

Prof dr P Van de Voorde, Spoedgevallen

• **Introductie**

*Elk medisch beleid bij een ernstig ziek kind start met een grondige evaluatie en desgewenst ondersteuning van **ABCDE**. Deze protocols zijn geen vervanging, enkel aanvulling op de EPLS teaching, welke u geacht wordt te kennen en toe te passen. Ze hebben enkel betrekking op het eerste uur en dienen gevolgd te worden door een verder beleid in overleg met de behandelende artsen.*

**Diagnostiek**

- ABC SYMPTOMEN: IS ER NOG CIRCULATIE (anders ARREST ALGORITMES), zo ja: SHOCK of NIET? (tachypnoe, vertraagde cap. refill, huidskleur, oligurie, initieel agitatie en finaal dalen bewustzijn en hypotensie).  
+ tekenen CORFALEN (crepities en toegenomen ademarbeid, RX longoedeem; hepatomegalie, iugulaire stuwing)
- ECG: traag of snel ritme; regelmatig of onregelmatig; smal of breed QRS
- EVALUEER Geassocieerde symptomen / voorgeschiedenis: ritmestoornis secundair aan hypoxie, ischemie, acidose, elektrolytstoornissen, intoxicatie, infectieus, hypothermie... vs. primair cardiaal (av blok, supraventriculaire tachycardie, ventriculaire tachycardie; ? cardiomyopathie; ? cardiochirurgie...)

**dD:** ARRESTRITMES (cf protocol ARREST); sinustachycardie (al of niet secundair aan shock); sinusbradycardie; pneumothorax/tamponade; Neurogene / Spinale shock

**Beleid ifv urgentiegraad: VERWITTIG zo snel mogelijk 26955, alsook kindercardioloog van wacht**

- ABC + 100% O<sub>2</sub>; IV -IO LIJN (LET OP: bij ernstige instabiliteit onmiddellijke cardioversie)
- Evalueer Ritme en behandel ifv DN:
  - **Smal Complex Supraventriculaire Tachycardie SVT** (geen resp. variatie, abn P, baby meestal >220/' tot adolesc >180/'):
    - eventueel (als eenvoudig beschikbaar) vagale manoeuvres (ijswater, valsalva).
    - Behandel dmv ADENOSINE (0.1-0.2mg/kg – max. 6mg; push + flush; per 2'; evt. te verdubbelen; onder 12-lead ECG monitoring; hou defib beschikbaar; wees voorzichtig indien gekende WPW en VKF) of
    - ELECTRISCHE CARDIOVERSIE (STEEDS voorkeur indien ernstige shock) = SYNCHROON 0.5-1J/kg (evt te verdubbelen), als mogelijk onder sedatie.
    - Verder beleid (cordarone, B blokker) enkel in overleg met kindercardioloog.
  - **Breed Complex Tachycardie:** bij kinderen vaak eerder SVT met geleidingsstoornis maar tot gedeelte te behandelen als Ventriculaire tachycardie VT:
    - Vergewis ten eerste dat er nog tekenen van circulatie zijn (anders ARREST algoritme).
    - Behandel dmv CARDIOVERSIE (zie hierboven).
    - Verder beleid (bv. cordarone) enkel in overleg met kindercardioloog.
  - **Bradycardie:** Behandel in de eerste plaats mogelijke oorzaken;
    - Overweeg Atropine voor vagale bradycardie of AV blok;
    - Overweeg Adrenaline;
    - Overweeg Pacing (transveneus of transthoracaal)
- Evalueer dD en R/mogelijke oorzaken bv. elektrolytstoornissen, acidose pH<7.15, intoxicatie, hypothermie...
- Indicatie tot intubatie en verdere hemodynamische ondersteuning i.o.m. 26955

**Verder patiënt traject:**

- kinderen recupereren vaak zeer snel eenmaal ze terug sinusaal zijn, bovenstaande behandeling is echter vnl. acuut couperend en moet gevolgd worden door een verder antiaritmisch beleid om recidief te vermijden.
- Om deze reden worden deze kinderen best toch initieel ter observatie gehouden op intensieve zorg. Bij uitzondering kunnen kinderen met een gekende voorgeschiedenis en geen ernstige shock die opnieuw sinusaal werden (spontaan of na medicatie) in overleg met 26955, kindercardioloog en spoedcoördinator gedurende enkele uren geobserveerd worden op de spoedkamers alvorens ze naar huis te ontslagen.
- Het verdere beleid gebeurt sowieso in overleg met de kindercardioloog.

Voorzie steeds een correcte ontslagbrief naar de huisarts (onmiddellijk 'compleet' zetten in EPD zodat deze ook daadwerkelijk verstuurd wordt!); waar nodig kan er reeds een telefonisch contact gebeuren bij ontslag.