

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

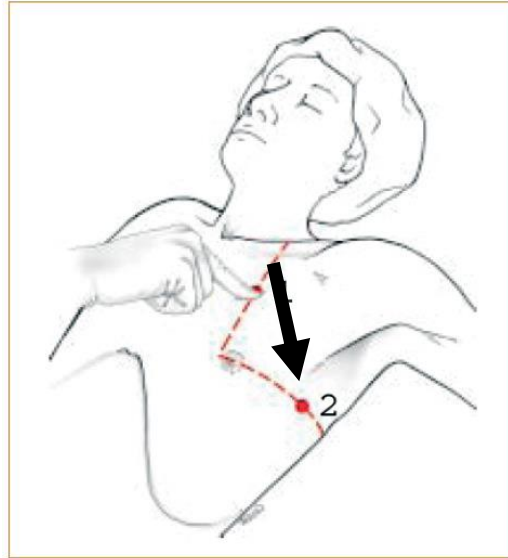
Arrêt cardiaque traumatique ADULTE

Messages clés	<ul style="list-style-type: none"> - Pronostic identique aux arrêts cardiaques « médicaux » - 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. - Ne pas oublier la prise en charge des étiologies médicales.
Critères de qualité des compressions thoraciques	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme : 100 / min. sans dépasser 120 / min. - Profondeur : 5 cm sans dépasser 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.
---------------------	---	--

Thoracostomie bilatérale

Après 10 min de RCP sans efficacité.
4 ou 5^{ème} espace intercostal, ligne axillaire moyenne.
Le drainage n'est pas systématique.



Reconnaissance de l'arrêt cardiaque.
Victime inconsciente, ne respire pas ou
gasp, 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

Choc non indiqué
Rythme non chocable
(AESP / Asystolie)

Débuter Adrénaline 1mg /
3 à 5 min.

Reprise immédiate
2 minutes RCP

...

DAE

OU

Défibrillateur manuel
Vérification du
rythme cardiaque

-Intubation
-Voie d'abord (IV / IO)
-Soluté : sérum phy.
-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

Thoracostomie bilatérale
après 10 min RCP

FV / TV réfractaire
Amiodarone 150 mg IVD

Traiter les causes curables
4T / 4H

Hypovolémie	PneumoThorax
Hypoxie	Tamponnade
Hypo ou hyperK+	Toxiques
Hypothermie	Thrombose

RACS

Récupération d'une
activité cardiaque
spontanée

NON

Décès

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