

MISE EN CONDITION

FC, PA, SpO₂, FR ++/Apnées ?, Score de Glasgow
Prise en charge suivant les principes du RANP

Cf. Evaluation/PEC de l'enfant grave

A : AIRWAY

Désobstruction rhino-pharyngée/Aspiration si besoin

Si trouble de la conscience : canule de Guedel

Une fois VAS désobstruées/sécurisées passer au B

SONDE D'ASPIRATION

NN-6M : sonde d'aspi 6 Fr soit verte pâle
> 6M sonde d'aspi 8 Fr soit bleue

CANULE DE GUEDEL

NN-3M : 50mm soit bleue
3-12M : 60mm soit noire

B : BREATHING

POSITION :

demi-assise/assise si possible

OXYGENOTHERAPIE :

Apport d'oxygène QSP SpO₂ > 95%, sans stresser l'enfant avec une interface adaptée :
Lunettes nasales 1-3 l/min, MMC 4-10l/min, MHC > 10 l/min

AEROSOLTHERAPIE ?

Pas de récepteurs β₂⁺ en dessous de 6M

SI SIGNES DE GRAVITE :

ADRENALINE : 2mg/2ml en 15' (Renouvelable toutes les 8H au besoin)

SI ASTHME DU NOURRISSON (> 2 bronchiolites) ET > 6M :

CORTICOTHERAPIE : type BETAMETHASONE Celestene® 10 gouttes/kg
+ β₂⁺ : type TERBUTALINE Bricanyl® 2,5mg renouvelable au besoin

FORME APNEISANTE :

Pose de VVP pour CITRATE DE CAFEINE (non dilué) 20mg/kg IVD
Contacter la Réanimation Pédiatrique via le 15 ☎ pour transfert de l'enfant

SI ASSISTANCE VENTILATOIRE NECESSAIRE :

VNI avec masque bucco-facial

Mode VS-PEP-AI

Paramètres PEP à 7 cmH₂O/ AI 8 cmH₂O/ FiO₂ 100%

Si difficultés ventilatoires : pose de SNG

Si échec de VNI, Ventilation invasive à discuter

Cf. Intubation et ventilation de l'enfant

C : CIRCULATION

Diagnostic différentiel à traquer : la MYOCARDITE

Recherche de signes d'insuffisance cardiaque (droit surtout : débord hépatique+++), absents dans la bronchiolite