



Quels enjeux dans la prise en charge d'un patient grave adulte ou enfant ?

F Lesage (Necker), S Lavoué (Rennes), K Faure (Lille)

ATELIER 3 – SALLE 001

**Coordination Opérationnelle du Risque Epidémique et Biologique (REB)
5^{ème} Journée nationale - 27 juin 2019**

Ecole du Val-de-Grâce, Paris



Objectifs de l'atelier

- Evaluer / discuter enjeux de la prise en charge adulte versus enfant
- Partager des expériences, enrichir ses connaissances et ressources
- Proposer des solutions / soulever des questions

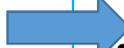
Tour de table

Situation clinique 1 : adulte

Dr Sylvain Lavoué, Service des maladies infectieuses et réanimation médicale, CHU Rennes

- **Août-septembre 2015**
- Homme 49 ans sans antécédents notables, agent de sécurité mines d'or en Guinée (séjours prolongés 8 mois /12)
- Chimio prophylaxie habituelle par doxycycline sauf depuis 15 j
- **26 août** : Retour de Guinée
- **31 août** : Début des signes (céphalées frissons sueurs sans prise de température)

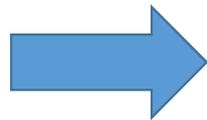
- 
- **6 sept** : hospitalisation par SAMU -> suspicion non retenue de FHV
 - **Hôpital A** : signes de choc hypotension, marbrures, fièvre à 39, thrombopénie, cytolyse hépatique, insuffisance rénale modérée, parasitémie positive à P Falciparum 10% : Accès palustre grave à P Falciparum
 - Traitement par QUININE IV H6 et ATB (C3G et Aminoside) puis Artesunate H 8

- 
- **6 sept soirée** : Transfert en réanimation **Hôpital B**
 - aggravation avec majoration de l'insuffisance rénale (oligurie < 0,5 ml/kg), du choc (poursuite du remplissage et introduction de Noradrénaline), apparition d'une obnubilation discrète
 - surtout apparition de signes hémorragiques avec diarrhée sanglante et ecchymoses sous cutanées du tronc (parois latérales thorax et abdomen)
 - Suspicion renouvelée de FHV

- 7 sept : transfert SAMU au CHU de Rennes avec mesures d'isolement MHC. Patient non intubé porteur d'un KTC et d'une VVP

- **CHU Rennes 7 sept :**

- Isolement en chambre pression négative avec sas (3 chambres de réa dédiées MHC)
- Premières heures : pas d'aggravation notable sauf majoration modérée des signes hémorragiques cutanés
- Poursuite du traitement ATB et anti palustre /Malacef
- Stabilisation hémodynamique avec début de sevrage rapide des cathécolamines (dose max 1,5 mg/h) et reprise franche de diurèse
- Amélioration en 48h



- 9 sept : Levée des mesures d'isolement à la réception des résultats du labo lyonnais de référence , infirmant le diagnostic de FHV (Ebola ou autre)
- 10 sept : Sortie de réanimation vers service d'infectiologie

Problèmes rencontrés

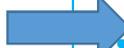
- **Pb pratiques** liés au brancard bulle : passage des différentes tubulures dans une phase critique du transfert
- **Difficultés** de prise en charge d'un patient grave de réanimation **en cas d'urgence extrême** (arrêt circulatoire, intubation urgente, techniques très invasives avec exposition des soignants...)
- **Discussion du niveau de soins** équivalent d'une limitation des soins (perte de chance pour le patient vs respect des procédures et non mise en danger du personnel soignant)
- Tension permanente entre niveau de suspicion-isolement contraignant et **perte de chance**-maladie non confirmée

Situation clinique 2 : enfant

Dr Fabrice Lesage, Service de réanimation médico-chirurgicale pédiatrique, CHU Necker Enfants Malades

- **Août 2014**
- Fille de 11 ans sans antécédents notables, vacances familiales à 3 semaines
- Pas de prophylaxie anti-palustre, diarrhée aqueuse du 25 au 29 juillet
- **4 août** : Retour de Guinée (Conakry), odynophagie + brûlures mictionnelles
- **5 août** : Début de fièvre + frissons + douleurs abdo diffuses (2 sœurs)

- 
- **5 août** : consultation urgences hôpital A
 - Suspicion non retenue FHV
 - **Hôpital A** : fièvre à 38,7°C, hémodynamique normale, pharyngite, ADP cervicales, BU douteuse
 - leuco 16300, CRP 29, goutte épaisse et antigénémie P Falciparum négatives
 - Traitement ATB (C3G)

- 
- **Rediscussion avec INVS : classement cas possible**
 - **5 août soirée** : Transfert **ESR** (en réanimation de principe); arrivée 06/08 à 01h30
 - Parfaite stabilité clinique
 - Apyrétique, pas de trouble digestif, pas de signe hémorragique
 - PCR (-) soirée 06/08 ; transfert à 18h en pédiatrie générale
 - Pas de diagnostic (pas d'ECBU pour étayer inf° urinaire)

Problèmes rencontrés

- **Pb organisationnels immédiats** : libération des lits et surtout des soignants dédiés (un seul patient possible)... **et sur le moyen terme** si FHV confirmée.
- **Présence permanente dans la chambre** d'au moins un soignant, compte tenu de l'âge et de l'angoisse générée par la séparation des parents (présence parentale : EBOLA = non / MERS Coronavirus = oui)
- **Minimiser la perte de chance imposée par la protection adéquate des soignants** (à laquelle on ne peut déroger)... Perte de chance présente que la FHV soit finalement confirmée ou infirmée...



La phase de transport et accueil du patient

- Les questions qui se posent :
 - Gestions des machines et tuyaux durant le transport
 - Gestion des places en réanimation/transfert des patients pour libérer des places
 - La prise en charge est-elle satisfaisante ?
 - Y a-t-il une perte de chance ?
 - Les personnels sont-ils suffisamment protégés ?



Premiers soins et prise en charge en réa

- Organisation géographique (marche en avant, etc)
- Gestion du matériel (bionettoyage etc) et des déchets
- Biologie en chambre: quoi? comment? formation du personnel et maintien des compétences?
- Spécificité pédiatrique: une personne H24 en chambre: qui? 1 parent? comment respecter les mesures barrières?



Quand l'état du patient se dégrade

Aggravation du patient et gestion des techniques lourdes/urgences vitales :

- Limitation thérapeutique
- Ethique/perte de chance
- Gestion de l'urgence vitale?



Protection du personnel

- vaccin?



Conclusion / synthèse

- Quels enseignements principaux ?
- Que peut-on partager ?
- Que peut-on / comment améliorer ?