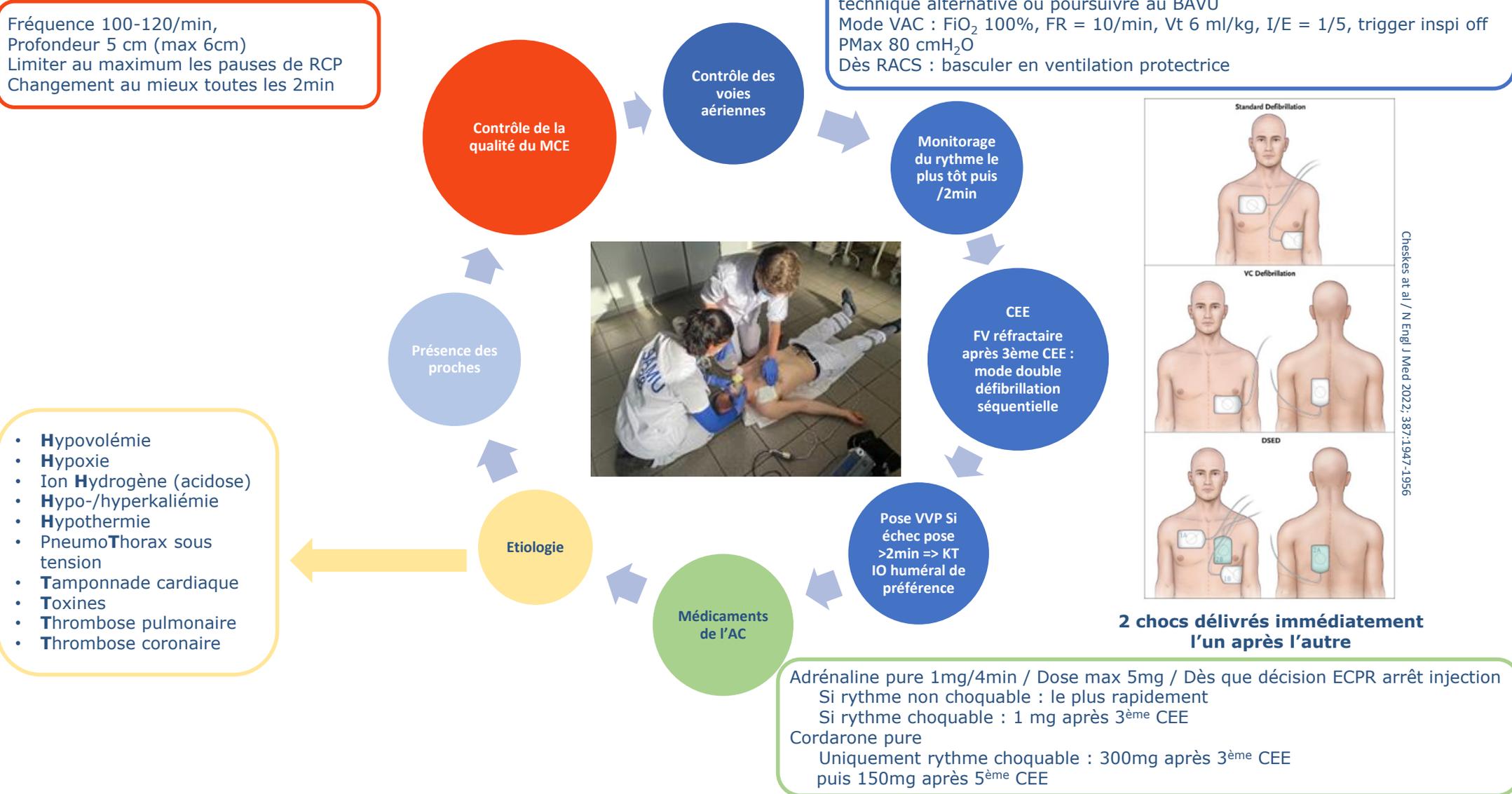




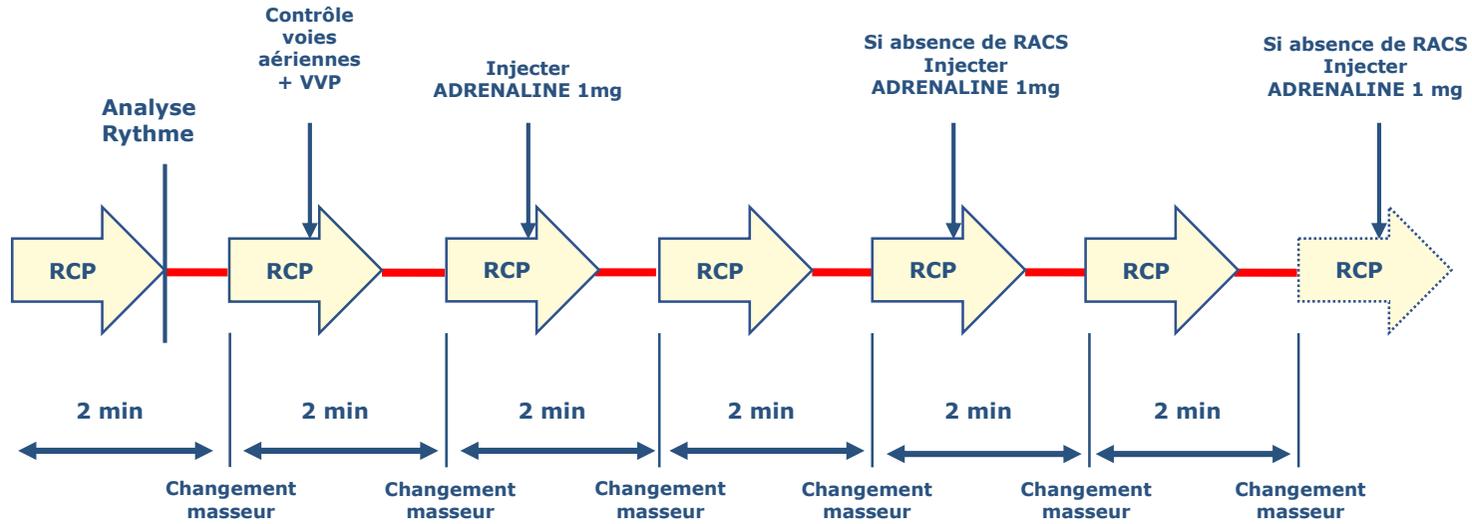
PRISE EN CHARGE AVANT RACS

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

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
Dès RACS : basculer en ventilation protectrice



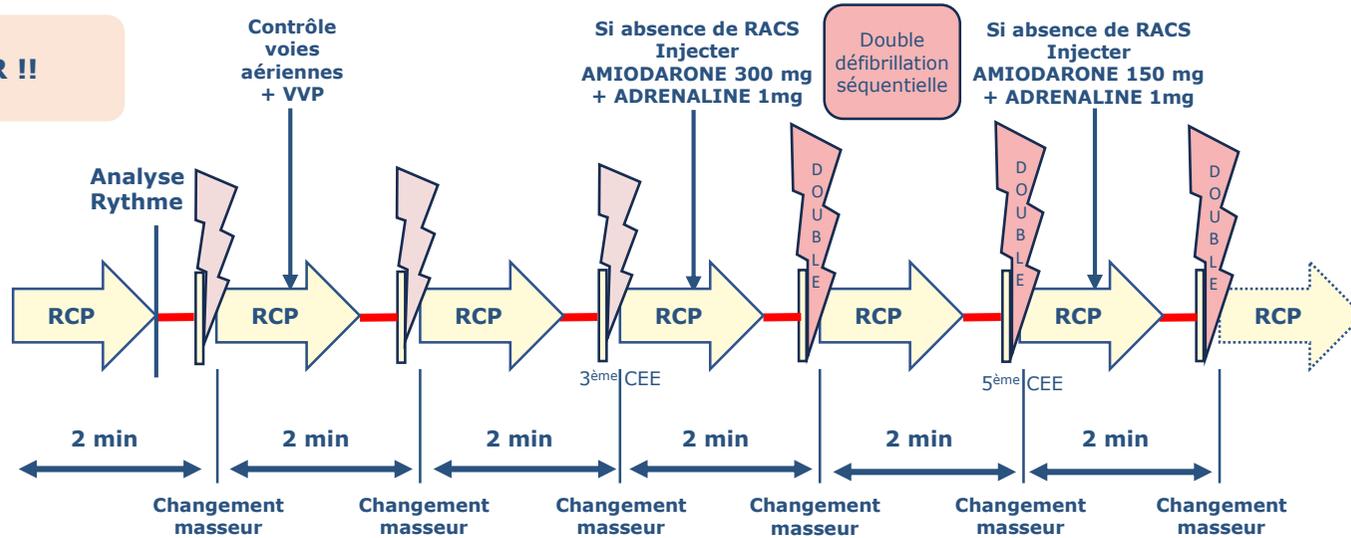
1. AC avec rythme non choquable



Injecter la première dose d'Adrénaline le plus tôt possible

2. AC avec rythme choquable : FV, TV sans pouls

Penser à l'ECPR !!



Dose max de 5 mg d'Adrénaline
 Dès que **décision d'ECPR (ECMO VA) prise : ARRÊT** injection Adrénaline



- VAC : FR 15/min – Volume Courant 6 ml/kg du poids théorique PEEP à adapter mais démarrer à 5 cmH2O
- Cible $ETCO_2 > 30$ mmHg si hémodynamique stable
- Objectif : SpO_2 94-98% - FiO_2 selon SpO_2 , démarrer à 100% de FiO_2 puis adaptation à la SpO_2
- Sédation et curarisation systématique

Oxygénation et Ventilation

Hémodynamique

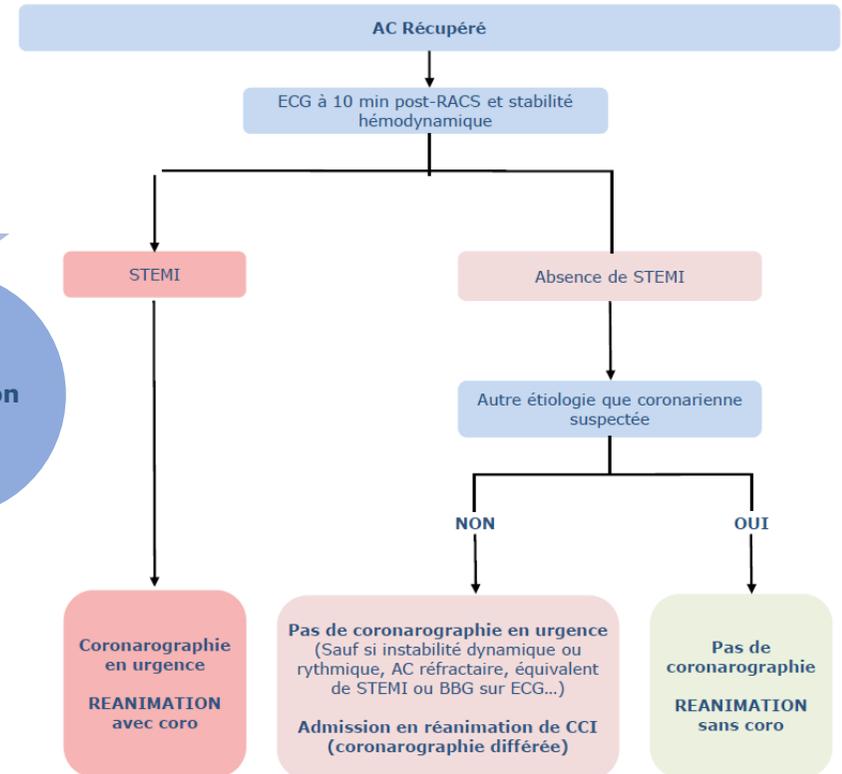
Contrôle de la T°C

Orientation

PEC étiologique

Lutter contre l'hyperthermie

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



1. Prise en charge des arrêts traumatiques

Traitement des causes curables en priorité +++ (avant MCE)

- Hypoxie
- Hypovolémie
- Pneumothorax compressif
- Tamponnade cardiaque

1. Contrôle des hémorragies externes
2. Sécuriser/libérer les VAS = lutter contre l'hypoxie
3. Thoracostomie bilatérale 4^e EI (privilégier à l'extubation à l'aiguille)
4. Traiter une tamponnade (trauma thoracique pénétrant)
5. Ceinture pelvienne
6. Transfusion

Considérer thoracotomie/REBOA si hémorragie incontrôlable

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

Reprise d'un rythme spontané (RACS)

OUI

Transfert vers Trauma Center

NON

Arrêt de la réanimation

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

Commotio cordis : défibrillation++

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

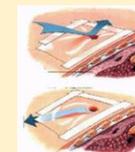
Repérage anatomique de la zone cible (sur la ligne axillaire antérieure, au-dessus de la ligne mamelonnaire)

Désinfection en un temps à la bétadine alcoolique

Incision antéropostérieure dans le 4^e ou 5^e espace intercostal

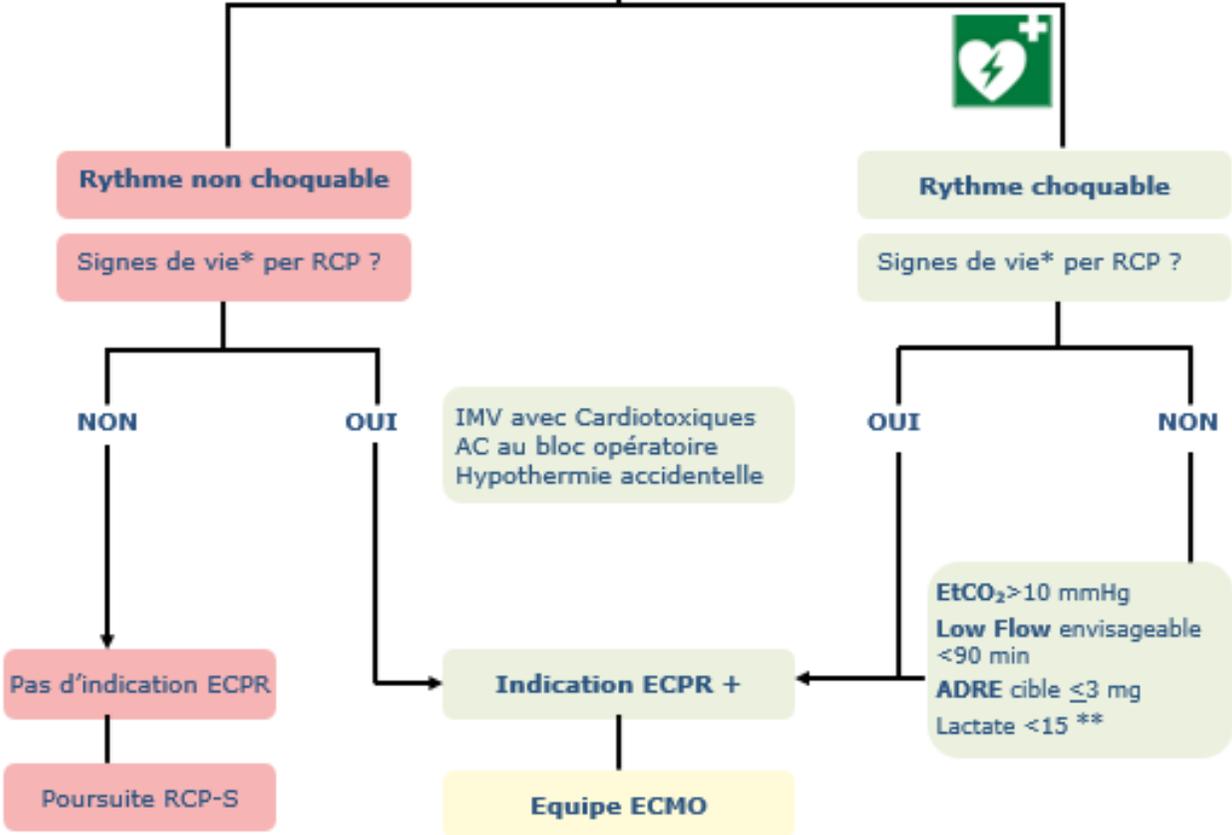
Dissection des muscles à la pince Kocher puis de la plèvre au doigt pour un « touché poumon »

Sécurisation par un pansement 3 côtés (photo)



ARRÊT CARDIAQUE REFRACTAIRE (y compris double défibrillation séquentielle)

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



* Mouvements de lutte
Ouverture des yeux
Réactivité pupillaire
** Critère à discuter selon histoire clinique

