

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_00000885
	Approbateur : ROLET Sylvie	Version n° 1.0
Protocole clinique de prise en charge en physiothérapie des patients et patientes hospitalisés en pédiatrie pour une drépanocytose		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 12/04/2023

1. Définitions (Objet et contexte)

La drépanocytose, ou anémie falciforme, est une maladie génétique de l'hémoglobine.

La manifestation principale est la crise vaso-occlusive (CVO) qui correspond à des douleurs intenses faisant suite à l'occlusion des capillaires sanguins par les globules rouges falciformes. Les facteurs déclenchants d'une CVO sont : le froid, l'altitude, le stress, les infections, les efforts intenses et la déshydratation.

Le traitement d'une CVO est essentiellement une antalgie précoce et le maintien d'une hydratation suffisante.

La complication la plus grave des CVO est la survenue d'un syndrome thoracique aigu (STA). Le STA a été défini comme l'apparition d'un infiltrat pulmonaire radiologique nouveau concernant au minimum un segment pulmonaire et les symptômes suivants : état fébrile supérieur à 38,5°C, douleurs thoraciques, signes respiratoires (tachypnée, signes de lutte, sibilances, toux) et/ou d'une hypoxémie. Des épanchements pleuraux peuvent également être présents.

2. Domaine d'application et portée

Orientation de la prise en charge en physiothérapie des patients et patientes hospitalisées pour une drépanocytose.

La prise en charge se fait lors d'une hospitalisation pour une crise vaso-occlusive (CVO) ou pour un syndrome thoracique aigu (STA).

La prévention respiratoire est primordiale. Cependant, en fonction des signes et symptômes du ou de la patiente, la physiothérapie sera orientée à visée respiratoire, de mobilisation ou d'antalgie.

En dehors de ces crises, la prise en charge, si elle est nécessaire, est à objectif de mobilisation, renforcement musculaire et gain d'endurance cardio-respiratoire. Dans ce cas aucun symptôme, aucune douleur, ne doivent être présents au risque de déclencher une crise.

La crise vaso-occlusive peut être déclenchée par le stress, le froid, la déshydratation ou les infections. On peut la décrire elle ou le syndrome thoracique aigu comme ayant deux phases :

La phase de péjoration de l'état de la ou du patient:

La douleur s'installe et éventuellement l'hypoxie apparaît. Il n'y a pas forcément d'augmentation de la fréquence respiratoire en raison de la sédation prise pour soulager les douleurs. Cependant la dépression respiratoire causée par certains médicaments antalgiques (ex : Morphine, Fentanyl) peut amener des symptômes/complications respiratoires (hypoventilation alvéolaire et/ou encombrement). Certaines formes de STA sont accompagnées d'infections pulmonaires qui peuvent nécessiter un désencombrement bronchique.

Protocole clinique de prise en charge en physiothérapie des patients et patientes hospitalisés en pédiatrie pour une drépanocytose

La phase dégressive de la crise :

Les douleurs n'augmentent plus, puis elles diminuent, les autres signes de la crise également.

Contre-indications :

Administration d'O₂ sans hypoxie avérée

3. Rôles et responsabilités

La prise en charge en physiothérapie se fait uniquement sur prescription médicale.

4. Algorithme

Immobilisation pour douleurs sans hypoxie

Contrôle respiratoire 7j/7 en phase de péjoration, 5j/7 en phase d'amélioration

SpO₂, FR, auscultation, amplitude respiratoire.

Antalgie par le chaud ou massage 5j/7

Attention : la mobilisation et le renforcement ne sont pas des objectifs en phase aigüe car ce sont des facteurs favorisant la douleur voire une crise.

En phase d'amélioration, le ou la patiente est encouragée à la mobilisation qui doit rester douce et infra-douloureuse lors des séances de physiothérapie pour le maintien de son autonomie (7j/7 si patiente ou patient non autonome).

Immobilisation pour douleurs avec hypoxie (sous oxygénothérapie)

Patient ou patiente avec une sédation qui entraîne une dépression du centre respiratoire.

Contrôle respiratoire 7j/7.

Spirométrie incitative à enseigner pour autonomisation (à réaliser aux 2h durant la journée).

Encombrement pulmonaire

Techniques de désencombrement respiratoire adaptées à l'enfant.

Expiration contre résistance, ventilation dirigée, drainage autogène...

Atélectasies

CPAP (sur ordre médical).

PEEP à régler en fonction du confort du patient.

O₂ si nécessaire (pour obtenir une SpO₂ ≥ 95%).

Surveillance des paramètres hémodynamiques (TA, FC) et respiratoires (SpO₂) durant toute la durée du traitement.

Protocole clinique de prise en charge en physiothérapie des patients et patientes hospitalisés en pédiatrie pour une drépanocytose

5. Description

Risques :

Augmentation des douleurs.

Risques liés à la CPAP (rinçage du CO₂, agitation, anxiété, pneumothorax, baisse de la pression artérielle, augmentation de la pression intra-crânienne...)

Matériel :

Matériel pour la thérapie respiratoire (bulles de savon, Inspirex, Bulleau (tuyau immergé entre 4 et 10 cm dans une bouteille d'eau, à changer toutes les 48h)).

CPAP (turbine et circuit) (circuit à changer 1x/sem).

Jeux divers pour stimuler la mobilisation (ballons, musique ...).

Fréquence de traitement :

Respiratoire :

- CR 7j/7 : en phase d'installation ; 5/7 en phase dégressive.
- Désencombrement 1-2x/j.
- CPAP 1-3x/j (au-delà se poser la question d'un transfert en unité de soins intensifs) ; durée du traitement min. 20 min, max 2h (viser 1h).

Mobilisation :

- 1-2x/j selon impotence fonctionnelle.
- 7j/7 si déconditionnement ou si patient ou patiente non autonome.

Antalgie :

- A la demande du ou de la patiente.
- 5j/7.

6. Références

Bopp T, Stephan C, Samii K, Setirnemann J. Syndrome thoracique aigu : une complication grave de la drépanocytose. Rev Med Suisse. 2018; (14):1844-8.

Yawn B, Buchanan G, Afenyi-Annan A, Ballas S.K, Hassell K, James A., Jordan L, Lanzkron S, Lottenberg R, Savage W, Tanabe P.J, Ware R, Murad M, Goldsmith J, Ortiz E, Fulwood R, Horton A, John-Sowah J. Management of sickle cell disease: summary of 2014 evidence-based report by expert panel members, Jama 2014; 312(10): 1033-48. doi: 10.1001/jama.2014.10517.

La drépanocytose – Orphanet [en ligne] mars 2011 [cite 23 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Drepanocytose-FRfrPub125v01.pdf>

Protocole clinique de prise en charge en physiothérapie des patients et patientes hospitalisés en pédiatrie pour une drépanocytose

7. Personnes rédactrices

LEIS-RAMELLO Patricia, physiothérapeute responsable, département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

BOULAY Elise, physiothérapeute, département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

8. Personnes relectrices et validatrices

RUCHONNET-METRAILLER Isabelle, médecin adjointe agrégée responsable d'unité, services des spécialités pédiatriques

CIMASONI Laurent, médecin associé, service de pédiatrie générale
Référentiel médico-soignant (RMS)

9. Liens / Annexes

<https://www.cdc.gov/ncbddd/sicklecell/>

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.