

**PRISE EN CHARGE AVANT RACS**

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

**Contrôle de la qualité du MCE**
**S'assurer de l'efficacité de la ventilation**

BAVU avec étanchéité du BAVU avec 2 mains : « RCP à 4 mains » +/- guedel  
30/2 insufflations (1 seconde/insufflation)

Monitoring du rythme le plus tôt puis /2min

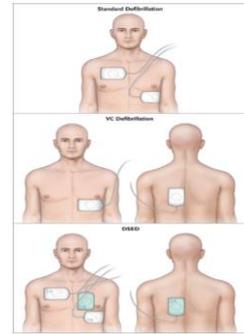
Brancher le scope : mode DSA initial puis mode manuel pour double défibrillation

**CEE**

En mode manuel : continuer MCE pendant la charge et défibriller

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 patches 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 3ème CEE

Amiodarone pure

Uniquement rythme choquable : 300mg (= 2 ampoules) après 3ème CEE

puis 150mg (= 1 ampoule) après 5ème CEE

**Contrôle des voies aériennes**

Pose Igel per MCE (intubation possible si geste maîtrisé) ou poursuivre au BAVU

Contrôle ETCO2 par pose capteur CO2 après filtre

Une fois les voies aériennes contrôlées : MCE en continu ; FR= 10 (une insufflation/6 sec)

Dès RACS : FR = 15

Dès activité électrique => recherche pouls central fémoral

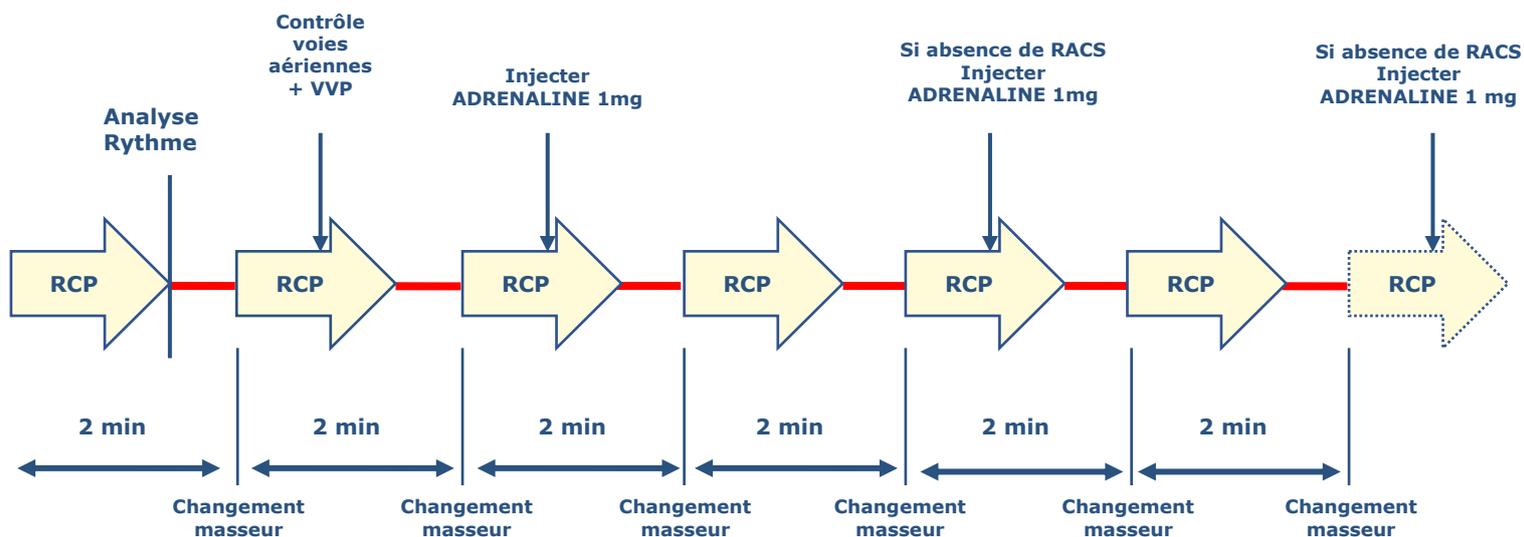
**Étiologie**

- **H**ypovolémie
- **H**ypoxie
- Ion **H**ydrogène (acidose)
- **H**ypo-/hyperkaliémie
- **H**ypothermie
- **P**neumo**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

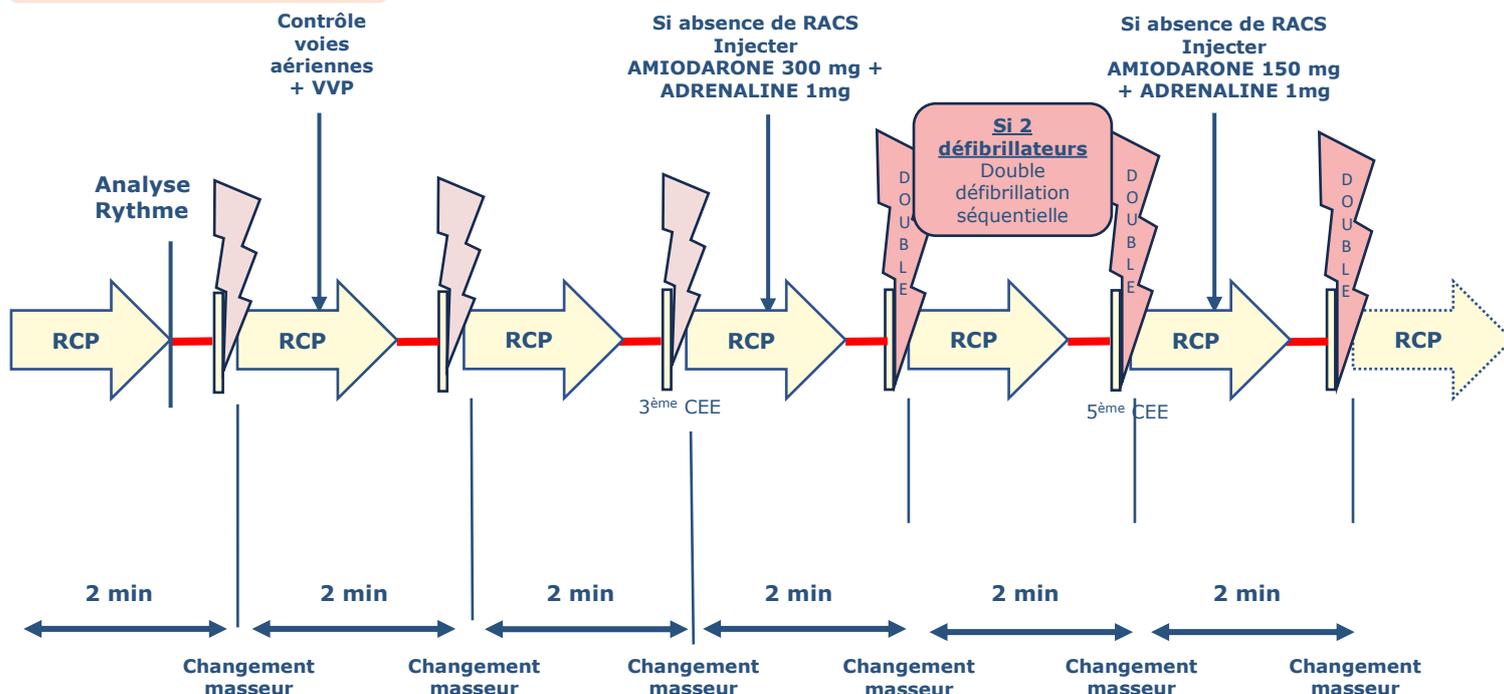
## AC AVEC RYTHME NON CHOQUABLE



**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