


**ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE**
**TOUT VOMISSEMENT VERT CHEZ UN ENFANT EST UN SYNDROME OCCLUSIF JUSQU'À PREUVE DU CONTRAIRE**
**Savoir penser au volvulus si occlusion haute**
**Si VOMISSEMENT BILIEUX +/- RECTORRAGIE = Tout mettre en œuvre pour PEC chirurgicale en urgence**

**OBJECTIF BLOC OPERATOIRE < 2h = URGENCE ISCHEMIQUE**

**① VERIFIER SI CRITERES CLINIQUES PRESENTS**
**Nourrisson** : Vomissements bilieux, rectorragies, douleur abdominale, pleurs ++, pâleur

**Chez les plus grands** : forme souvent plus frustrée : hématomèse, constipation ou débâcle diarrhéique, douleur abdominale brutale, vomissements alimentaires puis bilieux.

A l'examen : défense, +/- contracture et rechercher la rectorragie


**② SI SUSPICION DE VOLVULUS  
CONTACTER IMMEDIATEMENT LE REA PED DU CENTRE EXPERT  
POUR LA PRISE EN CHARGE ET ORGANISER LE BILAN COMPLEMENTAIRE  
EN ACCORD AVEC LE CHIRURGIEN DU CENTRE EXPERT**
**DISCUTER DU LIEU DU BILAN COMPLEMENTAIRE : au centre de proximité ou au centre expert**

Prenant en compte les orientations suivantes :

→ discuter du lieu et du type de bilan radiologique (au centre proximité ou centre expert)

- < 3 ans : transfert direct, pas d'examen complémentaire dans le centre périphérique qui retarderait la prise en charge.
- > 3 ans : envisager éventuelle imagerie +/- chirurgie dans le centre de proximité . Sinon transfert

**DISCUTER DU TYPE D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE à réaliser en urgences :**
**ASP** : signe occlusion haute avec niveaux hydroaériques, non spécifique

**Echographie abdominale** en urgence : rechercher inversion des vaisseaux mésentériques+++ , signe du tourbillon des vaisseaux, mésentériques+++ , évaluer le degré de souffrance intestinale visualiser épanchement intrapéritonéal

**TDM injecté** en urgence si impossibilité diagnostique en échographie (interpositions gazeuses) ou échographie non disponible.

**③ PRISE EN CHARGE ET MISE EN CONDITION**
**EVALUATION :**
**rechercher signes de choc**
**A : Airways**: désobstruction et ouverture des VAS

**B : Breathing** (FTVO): oxygène systématique

**C : Circulation** (FPPPP): VOIE IV ou IO si échec après 5'

**D : Neuro**
**PARA CLINIQUE** : 2 VVP si possible ou 1 voie IO,

Bilan sanguin avec : GDS, dosage de lactate, ionogramme, hémoculture, groupe RAI NFS et coag

Acidose métabolique + ↑ lactate = signes d'ischémie mésentérique

Pose d'une sonde gastrique : 8 à 10 CH et vidange gastrique pour diminuer la distension abdominale

**VENTILATION** : Si détresse respiratoire et/ou persistance choc : Intubation en séquence rapide

Kétamine 2 mg/kg + Suxaméthonium 2 mg/kg &lt; 2 ans et 1 mg/kg &gt; 2ans

Ventilation en pression (20 cmH2O + 4) ; VC à 6 ml/kg FR 35/mm à adapter à l'âge de l'enfant

Sédation par hypnotiques + Sufentanyl débiter à 0,2µg/kg/h et curarisation par Cisatracrium 0,1 mg/kg/h

**HEMODYNAMIQUE : OBJECTIF NORMOTENSION** pour améliorer la perfusion intestinale

Hypovolémie par 3° secteur : remplissage NaCl 0,9 % ou Isofundine 10 ml/kg x 2

Amines si pas d'amélioration après remplissage : Noradrénaline 0,1 à 1 µg/kg/min

**ANTIBIOTIQUE** : Risque de translocation bactérienne : C 3 G + métronidazole + amikacine 30 mg/kg dose sepsis avec dosage avant 2° injection

**DOULEUR** : antalgique avec paracétamol + morphinique

**OBJECTIF  
BO < 2H**

**④ TRANSFERT URGENT  
chaque minute compte**

**Enfant < 3 ans** : Transfert URGENT vers BO d'un centre expert (idéal: ≤ 2 h entre diagnostic et bloc) sauf si enfant non transportable initialement :

Si chirurgie décidée sur place =&gt; transfert à organiser en post opératoire

**Enfant > 3 ans** : décider rapidement si l'intervention est possible localement avec le chirurgien viscéral et l'anesthésiste ; sinon transfert.

**Intervention chirurgicale de détorsion** : permettra d'améliorer les signes de choc et l'acidose et évitera un infarctus mésentérique complet. Le délai d'intervention va conditionner le risque de nécrose et la longueur de l'intestin grêle restant.


**TOUT VOMISSEMENT VERT CHEZ UN ENFANT EST UN SYNDROME OCCLUSIF JUSQU'À PREUVE DU CONTRAIRE**

**Savoir penser au volvulus si occlusion haute  
Si VOMISSEMENT BILIEUX +/- RECTORRAGIE**



**= Tout mettre en œuvre pour PEC chirurgicale en urgence  
OBJECTIF BLOC OPERATOIRE <2h = URGENCE ISCHEMIQUE**

## REGULATION

➤ **REGULATION INITIALE** pour vomissement vert chez un nourrisson

= TRI ARM P1 => régulation par AMU

➤ **REGULATION POUR DEMANDE DE TRANSFERT :**

Privilégier les conférences à 3 entre médecin régulateur du CRRR, médecin sur place et réa pédiatrique

➤ **ORGANISER SELON PRINCIPE :**

**TRANSFERT URGENT AVEC GESTE URGENT A L'ARRIVEE  
AVEC LE VECTEUR LE PLUS RAPIDE ET LE PLUS ADAPTE,  
privilégier la médicalisation même en absence de signe de gravité**

Vecteur le plus rapide avec l'équipe disponible (équipe pédiatrique : médecin + IDE en priorité)

Si équipe du CHU receveur non disponible : transfert avec SMUR local



**Objectif transfert le plus rapide possible  
Délai porte à porte (entre suspicion et bloc opératoire) < 2h**

## MISE EN CONDITION PAR EQUIPE SMUR

➤ **EVALUATION** rechercher signes de choc

**A : Airways:** désobstruction et ouverture des VAS

**B : Breathing** (FTVO): oxygène systématique

**C : Circulation** (FPPPP): VOIE IV ou IO si échec après 5'

**D : Neuro**

➤ **PARA CLINIQUE :** 2 VVP si possible ou 1 voie IO,

Bilan sanguin avec : GDS, **dosage de lactate**, ionogramme, hémoculture, groupe RAI NFS et coag

Acidose métabolique +  $\uparrow$  lactate = signes d'ischémie mésentérique

Pose d'une sonde gastrique : 8 à 10 CH et vidange gastrique pour diminuer la distension abdominale

➤ **VENTILATION** : Si détresse respiratoire et/ou persistance choc : Intubation en séquence rapide

Kétamine 2 mg/kg + Suxaméthonium 2 mg/kg < 2 ans et 1 mg/kg > 2ans

Ventilation en pression (20 cmH<sub>2</sub>O + 4) ; VC à 6 ml/kg FR 35/mm à adapter à l'âge de l'enfant

Sédation par hypnotique+ Sufentanyl débiter à 0,2µg/kg/h et curarisation par Cisatracrium 0,1 mg/kg/h

➤ **HEMODYNAMIQUE : OBJECTIF NORMOTENSION** pour améliorer la perfusion intestinale

Hypovolémie par 3° secteur : remplissage NaCl 0,9 % ou Isosfondine 10 ml/kg x 2

Amines si pas d'amélioration après remplissage : Noradrénaline 0,1 à 1 µg/kg/min

➤ **ANTIBIOTIQUE** : Risque de translocation bactérienne : C3G + métronidazole + amikacine 30 mg/kg dose sepsis avec dosage avant 2° injection

➤ **DOULEUR** : antalgique avec paracétamol + morphinique



## CONTACTS

### Contacts Centre expert CHIRURGIEN PEDIATRIQUE : CHU

Transmettre au moment de l'appel : Nom et prénom de l'enfant , date de naissance, lieu d'hospitalisation, Et le N° du médecin du CH de proximité prenant en charge l'enfant

<b>LYON HFME</b>	<b>Réanimation pédiatrique</b> : 04 27 85 59 37
<b>GRENOBLE HCE</b>	<b>Réanimateur pédiatrique</b> : 06 46 32 44 32 ou 04 76 76 81 36 Le réanimateur contactera le chirurgien pédiatre, la régulation du SAMU (en précisant que c'est un volvulus = et qui organisera le transport le plus rapide) et l'anesthésiste pédiatre Le chirurgien viscéral de l'hôpital où est l'enfant pourra joindre le chirurgien viscéral pédiatre au CHU de Grenoble au 06 46 32 47 67
<b>CLERMONT-FERRAND</b>	<b>Réanimateur pédiatrique</b> : 04 73 75 01 68
<b>GENEVE</b>	Passer par le 144 qui centralise les informations du patient et contacte les avis en amont au 0041224278442 Ou ligne directe du superviseur du 15 du 74: 0450241515

