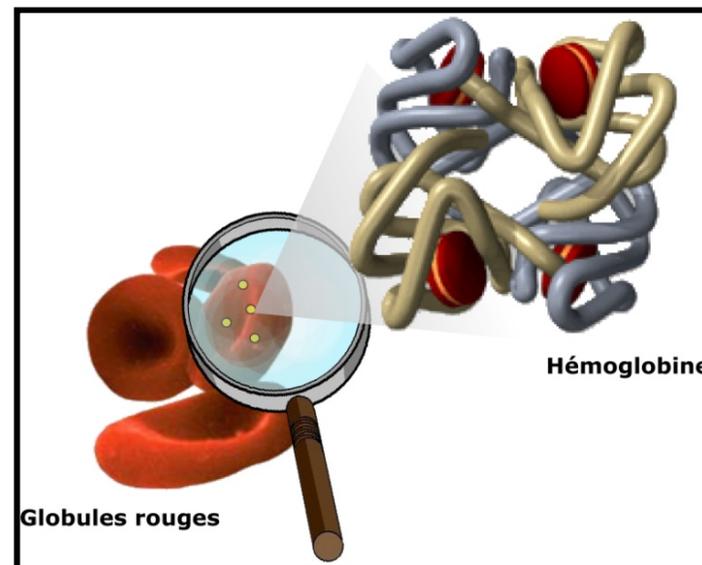




CENTRE DE REFERENCE
maladies rares



Syndrome Thoracique Aigu de l'enfant: Diagnostic et prise en charge aux urgences pédiatriques

Pr. Corinne Pondarré
Centre pédiatrique de référence de la drépanocytose
Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC)
Université Paris Est-Créteil

Conduite à tenir devant un syndrome thoracique aigu (STA)

Def

Atteinte pulmonaire aiguë survenant soit de novo (présente à l'admission) , soit dans les suites d'une hospitalisation pour crise vaso-occlusive (CVO).
Il est défini par l'association d'une fièvre et/ou de symptômes respiratoires à un infiltrat récent sur la RxP.

Enjeux

Reconnaissance précoce car risque d'aggravation très rapide et d'évolution vers un sd de détresse respiratoire aigu (SDRA) et de complications neurologiques.

Diagnosttic

A suspecter devant tout Sp respiratoire (toux, douleur thoracique, tachypnée, polypnée, détresse respiratoire hypoxie etc...)
A suspecter devant toute fièvre/Sd infectieux
A rechercher devant toute CVO à risque (osseuse multifocale, vertébrale, thoracique, ou abdominale sévère), dès l'admission et régulièrement au cours de l'hospitalisation

ATTENTION : Hypoxie est prédictive de sévérité

Radiologique : Infiltrat récent sur la Rx Pulm (**Echographie** pulmonaire : place ?)



OPACITE DEBUTANT aux BASES et s'étendant vers le haut uni ou bilatéral

STA SECONDAIRE

Contextes
physiopathologiques

1/Infection/PNP

Virale VRS, grippe >
Mycoplasmes >
Pneumocoque

2/Hypoventilation

-CVO thoracique
-CVO abdominale
-Chirurgie
-Morphine

3/Embolie graisseuse/hémolyse sévère

CVO sévère, Diffuse
-Fébrile
-Résistante à la Morphine
+- thrombopénie

4/Transfusion récente (5-21 j)

•+- Tableau de CVO/STA/anémie/fièvre
•Suspecter accident hémolytique post transfusionnel

Biologie

NFP + rétic obligatoires: Hb; réticulocytes; GB; Plq : **A COMPARER** aux taux de base

RAI (+ vérification groupe sanguin et phénotype étendu disponibles + recherche ATCD transfusionnels, lieux antérieurs de prise en charge)

Iono + créat + CRP

Bilan hépatique TGO TGP GGT Bili + LDH +- CPK

2 hémocultures

(**OBLIGATOIRE si transfusion récente**) : **Recherche d'hémoglobinurie** (Sang à la Bandelette urinaire, mais pas de Globules Rouges à l'ECBU) **et Electrophorèse de l'Hb**

+/-PCR Mycoplasme et virus respiratoires dans sécrétions rhinopharyngées; +/-Antigénurie Pneumococcique (valeur si négative)

Surveillance

-Scope avec surveillance SpO2 en continue

-**SpO2** à mesurer **SOUS AIR** toutes les 4h au moins et en systématique

-FR, signes de lutte, FC, TA, EVA, conscience et état neurologique /h à /4h

-Ex clinique médical répété

Traitement initial

Antibiothérapie:

-Amoxicilline (100 mg/kg en 3 IVL si STA/ PNP) ou C3G si STA secondaire (Ceftriaxone 50mg/kg/j en 1 X, IVL)
+ Zithromax po 20 mg/kg/j en 1 prise, 3 j

Hyperhydratation: (sans dépasser 2 l par j) = **1.5l/m2/24h**

Prise en charge de la douleur (Cf protocole CVO)

Spirométrie incitative : à débiter dès STA

10 inspirations par Voldyne ou paille

/1à 2h de 8h à 20h

/4h de 20 h à 8h.

Oxygénothérapie (maintenir SpO2 > 96%)

+ **Anticoagulation préventive** si pubère: HBPM (Lovenox 4000 U/j en scut) (sauf moya moya ou rétinopathie proliférative)

Transfusion de Concentrés Globules Rouges ?

STA SECONDAIRE

/Cause infectieuse probable

(fièvre inaugurale, tableau PNP aiguë, pas de CVO associée)

NON SYSTEMATIQUE

Se donner 24-48h d'évolution sous antibiothérapie

Si anémie aigue associée (Hb < 6-7 g/dL), alors transfusion simple (10 ml/kg)

/hypoventilation

(CVO thoracique; CVO abdominale; Chirurgie; Morphine)

A DISCUTER

Avis sénior
drépanocytose

Transfusion simple
10 ml/kg d'emblée

Sous réserve
Hb < 8-9g/dl

PUIS
+-

/Embols graisseux, hémolyse grave

(CVO diffuse sévère, résistante Morphine, fébrile, hémolyse ++, thrombopénie, CPK élevées)

RECOMMANDEE

Avis sénior
drépanocytose

Echange transfusionnel (à discuter avec sénior) si:

Direct si Hb > 9g/dl (pas de transfusion simple)

- Forme grave (oxygénodépendance/ recours à la ventilation mécanique)
- Asthme sévère associé nécessitant corticothérapie par voie générale
- Aggravation malgré transfusion simple (se donner 24-48h)

ATTENTION: transfusion à éviter mais mesurer la gravité du STA SI :

1/ATCD d'alloimmunisation/accident hémolytique/sang très rare

2/Suspicion d'accident hémolytique post transfusionnel

Contexte de STA survenant 5 à 21 jours après une transfusion récente (5-21 jours)

Après transfusion: faire NFP et Ephorèse Hb (dans les 24-48h) +

RAI entre 3 semaines et 2 mois

+VNI précoce?: A discuter selon les disponibilités locales

Autres traitements du STA

Traitement

VNI: pas d'évidence pour une utilisation systématique (*Fartoukh, Intensive care med 2010, étude adultes VNI intermittente 1h/4*)

NO inhalé: pas d'évidence en faveur d'une utilisation systématique (*Maitre, Intensive care med 2015, étude adultes; Gladwin JAMA 2011*)

Corticostéroïdes : DANGEREUX Si asthme, alors discuter une transfusion

Anticoagulation

Préventive : si jeune pubère (vérifier absence de Moya moya ou rétinopathie proliférante)

Anticoagulation curative: *ETUDE TASC en cours, adultes, rand prophylaxie versus curative 7j*)

Bronchodilatateurs :

- Association asthme/STA chez les enfants
- Utilisation au cas par cas (ATCD d'asthme/ bronchospasme aigu)
- Pas d'évidence pour une utilisation systématique.