

CMUB.	Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application:	Pagination : 1



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N°

Rédacteurs	Dr S. GODDET
Date	01/03/2016
Validation	Commission Protocoles
Références	ERC 2015, summary. Resuscitation 2015 ; 95 : 1-80. Recommandations assistance circulatoire 2008.

SYNTHESE

Arrêt cardiaque non traumatique ADULTE

Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> - Priorisation des compressions thoraciques. Elles doivent être interrompues le moins possible même pendant les gestes techniques. - Défibrillation précoce - Les gasps doivent être identifiés - Le SAMU-Centre 15 doit délivrer les conseils téléphoniques - L'hyperoxie est délétère - En post récupération d'un AC, le profil hémodynamique des patients est lié au syndrome ischémie-reperfusion / vasoplégie et à la dysfonction myocardique.
Critères de qualité des compressions thoraciques	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme : 100 à 120 / min. - Profondeur : 5 à 6 cm. - Temps de compression = temps de décompression. - Positionnement des mains au milieu du thorax. - Plan dur dès que possible - Alternance 30 compressions / 2 insufflations avant intubation.
CEE	<ul style="list-style-type: none"> - 200-300-360 J si choix énergie - 150-200 J biphasique.

Abréviations	RCP AESP FV / TV PNI EtCO2 No-flow Low-flow	Réanimation Cardio-Pulmonaire Activité Electrique Sans Pouls Fibrillation Ventriculaire / Tachycardie Ventriculaire Pression Non Invasive Capnographie Durée sans RCP depuis le début de l'arrêt cardiaque Durée de la RCP depuis le début des compressions tho.
---------------------	---	--

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application:	Réf.: CMUB-	Pagination : 2

DDAC	<p>Donneur Décédé après Arrêt Cardiaque Inclusions entre 18 et 55 ans. Contre-indications : maladie rénale, HTA, cancer, sepsis grave, diabète même traité. Par ailleurs, tuberculose active, virémie +, Creutzfeld-Jacob sont des comorbidités ne permettant pas l'orientation vers DDAC. Le patient doit être identifié, de même que sa famille.</p>
-------------	--

Reconnaissance de l'arrêt cardiaque.
Victime inconsciente, ne respire pas ou gasps, pouls carotidien non perçu.

RCP de base poursuivie

Compressions thoraciques
Insufflations BAVU (30/2)

Choc indiqué
Rythme chocable
(FV / TV)

1^{er} Choc

Reprise immédiate
2 minutes RCP

2^{ème} Choc

Reprise immédiate
2 minutes RCP

3^{ème} Choc

Reprise immédiate
2 minutes RCP

5^{ème} Choc

OUI

RACS

Récupération d'une
activité cardiaque
spontanée

-Faire ECG, glycémie capillaire, mesure PNI et température.
-Gestion ciblée de la température (cible 32-36°).
-Amines IVSE (NAD – dobutamine - adrénaline) pour PAM >70 mm Hg.
- Monitoring : scope, EtCO2, SpO2 (objectif entre 94-98%), PNI
-Orientation : Salle KT / Scanner, réanimation

DAE

OU

Défibrillateur manuel
Vérification du
rythme cardiaque

-LVAS, Intubation
-Voie d'abord (IV / IO)
- Soluté : sérum phy.
-Adrénaline 1mg / 3 à 5 min.
-Monitoring : scope, EtCO2
-Compressions thoraciques
continues quand patient intubé.

FV / TV
Après 3^{ème} choc :
Adrénaline 1mg / 3 à 5
min.
Amiodarone 300 mg IVD

FV / TV réfractaire
Après 5^{ème} choc :
Amiodarone 150 mg IVD

Choc non indiqué
Rythme non chocable
(AESP / Asystolie)

Reprise immédiate
2 minutes RCP

Débuter adrénaline 1mg /
3 à 5 min.

...

Traiter les causes curables

4T / 4H

Hypovolémie	PneumoThorax
Hypoxie	Tamponnade
Hypo ou hyperK+	Toxiques
Hypothermie	Thrombose

NON

Décès

Ass. Circulatoire

-No flow < 5 min.
-Low flow < 100 min.
-EtCO2 ≥ 10 mmHg
-Intoxications
-Hypothermie < 32°

DDAC

-RCP 30 min.
-Accueil service
spécialisé < 120 min.
- Absence de CI.

Machine à masser pour transport