


# **PRISE EN CHARGE D'UNE CRISE VASO-OCCLUSIVE CHEZ UN PATIENT DRÉPANOCYTAIRE EN PÉDIATRIE**

Dr Vareliette - Emilie Mellet, IDE – Julie Mesle, AP  
CH ST BRIEUC

Journée POHO du 6 novembre 2020



# Accueil

- ▶ Chambre seule
  - ▶ Position antalgique, /!\ transfert/lit
  - ▶ O2
  - ▶ Perfusion
  - ▶ Scope
  - ▶ Sonnette à disposition, manette bolus
  - ▶ Urinal, montauban
  - ▶ Réception du traitement personnel
  - ▶ Transmissions par l'équipe des urgences
- 

# PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



# Evaluation


➤ **QUAND?**

- A l'accueil
- Avant prise ATG et 30mn après
- Avant prise ATP
- Surveillance rapprochée si PCA
- Sur sollicitation

➤ **COMMENT?**

- TILT
- Echelles
- Observation du comportement
- Entourage

◀ **TRACABILITE**

- Feuille de T°C
  - Feuille de surveillance PCA
  - Transmissions orales et écrites
- 

Etiquette

Poids de l'enfant : .....

**CONCENTRATION : 1mg/ml**  (enfant ≥ 10kg)

**0.1mg/ml**  (enfant ≤ 10kg)

1mg = 1000 microgrammes (µg) = 1000 gamma (γ)

0.1mg = 100 microgrammes (µg) = 100 gamma (γ)

<b>TITRATION IV *</b>	
Date	
Prescripteur	
<b>Dose de charge</b> 0.1 mg/kg (max 4mg)	
<b>Puis bolus</b> 0, 02 mg/kg toutes les 5 minutes jusqu'à analgésie correcte (arrêter si apparition d'une sédation)	
Nombre max de bolus avant appel du médecin	
Heure de titration	

**CONDUITE A TENIR EN CAS DE  
SURDOSAGE AVEC BRADYPNEE**

1. Stimuler l'enfant et lui dire de respirer, l'oxygéner.
2. Arrêter la PCA et APPELER UN MEDECIN.
3. Diluer l'ampoule de naloxone (0,4mg) dans 9 ml de sérum physiologique et injecter ml par ml jusqu'au rétablissement de la fréquence respiratoire.
4. Prendre le relai par un débit continu de naloxone.

<b>PRESCRIPTION PCA *</b>				
Date				
Heure				
<b>Bolus</b> (en mg) En général dose initiale 0,02 mg/kg *				
<b>Période réfractaire</b> (en minutes)				
<b>Débit continu</b> si nécessaire (mg/h) En général, dose initiale 0,02 mg/kg/h *				
<b>Dose maximale des 4 heures</b> (mg)				
<b>Fréquence de la surveillance</b>				
Nom et signature du prescripteur				
Nom et signature des : Programmateurs :				
Vérificateur :				

\* Se référer à la feuille de modalités de prescription.

## FICHE DE SURVEILLANCE DES ENFANTS SOUS PCA MORPHINE

TRS/DOU/ENR/002/V2

23/04/2015

Page3/4

Etiquette

Date : .....

Heure de la Remise à zéro : .....

N° de la pompe : .....

Heure														
Nom de l'IDE/PDE														
Evaluation de la douleur														
Echelle utilisée : .....														
Score de sédation														
Fréquence respiratoire														
SaO2														
<b>SURVEILLANCE POMPE</b>														
Nombre de bolus demandés														
Nombre de bolus reçus														
Dose cumulée de morphine en mg														
Changement de seringue / poche														
Modification des paramètres														
<b>EFFETS INDESIRABLES</b>														
Mictions / Selles	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Prurit														
Nausées / Vomissements	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

### ECHELLE DE SEDATION

- S0 : Patient bien réveillé
- S1 : Patient somnolent éveillable par stimulation verbale
- S2 : Patient somnolent éveillable par stimulation physique
- S3 : Patient difficilement éveillable

### FREQUENCE RESPIRATOIRE

- Doit rester :  $\geq 10$  après 5 ans
- $\geq 15$  entre 1 et 5 ans
- $\geq 20$  avant 1 an

Signes d'alertes : respiration ronflante, irrégulière, pauses respiratoires

# Traitements



## ➤ MEDICAMENTEUX

- Antalgiques IV ou Per os
- MEOPA
- Oxygénothérapie
- Hyperhydratation (Perf puis Per os) → bilan entrées/sorties, poids/ jour

## ➤ NON MEDICAMENTEUX

- Positionnement
- Distraction
- Hypnoanalgésie
- Présence de l'entourage





# Effacité



➤ **SI INEFFICACE**

- Appel PDG et modification PM
- Antalgiques associés si besoin

➤ **EVOLUTION FAVORABLE**

- Diminution puis arrêt morphine IV et relais ATG Per os

# Prise en charge de l'hyperthermie



## Surveillance de la T°C

- Toutes les 4h
- Avant prise ATP
- Si signes cliniques: sueurs, tremblements, frissons, tachycardie, céphalées



## Administration ATP IV ou Per os



## Administration ATB IV



## Surveillance biologique/radiologique

# Prise en charge de l'anémie


# Surveillance



## ➤ CLINIQUE

- Pâleur
- Asthénie
- Tachycardie
- Ictère
- Essoufflement
- HypoTA

## ➤ BIOLOGIQUE

- Hémoglobine  
(transfusion à discuter)
  - Réticulocytes
  - Si Transfusion de CGR :  
groupe et RAI
- 

# Prévention du syndrome thoracique aigu

➤ **SURVEILLANCE CLINIQUE**

- Hyperthermie, douleur thoracique, signes de lutte, désaturation, dyspnée, toux
- RP / BS

➤ **KINE RESPIRATOIRE**

1 à 2 séances par jour

➤ **RESPIFLOW**

➤ **TRANSFERT EN REA SI BESOIN**



# Education thérapeutique et hygiène de vie





## OBSERVANCE DU TRAITEMENT

### CONSEILS DE SORTIE

- Hydratation journalière
- Surveillance cutanée et urinaire
- Vigilance au changement de température et altitude
- Certaines activités sportives contre-indiquées
- Vaccins à jour

### RDV PEDIATRE EN EXTERNE

