

PRISE EN CHARGE AVANT RACS

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

Contrôle de la qualité du MCE

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

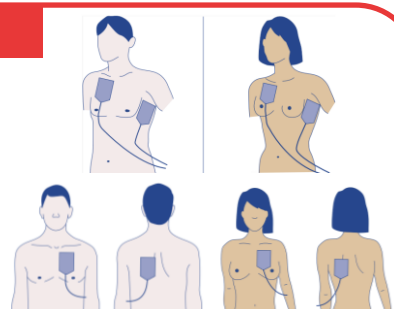
Monitoring du rythme le plus tôt puis /2 min

CEE

Vérifier bon positionnement des patchs en antéro-latéral

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

- Changer positionnement des patchs en antéro-postérieur
- CEE avec intensité maximale
- Ou si équipe entraînée : double défibrillation séquentielle = 2 chocs délivrés immédiatement l'un après l'autre



Source icono : ERC Guidelines 2025

Pose VVP

Si échec pose >2 min => KT IO

Médicaments de l'AC

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

Amiodarone pure : uniquement rythme choquable : 300 mg après 3^{ème} CEE
puis 150 mg après 5^{ème} CEE

OU Lidocaïne pure IV ou intra-os : uniquement si rythme choquable : 100 mg après 3^{ème} CEE
puis 50 mg après 5^{ème} CEE

Esmolol-BREVIBLOC® : (sauvetage hors recommandations) : FV réfractaire malgré 2^{ème} dose d'Amiodarone après le 5^{ème} CEE => Cf. livret médicament adulte

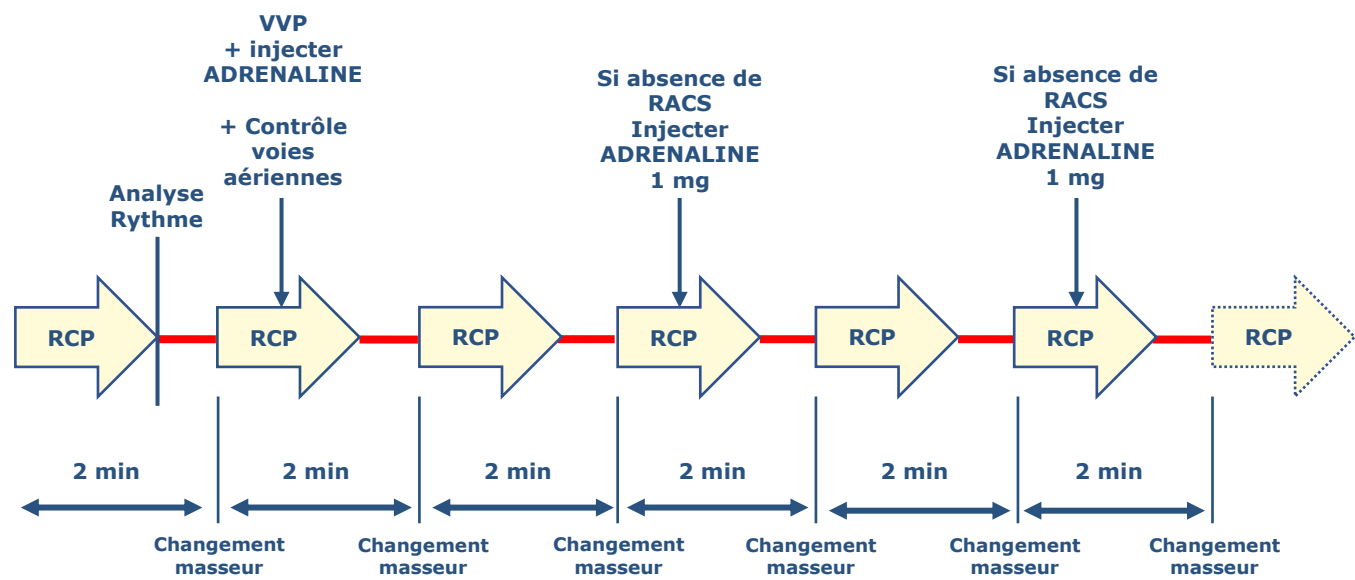
Etiologie

- **Hypovolémie**
- **Hypoxie**
- Ion **Hydrogène** (acidose)
- **Hypo-/hyperkaliémie**
- **Hypothermie**
- Pneumo**T**horax sous tension
- **T**amponnade cardiaque
- **T**oxines
- **T**hrombose pulmonaire
- **T**hrombose coronaire

Présence des proches durant la RCP spécialisée possible

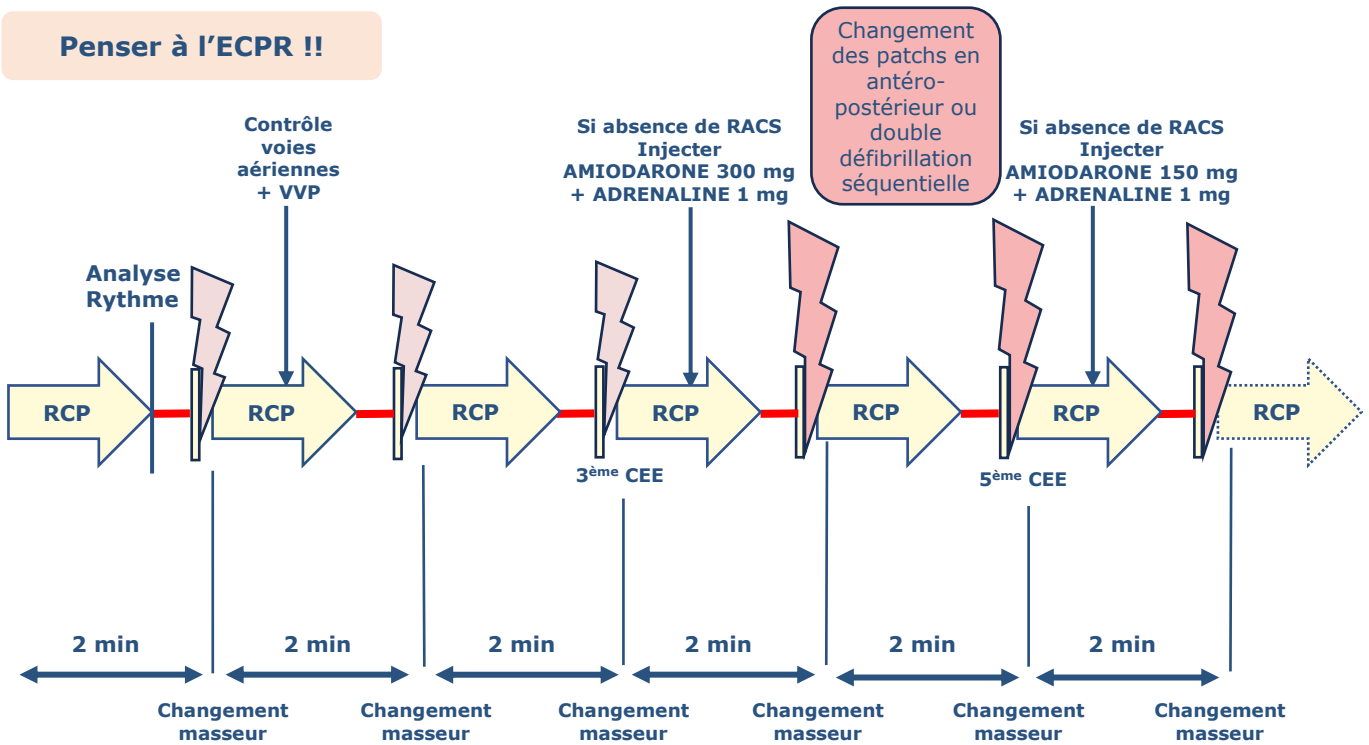
Pour les patients pour lesquels une RCP-S a été débutée, l'arrêt de la RCP-S doit être pris de façon collégiale

AC AVEC RYTHME NON CHOQUABLE



Injecter la première dose d'Adrénaline le plus tôt possible

AC AVEC RYTHME CHOQUABLE



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 cmH2O
- Cible $ETCO_2 > 35-45$ 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 si difficulté de ventilation

Hémodynamique

Cible PAM post-RACS > 65 mmHg

Sauf post-TC : PAM > 80 mmHg

- Remplissage modéré dans l'idéal à monitorer avec échographie (30 mL/kg max)
- NA en 1^{ère} intention
- Discuter Dobutamine si dysfonction VG et NA > 2 mg/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

AC Récupéré

ECG à 10 min post-RACS et stabilité hémodynamique

STEMI

Absence de STEMI

Autre étiologie que coronarienne suspectée

NON

OUI

Coronarographie en urgence

REANIMATION avec coro

Pas de coronarographie en urgence
(Sauf si instabilité dynamique ou rythmique, AC réfractaire, équivalent de STEMI ou BBG sur ECG...)

Admission en réanimation de CCI (coronarographie différée)

Pas de coronarographie

REANIMATION sans coro

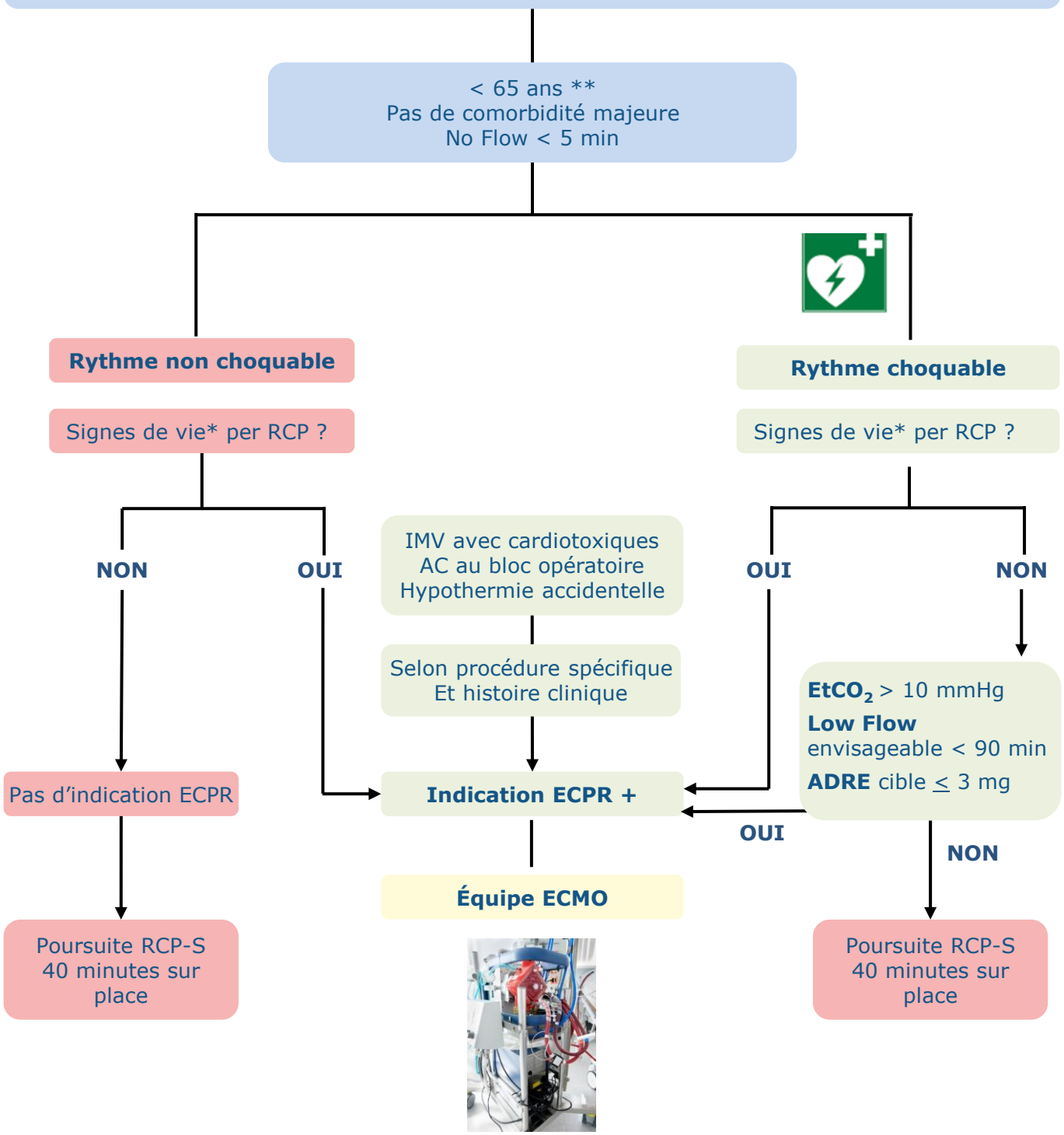
Réalisation scanner corps entier pour bilan étiologique et recherche des complications

Selon Tomahawk / Emerge / Coapt

Contrôle de la température

Lutter contre hyperthermie $T^{\circ}C < 37,8^{\circ}C$

ARRÊT CARDIAQUE RÉFRACTAIRE



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

Age < 55 ans
+ 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^{ème} EI (privilégier à l'exsufflation à l'aiguille adaptée)
Traiter une tamponnade (trauma thoracique pénétrant)
Ceinture pelvienne
Transfusion
Echographie trans-thoracique (recherche étiologie)

Considérer thoracotomie/REBOA si hémorragie incontrôlable

- ACR < 15 min
- Expert, Environnement, et Équipement appropriés

Reprise d'un rythme spontané (RACS)

OUI

Transfert vers Trauma Center

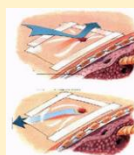
NON

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 (*photos*)



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

Comotio cordis :
défibrillation++

• PEC nécessitant des thérapeutiques ciblées à réaliser pendant la réanimation

Etiologie	Thérapeutique à faire pendant reanimation
Hypoxie	▪ Oxygénation
Hypovolémie	▪ Remplissage ▪ Arrêt des hémorragies ▪ Discuter l'intérêt de la transfusion
Hypothermie	▪ Diagnostic parfois difficile (Cf. procédure "PEC hypothermie")
Hyperkaliémie	▪ Chlorure de Calcium 10 mL à 10% IVD OU ▪ Gluconate de Calcium 30 mL à 10% IVD ▪ Insuline 10 UI IVD puis 250 mL de soluté glucosé à 10%
Hypokaliémie	▪ Sulfate de Magnésium (ampoule 1,5 g/10 mL) : 2g IVD ▪ Recharge potassique dès que possible
Embolie pulmonaire	1. Indication de thrombolyse précoce pendant RCP ou post RACS ▪ Altéplase-ACTILYSE® : Bolus de 50 mg en IVD. Renouveler le bolus au bout de 15 min si pas de RACS OU ▪ Ténecteplase-METALYSE® : ½ dose (50 UI/kg) Une fois la thrombolyse débutée, poursuivre la réanimation au moins une heure 2. Penser ECPR (ECMO VA)
STEMI	▪ Traitement adjuvant du STEMI si diagnostic certain ▪ Pas de bénéfice à la thrombolyse pendant RCP ▪ Orientation rapide pour angiographie avec MCE mécanique
PNEUMOTHORAX	▪ Thoracostomie bilatérale si cause traumatique
TAMPONADE	▪ Remplissage vasculaire ▪ Drainage préhospitalier échoguidé



• PEC des AC par Intoxications : Thérapeutiques à réaliser après RACS

Etiologie	Thérapeutique
ANTIDÉPRESSEUR TRICYCLIQUE ET STABILISANTS DE MEMBRANE	▪ 2 g de KCl dans 250 mL de HCO₃⁻ (4,2% ou 8,4%) maximum 3 injections), en fonction RACS et affinement QRS
INHIBITEURS CALCIQUES	▪ Chlorure de Calcium 10 mL à 10% IVD - OU ▪ Gluconate de Calcium 30 mL à 10% IVD ▪ Insuline IV 1 à 2 UI/kg en bolus à renouveler toutes les 10 minutes (possibilité d'augmenter à 10 UI/kg au maximum) + apport de glucose et monitoring dextro
β-BLOQUANTS	▪ Insuline IV 1 à 2 UI/kg en bolus à renouveler toutes les 10 minutes (possibilité d'augmenter à 10 UI/kg au maximum) + apport de glucose et monitoring dextro ▪ 2 g de KCl dans 250 mL de HCO₃⁻ (4,2% ou 8,4%) maximum 3 injections), en fonction RACS et affinement QRS ▪ Dobutamine : mise en route en post-RACS pour traitement du choc cardiogénique. Dans cette indication, ne pas hésiter à augmenter les doses
DIGITALIQUES	▪ Sulfate de magnésium (bolus de 2 g IVL puis 10 mg/min IVSE) ▪ Fragments Fab antidigitoxine (DIGIFAB®) dès que disponible ▪ EEE / Entrainement Electrique Externe à discuter en attendant le Fab
CYANURE ET FUMÉES D'INCENDIES	▪ Cyanokit® 2 flacons

