

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE EN URGENCE DE LA DOULEUR DREPANOCYTAIRE SEVERE A L'HOPITAL

Lors de la prise en charge d'un enfant drépanocytaire en crise sévère, il faut :

- **prévoir un circuit d'admission rapide**, évitant l'attente aux urgences
- **penser aux difficultés d'abord veineux** et prévoir des mesures spécifiques : EMLA[®], MEOPA, recours rapide aux personnes qui savent le mieux « piquer »
- **parfois donner immédiatement de la morphine orale** pour commencer à "calmer" la douleur forte si une voie veineuse n'est pas disponible.

La prise en charge de la douleur accompagnant une crise vaso-occlusive drépanocytaire doit être menée parallèlement à l'ensemble des mesures thérapeutiques : réhydratation, réchauffement, installation confortable, souvent antibiothérapie, souvent oxygénothérapie, et ... soutien relationnel, présence réconfortante ...!!

Aux urgences : **malade prioritaire,**
 évaluer rapidement la douleur à l'arrivée
 choisir entre les 2 options qui suivent : morphine orale ou morphine IV

. **Pour une crise osseuse** majeure, donner d'emblée un morphinique en association avec les antalgiques du palier 1 (AINS). Inutile de répéter le paracétamol déjà reçu à la maison.

. La conduite à tenir devant une **douleur thoracique** reste controversée : l'objectif est toujours le soulagement et la survenue d'un syndrome thoracique aigu reste un souci constant ; l'utilisation de morphine est à décider avec le médecin senior (l'analgésie favorise la ventilation mais une sédation excessive favorise l'hypoventilation) ; faire pratiquer des exercices respiratoires (grandes respirations).

. Certaines **crises abdominales** entraînent un iléus réflexe, la prescription de morphine est à discuter : éviter en tout cas le débit continu. Pas d'AINS. Antispasmodiques.

. **Une atteinte neurologique** aiguë contre indique la morphine.

. **Certains enfants malgré de fortes doses de morphine restent mal soulagés :**

- le recours à une **transfusion** ou à l'échange transfusionnel est alors envisagé.
- **L'analgésie loco régionale** est une solution exceptionnelle (résultats spectaculaires).
- **L'inhalation de MEOPA** 20 à 30 minutes soulage temporairement.
- **La ketamine** à petite dose pourrait être associée.

. **Les effets indésirables de la morphine (prurit, constipation, nausées, vomissements)** sont traités ou prévenus par :

- Narcan 1 microg/kg/heure
- ou Nubain 0,1 mg/kg IVL, à renouveler si besoin

. **En cas de surdosage morphinique** (malade difficilement réveillable, bradypnée) : stimuler, oxygéner, si nécessaire Narcan 2 à 4 microg/kg IVL (à renouveler jusqu'à FR et éveil satisfaisants) puis si nécessaire 1 à 4 microg/kg/heure pendant 4 à 6 heures.

. **Dans les heures et jours suivants :** **réévaluer très souvent la douleur et le soulagement**
 évaluer régulièrement la sédation et la respiration.

. **Expliquer la morphine et la PCA à l'enfant et à ses parents :** donner les fiches élaborées par Sparadrap !!

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INTENSE LORS DES CRISES VASO-OCCLUSIVES DREPANOCYTAIRES SEVERES

Option traitement par morphine orale

(difficultés de surveillance, pas d'habitude de la morphine IV,
malade imperfusable, urgences « débordées »)

PRESCRIPTION INITIALE AUX URGENCES

1) MEOPA : inhalation possible dès l'arrivée pour un soulagement initial et pour la pose d'une voie veineuse

2) AINS injectable : Ketoprofène (Profénid®) IVL 1mg/kg
Ou AINS oral, par ex ibuprofène 10 mg/kg/ 8 heures
Sauf si contre-indication !

*On peut "sauter" l'étape Nubain®
et aller directement à la morphine orale
pour les enfants très douloureux d'emblée*

3) NUBAIN® 0,4 à 0,5 mg/kg intra-rectal,
ou 0,2 à 0,3 mg/kg IVL
a) systématique si crise osseuse
b) après accord du médecin si douleur thoracique ou abdominale

EVALUATION APRES 30 - 60 MIN

Surveiller la sédation et la fréquence respiratoire
Poursuivre Paracétamol et AINS

SUCCES : enfant soulagé :
EVA ≤4 /10
ou échelle de visages 4/10
ou OPS 3/8
ou EDIN 8/15
ou DEGR 16/40

ECHEC : enfant non soulagé
EVA > 4 ou 5 /10
ou échelle de visages > 4/10
ou OPS > 3/8
ou EDIN > 8/15
ou DEGR > 16/40

Arrêt du NUBAIN®

Poursuivre
NUBAIN® IV discontinu
0,2 à 0,3 mg/kg/4 h

Ou NUBAIN® IV continu
1,5 mg/kg/24h

Sous saturomètre
dose de charge MORPHINE orale : 0,4 à 0,5 mg/kg
sans dépasser 20 mg
soit élixir,
soit Actiskenan® (gélules à 5 ou 10 mg),
soit Sévredol® (cp à 10 ou 20 mg)
titration : 0,2 à 0,4 mg/kg morphine orale
toutes les 30 minutes
jusqu'au "soulagement"
sauf si sédation excessive

puis

Morphine orale : 2 à 5 mg/kg/jour

Par exemple 1,5 mg/kg/12h en LP (par exemple Skénan®)
Interdoses : 0,2 à 0,3 mg/kg toutes les 2 à 4 heures
si enfant non soulagé

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INTENSE LORS DES CRISES VASO-OCCLUSIVES DREPANOCYTAIRES SEVERES

Option traitement par morphine IV

PRESCRIPTION INITIALE AUX URGENCES

1) **MEOPA** : inhalation possible dès l'arrivée pour un soulagement initial et pour la pose d'une voie veineuse

2) **AINS injectable** : Ketoprofène (Profénid®) IVL 1mg/kg
Ou AINS oral par ex ibuprofène 10 mg/kg/ 8 heures
Sauf si contre-indication !

*On peut "sauter" l'étape Nubain®
et passer directement à la morphine IV
pour les enfants très douloureux d'emblée*

3) **NUBAIN®** 0,4 à 0,5 mg/kg intra-rectal,
ou 0,2 à 0,3 mg/kg IVL
a) systématique si crise osseuse
b) après accord du médecin si douleur thoracique ou abdominale

EVALUATION APRES 30 - 60 MIN

Surveiller la sédation et la fréquence respiratoire
Poursuivre Paracétamol et AINS

SUCCEs : enfant soulagé :
EVA ≤ 4 /10
ou échelle de visages 4/10
ou OPS 3/8
ou EDIN 8/15
ou DEGR 16/40

ECHEC : enfant non soulagé
EVA > 4 ou 5 /10
ou échelle de visages > 4/10
ou OPS > 3/8
ou EDIN > 8/15
ou DEGR > 16/40
Arrêt du NUBAIN®

Poursuivre
NUBAIN® IV discontinu
0,2 à 0,3mg/kg/4 h
Ou NUBAIN® IV continu
1,5 mg/kg/24h

Sous saturomètre, et surveillance clinique +++

Et Narcan® disponible

*dose de charge MORPHINE IVL : 0,1 mg/kg en 5 min
sans dépasser 5 mg*

*titration : 0,025 mg/kg IVL toutes les 5 minutes
jusqu'au "soulagement"
sauf si sédation excessive*

puis

1. Morphine IV PCA

Bolus : 0,025 à 0,030 mg/kg

Toutes les 7 minutes

Débit de base à discuter : 0,020 mg/kg/heure

Sans débit continu, augmenter les bolus à 0,040 mg/kg

Ou (pas de PCA, enfant trop jeune ou trop fatigué et trop algique pour gérer la PCA)

2. Morphine IV continue 1 mg/kg/jour

(posologie moyenne devant être réévaluée régulièrement)