

ACR CHEZ L'ENFANT AU BLOC OPERATOIRE

- Appel à l'aide, STOP chirurgie
- Chariot d'urgence pédiatrique/défibrillateur
- Plan dur

- Désigner une personne pour gérer le **chronomètre** et **consigner par écrit** la prise en charge

VENTILATION EN CONTINU*

- Ventilation au masque facial en O₂ pur (BAVU)
- Intubation par sonde adaptée (si échec: masque laryngé)
- Volume bas = 6 à 8 mL/ Kg
- FR basse = 10 à 15 cycles par minute en fonction de l'âge
- Objectif : 94% ≤ SPO₂ ≤ 98% (éviter hyperoxie, adapter FIO₂)
- Utiliser un **capnographe** (vérification intubation, et efficacité réanimation si > 10-15 mmHg)

MASSAGE CARDIAQUE

- Immédiat et continu
- 100 compressions / min
- Dépression ≥ 1/3 diamètre antéro-postérieur du thorax
- Mains positionnées sur la moitié inférieure du sternum
- Relai toutes les 2 minutes**

- Vérification régulière : de la fixation, de la pression du ballonnet de la sonde (< 25 cmH₂O), et du maintien de la tête en position neutre

VOIE VEINEUSE - MEDICAMENTS

- Pose d'une VVP < 1 minute sinon voie intra-osseuse
- Adrénaline 10 µg/kg / 3-5 min (1 mg dans 10 mL, injection de 1 mL par 10 kg)
- Rythme choquable:
Amiodarone 5 mg/kg après le 3^{ème} choc
- Torsade de pointe :
Sulfate de magnésium 25-50 mg/kg

DEFIBRILLATION

- Défibrillateur manuel (quel que soit l'âge) :
 - palettes manuelles « enfant » si poids < 10 kg
 - palettes adulte si > 10 kg
 - intensité 4 J/kg
- DAE (si > 1 an) :
 - électrodes pédiatriques si < 10 kg : position antéro-latérale
 - sinon électrodes adultes : position antéro-postérieure (pas de chevauchement)
 - si < 25 kg (8 ans) utiliser l'atténuateur** de dose (50 à 75 J)

CAUSES RESPIRATOIRES - CAUSES CURABLES

Hypoxie : Bronchospasme, laryngospasme (limiter la pression dans les voies aériennes)

Hypovolémie : cristalloïdes 20 mL/kg

H+ : acidose

Hypothermie

Hypokaliémie

Hyperkaliémie : -Gluconate de calcium 20 mg/kg
-Bicarbonate de sodium 1 mEq/kg

Hypoglycémie : apport de glucose 0,5 à 1 g/kg

Tension : pneumothorax

Tamponnade

Toxiques

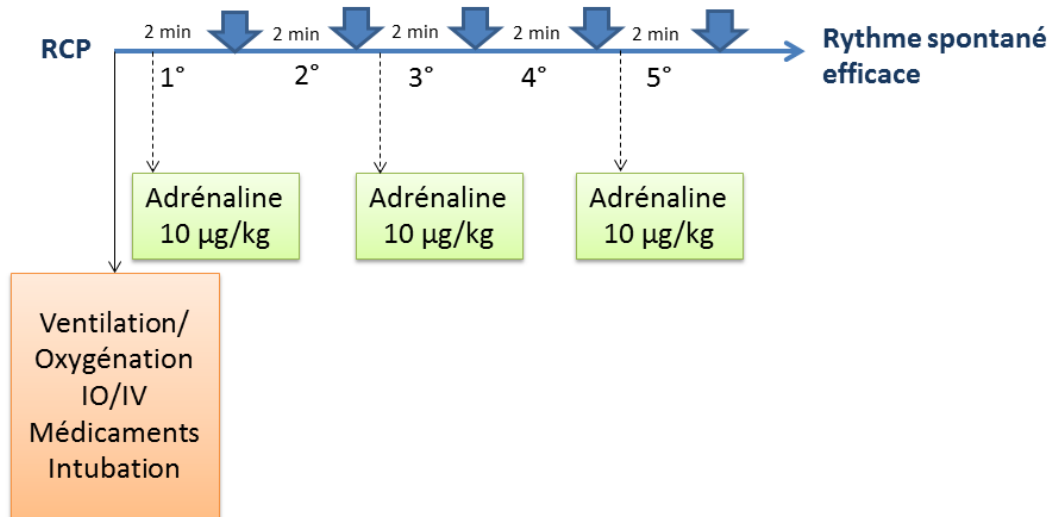
Thrombose pulmonaire

Thrombose coronarienne

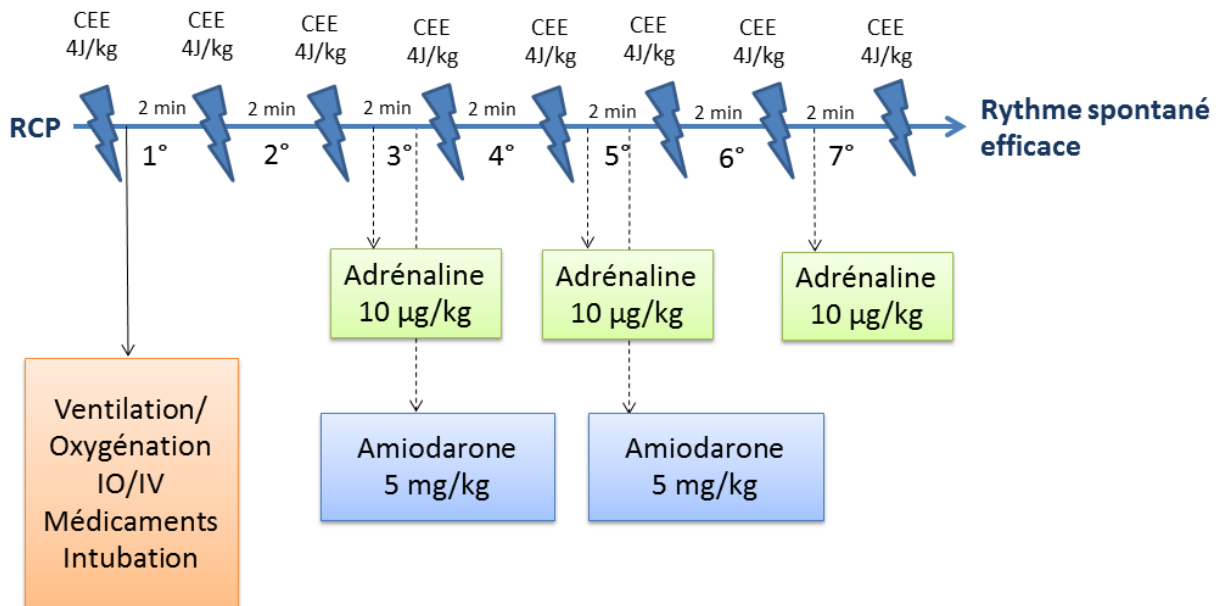
*Pas d'interruption du MCE pour réaliser la ventilation (fréquence de ventilation indépendante du MCE).

**Certains DAE disposent d'un atténuateur de dose à positionner entre le DAE et les électrodes pédiatriques . Si le DAE ne dispose pas d'atténuateur et qu'aucun défibrillateur manuel n'est disponible, l'utilisation du DAE sans atténuateur reste possible en dernier recours.

Algorithme pédiatrique : ACR et rythme NON choquable



Algorithme pédiatrique : ACR et rythme choquable



Références :

Kleinman ME et al. Part 14 : pediatric advanced life support : 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122 (suppl 3):S876-S908.

Biarent D et al European Council Guidelines for Resuscitation 2010 section 6. Paediatric life support. *Resuscitation* 2010;81:1364-1388.

Maconochie IK et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation* 2015;95:223-248.