



Prise en charge pédiatrique de la de la dengue

Document de référence à l'attention des structures de soins
prenant en charge des enfants atteints de dengue

BPPI/BVS pour la Cellule d'alerte dengue 2 Pf
Juillet 2019

- Rédaction: JM Ségalin d'après le document du service de pédiatrie du CHPF de H Gatti et J Pasche
- Relecture: M Giard (BVS), A Garnier (Pédiatrie, Uturoa), Hélène Gatti, J Pasche (Pédiatrie, CHPF), V Ségalin (CCSPMI)
- Validation: A Garnier, Hélène Gatti, J Pasche

Pour toute question ou commentaire:

bppi@sante.gov.pf

veille@sante.gov.pf

Préambule

Bonjour à tous, une épidémie de dengue 2 est en cours. Ce sérotype n'a pas circulé en Pf depuis 2000 ce qui signifie que la population née après cette date n'est pas immunisée. Ce sont principalement des bébés et des jeunes enfants qui seront atteints et qui risquent de faire des formes sévères. Le risque théorique de ces formes sévères augmente en cas de dengue secondaire, c'est-à-dire lors d'une deuxième voire une troisième infection avec un virus de la dengue. La circulation d'autres virus que le type 2 au cours des dernières années favorise ces situations. Il faut donc se préparer à la gestion médicale de ces cas. Les recommandations qui suivent ont pour objet d'optimiser cette prise en charge.

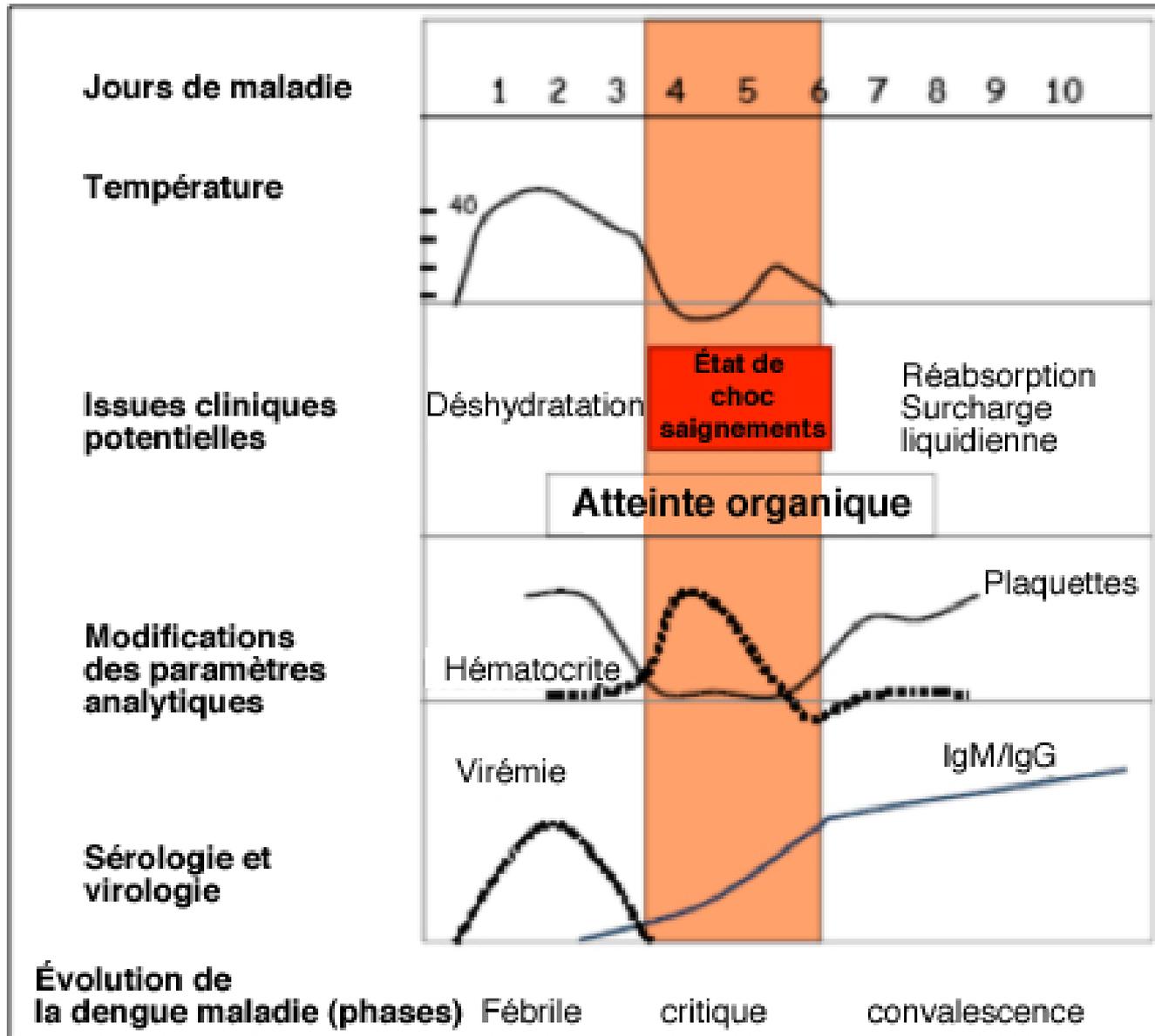
Merci à tous ceux qui ont collaboré à la réalisation de ce document. Bien entendu toute suggestion est la bienvenue pour l'améliorer.

Cellule d'alerte dengue 2. Juillet 2019

Rappels

- ❑ La dengue est une maladie dynamique, évolutive dans le temps
- ❑ Les symptômes et les complications diffèrent selon le jour d'évolution de la dengue (J1 = premier jour de fièvre)
 - Phase fébrile de J1 à J3
 - risque modéré lié à la tolérance de la fièvre (convulsions) et aux signes digestifs (déshydratation, douleurs abdominales)
 - Phase critique de J4 à J6 : période à risque de survenue de complications
 - fuite plasmatique (48-72h)
 - saignements
 - atteinte d'organes
 - Phase de convalescence
 - normalisation progressive de la perméabilité capillaire
 - risque principal : mauvaise adaptation en cas d'apports hydriques excessifs
 - surcharge hydrique avec OAP
- ❑ En pratique
 - fuite plasmatique = complication la plus fréquente
 - saignements sévère rares mais toujours graves
 - bonne tolérance clinique en cas de taux de plaquettes bas (y compris < 20000)
 - pas de traitement spécifique disponible: traitement symptomatique

Evolution de la dengue



Critères d'hospitalisation des cas de dengue pédiatrique (≤ 15 ans)

- ❑ **Tous les cas de dengue sévère doivent être hospitalisés dans des structures équipées d'un plateau technique adapté** : hôpital d'Uturoa, cliniques de Papeete (à rediscuter), CHPf (pédiatrie, réanimation néonatale ou réanimation polyvalente).

- ❑ **L'hospitalisation est également indiquée** :
 - en cas de dengue en phase précoce avec intolérance digestive entraînant une déshydratation (avant J4)
 - en cas de dengue hyperalgique

- NB : ces deux dernières situations cliniques peuvent être prises en charge dans les hôpitaux de proximité (Taiohae, Moorea, Taravao...)**
 - pour surveillance et traitement par voie intra veineuse pendant 24-48h si nécessaire
 - sous réserve de moyens humains et techniques suffisants.

- ❑ **Pour les cas hospitalisés dans des structures de soins de proximité**, en l'absence d'amélioration dans les 24 à 48 heures, le transfert dans une unité hospitalière doit être organisé.

Classification de la dengue en fonction de la sévérité(OMS 2013)

1. Dengue sans signes d'alerte
2. Dengue avec signes d'alerte
3. Dengue sévère

Définition de la dengue

Dengue probable

1. Vie/séjour en zone d'endémie
2. Fièvre + deux des critères suivants :
 - Nausées/vomissements
 - Eruption cutanée
 - Douleurs
 - Signe du lacet positif
 - Leucopénie
 - Tout signe d'alerte

Dengue confirmée : laboratoire

Signes d'alerte

1. Douleurs abdominales ou sensibilité à la palpation
2. Vomissements persistants
3. Léthargie ou agitation
4. Saignement des muqueuses
5. Hépatomégalie >2 cm ou foie hypertrophié sensible à la palpation
6. Accumulation clinique de liquides
7. Augmentation de l'hématocrite et baisse rapide de la numération plaquettaire

Critères de dengue sévère

1. Fuite plasmatique sévère:
 - état de choc
 - accumulation liquidienne et détresse respiratoire
2. Saignements sévères
3. Atteintes d'organes sévères:
 - ASAT ou ALAT >1000 UI/l
 - détérioration de la conscience
 - atteinte cardiaque et/ou d'autres organes

Indications et modalités d'hospitalisation/evasan

Evaluer les facteurs de risque

1. Facteurs de risque liés à la maladie

- jour d'évolution (J4 à J6)
- présence de signes d'alerte et/ou de signes de gravité (Cf. OMS)

2. Facteurs de risque liés au patient

- âge < 3ans
- antécédents de troubles de la coagulation
- traitement en cours par aspirine, AINS, AVK
- obésité, difficulté à perfuser (nourrisson en particulier)

3. Facteurs de risque liés à l'environnement

- isolement médical géographique
- pas de possibilité de perfuser ou de surveiller efficacement le patient (clinique et bio)

Prendre un avis spécialisé pour discuter **au cas par cas** du traitement à proposer, du niveau de soins requis et de l'indication éventuelle d'une evasan (rapprochement service de pédiatrie, réa et CTS)

En cas d'evasan d'un cas de dengue avec des critères de sévérité, contacter le SAMU au préalable

Mesures générales (i)

- ❑ **Repos au lit au calme** (éviter bruits, lumière et agitation) dans une pièce bien aérée, ou climatisée

- ❑ **Antalgiques anti pyrétiques** (fièvre, douleurs abdo, céphalées, myalgies...)
 - Niveau 1 : paracétamol per os, intra rectal ou IV (ex : Perfalgan® IV 15mg/kg X4 par jour)
 - Si insuffisant : nalbuphine 0,2 mg/kg/6h en IVL 20 min ou 0,3mg/kg/6h en intra rectal (ampoule de Nubain® 2mL = 20mg)

- ❑ **Essai d'hydratation per os dans les formes non sévères** et en l'absence d'intolérance digestive (respecter les goûts de l'enfant)
 - régime léger sans forcer, fractionné
 - boissons froides, sucrées et acides
 - essayer sans forcer les solutés de réhydratation orale (froids ++)
 - compotes de fruits froides
 - yaourts légers peu sucrés (éviter les autres laitages)
 - pas de crème, pas d'huile, pas de plat chaud, pas de produit indigeste

Mesures générales (ii)

- ❑ **L'aspirine, les corticoïdes et les AINS** (oraux ou IV) sont **contre-indiqués** en raison du risque hémorragique
- ❑ **Pas d'intra musculaire**, pas de prise de température rectale
- ❑ **Limiter au maximum les traitements médicamenteux oraux** (intolérance digestive) et discuter le passage à la voie IV pour les traitements en cours « obligatoires » (hormonothérapie, antibiotiques nécessaires, anticonvulsivants, psychotropes, cardiotropes...)
- ❑ **Antibiothérapie (IV) en cas de surinfection bactérienne documentée** ou en cas de dengue avec choc ou hémorragie viscérale (l'infection virale et l'hypoprotidémie sont des facteurs d'immunosuppression)
- ❑ **Protecteurs gastriques si épigastralgies, vomissements fréquents ou hématomèse** : ranitidine (5 à 10 mg/kg/j) ou omeprazole (1mg/kg/j)

Hydratation intraveineuse chez l'enfant (i)

☐ Indications

- intolérance digestive
- déshydratation
- dengue sévère +++

☐ Solutés de réhydratation chez l'enfant :

- De J1 à J4 en cas de déshydratation liée à l'intolérance digestive sans autres signes de gravité clinique: **perfuser pendant 48h G5% + NaCl 8g/l+KCl 2g/l (ou Bionolyte + 4g de Nacl par litre)**
- **Après 48h :**
 - si persistance des signes digestifs: relais par Bionolyte seul
 - si reprise alimentaire satisfaisante: arrêt de la perfusion
- en cas d'hyponatrémie < 132 Meq/l et/ou troubles hémodynamiques associés : NaCl 9g/l « sérum salé isotonique»
- supplémentation en KCL selon le ionogramme (risque d'hypokaliémie si vomissements...)
- supplémentation en vitamines et oligoéléments

Hydratation intraveineuse chez l'enfant (ii)

❑ **Apports IV pour une dengue avec déshydratation**

- < 4 kg : 150 – 200 mL/kg/j
- de 4 à 12 kg (soit jusqu'à 18 mois environ) : 150 mL/kg/j
- de 12 à 20 kg (18 mois- 4 ans) : 120 – 130 mL/kg/j
- > 20 kg (> 4 ans) : 50 - 80 mL/kg /j

❑ **Ne pas dépasser 3L/j d'apports totaux**

❑ **Ne pas dépasser 50 mL/kg/j chez les enfants obèses (> 6 ans) : risque de surévaluation des apports et de surcharge hydrique (se baser plutôt sur le poids théorique/taille)**

❑ **La composition et le volume de perfusion sont adaptés chaque jour à la clinique, au ionogramme, au bilan entrées-sorties, en tenant compte du nombre de jours d'évolution de la maladie pour :**

- corriger les troubles ioniques
- limiter les risques de surcharge hydrique

Surveillance des patients hospitalisés

❑ Evaluation clinique

- quotidienne en l'absence de signes de gravité
- pluri-quotidienne en cas de dengue sévère (troubles hémodynamiques, syndrome hémorragique, signes neurologiques, syndrome douloureux abdominal, anorexie...)
- éléments de surveillance : état de conscience, scope, FC, TA, SO₂, FR, TRC, EVA, diurèse, signes hémorragiques, alimentation et transit

❑ Surveillance biologique et imagerie

- NFS-plaquettes, **Ht**, ionogramme sanguin, urémie, créatininémie, et albuminémie quotidienne jusqu'à la remontée des plaquettes
- Transaminases, **TP** : bilan initial puis toutes les 48h
- CRP, hémocultures, ECBU et radiographie thoracique : si crainte de surinfection
- échographie abdominale et radiographie thoracique : selon la tolérance pour surveiller les épanchements

Prise en charge du choc hémorragique

- ❑ **Transfert en Réa CHPf**
- ❑ **Assurer de bonnes voies d'abord +++**
- ❑ **Remplissage vasculaire (Cf. ci-dessus) en attendant les culots globulaires**
- ❑ **Transfusion de culots globulaires :**
 - quantité en mL : $3 \times \text{poids} \times (\text{Hb souhaitée} - \text{Hb mesurée})$, sans dépasser 600mL
 - si choc en l'absence données précises : commander 2 culots
- ❑ **Transfusion plaquettaire**
- ❑ **Indications :** choc hémorragique et hémorragie muqueuse difficile à contrôler
- ❑ **Modalités :** 1 UI plaquettaire /5-7 kg de poids en débit libre
- ❑ **PFC à discuter avec les urgentistes ou les réanimateurs** en cas de persistance de choc hémorragique (évolution vers CIVD après remplissages massifs)

Prise en charge du choc hypovolémique

Remplissage vasculaire

- 20mL/kg de sérum salé isotonique sans dépasser 500mL en IVL 20 min
- à renouveler deux fois maximum
- après trois remplissages au sérum salé isotonique:
 - perfusion d'albumine (cf diapositive suivante)
 - prendre contact avec réanimateurs (réanimation pédiatrique pour les enfants < 3 ans, réanimation adulte pour les enfants ≥3 ans) et/ou régulateurs du SAMU pour discuter la prise en charge thérapeutique et le transfert en réanimation
- après stabilisation hémodynamique reprendre le protocole d'hydratation

2^{ème} voie d'abord périphérique

O2 nasal

Surélever les membres inférieurs

Monitoring par scope FC, FR, SO2, TA

Surveiller conscience, diurèse

Perfusion d'albumine

❑ Indications (souvent après J5)

- hypoalbuminémie < 25g/L ou fuite plasmatique symptomatique, épanchement pleural important avec dyspnée, ascite importante
- hypovolémie

❑ Protocole

1. Hypoalbuminémie: albumine 5%*, 1g/kg ou 20 ml/kg, IVL 6 h
 - suivie d'une injection de furosémide : 1 mg/kg en IVL 20 min
2. Hypovolémie: albumine à 5%*, 20 ml/kg, IVL 30 min

* albumine 5%: flacon d'albumine 20%, soit 20g/100mL à diluer au 1/4

Critères de retour à domicile après une dengue

- ❑ **Formes sévères** : sortie après la période critique (> J7-J8)

- ❑ **Conditions (toutes nécessaires) pour autoriser la sortie**
 - remontée des plaquettes > 40 000/mm³
 - normalisation des désordres hémodynamiques, ioniques et métaboliques
 - régression des épanchements (ascite et épanchement pleural) sans signe de mauvaise tolérance
 - alimentation orale normale
 - absence de syndrome douloureux persistant
 - absence de surinfection