



TAKE HOME MESSAGE JOURNÉE 15/12/2025 ARRÊT CARDIAQUE

- Basic Life support

L'appli de géolocalisation permet d'augmenter de 14% l'initiation de la RCP avant arrivée des secours

L'utilisation de la visio améliore la qualité de la RCP (MCE + vite et + fort)

Pas d'intérêt d'utiliser un plan dur (planche dorsale) pour réaliser le MCE => masser le patient là où il est retrouvé

Ventilation au BAVU à 4 mains aide à améliorer le volume (pas « trop » / pas « pas assez »)

Défibrillation avec patch en antérolatéral (latéral = sous-axillaire)



- Advance Life support

FV réfractaire => changer la position des électrodes en antéropostérieur ou double défibrillation (en cours d'étude complémentaire)

Ventilation : utiliser la technique maîtrisée (IOT / Dispositif Supra-Glottique (DSG) / masque) => l'important est que le thorax se soulève

Voie intra-osseuse reste en 2ème intention

AC sur EP : thrombolytique uniquement si EP suspectée ou confirmée (et RCP de 60 à 90 min)

- Post-RACS

IOT et monitoring de l'EtCO2

FiO2 à 1 en 1ère intention puis si SpO2 fiable (concordance avec PaO2) titrer la FiO2 pour SaO2 94-98%

Ventilation protectrice au 1^{er} plan : Vt 6 à 8 mL/kg

PAs cible > 100 mmHg (Pam : 60-65 mmHg) : remplissage, NA, +/- Dobutamine si dysfonction myocardique

T°C : pas d'hyperthermie (ne pas viser une hypothermie ET ne pas traiter une hypothermie en pré-H)

ECG à répéter, même si STEMI initial post-RACS

En cas de non-STEMI sur ECG => réalisation de TdM corps entier rapidement dans la phase hospitalière

Sédation post-RACS n'est pas systématique : si elle est nécessaire, utiliser les molécules que vous savez utiliser et dans l'idéal plutôt des molécules à 1/2 vie moyenne permettant une réévaluation rapide

Orientation vers un « Cardiac Arrest Center » semble être un enjeu dans la filiarisation et la réhabilitation précoce => les ES doivent fonctionner en réseau avec un « Cardiac Arrest Center »

- AC et circonstances particulières : TOUJOURS prendre en charge l'AC PUIS la circonstance particulière

Hyperthermie maligne : 1^{er} signe : ↑ ETCO2 puis ↑ Fc puis ↑ T°C

Noyade : débuter RCP par 5 insufflations puis 30/2 - attention à gérer l'inflation gastrique avec pose SNG (une fois VAS gérées)

Hypothermie sur avalanché : rare, bon pronostic => pour toutes les informations consulter le webinaire sur l'avalanché ([site Urg'Ara](#))

- AC de l'enfant : nourrisson et enfant (morphologie adulte = PEC selon recommandations adulte)

Voie intra-osseuse en 1ère intention

1 référentiel Urg'Ara + des aides cognitives avec 2 fiches pratiques : RACS et RCP

TAKE HOME MESSAGE CARDIOLOGIE

Troponinémie et utilisation dans la douleur thoracique avec ECG non diagnostic

Selon le laboratoire, stratégie diagnostic en H0/H1 ou H0/H2 SI :

- Respect du délai H1 +/- 10 min
- Au moins une troponine avec DT > 3H
- Choisir son algorithme
- Toujours la même troponine

L'atteinte myocardique est exclue si :

- TnHs H0 < Very low et DT > 3H
- Very low < TnHs H0 < Low et pas de variation

L'atteinte myocardique est confirmée si :

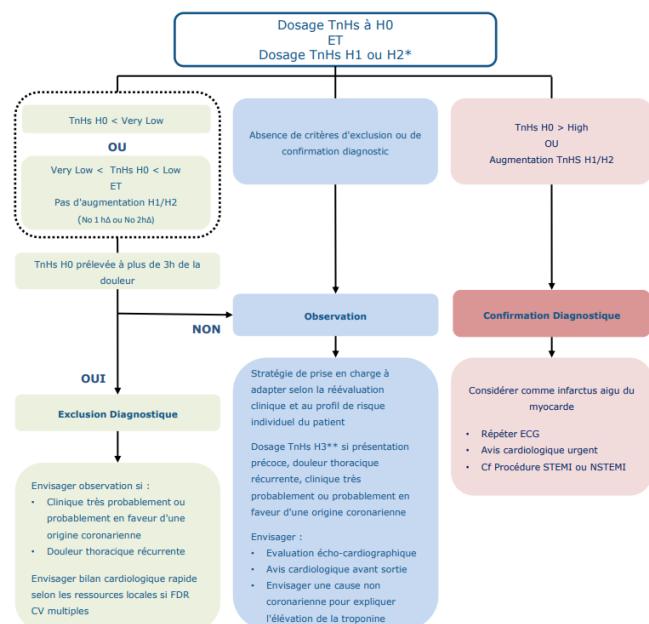
- TnHs H0 > High
- Variation H0/H1 ou H0/H2 selon type tropo et labo

Vigilance et prudence dans l'utilisation de l'algorithme

- Interprétation pour une douleur ayant débutée depuis moins de trois heures
- Douleur thoracique (DT) brève
- Angor instable

3 valeurs importantes de la troponine :

- Very Low = seuil de détection
- Low = seuil de « positivité »
- High > 5 x Valeur Low



Cardiogériatrie

Chez la personne âgée (PA), il y a une baisse des capacités d'adaptation au stress ou à l'effort et donc une majoration du risque de décompensation, qui est plus difficile de diagnostic :

- s'aider avec NTproBNP (plus spécifique chez PA) : plus la valeur est haute, plus il y a de chance que la dyspnée soit d'origine cardiaque et inversement
- ETT : examen rapide, non invasive, peu couteuse, transportable

Réalisable à TOUT âge MAIS pas indispensable pour traiter => Ne pas en attendre la certitude du diagnostic : en attente des arguments POUR ou CONTRE l'implication cardiaque dans les symptômes

Prise en charge:

- Traitement rapide par diurétique de l'anse si décompensation cardiaque : chaque heure de délai diminue de 8% la probabilité d'une sortie d'hospitalisation (Ward et al. 2018), notamment si l'on attend la biologie pour traiter
- Voie IV (délai action 5-10 min) / Naïf de diurétique : 40 mg / Sous diurétique : Dose orale = dose IV
- Oxygène / CPAP / VNI => Oui pour SPO2 > 90% ou si signes de lutte
- Anticoagulation préventive
- Rechercher des facteurs décompensants (infection, anémie, thyroïde, ischémie, arythmie)
- Evaluation de l'environnement : Contexte de vie, autonomie, fragilité, suivi cardiological et modèle PM/DAI, projet thérapeutique et alternatives à l'hospitalisation

Inscription Journée Trauma'Ara à Pont de l'Isère (26)

PRESENTIEL ET DISTANCIEL 29 JANVIER



SAVE THE DATE

28 avril 2026 => Printemps Urg'Ara - Lyon (69)
1er octobre 2026 => Journée Cerveau - Challes les Eaux (73)

Tous nos référentiels sur www.urgences-ara.fr

