

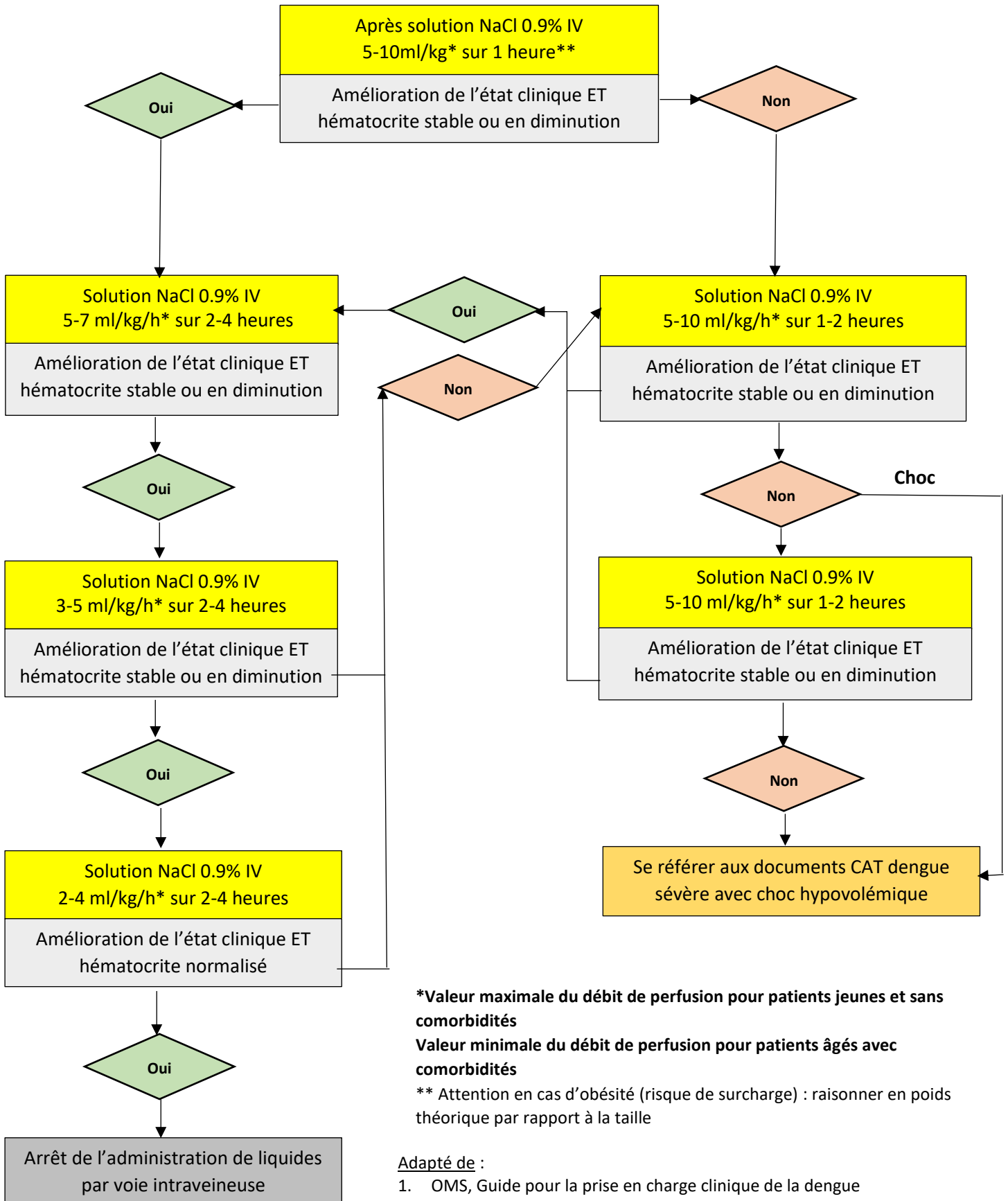
Guide clinique dengue - Polynésie française

Dengue sans signes d'alerte ni sévérité (ambulatoire)

Clinique	<p>Syndrome dengue : fièvre (> 38.5°C) d'apparition brutale et 1 signe parmi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Maux de tête, douleurs retro-orbitaires, myalgies, arthralgie- Nausées, vomissements- Eruption cutanée- et absence de tout autre point d'appel infectieux (respiratoire en particulier) <p>Eliminer en urgence :</p> <p>Sepsis et choc septique, méningite, leptospirose, infection abdominale</p>
Biologie	<ul style="list-style-type: none">- Leucopénie, thrombopénie, élévation des transaminases
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none">- Entre J1 et J5 : PCR (TROD NS1 si PCR non disponible)- Entre J5 et J7 : PCR et sérologie IgM- Après J7 : sérologie seule
Prise en charge	<p>Maintien à domicile possible*</p> <p><i>*Sauf si grossesse, nourrisson, grand âge, diabète, insuffisance rénale, maladie hémolytique sous-jacente, contexte social (seul et/ou loin d'un centre médical) ou signes d'alerte/de sévérité</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Repos- Hydratation orale fractionnée (> 5 verres de SRO/j)- Paracétamol 10 mg/kg/dose 4x/jour, dose journalière maximale 1000 mg 4x/jour (ou selon atteinte hépatique) <p>- Médicaments contre-indiqués : aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens</p> <ul style="list-style-type: none">- Information du patient sur les signes d'alerte et sur la « période critique » suivant la défervescence si épisode antérieur de dengue- Protection individuelle systématique contre les moustiques (répulsifs et moustiquaire pendant la phase fébrile) et destruction des gîtes larvaires
Suivi	<ul style="list-style-type: none">- Suivi diurèse par le patient (une fois toutes les 6 heures)- Suivi clinique toutes les 24 heures et biologique toutes les 48 heures jusqu'à 24-48h post défervescence <p>=> Détection de signes d'alerte ou de sévérité</p> <ul style="list-style-type: none">• Signes d'alerte : au moins 1 critère parmi :<ul style="list-style-type: none">- Douleur abdominale ou sensibilité à la palpation- Vomissements persistants et déshydratation (notamment absence de miction pendant 4 à 6 heures)- Léthargie ou agitation- Saignement des muqueuses- Hépatomégalie > 2 cm ou foie hypertrophié sensible à la palpation- Accumulation clinique de liquides (ascite, épanchement pleural)- Augmentation de l'hématocrite et baisse rapide de la numération plaquettaire• Signes de dengue sévère : au moins 1 critère parmi :<ul style="list-style-type: none">- Etat de choc- Accumulation liquidienne avec détresse respiratoire- Saignements sévères- Détérioration de la conscience- Défaillance d'organe- Augmentation des transaminases (ASAT ou ALAT >1000 U/l) <p>En cas de signes d'alerte ou de sévérité => hospitalisation d'urgence</p>

Guide clinique dengue - Polynésie française

Dengue avec signes d'alerte et absence de choc (adultes, établissement de soins)



***Valeur maximale du débit de perfusion pour patients jeunes et sans comorbidités**

Valeur minimale du débit de perfusion pour patients âgés avec comorbidités

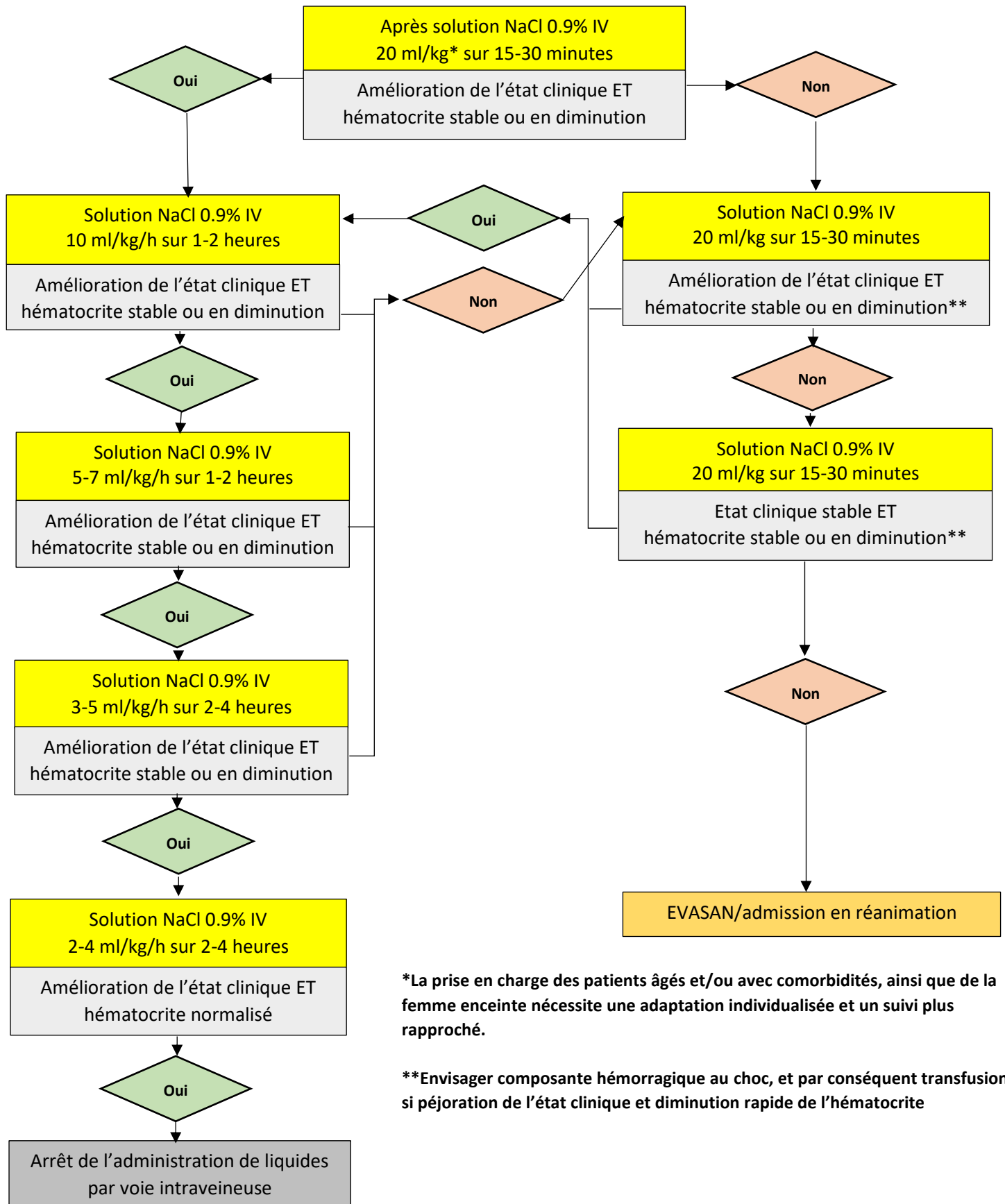
** Attention en cas d'obésité (risque de surcharge) : raisonner en poids théorique par rapport à la taille

Adapté de :

1. OMS, Guide pour la prise en charge clinique de la dengue
2. CDC, dengue case management
3. PAHO, algorithms for the clinical management of dengue patients

Guide clinique dengue - Polynésie française

Dengue sévère avec choc hypovolémique (adultes, établissements de soins)



*La prise en charge des patients âgés et/ou avec comorbidités, ainsi que de la femme enceinte nécessite une adaptation individualisée et un suivi plus rapproché.

**Envisager composante hémorragique au choc, et par conséquent transfusion si péjoration de l'état clinique et diminution rapide de l'hématocrite

Guide clinique dengue - Polynésie française

Dengue sévère chez l'enfant

1) Indications d'hospitalisation de la dengue pédiatrique

- Intolérance digestive avec signes cliniques ou biologiques de déshydratation
- Syndrome algique intense (abdominal, céphalées, myalgies) non contrôlé
- Signes de fuite plasmatique :
 - épanchement des séreuses (ép. pleural ou ascite)
 - hypoprotidémie < 50g/l (ou hypoalbuminémie), hyponatrémie <130 meq/l
 - hémocrite élevé (augmenté de + de 20 % pour l'âge)
- Syndrome hémorragique (parfois avec thrombopénie modérée)
 - hémorragies viscérales
 - et/ou Hémorragies cutanéomuqueuses extensives
 - et/ou Thrombopénie < 50000 (à moduler +++ selon le J. de maladie et les moyens de surveillance)
- Syndrome de choc
 - hypotension artérielle, différentielle tensionnelle <20mmhg
 - tachycardie, et/ou pouls filant, cyanose, extrémités froides, marbrures
 - oligurie
- Troubles neuro psychiques (trouble de conscience, agitation, convulsion)

Les formes graves sont plus fréquentes chez les enfants, et leur diagnostic est plus difficile chez les nourrissons, l'hospitalisation doit donc y être plus fréquente que chez l'adulte.

En cas de symptômes discordants, ou de sémiologie difficile un avis peut être pris auprès des régulateurs du SAMU, des pédiatres, des internistes d'adultes, ou des réanimateurs.

2) Principes de la conduite à tenir (CAT)

- Toute forme sévère de dengue après J4 doit faire prendre contact avec la régulation du SAMU, pour avis +/- transfert au CHPf
- Toute dengue présentant un critère d'hospitalisation doit être perfusée au moins 24h avec du G5% supplémenté en Na+ ou avoir un remplissage par sérum physiologique si choc
- Tout doute sur la sévérité d'une dengue suivie en ville doit faire pratiquer un bilan biologique avec NFS, CRP, iono sg, urée, créat sg, protides, albumine sg, transaminases – ou prendre un avis hospitalier téléphonique si biologie non disponible
- Toute dengue hospitalisée dans une structure de soins de proximité qui ne montre pas de signe d'amélioration dans les 24-36h doit être transférée vers une plus grosse structure
- Avis pédiatrique pour toute dengue grave < 3 ans

3) Mesures générales de prise en charge

- Repos au lit au calme (éviter bruits, lumière et agitation) dans une pièce bien aérée, ou climatisée
- Antalgiques anti pyrétiques quasi systématiques (fièvre, douleurs abdo, céphalées, myalgies...)
 - Paracétamol p.o, intra rectal ou IV (perfalgan IV 15mg/kg X4 par j)
 - Nalbuphine si douleurs non calmées par antalgiques de niveau 1 : 0,2 mg/kg/6h en IVL 20 mn ou 0,3mg/kg/6h en intra rectal (ampoule de Nubain 2ml = 20mg)
- Tentatives d'hydratation per os dans les formes non sévères et en l'absence d'intolérance digestive (essayer de suivre les goûts de l'enfant)
 - régime léger sans forcer, fractionné,
 - boissons froides, sucrées et acides,
 - essayer, sans forcer, les solutés de rehydratation 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, ..)

Guide clinique dengue - Polynésie française

- Contre-indication à l'aspirine, aux corticoïdes et aux AINS (oraux ou IV) +++ en raison du risque hémorragique, pas d'intra musculaire, ni 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 (en effet, l'infection virale et l'hypoprotidémie sont des facteurs d'immunosuppression)
- Protecteurs gastriques si vomissements fréquents ou hématomèse, épigastralgies : ranitidine (5 à 10 mg/kg/j) ou omeprazole (1mg/kg/j)

4) Hydratation IV si : intolérance digestive, déshydratation ou dengue sévère

- Utiliser chez l'enfant du glucosé 5% avec des électrolytes (NaCl et KCl)
- Propositions d'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) : 100 – 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 grands enfants obèses (> 6 ans) car risque de surévaluation des apports et de surcharge hydrique, et de façon générale se baser plutôt sur le poids théorique/taille
- adapter secondairement les apports (eau et ions) à la clinique et au ionogramme
- teneur totale en NaCl à prévoir dans les solutés de glucosé 5% :
 - 6g/l si déshydratation seule bien tolérée (début de la maladie de J1 à J4) ;
 - 9g/l en cas d'hyponatémie < 132 meq et/ou troubles hémodynamiques associés
- supplémentation en KCl selon le ionogramme (risque d'hypokaliémie si vomissements...), débiter avec 2 g KCl/l car hypokaliémie fréquente
- supplémentation en vitamines et oligoéléments souhaitable

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, afin de corriger les troubles ioniques et limiter les risques de surcharge hydrique.

5) Si choc hypovolémique

- Remplissages vasculaires
 - 20ml/kg de sérum physiologique sans dépasser 500ml en IVL 20 mn
 - à renouveler jusqu'à stabilisation hémodynamique, puis reprendre le protocole d'hydratation IV
 - si nécessité \geq 3 remplissages : prendre contact avec réanimateurs (pédiatriques < 3 ans et adultes > 3 ans) et/ou régulateurs SAMU pour discuter transfert en réa et autres thérapeutiques
- poser une 2^{ème} voie d'abord périphérique
- O2 nasal et surélever les membres inférieurs
- scope pour monitoring FC, FR, Sat, TA, conscience, diurèse

6) Perfusion d'albumine

Indications (souvent après J5) : hypoalbuminémie < 25g/L ou fuite plasmatique symptomatique, épanchement pleural important avec dyspnée, ascite importante, hypovolémie

Protocole

- 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
- Hypovolémie : albumine à 5%*, 20 ml/kg, IVL 30 min

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

Guide clinique dengue - Polynésie française

7) Surveillance optimale pour toutes les dengues hospitalisées

- Evaluation clinique :
 - scope, FC, TA, sat, FR, diurèse, état de conscience, TRC, EVA, signes hémorragiques, alimentation, transit ...
 - quotidienne en l'absence de signes de gravité
 - pluri-quotidienne si DHF et a fortiori DSS (troubles hémodynamiques, syndrome hémorragique, signes neurologiques, syndrome douloureux abdominal, anorexie...)
- Surveillance biologique et imagerie :
 - NFS-plaquettes, iono sg, urée sg, créat sg, albumine quotidienne jusqu'au virage (remontée des plaquettes)
 - transaminases : bilan initial puis toutes les 48h
 - CRP, hémocultures, ECBU et Rx thorax si crainte de surinfection
 - Echo abdo, radio thorax, selon tolérance pour surveillance des épanchements

8) Critères de retour à domicile

- sortie à H24-H48 d'hospit. pour les formes précoces avec déshydratation sans autre signe de gravité associé (le plus souvent entre J3 et J5)
- après la période critique (> J7-J8) pour les formes sévères
- conditions (toutes nécessaires) pour autoriser la sortie :
 - remontée des plaquettes > 40.000/mm³
 - tendance à la normalisation des désordres ioniques, métab, et hémodyn.
 - tendance à la régression des épanchements (ascite et épanchement pleural), sans signe de mauvaise tolérance
 - alimentation orale normale
 - absence de syndrome douloureux persistant
 - absence de surinfection