

CRISE VASO-OCCLUSIVE DREPANOCYTAIRE II

Auteur : N. CHERCHEM

Date : 03/02/2005

**Prise en charge de la douleur intense lors des crises vaso-occlusives drépanocytoses sévères.
Option traitement par morphine IV.**

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 !

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.

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

EVALUATION APRES 30 - 60 MIN

Surveiller la sédation et la fréquence respiratoire.

EVA, échelle de visages, OPS, EDIN, DEGR.

Poursuivre Paracétamol et AINS.

SUCCES : enfant soulagé

EVA < 4 /10 :

* échelle de visages < 4/10

* OPS < 3/8

* EDIN < 8/15

* DEGR < 16/40

Poursuivre NUBAIN IV :

* discontinu: 0,2 à 0,3mg/kg/4 h

* continu: 1,5 mg/kg/24h

ECHEC : enfant non soulagé

Arrêt du NUBAIN

EVA > 4 ou 5 /10 :

* échelle de visages > 4/10

* OPS > 3/8

* EDIN > 8/15

* DEGR > 16/40

Sous saturomètre, et surveillance clinique +++.

Narcan disponible.

Dose de charge MORPHINE IVL 0,1 mg/kg en 5 min:

Sans dépasser 5 mg.

Titration MORPHINE IVL 0,025 mg/kg IVL :

* Toutes les 5 minutes.

* Jusqu'au soulagement.

* Sauf si sédation excessive.

Entretien 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.

Entretien MORPHINE IV continue :

* Pas de PCA, enfant trop jeune ou trop fatigué et trop algique pour gérer la PCA.

* 1 mg/kg/jour (posologie moyenne devant être réévaluée régulièrement).