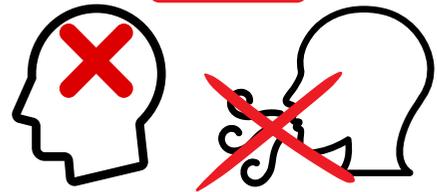


INCONSCIENT QUI NE RESPIRE PAS (OU GASP)



ALERTER - MASSER - DEFIBRILLER

DÉBUTER MCE QUEL QUE SOIT LE SUPPORT



Sauf : tête séparée du tronc/rigidité/putréfaction



L'ACR

chez l'adulte



CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

Source : ERC 2021 et ILCOR 2024



Rythme ?

Analyse 2min

Pas de choc

Choc

Adrénaline
Dès que possible puis
Toutes les 4min

Choc (CEE, 200J)
Selon analyse

Amiodarone (pur/IVD)
Au 3ème CEE = 300mg
Au 5ème CEE = 150mg

Adrénaline (pur/IVD)
Au 3ème CEE
Toutes les 4min

Si pas de RACS
Arrêt de la RCP

Après le 3ème CEE
TV/FV réfractaire
Double défibrillation

- REGLES "TOR" (Arrêt de RCP)**
- Insécurité des équipes
 - Cause irréversible
 - Asystolie persistante > 20min de RCP, en l'absence de cause réversible
 - ACR sans témoins avec asystolie et état général antérieur dégradé
 - Directives anticipées vus ?
- ECMO**
- Age < 55 ans
 - Pas de comorbidité majeures
 - ACR devant témoin
 - NF = 0
 - Rythme initial chocable/AESP
 - Délais avant hôpital < 80min
 - EtCO2 > 15mmHg

CAPNO

- Objectif > 10-20mmHg (sinon : optimiser RCP)
- Forme de la courbe :
 - Bonne position IOT
 - Fermeture des VA intra-thoraciques
 - Distension thoracique ?

ACCES VASCULAIRE

- IV (sauf si difficultés d'emblée = IO)
- Passer à l'IO après 2 échecs
- Tibial = huméral

DROGUES

- Adrénaline
 - 1mg toutes les 4min, pur, IVD
 - Dès que possible si ACR non chocable
 - Après le 3ème CEE si ACR chocable
- Amiodarone
 - 300mg au 3ème CEE puis 150mg au 5ème CEE. Pur et IVD.
 - Penser à rincer la tubulure !

5H5T

- Hypoxémie
- Hypovolémie
- H+ (acidose)
- Hyper/hypoK+
- Tamponnade
- Tension (PTX/HTX)
- Thrombose (EP)
- Thrombose (IDM)
- Toxique

CEE

- Vérifier position électrodes (cf image)
- 200 J toutes les 2min si chocable : TV sans pouls ou FV
- Précharge du défibrillateur 15 sec avant l'analyse du rythme pendant la RCP, doigt sur le bouton
- Prise de pouls pendant analyse
- Reprendre MCE pendant 2min immédiatement après le CEE sauf si signes de vie

VENTILATION

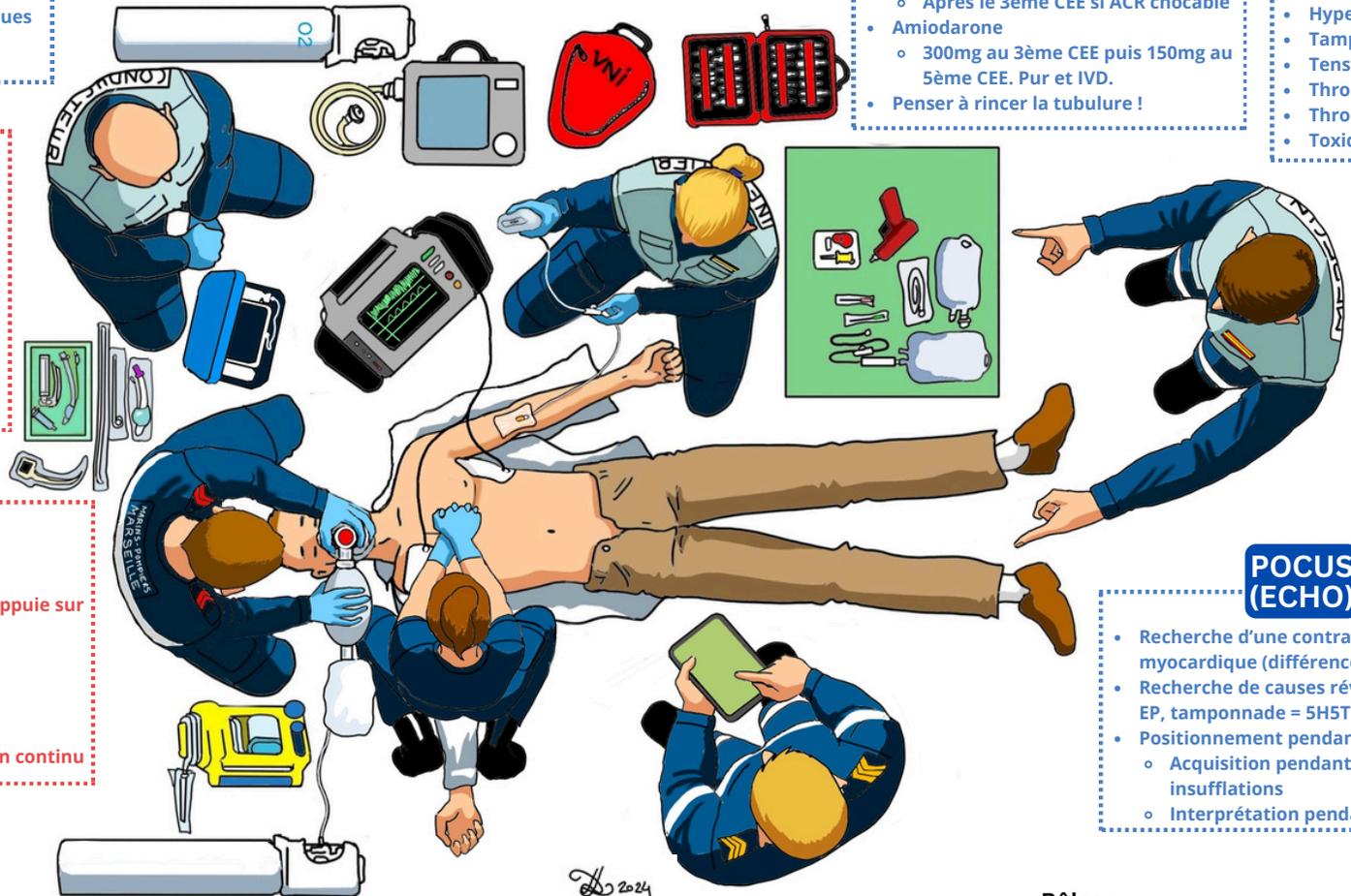
- Libération des voies aériennes
- Au BAVU, prise "CE"
- Ventilation à 4 mains (celui qui masse appuie sur le réservoir du BAVU)
- BAVU branché à 15L
- Insuffler 1/3 du BAVU (environ 500ml)
- Vérifier le soulèvement du thorax
 - VA non sécurisées : ventilation 30:2
 - VA sécurisées : 1 insufflation/6 sec en continu

INTERRUPTION MCE

- Prise du pouls : pendant l'analyse du rythme, en fémoral (se prépositionner +++)
- Interrompre la RCP uniquement
 - Aux analyses de rythme
 - Si signes de vie
 - Pas plus de 5sec

COMPRESSIONS THORACIQUES

- Rythme 100-120 bpm
- 1/3 inférieur du sternum, bien décompresser le thorax (retour veineux)
- Celui qui fait les compression appuie sur le BAVU
- Rotation à chaque analyse (2min)
- Anticiper le relais au MCE
 - 30 compressions puis 2 insufflations si VA non sécurisées
 - En continu si VA sécurisées



POCUS (ECHO)

- Recherche d'une contraction myocardique (différence de pronostic)
- Recherche de causes réversibles (PTX, EP, tamponnade = 5H5T...)
- Positionnement pendant le MCE
 - Acquisition pendant les insufflations
 - Interprétation pendant le MCE

- Rôles :
- MCE : **équipiers**
 - Ventil : **équipiers**
 - Voies : **IDE**
 - Matériel : **conducteur**
 - Time keeper : **IDE** ou **chef d'agrès**
 - Pulse keeper : **équipiers** ou **médecin**
 - CPR coach : **IDE** ou **médecin**
 - Evacuation : **chef d'agrès**
 - Leader : **médecin**

HYPOTHERMIE

- 30-32°C DOUBLER les intervalles d'adrénaline (1mg toutes les 8min)
- < 30°C Ne pas dépasser 3 CEE NE PAS FAIRE d'adrénaline NE PAS FAIRE d'amiodarone
- < 28°C Si RCP continue impossible : alterner 5min de RCP puis 5 min sans RCP.

Planche à masser +++ ECMO +++

TRAUMA (ACR)

RCP CLASSIQUE + MEMO "HOTEL"

- Hémostase
- O2
- Transfusion (ou remplissage)
- Exsufflation & thoracostomie
- Limitier le temps sur place

Dernier recours : thoracotomie de sauvetage ("Clamshell") / REBOA

K+ HYPERK+

RCP CLASSIQUE + TTT étiologique

- Calcium (3 GluCa ou 1 ClCa)
- 10 UI d'insuline IVD
- 25g de glucose IVD
- 50ml IVD de Bicarbonate à 8,4% dans une tubulure dédiée (100ml si 4.2%)
- Réanimation prolongée

FEMME ENCEINTE

RCP classique +

- Déplacement utérin / PLS gauche ?
- Envisager césarienne si > 22 SA

FUMEES

HORS RECOS

- RCP classique
- Hydroxocobalamine : 10g IV
- Considérer co-intoxication au CO

EP

RCP classique +

- Alteplase 0,6 mg/kg sur 1 à 2 min.
- RCP prolongée (60-90min)
- Pas de contre-indication à l'ECMO