<table>
<tr><td colspan="3">CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE ANDREE ROSEMON</td></tr>
<tr><td>REFERENCE : UF3700/29.a</td><td colspan="2">TITRE : Prise en charge de l’arrêt cardiaque en Réanimation</td></tr>
<tr><td>Document organisationnel : ☐
Document opérationnel : ☒</td><td>SECTEUR EMETTEUR :

REANIMATION POLYVALENTE</td><td>Page :1/3
Date d’émission : 30/05/2022
Date dernière révision :</td></tr>
<tr><td>Rédaction :
Nom : GOURVENNEC Lucie
Fonction : IDE Réanimation</td><td>Vérification :
Nom : THIBAULT Alexis
Fonction : IDE Réanimation</td><td>Vérification :
Nom : HOUCKE Stéphanie
Fonction : Médecin Réanimation</td></tr>
<tr><td>Approbation :
Nom : ROUFOSSE Françoise
Fonction : Cadre de santé Réanimation</td><td>Approbation :
Nom : KALLEL Hatem
Fonction : Chef de service Réanimation</td><td>Approbation :
Nom : HOUCKE Stéphanie
Fonction : Médecin Réanimation</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ont collaboré à la rédaction : Dr HOMMEL D., Dr DJAHI P.</td><td>Visa qualité :</td></tr>
<tr><td colspan="3">Services concernés par application: REANIMATION / USC</td></tr>
<tr><td colspan="3">Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</td></tr>
</table>

I- OBJET

Prise en charge de l’arrêt cardiaque en réanimation.

II- PERSONNES CONCERNÉES

Médecins, internes, infirmiers, aides-soignants.

III- TEXTE DE REFERENCE

- American Heart Association, Fait saillants des lignes directrices 2020 en matière de RCP et de SUC.

IV- PROCEDURE

La priorité est d'**ALERTER** et de prendre en charge **RAPIDEMENT** mais ne pas confondre **VITESSE** et **PRECIPITATION** lors d'une situation d'urgence.

Le moins de soignants possible dans la chambre est préférable pour une meilleure organisation et fluidité de l'action :

- Un/e médecin est **le LEADER médical,**
- L'IDE référent/e du patient est le **LEADER paramédical** et dédié/e aux **drogues** OU à la **ventilation,**
- Un/e IDE aux **drogues** OU à la **ventilation,**
- Un/e IDE ou AS **circulant/e,**
- DEUX/TROIS soignants pour le **relais du MCE.**

Les étapes à suivre sont à réaliser en **EQUIPE :**

- Appel réanimateur ➔ **4570**

- Apporter le chariot d'urgence au plus près du patient sans gêner le déroulement du soin,

- Mettre le lit en position allongée stricte et dégonfler le matelas → tirer sur la poignet RCP présente sur les matelas,

- Mettre le plan dur sous le patient,

- Déclencher le chronomètre sur le scope → il est important et nécessaire d'avoir une notion de temps,

- Commencer la RCP → 30 compressions thoraciques ET relais de soignants pour le massage cardiaque externe,

- Ventilation :

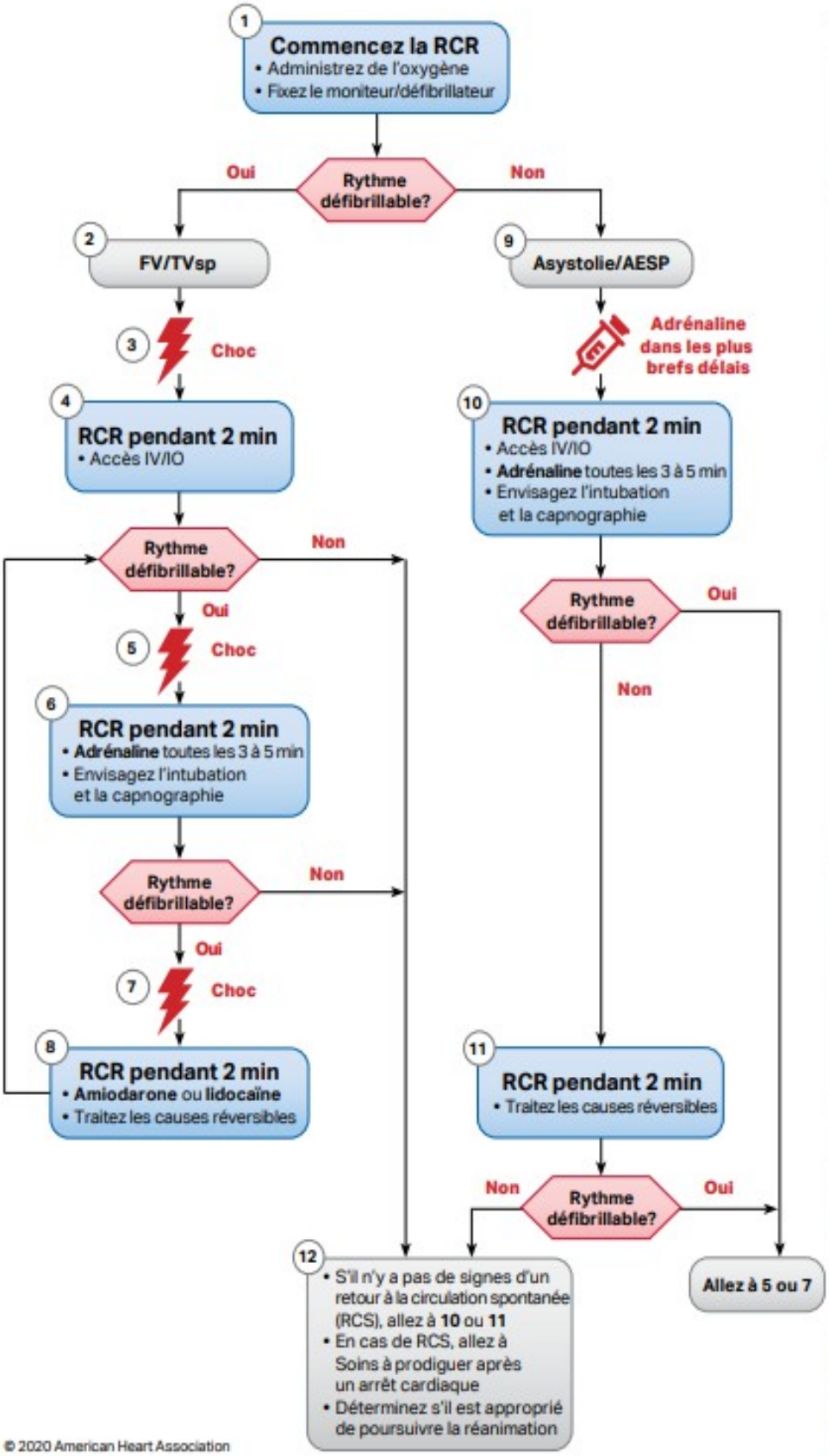
Patient intubé	**Patient non intubé**
⬇	⬇
Mettre le ventilateur en VAC **FiO2 100%**	**2 insufflations au BAVU** **Préparation du matériel d'IOT**

- Vérification de la voie d'abord

- Préparation des drogues d'urgence :
  ADRENALINE : Pur → 1mg toutes les 3 à 5 minutes
  AMIODARONE : Pur → 300mg pour la 1ère dose // 150mg pour la 2ème dose
  ou
  LIDOCAINE : Pur → 1-1,5mg/kg pour la 1ère dose // 0.5-0.75mg/kg pour la 2ème dose

LES DROGUES SONT A INJECTER SUR ORDRE DU MEDECIN LEADER DE LA REANIMATION

- Suivre l'organigramme de la prise en charge de l'ACR,
- Consigner les traitements sur la feuille de surveillance.



Qualité de la RCR

- Poussez fort (à une profondeur d'au moins 5 cm [2 pouces]) et vite (100 à 120/min) et permettez la relaxation thoracique totale.
- Minimisez les interruptions pendant les compressions.
- Évitez la ventilation excessive.
- Changez de secouriste effectuant les compressions toutes les 2 minutes, ou plus souvent en cas de fatigue.
- Sans intubation, rapport compressions/ventilations de 30 pour 2.
- Capnographie quantitative à ondes – Si le $PETCO_2$ est faible ou en baisse, réévaluez la qualité de la RCR.

Énergie de choc utilisée pour la défibrillation

- **Biphasique :** Recomman dation du fabricant (p. ex., dose initiale de 120 à 200 J); en l'absence de recommandations, admi nistrez la dose maximale. La deuxième dose et les doses subséquentes doivent être équivalentes, et des doses plus élevées peuvent être envisagées.
- **Monophasique :** 360 J

Traitement médicamenteux

- **Dose IV/IO d'adrénaline :** 1 mg toutes les 3 à 5 minutes
- **Dose IV/IO d'amiodarone :** Dose initiale : Bolus de 300 mg Deuxième dose : 150 mg. *ou* **Dose IV/IO de lidocaïne :** Dose initiale : 1 à 1,5 mg/kg Deuxième dose : 0,5 à 0,75 mg/kg

Intubation

- Intubation supralaryngée ou endotrachéale
- Capnographie à ondes ou capnométrie pour confirmer et surveiller le positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale
- Dès que le dispositif d'intubation est en place, administrez 1 ventilation toutes les 6 secondes (10 ventilations/min) en pratiquant des compressions thoraciques continues

Retour à la circulation spontanée (RCS)

- Pouls et tension artérielle
- Augmentation soudaine et durable de $PETCO_2$ (typiquement ≥ 40 mm Hg)
- Ondes spontanées de tension artérielle avec surveillance intra-artérielle

Causes réversibles

- **H**ypovolémie
- **H**ypoxie
- **H**ydrogène (acidose)
- **H**ypo-/hyperkaliémie
- **H**ypothermie
- **T**hrombose pulmonaire
- **T**hrombose coronaire
- **T**amponnade cardiaque
- **T**oxines
- **T**hrombose coronaire