

PRISE EN CHARGE AVANT RACS

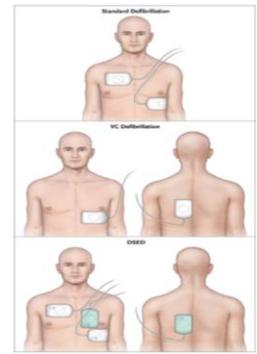
Fréquence 100-120/min, **Contrôle de la qualité du MCE**
 Profondeur 5 cm (max 6cm)
 Limiter au maximum les pauses de RCP
 Changement d'opérateur au mieux toutes les 2min

Contrôle des voies aériennes

Une tentative d'intubation standard per MCE sans pause et si échec envisager technique alternative ou poursuivre au BAVU
 Mode VAC (FiO₂ 100%, FR = 10/min, Vt 6 ml/kg, I/E = 1/5, trigger inspi off PMax 80 cmH₂O, PEP entre 0 à 5) / ou Mode dédié AC
ATTENTION Dès RACS : basculer en ventilation protectrice

Monitoring du rythme le plus tôt puis /2min
CEE

En cas de FV réfractaire (3ème CEE inefficace) :
 - Si 2 défibrillateurs : mode double défibrillation séquentielle
 = 2 chocs délivrés immédiatement l'un après l'autre
 - Si 1 seul défibrillateur : changer positionnement des patchs en antéro-postérieur
 - CEE avec intensité maximale



Pose VVP
 Si échec pose >2min => KT IO

Médicaments de l'AC

Adrénaline pure 1mg/4min / Dose max 5mg / Dès que décision ECPR arrêt injection
 Si rythme non choquable : le plus rapidement
 Si rythme choquable : 1 mg après 3^{ème} CEE
 Cordarone pure
 Uniquement rythme choquable : 300mg après 3^{ème} CEE
 puis 150mg après 5^{ème} CEE

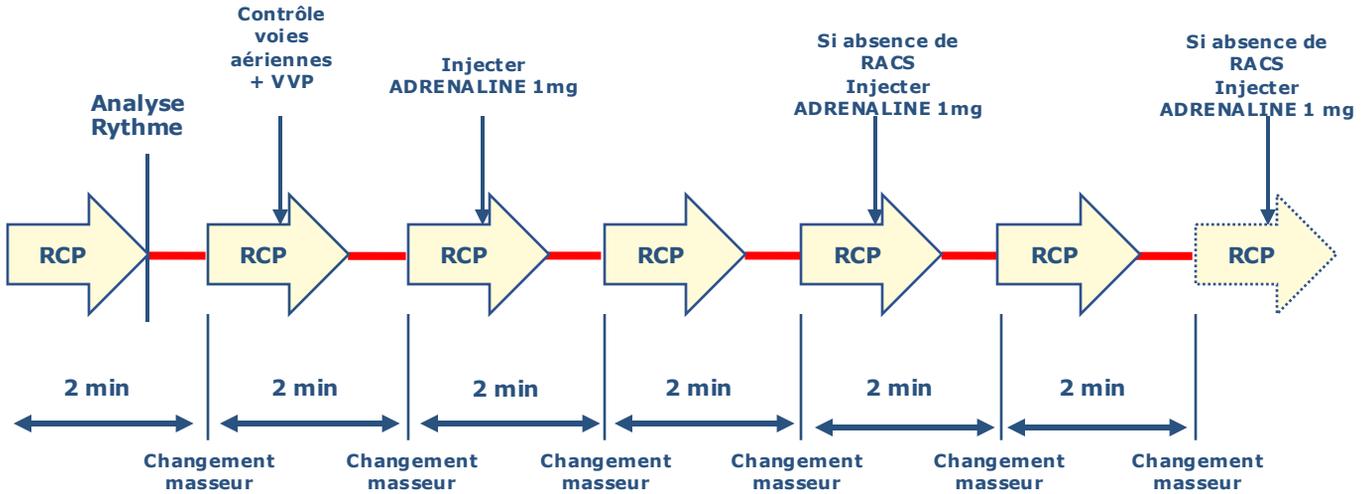
Etiologie

- **Hypovolémie**
- **Hypoxie**
- Ion **H**ydrogène (acidose)
- **H**ypo-/hyperkaliémie
- **H**ypothermie
- Pneumo**T**horax sous tension
- **T**amponnade cardiaque
- **T**oxines
- **T**hrombose pulmonaire
- **T**hrombose coronaire

Présence des proches durant la RCP spécialisée possible

Pour les patients pour lesquels une RCP-S a été débutée, l'arrêt de la RCP-S doit être pris de façon collégiale

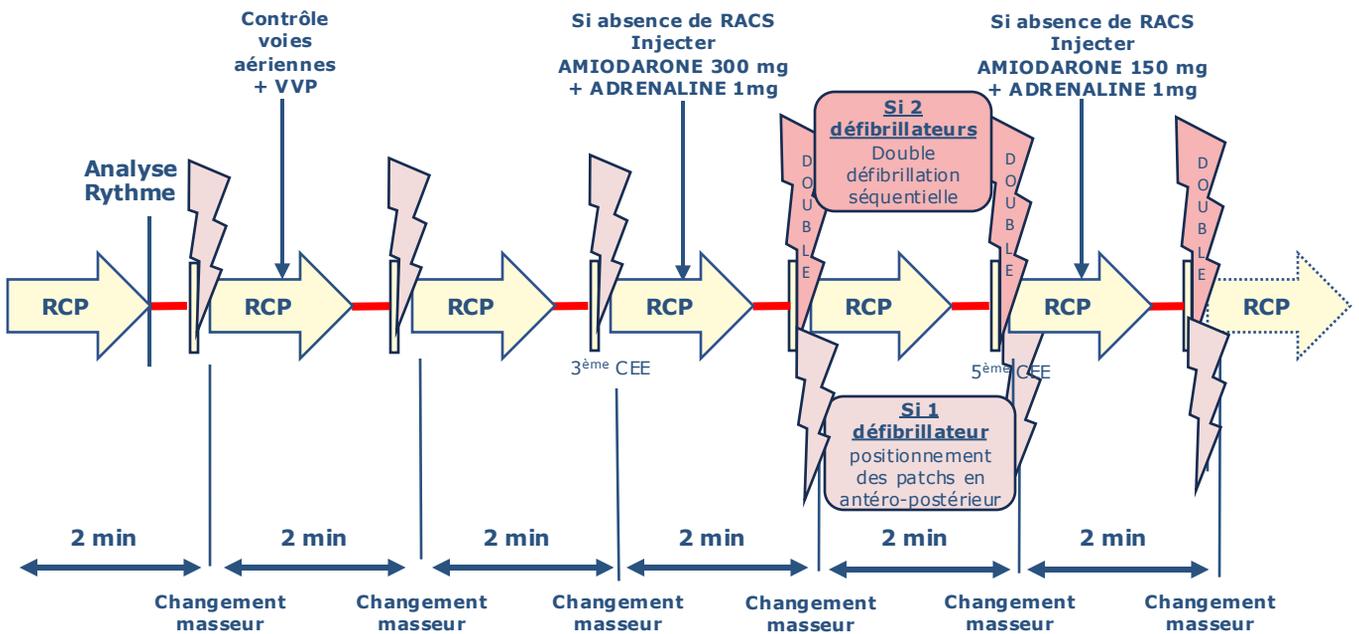
AC AVEC RYTHME NON CHOQUABLE



Injecter la première dose d'Adrénaline le plus tôt possible

AC AVEC RYTHME CHOQUABLE

Penser à l'ECPR !!



Dose max de 5 mg d'Adrénaline

Dès que **décision d'ECPR (ECMO VA) prise : ARRÊT** injection **Adrénaline**

Oxygénation et ventilation

- VAC : FR 15/min – Volume Courant 6 ml/kg du poids théorique PEEP à adapter mais démarrer à 5 cmH20
- Cible ETCO₂ > 35-45 mmHg si hémodynamique stable
- Objectif : SpO₂ 94-98% - FiO₂ selon SpO₂, démarrer à 100% de FiO₂ puis adaptation à la SpO₂
- Sédation et curarisation systématique

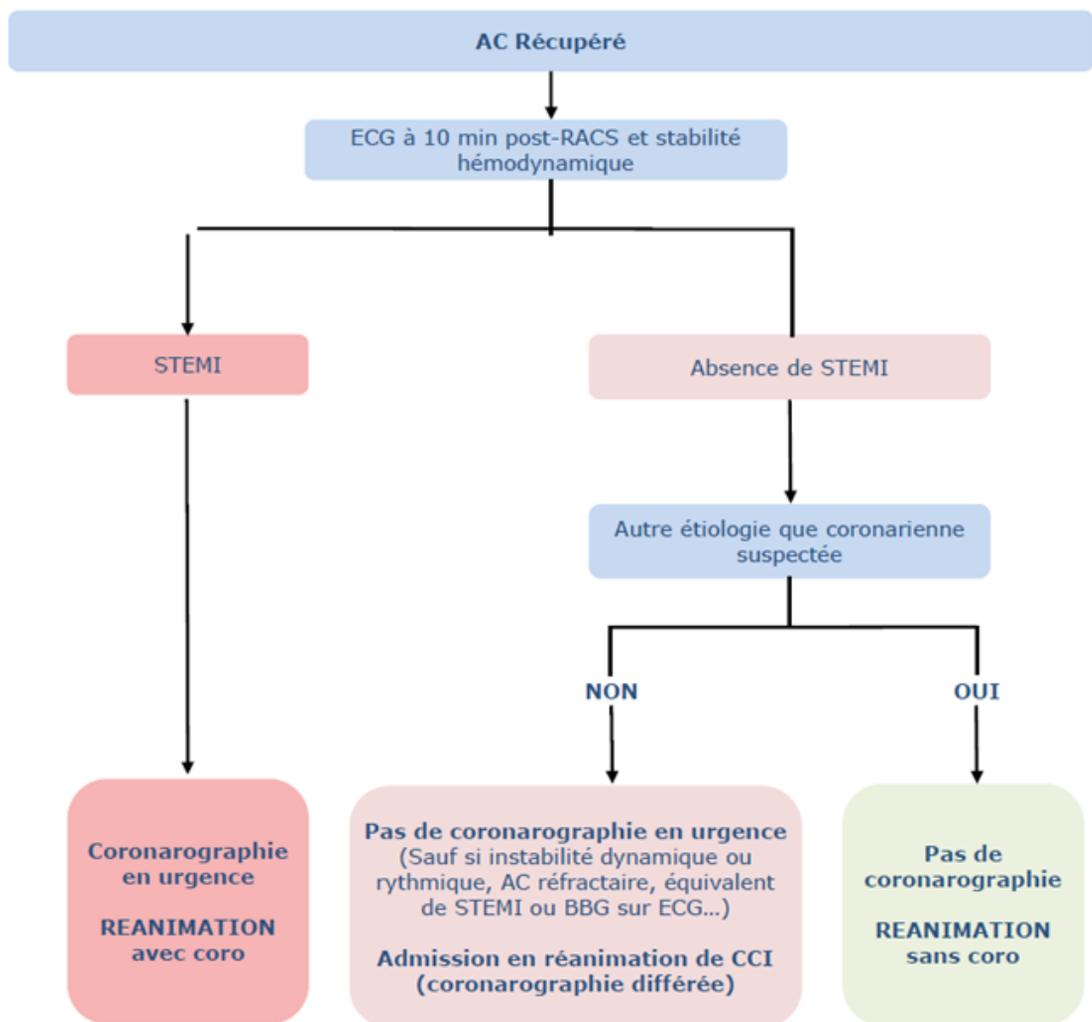
Hémodynamique

- Cible PAM post-RACS > 65mmHg
Sauf post-TC : PAM > 80mmHg
- Remplissage modéré dans l'idéal à monitorer avec échographie (30mL/kg max)
 - NA en 1ère intention
 - Discuter Dobutamine si dysfonction VG et NA > 2mg/h
 - PAS Adrénaline au PSE en post-RACS

Prise en charge étiologique

Arrêt Cardiaque sur SCA => Penser ASPIRINE !
Pas héparine avant coronarographie devant incertitude diagnostique (HSA, dissection aortique)

Orientation



Contrôle de la température

Lutter contre hyperthermie

ARRÊT CARDIAQUE RÉFRACTAIRE
(y compris double défibrillation séquentielle)

< 65 ans **
Pas de comorbidité majeure
No Flow < 5 min



Rythme non choquable

Rythme choquable

Signes de vie* per RCP ?

Signes de vie* per RCP ?

NON

OUI

OUI

NON

IMV avec Cardiotoxiques
AC au bloc opératoire
Hypothermie accidentelle

EtCO₂ > 10 mmHg
Low Flow envisageable
< 90 min
ADRE cible ≤ 3 mg
Lactate < 15 **

Pas d'indication ECPR

Indication ECPR +

OUI

NON

Equipe ECMO



Poursuite RCP-S
40 minutes sur
place

Poursuite RCP-S
40 minutes sur
place

Si patient non éligible à ECPR et échec RCP-S => PENSER DDAC (départements 74-73-01-38) = Donneur Décédé après Arrêt Circulatoire

Age < 55ans

+ absence de contre-indication: HTA, diabète, pathologies rénales ou coronaires, cancer, toxicomanie IV

+ No Flow < 15 min

+ Arrivée CH < 120 min de l'effondrement

(< 90 min si pas de planche à masser)

* Mouvements de lutte / Ouverture des yeux / Réactivité pupillaire

** Critère à discuter selon histoire clinique

Traitement des causes curables en priorité +++

- Hypoxie
- Hypovolémie
- Pneumothorax compressif
- Tamponnade cardiaque

Contrôle des hémorragies externes
 Sécuriser/libérer les VAS = lutter contre l'hypoxie
 Thoracostomie bilatérale 4^e EI (privilégier à l'exsufflation à l'aiguille adaptée)
 Traiter une tamponnade (trauma thoracique pénétrant)
 Ceinture pelvienne
 Transfusion
 Echographie trans-thoracique (recherche étiologie)

Considérer thorcotomie/REBOA si hémorragie incontrôlable

- ACR < 15 min
- Expert; Environnement ; et Equipement appropriés

Reprise d'un rythme spontané (RACS)

OUI

NON

Transfert vers Trauma Center

Arrêt de la réanimation

Discuter l'arrêt de la réanimation si : pas de RACS malgré traitement des causes curables ; pas d'activité cardiaque à l'ETT malgré traitement des causes curables.

Thoracostomie bilatérale
modalités de réalisation

Patient en décubitus dorsal, si possible bras en abduction
 Repérage anatomique de la zone cible (sur la ligne axillaire antérieure, au-dessus de la ligne mamelonnaire)
 Désinfection en un temps à la bétadine alcoolique
 Incision antéropostérieure dans le 4^e ou 5^e espace intercostal
 Dissection des muscles à la pince Kocher puis de la plèvre au doigt pour un « touché poumon »
 Sécurisation par un pansement 3 côtés (photo)

Cas particulier :
Choc neurogénique

(lésion médullaire) à suspecter si bradycardie + hypotension sévère + perte des réflexes + extrémités chaudes : remplissage vasculaire + NORADRENALINE

Commotio cordis :
 défibrillation++



PEC avant RACS :

Contrôle des VAS :

Mode VAC (FiO₂ 100%, FR = 10/min, Vt 6 ml/kg, I/E = 1/5, trigger inspi off PMax 80 cmH₂O, PEP entre 0 à 5) / ou Mode dédié AC

CEE :

En cas de FV réfractaire (3ème CEE inefficace) :

- Si 2 défibrillateurs : mode double défibrillation séquentielle = 2 chocs délivrés immédiatement l'un après l'autre
 - Si 1 seul défibrillateur : changer positionnement des patchs en antéro-postérieur
 - CEE avec intensité maximale
- => Modification de schéma des PEC du rythme chocable

Pour les patients pour lesquels une RCP-S a été débutée, l'arrêt de la RCP-S doit être pris de façon collégiale

PEC post-RACS :

Oxygénation et ventilation :

Cible ETCO₂ > 35-45 mmHg si hémodynamique stable

PEC étiologique :

Arrêt Cardiaque sur SCA => Penser ASPIRINE !

Pas héparine avant coronarographie devant incertitude diagnostique (HSA, dissection aortique)

AC réfractaire / indication ECPR / DDAC :

En cas de non indication ECPR : Poursuite RCP-S 40 minutes sur place

Critères du DDAC (Donneur Décédé après Arrêt Circulatoire : Si patient non éligible à ECPR et échec RCP-S => PENSER DDAC (départements 74-73-01-38):

- Age <55ans
- + absence de contre-indication: HTA traité, diabète traité, cancer
- + No Flow <15 min
- + Arrivée CH <120 min de l'effondrement
- (<90 min si pas de planche à masser)

AC traumatique :

Contrôle des hémorragies externes

Sécuriser/libérer les VAS = lutter contre l'hypoxie

Thoracostomie bilatérale 4è EI (privilégier à l'exsufflation à l'aiguille adaptée)

Traiter une tamponnade (trauma thoracique pénétrant)

Ceinture pelvienne

Transfusion

Echographie trans-thoracique (recherche étiologie)