

CMUB.	Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application:	Réf.: CMUB- Pagination : 1



# COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

## Procédure N°

<b>Rédacteurs</b>	Dr S. GODDET
<b>Date</b>	01/03/2016
<b>Validation</b>	Commission Protocoles
<b>Références</b>	ERC 2015, summary. Resuscitation 2015 ; 95 : 1-80. Recommandations assistance circulatoire 2008.

---

## SYNTHESE

### Arrêt cardiaque PEDIATRIE

---

<b>Messages clés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La transition « pédiatrie » - « adulte » est la puberté.</li> <li>- 5 insufflations initiales</li> <li>- Les compressions thoraciques doivent être interrompues le moins possible même pendant les gestes techniques.</li> <li>- Défibrillation envisagée comme pour l'adulte.</li> <li>- Le SAMU-Centre 15 doit délivrer les conseils téléphoniques</li> <li>- L'hyperoxie est délétère</li> <li>- Arrêt de la RCP médicalisée quand 20 min asystolie sans aucune RACS.</li> </ul>
<b>Critères de qualité des compressions thoraciques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythme : 100 à 120 / min.</li> <li>- Profondeur : 1/3 épaisseur du thorax (4cm nourrisson, 5 cm enfant)</li> <li>- Temps de compression = temps de décompression.</li> <li>- Positionnement d'une main ou des mains au milieu du thorax chez l'enfant / 2 doigts ou 2 pouces chez le tout petit.</li> <li>- Plan dur dès que possible</li> <li>- Alternance 15 compressions / 2 insufflations avant intubation lorsque des secouristes sont présents. 30/2 par les premiers témoins dans l'attente des secours.</li> </ul>
<b>CEE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 J/Kg si choix énergie</li> <li>- DAE : électrodes pédiatriques avec réducteur d'énergie jusqu'à 8 ans = 50 J par choc. Si pas de réducteur d'énergie utiliser électrodes adultes.</li> <li>- Electrodes en antéro-postérieur. Possible en position standard chez le grand enfant.</li> </ul>

**Reconnaissance de l'arrêt cardiaque.**  
Victime inconsciente, ne respire pas ou gasps, pouls carotidien non perçu.

**RCP de base poursuivie**  
LVAS, 5 insufflations initiales  
Compressions thoraciques  
Insufflations BAVU (15/2)

**Choc indiqué**  
Rythme chocable  
(FV / TV)

1<sup>er</sup> Choc 4J/kg

Reprise immédiate  
2 minutes RCP

2<sup>ème</sup> Choc 4J/kg

Reprise immédiate  
2 minutes RCP

3<sup>ème</sup> Choc 4J/kg

Reprise immédiate  
2 minutes RCP

5<sup>ème</sup> Choc 4J/kg

OUI

**RACS**

Récupération d'une  
activité cardiaque  
spontanée

NON

Décès

-Faire ECG, glycémie capillaire, mesure PNI et température.  
-Gestion ciblée de la température :  
Normothermie ou hypothermie (cible 32-36°).  
-Amines IVSE (dobutamine, noradrénaline)  
selon hémodynamique  
- Monitoring : scope, EtCO2 adaptée, SpO2  
(objectif entre 94-98%), PNI  
-Orientation : Scanner, réanimation pédiatrique

Ass. Circulatoire  
AC en intra-hospitalier  
ET ressources  
adaptées ET  
pathologie cardiaque.

Filière de prise en  
charge «mort inopinée  
du nourrisson » (< 2  
ans).

**Choc non indiqué**  
Rythme non chocable  
(AESP / Asystolie)

Reprise immédiate  
2 minutes RCP

Adrénaline 10 µg/kg / 3 à  
5 min. (max 1 mg)

...

Traiter les causes curables

4T / 4H

Hypovolémie	PneumoThorax
Hypoxie	Tamponnade
Hypo ou hyperK+	Toxiques
Hypothermie	Thrombose

-Intubation  
-Voie d'abord (IV / IO)  
- Soluté : sérum phy.  
- Remplissage 20 ml/kg si hypovol.  
- Scope, EtCO2 adaptée, Spo2.  
-Compressions thoraciques  
continues quand patient intubé.  
-SNG pour vidange gastrique

-FV / TV  
Après 3<sup>ème</sup> choc :  
Adrénaline 10 µg/kg / 3 à 5  
min. (max 1 mg)  
Amiodarone 5 mg/kg IVD

FV / TV réfractaire  
Amiodarone 5 mg/kg IVD

DAE

OU

Défibrillateur manuel  
Vérification du  
rythme cardiaque