

## SYNDROME THORACIQUE AIGU DREPANOCYTAIRE

**Définition :** association d'un nouvel infiltrat radiologique + un ou plusieurs signes parmi :

- Symptômes respiratoires : douleur thoracique, dyspnée aigue, toux, fièvre, expectoration,
- Anomalies auscultatoires : crépitants, souffle tubaire, baisse du murmure vésiculaire

### Facteurs favorisants

- Hypoventilation alvéolaire : CVO du rachis ou côtes, iléus, grossesse, surdosage morphinique, pathologie hépato-biliaire, AG, chirurgie abdominale ou gynécologique
- Sepsis
- Prise de corticoïdes

### Evaluation initiale

- Clinique : FC, FR, TA, SpO<sub>2</sub>, t°c, vigilance ; Douleur : localisation, nombre de sites, EVA  
Auscultation : type, topographie, étendue des anomalies auscultatoire  
Recherche de facteurs favorisants : Concentration hypoxie, déshydratation, infection
- Biologie : NFS, réticulocytes, LDH, créatininémie, Transaminases, gamma-GT, bilirubine tot et C, Electrophorèse de l'Hb : uniquement si transfusion récente ; Groupe sanguin si patient non connu du CHU ; RAI; GdS AA: systématique ; **D-dimères inutilisables**, élevés ds toute CVO
- Microbiologie : Hémocultures, ECBU, antigénuries +/- sérologies des intracellulaires, PCR virales, ECBC
- Radio de thorax systématique
- Angio-TDM thoracique dans les formes graves

### Critères de gravité

- **Clinique** :
  - Anomalies auscultatoires étendues et/ou évolutives
  - Signes d'insuffisance respiratoire aigue
  - Fréquence cardiaque > 120/min ; Signes d'insuffisance cardiaque G ou D
  - Troubles de conscience
  - autre atteinte organique associée (insuffisance cardiaque, rénale...)
- **Biologique** :
  - Hypoxémie < 60 mmHg en air ambiant (SpO<sub>2</sub> seule insuffisante)
  - Besoins en oxygène > 4 l/min pour obtenir une SpO<sub>2</sub> > 98%
  - Acidose respiratoire (pH < 7,35 et hypercapnie > 50 mmHg)
  - Insuffisance rénale aiguë
- **Radiologique** : Atteinte pulmonaire bilatérale ou > 2 lobes

### Traitement

- 1/ Celui de la crise vaso-occlusive (cf.). Oxygénation adaptée au niveau de gravité
- 2/ **Spirométrie incitative** toutes les heures (Respiflow ® ou 10 inspirations profondes/h
- 3/ Antibiothérapie :  
Sans signes de gravité : Amoxicilline 3g/j (ou Pristinamycine si allergie aux β-lactamines) 7 jours  
Avec signes de gravité : Céfotaxime 3g/j 7 jours + Spiramycine 4,5 MUI/j 14 jours
- 4/ Traitement du facteur déclenchant
- 5/ **Avis réanimatoire** systématique à l'admission

### Surveillance rapprochée

**L'aggravation du STA est souvent rapide. Risque de toxicité de la morphine**

- Pouls, TA, FR, sat, conscience : toutes les 4h.
- **Auscultation pulmonaire minimum 2 fois par jour**
- Réévaluation de la prescription d'antalgiques 2 fois par jour

- Biologie toutes les 48h: NFS-réticulocytes, LDH, bilirubine. Electrophorèse de l'hémoglobine 48h après une transfusion.
- Radio de thorax quotidienne : uniquement dans les formes graves

**Critère de transfusion ou échange transfusionnel:**

- Uniquement en l'absence d'antécédent de RAI positive ou d'accident transfusionnel. **Après avis spécialisé.** Culots phénotypés et compatibilisés
- **Indications :**
  - Tout signe de gravité
  - Patient sous programme transfusionnel au long cours
  - Grossesse
  - Absence de toute amélioration du STA à 72h