



ACR CHEZ L'ENFANT AU BLOC OPERATOIRE

CONFIRMER

- Absence de pouls
- Effondrement de la capnie
- Tracé plat / TV ou FV
- Noter l'heure

INITIER

- RCP
- Chariot d'urgence pédiatrique/défibrillateur
- 1 leader pour diriger la réanimation, consigner par écrit la prise en charge

APPEL A L'AIDE STOP chirurgie

VENTILATION EN CONTINU $FiO_2=1$

- Ventilation (sur sonde ou masque laryngé si échec d'intubation) sans interruption du MCE
- Ventilation protectrice** : volume courant bas 6-8 mL/kg, FR basse : 10-20 cycles/min, Pmax 25 cm H₂O
- Utiliser un capnographe (vérification de l'intubation, évaluer l'efficacité de la RCP)

MASSAGE CARDIAQUE

- Immédiat et continu
- 100-120** compressions/min
- Dépression $\geq 1/3$ diamètre antéro-postérieur du thorax (5 cm)
- Mains ou 2 doigts positionnés sur la moitié inférieure du sternum
- Relais toutes les 2 minutes

VOIE VEINEUSE MEDICAMENTS

- Pose VVP < 1 minute, ou voie intra-osseuse
- Adrénaline 10 μ g/kg** toutes les 4 minutes (1mg dans 10 mL, injection de 1 mL par 10 kg) (cf tableau au dos)
- Si rythme choquable : après le 3^{ème} choc Amiodarone 5 mg/kg en IVD (max 300 mg) ou Lidocaïne 1 mg/kg IVD (max 100 mg)
- Si torsade de pointe : Sulfate de Magnésium 25-50 mg/kg en IVD (max 2g)

DEFIBRILLATION

- Intensité : 4 J/kg**
- < 10 kg : palettes ou électrodes pédiatriques en position antéro-latérale
- > 10 kg : palettes ou électrodes adultes en position antéro-latérale
- Si absence d'électrodes pédiatriques ou palettes trop larges (risque d'arc électrique) : position antéro-postérieure des électrodes
- DAE possible après 1 an (*cf. au dos)

RECHERCHER CAUSES REVERSIBLES (6H/6T)

Hypoxie : bronchospasme, laryngospasme

Hypovolémie : cristalloïdes 20 mL/kg
 Hypothermie, Hyperthermie maligne
 Hypertension intracrânienne
 Hypervagotonie (choc vagal)
 Hypokaliémie/Hyperkaliémie/Métabolique (acidose)

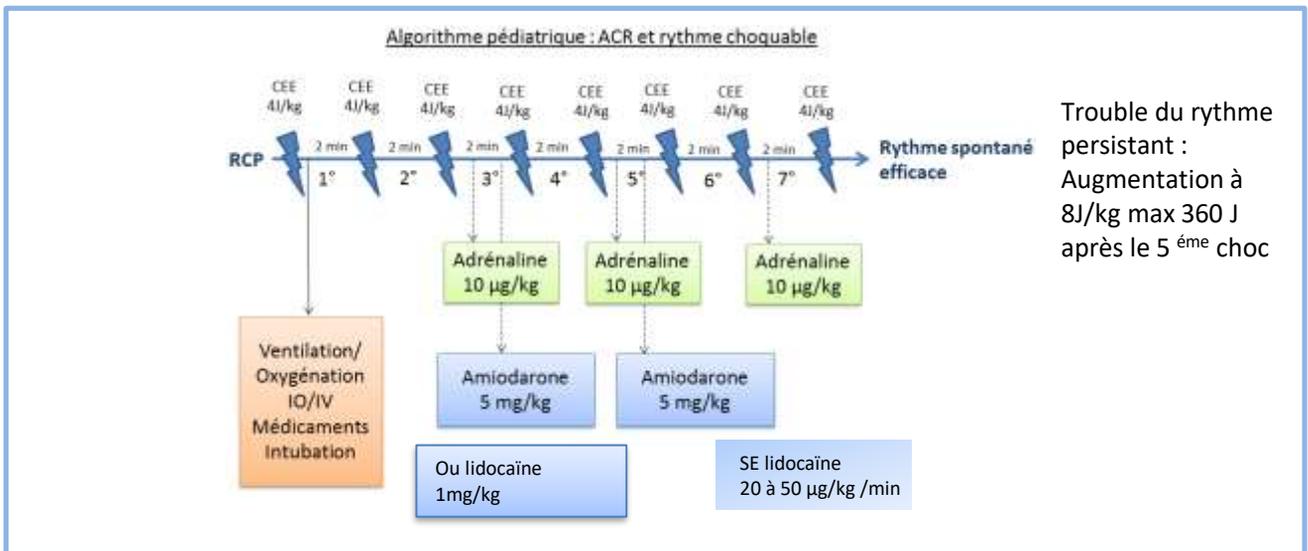
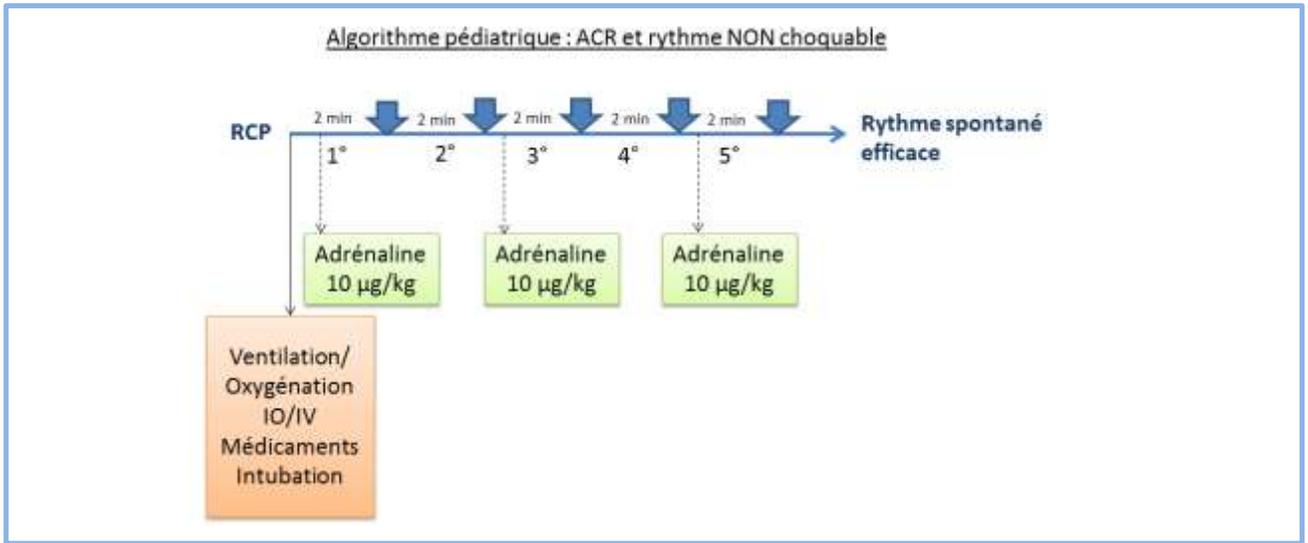
Si Hyperkaliémie : Gluconate de Calcium : 50 mg/kg soit 0,5 mL/kg (max 2g)
 + Bicarbonate de sodium 4,2% : 1-2 mL/kg

Tension : pneumothorax
 Tamponnade
 Toxiques (surdosage, AL, allergies)
 Thrombose pulmonaire : embolie gazeuse, graisseuse, cruorique
 QT long (torsade de pointe)
 HTAP (néonatalogie)



En cas d'arrêt cardiaque réfractaire : faire échographie cardiaque, envisager ECMO veino-artérielle
 Si récupération d'activité : envisager hypothermie thérapeutique

*DAE après 1 an, si poids < 25kg utiliser l'atténuateur de dose (50 à 75 J). 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 des DAE sans atténuateur reste possible en dernier recours.



Dilution Adrénaline : Prendre 1mg d'adrénaline + 9 mL de NaCl 0,9% soit **100 µg/mL d'adrénaline**

POIDS (kg)	5	10	15	20	30	40	50
Dose en mL	0,5	1	1,5	2	3	4	5

Référence :

ERC Guidelines 2021 <http://www.cprguidelines.eu/>

Maconochie I et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2021. Section 6. Paediatric life support.

Resuscitation 2021 Apr;161:327-387