

Approche procédurale de l'enfant atteint de trouble du spectre autistique

Généralités :

- Accélérer au maximum la prise en charge (trier toujours au moins en **degré 3**)
- Si patient stable, demander à l'accompagnant si patient préfère attendre en box ou en salle d'attente, voire box d'hypostimulation
- Impliquer patient et accompagnants au maximum dans la prise en charge
- **Minimiser les stimulations des 5 sens** selon avis accompagnant: baisser la lumière, limiter stimulations sensorielles (prendre par exemple température en frontal), auditives, olfactives et visuelles
- Permettre l'accès aux stimulations sensorielles qui le rassurent (balles tactiles, etc.)
- Communication : parler en face de l'enfant, verbaliser avec un langage simple ce qu'on va faire et aussi pendant qu'on le fait, donner des ordres spécifiques en séquentiel
- Si possible, effectuer examen ou traitement en positionnement assis ou debout
- Si nécessaire, se faire aider par une intervention de la sécurité pour pharmacothérapie initiale

Sédation :

1. Pour toute sédation : **préparation** complète du matériel aspiration et ventilation, et **anticiper** effets adverses comme stipulé dans différents protocoles (Dexmedetomidine, Kétamine, MEOPA).
2. **Documenter en détail** l'efficacité de l'approche et de la sédation dans dossier informatique

Situations spécifiques :

- I. **En cas d'agitation sans anticipation de geste douloureux (par ex: évaluation pédopsychiatrique):**
Suivre protocole [agitation aigüe \(sous protocoles SAUP\)](#)
- II. **Prise en charge moyennement longue, peu douloureuse ou patient accepte anesthésie topique (par ex: plaie bien anesthésiée par gel LET, examen clinique, bilan sanguin, imagerie, etc.) :**
 1. Jeune enfant : Dexmedetomidine IN 4 mcg/kg (max 200 mcg)
 2. Grand enfant ou adolescent très apeuré : Midazolam 0.5 mg/kg PO (max 15mg, fiole IV peut être utilisée PO si aversion au goût) et Dexmedetomidine IN (ou IM) 4 mcg/kg (max 200 mcg)
 3. EMLA + scope dès que somnolent
 4. Une fois Dexmedetomidine efficace, ajout de MEOPA **en continu** pendant la procédure
 5. Si bilan sanguin, ad injection de 0.1 ml de lidocaïne 1% avec aiguille 30 G au point de ponction puis attendre 2 minutes avant de faire la ponction pour le bilan
 6. Si imagerie, demander aux radiologues de faire en box
 7. Si suture, infiltration de **lidocaïne** 1% sous-cutanée avant rinçage de la plaie
- III. **Pour un soin douloureux de courte durée (par ex : suture de plaie difficilement anesthésiable) :**
 1. Si geste rapide : **Kétamine IM** 3-5 mg/kg (max 300 mg) en une seule dose
 2. Si geste plus long : une fois Kétamine IM efficace, ad VVP et doses de réserve de Kétamine IV (0.5 mg/kg, max 50 mg/dose) ou propofol, selon protocole
 8. Infiltration de **lidocaïne** 1% sous-cutanée avant rinçage de la plaie (Gel LET si patient le permet)
- IV. **Pour un soin douloureux de longue durée :**
 1. Ad bloc opératoire
 2. Si nécessaire, ad Dexmedetomidine IN (ou IM) 4 mcg/kg (max 200 mcg) avant transfert au bloc et monter scopé

Ce document est une aide à la décision clinique, les auteurs se déchargent de toutes responsabilités des prises en charge appliquées