

Emmanuelle Bernit
CHU Guadeloupe

Des outils à partager



22^e journée de la Filière FilRougE-MCGRE
3 juillet 2026

Un atelier de simulation pour les soignants des soins critiques

- **Attentes pédagogiques bien précisées** : « être capable de .. »
- **Principe** : mise en situation sur une journée par 3 jeux de rôle avec patient :
 - Plateforme dédiée à la simulation qui recrée un box des urgences
 - Scénarios précis, écrits pas à pas avec à chaque étape ce qu'on attend des apprenants
 - Une patiente joue son propre rôle dans une douleur intense de CVO qui va se dégrader
 - Analyse de la séquence derrière une vitre sans tain de la PEC d'une douleur aiguë par une équipe de 3-4 apprenants
 - Le reste du groupe regarde la séquence sur un écran dans une autre pièce
- **Débriefing collectif** après chaque mise en situation avec intervention de 2 patientes
- **Synthèse finale autour du savoir faire et du savoir être**
- **Quizz** pre et post formation

Analyse

Progression ?

- A court terme : oui
- A long terme ?

Propositions : cf « **alerte thrombolyse** »

Travail sur la communication en interne

Associer les AS

Intérêt des IPA au SAU +++

Propositions

3 Séances annuelles : IDE, AS, médecins juniors, internes, seniors

A intégrer dans les maquettes Urgence et Réa

Dossier de la formation à formaliser avec la filière pour une mise en commun

Une fiche reflexe créée pour les anesthésistes à diffuser

Une fiche reflexe créée avec
et pour les anesthésistes à
diffuser



ANESTHÉSIE ET DREPANOCYTOSE







DÉFINITIONS

Syndromes drépanocytaires majeurs : S/S, S/C, S/β+, S/β0 (A/S aux Antilles)
 → Obstruction des petits vaisseaux, infarctus multiples, anémie chronique, atteinte systémique ⚠ 35% déficit G6PD
 Indications opératoires fréquentes : Orthopédique (ostéonécrose), Digestif (cholécystectomie), Gynéco et Neuro (AVC)



4670 = Numéro Référents Drépanocytaire

EVALUATION ET PRÉPARATION CHECK-LIST

Complications per op → liées à la drépanocytose, au terrain, à la transfusion, à la chirurgie ou l'anesthésie

- Vasculopathie cérébrale → **DTC, Angio-IRM cérébrale**
- Cardiopathie diastolique et hypertension pulmonaire → **ETT + Optimisation HTP**
- Atteinte hypoxique chronique : Syndrome restrictif/MTEV/ Fibrose/SAOHS → **EFR /TM6M***
- Infectieux : Septicémie à gram Neg/ Infections voies urinaires / Cocci G+/ Pneumocoque + / Vaccins
- Transfusion : Ac anti érythrocytaires/ Surcharge en fer/ Neutropénie (TTT par HU)/ ATCD **Hémolyse post-transfusionnelle retardée (HPTR) +++**
- Hépatopathie chronique : **ASAT/ALAT/Fer** → Echo +/- Cholangiographie/ Fibroscan
- Néphropathie : IR KADIGO 2/ Hyperfiltration → **Urée/Créatinine/ (Micro—Albuminurie)**

🕒 **Report de l'intervention si: CVO hospitalisée< 15 jours, STA < 1 mois, infection, chute de l'Hb/tx de base**

MÉDICAMENTS START AND STOP

Spirométrie incitative: 10 inspirations 3x/j - une semaine avant - tous les jours

- 💧 Hydratation généreuse
- ✗ **Corticoïdes:** CONTRE-INDICATION ++ (STA sévère) → ⚠ **PAS DE DEXAMETHASONE**

AINS: Pas sans bilan renal (Ok si absence d'IR), **CI** si douleur abdominale, synd infectieux

Hydréa/Siklos: A réduire ou suspendre si hématotoxicité importante

Anti-aggrégation: PAS sans connaître le statut neuro-vasculaire

⚠ **Benzodiazépines:** Risque de dépression respiratoire (hypoventilation) → Préférer l'ATARAX

TRANSFUSIONS

Risques: de CVO

Consultation obligatoire avec les médecins référents « drépano » +/- 4 à 6 semaines avant

Dossier transfusionnel + contact EFS

NFS + réticulocytes, hémostase, RAI/Coombs, électrophorèse de l'Hb

🕒 Pas de transfusion si chirurgie mineure VS moyenne ou majeure : **stratégie personnalisée**

INDUCTION ET ENTRETIEN

Si GGR commandé: Phénotypé, Rhésus et Kell obligatoire +compatibilisé. Si allo immunisé: Phénotype étendu (Privilégier ALR: sans adrénaline)

- ⚠ **Hypothermie:** sonde thermique, matelas chauffant, réchauffeur de solutés
- ⚠ **Hypoxémie:** PrEO₂, FIO₂ > 50%, SpO₂ > 96%
- ⚠ **Déshydratation:** Cristalloïdes équilibrés, euvoémie/ glycémie, trouble ionique
- ✅ Antibiotrophylaxie habituelle: Catégorie patient à risque
- ✅ Viser la **NORMOCAPNIE**
- ⚠ Éviter les vasoconstricteurs, garrot, perfusion sur les MI + Installation rigoureuse

SURVEILLANCE POST-OPÉATOIRE

USC ou Réanimation post-opératoire 48 H / Analgésie multimodale

Prévention STA: O₂ systématique 48h post-op, FIO₂ 35%, SpO₂ > 96%,

Surveillance paramètres 1x/6h, auscultation 2x/j, spirométrie 10 inspi/2h, hydratation adéquate

✗ Pas de retrait du KT avant la sortie / Pas de glace/ Prévention TVP

Risque ++ de complications si : chirurgie urgente, durée longue, douleur post-op, ATCD de

STA

Anesthésie & drépanocytose

Attention sur dosage en morphine si hypoventilation

ULAN- Dr DI STEFANO- Dr RIAUD, Dr VIDAL, Dr ROLLE



E-learning sur les maladies du globule rouge (GR)

Cours Les soins dentaires chez le patient drépanocytaire

Objectifs : .

- Connaître les manifestations bucco-dentaires de la drépanocytose
- Appliquer les précautions adaptées et réaliser les soins en cabinet de ville
- Reconnaître et gérer une crise vaso-occlusive (CVO) au fauteuil
- Identifier les situations nécessitant une orientation hospitalière

Mots clé : .

Drépanocytose · Crise vaso-occlusive · Manifestations bucco-dentaires · Prévention · Coordination ville–hôpital .

AUTEURES : Dr Anna Brochier et C. Makowsky, CHU Grenoble

Juin 2026 V1