	Type de document Catégorie procédurale – procédure HUG	Page 1 sur 3
	Approbateur : Isabelle GOLARD	Version n°1
Problèmes cardiaques		
DFEA, Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques	Responsable du document : Kevin HADDAD	Mise à jour 10.11.2020

LIMITER LES SOURCES DE STRESS...

Respecter le protocole "Pour accueil et installation"

1. Installation du patient

Déshabiller totalement l'enfant

- Installation
- Position semi-assise (si conscient)
- PLS si inconscient
- Si enfant très stable : EMLA dès l'arrivée

2. Contrôles

Contrôle et signes vitaux

- FR, Satu en continu.
- FC : Monitoring cardiaque en continu (sous scope).
- Pouls : - Pouls central - huméral ou fémoral < 8 ans - carotidien > 8 ans.
- TA aux 30 minutes si stable ou selon OM (et aux 4 membres selon les cas).
- T°, Poids, Taille (estimer si nécessaire).
- ECG.
- Douleur sternale – rétro-sternale (échelle) :
 - o Localisation / Forme (poing, brûlure, irradiant) / Intensité
 - o Modifiée lors de la mobilisation (bras – épaule) ? / Respiro-dépendante ?
- État général :
 - o Fatigue / Malaise / Pâleur / Sudation
- Troubles respiratoires ?
- Anxiété ?

Évaluation de la gravité


- État de conscience (GCS ou AVPU).
- ABCD (cf. particularités par pathologie).
- Temps de recoloration périphérique.
- Tonicité.

Anamnèse

- Apparition des symptômes.
 - o Brutales / à l'effort / durant l'alimentation / inconfort, symptômes en évolution.
- Antécédents cardiaques personnels / familiaux (cardiopathie congénitale, souffle au cœur).
- État général les jours/heures précédents.

Matériel

- Oxygénothérapie (masque ou lunettes selon besoin de l'enfant et/ou confort) et aspiration montées et prêtes à l'emploi. Ventilation.

 Hôpitaux Universitaires Genève	Type de document Catégorie procédurale – procédure HUG	Page 2 sur 3
	Approbateur : Isabelle GOLARD	Version n°1
Problèmes cardiaques		
DFEA, Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques	Responsable du document : Kevin HADDAD	Mise à jour 10.11.2020

3. Transmission des informations obtenues

Prévenir immédiatement un médecin si :

	< 1 an	1-10ans	>10 ans
Fréquence respiratoire	>60 ou <30	>20-30 ou < 15-20	>18 ou < 12
Tachycardie	>220 bpm	> 180 bpm	>140
Tension artérielle (syst)	< 70mmHg	< 70+ 2x l'âge (ans)	< 90 mmHg
TRC (peau tempérée)	> 3 secondes		

- GCS ou AVPU modifié.
- Signes de détresses respiratoires.
- HTA MSD (suite tension aux 4 membres) (contrôler au moins 3 fois la TA si pathologique).
- ECG QRS fin ou large, pas d'onde P.

Tétralogie de Fallot :

- Risques : Crises hypoxémiques ou " Spell ".
- Déshydratation (pour les enfants TDH transférés directement de l'aéroport).
- Infection (!MRSA! → isolement).


Crise hypoxémie ou "Spell"

Signes cliniques	Actions
<ul style="list-style-type: none"> • Brusque chute de la saturation • Augmentation de la cyanose centrale • Tachycardie • Cris inconsolables • Irritabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Calmer l'enfant (<i>baby relax</i>) • Position Genu-pectorale (squatting) • Sur OM <ul style="list-style-type: none"> ○ FiO2 100% ○ Hydratation IV ○ TTT médicamenteux : (Morphine, Brevibloc)

TGV : Transposition des Gros Vaisseaux (chez le nouveau-né)

- Risque : Fermeture du canal artériel rapide ou brutale.
- Satu O2 basse peut être normal pour l'enfant.

Signes cliniques	Actions
<ul style="list-style-type: none"> • Cyanose • Choc cariogène (si CA fermé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur OM <ul style="list-style-type: none"> ○ Normalement pas d'O2 ○ Prostaglandine iv

 Hôpitaux Universitaires Genève	Type de document Catégorie procédurale – procédure HUG	Page 3 sur 3
	Approbateur : Isabelle GOLARD	Version n°1
Problèmes cardiaques		
DFEA, Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques	Responsable du document : Kevin HADDAD	Mise à jour 10.11.2020

Bradycardie Sinusale :

Signes cliniques	Actions
<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence cardiaque : • < 80 chez le nné / nourrisson • < 60 de 2 -10 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulation sur OM <ul style="list-style-type: none"> ○ Chimique (atropine 0.02 mg/kg) ○ Électrique (stimulation avec le défibrillateur) ○ Mécanique (massage cardiaque) (sans OM) • Ventilation si nécessaire • TTT de la cause

TSV : Tachycardie supra-ventriculaire

Évaluation	Signes cliniques	Actions
<ul style="list-style-type: none"> • FC (manuelle et scope) • TA • État général 	<ul style="list-style-type: none"> • FC >220 (nné/ nourrisson) • FC >180 (enfant) • Sudation • Malaise • Douleur • ECG : complexes QRS fins 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG en continu • Défibrillateur prêt • Pose VVP MSD pli du coude ou v. céphalique <u>sur OM</u> • Stimulation Valsalva/Massage carotidien unilatéral ? • Thermomètre rectal • Froid sur le visage (poche à glace ~10 sec) (pas sur voie resp) • Cardioversion chimique (Krénosine/Adenosine) (si choc compensé) • Cardioversion électrique (si choc décompensé)

Particularités Adénosine (Krénosine®) Temps d'action très court (<10 secondes)

- Point d'injection le plus près du cœur possible (pli du coude MSD)
- ECG en continu et enfant branché sur Défibrillateur (impression pour visualiser la réduction)
- Flush NaCl 0,9% immédiat après l'injection (faire l'injection à deux) :
 1. Connecter l'adénosine (dans seringue de 2 ml) sur une voie du robinet
 2. Connecter le NaCl 0,9% (5 ml) sur l'autre voie du robinet
 3. Ouvrir les deux voies
 4. En maintenant une légère pression sur la seringue de NaCl afin d'éviter un reflux, injecter le plus vite possible l'Adénosine
 5. Immédiatement après injecter le NaCl le plus vite possible tout en maintenant une pression sur le piston de la seringue vide d'adénosine