycine PO 10 mg/kg (max 500 mg par prise) per os (J1-3) puis 5 mg/kg pendant 7jours.

HYDRATATION

- Besoins d'entretien 100% IV+PO.
- Attention ! Pas d'hyperhydratation ou bolus de fluides IV ! Risque très important de surcharge volumique avec répercussion pulmonaire !

PHYSIOTHÉRAPIE RESPIRATOIRE OBLIGATOIRE

- Par physiothérapeutes, équipes infirmières, et parents
- Sessions "Bulleau" de spirométrie incitative de durée 2-5 min toutes les 30 minutes lors de l'éveil.

SI BRONCHOSPASME

- Ventolin en aérosol 0.5% (5 mg) sur 20 mn, à répéter si besoin jusqu'à disparition du bronchospasme
- Solumédrol 1-2 mg/kg IV si bronchospasme sévère et résistant au Ventolin

SI FIÈVRE ET/OU DOULEURS

- Paracétamol IV/PO, dose de charge 30 mg/kg puis 15 mg/kg/dose 4 fois par jour (sans dépasser 1 g/dose et 5 g/jour)
- Ibuprofène PO 10 mg/kg/dose 3-4 fois par jour

SI DOULEURS INTENSES (EVA>7)

- Morphine IV, dose initiale 0.1 mg/kg (max 10mg) puis titration 0.05 mg/kg/10 min jusqu'au soulagement de la douleur.
- Consultation du service d'antalgie pédiatrique CHUV (bip 079 566 13 32) optimisation antalgie et ev. mise en place de PCA.
- Initiation de laxatifs (Movicol, Laxoberon) d'office, même si transit quotidien.



Rédaction :	Validation :	Création :	Modification :
Renella R	Beck Popovic M	01.01.2017	08.05.2017

HÉMATO-ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

TRAITEMENT AU COURS DE L'HOSPITALISATION

OXYGÈNE (LUNETTES, MASQUE, BIPAP)

- Pour maintenir une SaO₂ > 95% quelque soit la saturation de base.
- Pas de tentatives de sevrage ou modulation de l'oxygène pendant les premières 24h.

TRANSFUSION (SELON SYMPTÔMES RESPIRATOIRES)

- Discussion obligatoire avec hématologue pédiatre. Vérification du produit sanguin avec CTR/UMT CHUV (ev. **phéno/génotypage érythrocytaires**, **sérologies HIV/HBV/HCV/Parvovirus B19/CMV**).
- Détresse respiratoire modérée
 - Si Hb > 80g/l : **pas de transfusion ni échange transfusionnel**.
 - Si Hb < 80 g/l : **transfusion simple**.
- Détresse respiratoire sévère ou aggravation secondaire
 - Si Hb > 80g/l : échange transfusionnel manuel selon SOP.
 - Si Hb < 80g/l : **transfusion simple**.
- **Consignes transfusionnelles**
 - Toujours préciser sur le bon de commande de sang « patient avec drépanocytose ».
 - Suivre SOP Drépanocytose SCD #003.

ANTIBIOTHÉRAPIE (CF. EN HAUT)

- **Céftriaxone** IV 50-75 mg/kg/jour (max 2g/j), et
- **Azithromycine** PO 10 mg/kg (max 500 mg par prise) per os (J1-3) puis 5 mg/kg pendant 7jours.
- **Si infection sévère rajouter Vancomycine** IV 10-15 mg/kg q8h.

HYDRATATION

- Besoins d'entretien 100% IV+PO.
- Attention ! Pas d'hyperhydratation ou bolus de fluides IV ! Risque très important de surcharge volumique avec répercussion pulmonaire !

SI BRONCHOSPASME

- **Ventolin** 0.5% (5mg) en push (selon âge) q3-8h.
- **Solumédrol** à continuer **UNIQUEMENT après avis hématologue pédiatre** 1-2 mg/kg/12 heures IV (max 80 mg) pendant 24 heures puis passage PO par **Prednisone** 1-2 mg/kg/jour (max 60 mg/jour) pendant 5 jours, discussion impérative avec hématologue pédiatre pour sevrage progressif (danger de rechute de syndrome thoracique ou crise vaso-occlusive).

SI DOULEUR

- Consultation du service d'antalgie pédiatrique CHUV (bip 079 566 13 32) pour optimisation antalgie et réduction des effets secondaires.
- **Morphine** IV
 - PCA (ou NurseCA=NCA) quand douleur capturée
 - Débit de base initial 0.04 mg/kg/h
 - Bolus 0.04 mg/kg/6 minutes max 4 fois par heure
 - Initiation de laxatifs (Movicol, Laxoberon) d'office.
- **Paracétamol** PO (toujours en co-administration avec Morphine IV)
 - 15 mg/kg/dose 4 fois par jour (dose max 75 mg/kg/jour)
- **Ibuprofène** PO (toujours en co-administration avec Morphine IV)
 - 10 mg/kg/dose 3-4 fois par jour (dose max 40 mg/kg/jour)
 - A continuer 10 jours minimum.

SI SIGNES DE SURCHARGE HYDRIQUE

- **Furosémide** IV 0.5-1 mg/kg (max 40 mg/dose)
- Discussion impérative avec médecin cadre/cdc HOP.

HÉMATO-ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

POURSUITE DU TRAITEMENT HABITUEL (EN DISCUSSION AVEC HÉMATOLOGUE PÉDIATRE)

- STOP Ospen® si début antibiothérapie IV comme noté en-haut.
- STOP Hydroxyuré selon critères définis dans SOP Drépanocytose SCD #004.
- STOP Exjade ou autre chélateur du fer si infections sévère/sepsis ou ANC<1.5 G/L.
- CONTINUER acide folique PO à moins de mauvaise tolérance aigue à la prise PO.