



La RCP (CPR) chez le petit enfant

Le cours de base CPR fait l'impasse sur les urgences chez les petits enfants. Il faudra probablement attendre la fin de l'année prochaine pour qu'un nouveau document pédagogique consacré à ce sujet soit intégré au cours de sauveteur. La présente publication tient lieu de régime transitoire. Après un bref aperçu des spécificités de l'enfant, un tableau met en regard les diverses marches à suivre qui s'appliquent en fonction de l'âge du patient. Le rappel des signes qui évoquent une situation critique chez l'enfant revêt un intérêt particulier.

Spécificités de l'enfant

Taille	Les enfants sont de taille variable.
Proportions	La tête est très grosse et très lourde par rapport au corps.
Respiration	Les petits enfants respirent par le nez*; souvent, les voies respiratoires sont obstruées et présentent une résistance à la respiration artificielle. Il faut ventiler à la fois par le nez et la bouche.
Métabolisme	La demande métabolique et la demande en oxygène sont deux à trois fois supérieures à celles de l'adulte. Les fréquences respiratoire et cardiaque sont aussi multipliées par deux à trois.
Manque d'oxygène	Les enfants ont de moindres réserves respiratoires. Aussi toute insuffisance entraîne-t-elle plus vite un manque d'oxygène.
Hémorragies	La perte d'une petite quantité de sang suffit à provoquer une instabilité, voire un arrêt circulatoire.
Maladies circulatoires	La possibilité de maladies circulatoires peut en principe être écartée chez l'enfant. Chez lui, l'attention doit porter sur la fonction respiratoire.
Indication de la RCP	Pas de signes de vie spontanés : ▶ pas de respiration (voir, entendre, sentir) ▶ pas de toux ▶ pas de mouvement
Réanimation	Dans la plupart des cas, la ventilation artificielle et l'administration d'oxygène suffisent à « réanimer » le patient. Ces mesures permettent en outre souvent de résoudre les problèmes cardio-vasculaires (bradycardie). Chez le petit enfant, une bradycardie (< 60/ min.) doit faire redouter la survenue d'un arrêt cardiaque.

*Cela concerne avant tout les enfants de 0 à 4 mois.



Photos : Kurt Venner

Principal objectif du traitement aigu des enfants :

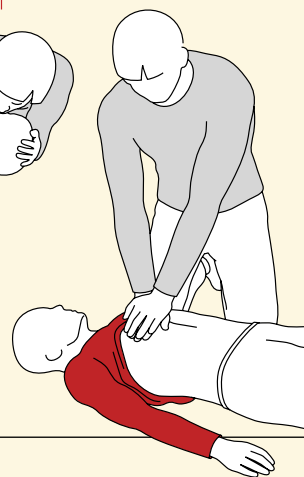
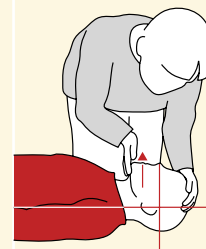
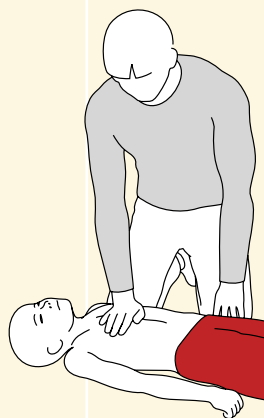
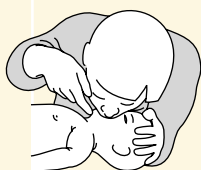
- ▶ identifier et traiter l'insuffisance respiratoire → stopper l'hypoxémie ! (manque d'oxygène)

En présence de quelles manifestations l'état de l'enfant est-il critique ?

- ▶ État de conscience anormal
- ▶ Fréquence respiratoire
 - ▷ > 60 / min. ! Signal d'alarme
 - ▷ Travail respiratoire accru
 - ▷ Battement des ailes du nez
 - ▷ Tirage (dépression thoracique lors de l'inspiration)
 - ▷ Cyanose

- ▶ Fréquence cardiaque
 - ▷ moins d'un an : < 80 / min. ou > 180 / min.
 - ▷ plus d'un an : < 60 / min. ou > 160 / min.
- ▶ Diminution du tonus musculaire (hypotonie), apathie, troubles de la conscience (ex. : un enfant de plus de 2 mois ne reconnaît pas ses parents)
- ▶ Fièvre accompagnée de pétéchies (taches d'un rouge violacé qui ne partent pas à la pression)
- ▶ Brûlure
 - ▷ plus de 10 % de la surface corporelle
- ▶ Sueur froide

	Petits enfants 0 – 1 ans	Enfants 1 – 8 ans	Adultes (8 ans et plus)
Causes	La plupart du temps, manque d'oxygène suffocation, noyade, mort subite du nourrisson	La plupart du temps, manque d'oxygène suffocation, noyade	Trouble cardio-vasculaire
Évaluation	Pas de signes vitaux ▷▷▷	Pas de signes vitaux ▷▷▷	Pas de signes vitaux* ▶ Absence de respiration spontanée après 2 insufflations
Ventilation Volume d'air	▷▷ Attention ! Insuffler un petit volume d'air ! Observer les mouvements au niveau du thorax / de l'épigastre (partie supérieure de l'abdomen) Ne pas insuffler plus d'air qu'il n'en faut pour que le thorax commence à se soulever = Volume d'air contenu dans la cavité buccale du sauveteur adulte Ventilation par le nez et la bouche simultanément (suivant la taille) Ne basculer que légèrement la tête vers l'arrière env. 24x / min.	Mouvements thoraciques légers / nettement visibles Bouche-à-bouche, bouche-à-nez (suivant la taille) env. 20x / min.	Mouvements thoraciques légers / nettement visibles 700 – 1000 ml max. (sans administration d'oxygène) 500 – 800 ml (avec administration d'oxygène) env. 12x / min.
Massage cardiaque Point de compression	Au niveau du sternum, 1 cm au-dessous de la ligne des mamelons	Au niveau du tiers inférieur du sternum	Au niveau de la moitié inférieure du sternum
Technique	Presser avec 2 doigts (majeur + annulaire)	Presser avec la paume d'une main	Presser avec le talon d'une main (l'autre étant poussée sur la première)
Profondeur de la compression	< 1 cm	2 – 4 cm	4 – 5 cm
Fréquence	120 / min.	100 / min.	60 – 100 / min.
Rythme	5 compressions, 1 insufflation	5 compressions, 1 insufflation	Méthode à un / deux sauveteurs : 15 compressions, 2 insufflations



*Pour le personnel médical / personnel spécialisé : Inconscience + arrêt respiratoire + absence de pouls carotidien !
Chez le nourrisson / petit enfant jusqu'à 1 an, le pouls se prend sur la face interne du bras (pouls huméral).



**Dr Cristina Pizzagalli,
médecin-chef**

Photo : Kurt Venner

réponses à leurs inquiétudes. L'indication de la hauteur de la chute peut s'avérer utile. »

Préférer l'ambulance

Il n'est pas toujours utile de conduire immédiatement l'enfant aux urgences. Les parents doivent d'abord prendre leur enfant dans leurs bras et observer ses réactions : « S'il pleure tout de suite, c'est bon signe. Si, au contraire, il est inconscient ou si son état est sensiblement altéré, il convient de composer le 144. En cas de doute, on peut appeler à tout moment le service des urgences d'un hôpital pédiatrique. Une permanence téléphonique y est assurée 24 heures sur 24 par des spécialistes. Conduire bébé à l'hôpital avec sa propre voiture permet de gagner du temps, mais sa prise en charge par des ambulanciers professionnels dans un véhicule spécialement équipé est préférable.

Kurt Venner/td

Urgences chez les petits enfants

« Les cris ne sont pas forcément un signe alarmant »

La conduite à tenir en présence d'un enfant qui a perdu connaissance ou qui présente un arrêt cardio-circulatoire tient en trois points : rester calme, garder la vue d'ensemble et procéder selon le schéma ABCD. C'est là l'essentiel, assure le Dr Cristina Pizzagalli, médecin-chef à l'hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâles.

Interrogée sur les urgences pédiatriques et la peur qu'elles suscitent chez les parents, la pédiatre affirme : « Les cris ne sont pas forcément un signe inquiétant : les parents, qui connaissent leur enfant mieux que quiconque, sont le plus à même d'interpréter ses pleurs. Le ton n'est pas identique selon que bébé a faim, qu'il s'ennuie ou qu'il présente une détresse de nature à mettre sa vie en danger. Si un enfant ne crie pas comme d'habitude, il

convient de dresser l'oreille. La plupart du temps, s'il a mal ou qu'il ne se sent pas bien, les parents le perçoivent. La prudence est aussi de mise s'ils ne parviennent pas à le calmer. »

La chute de la table à langer

Il faut aussi observer l'aspect de l'enfant : « Pâleur, cyanose, sueurs froides, réactions atypiques, gémissements inhabituels, apathie sont autant de signes qui doivent alerter. Les parents seront attentifs à toute modification au niveau de la peau. En règle générale, ils doivent se fier à la connaissance qu'ils ont de leur propre enfant. Tout parent se présentant aux urgences avec son bébé au motif que celui-ci n'est pas comme d'habitude doit être pris au sérieux par les médecins. »

La chute de la table à langer constitue l'un des accidents les plus fréquents. La conduite préconisée par le Dr Pizzagalli est la suivante : « Il importe de savoir si, après la chute, l'enfant pleure ou s'il est inconscient. Après un tel accident, on ne peut écarter une commotion cérébrale. Les parents doivent dans tous les cas téléphoner à un médecin afin d'obtenir des

Quelles sont les spécificités dont il faut tenir compte en présence d'un nourrisson ?

- ▶ Les nourrissons ne peuvent faire état de leurs douleurs ou de leurs indispositions. Leur mode d'expression est encore peu différencié. Un cri peut ainsi être imputable à des causes diverses, des plus bénignes aux plus graves.
- ▶ La tête des nourrissons est particulièrement exposée : elle est relativement lourde, et sa musculature, peu développée, ne lui confère pas une protection efficace en cas de choc. Lors de chute, le nourrisson tombe souvent sur la tête. Les vaisseaux sanguins situés au niveau de son cerveau sont très fragiles. Sous l'effet d'interventions mineures, telles que des secousses, ils peuvent se rompre et une hémorragie cérébrale peut survenir.
- ▶ Dépourvu de cheveux, le crâne du nourrisson est particulièrement sujet aux coups de soleil. La tête de bébé doit donc toujours être protégée.