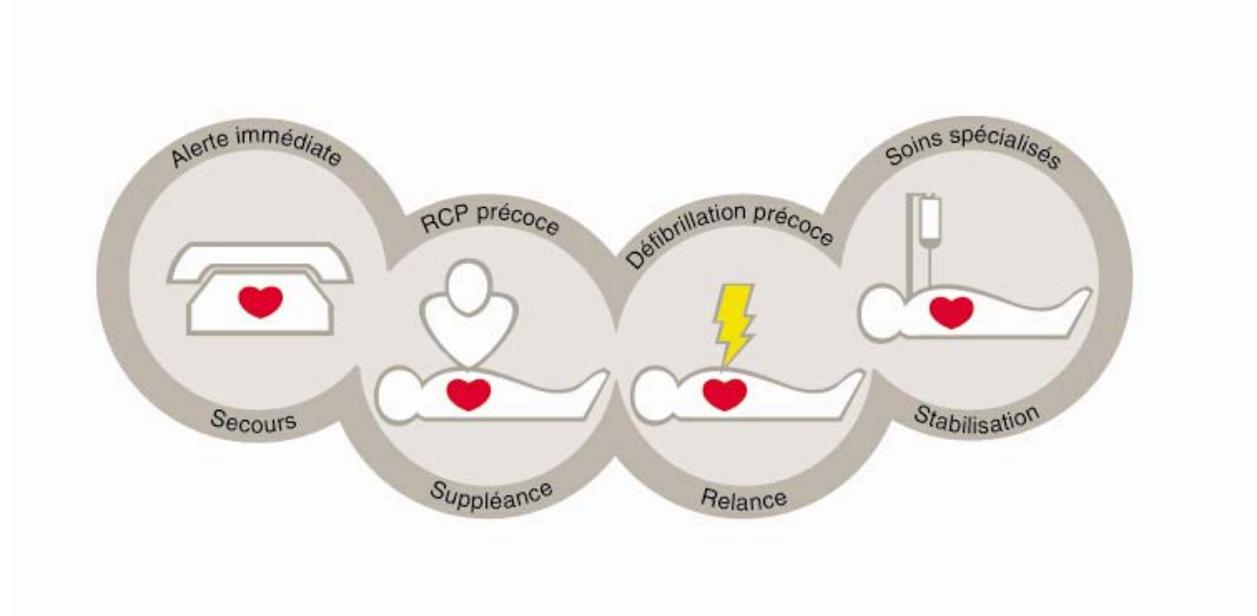


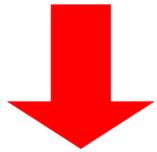
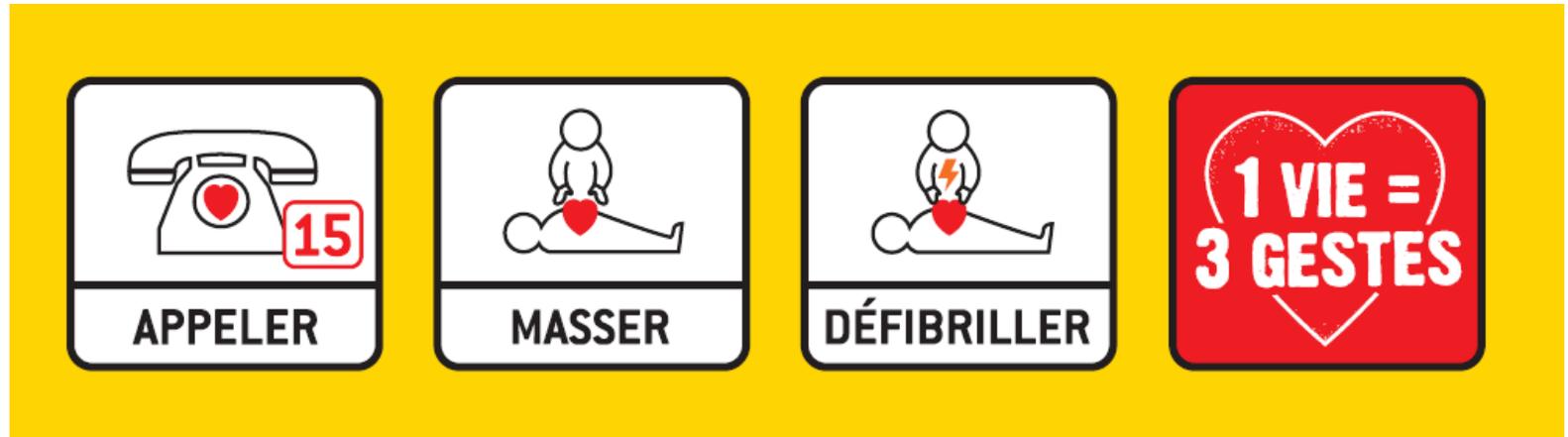
Nouveautés dans la prise en charge de l'ACR



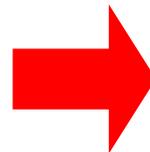
Recommandations décembre 2010

Docteur David Charier
Anesthésiste-Réanimateur
davidcharier@wanadoo.fr



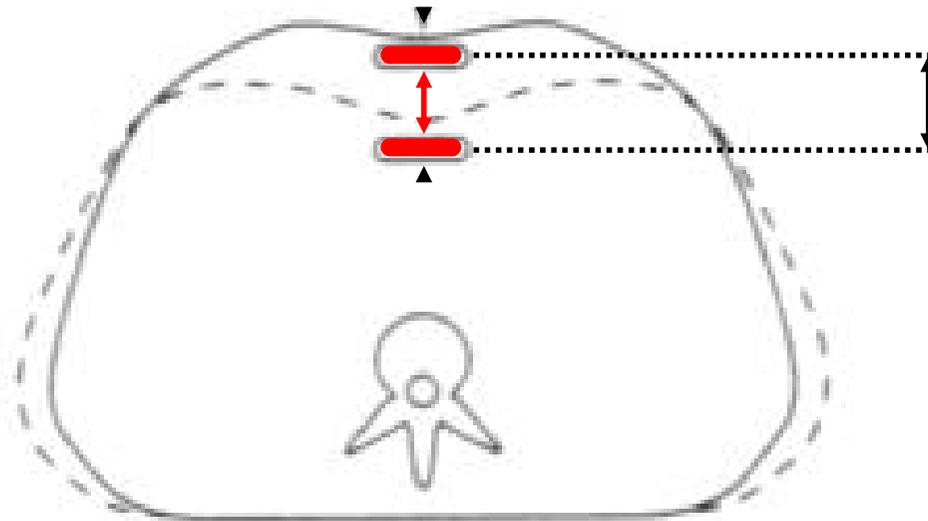


- . inconscience
- . arrêt respiratoire
- + douleur thoracique
- + gasp (= respiration agonique)
 - lent, irrégulier, inefficace
 - « comme un poisson tombé du bocal »



Plus de prise de pouls à la phase de reconnaissance

Push hard, ...



adulte

=

5 à 6 centimètres

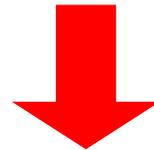


Pas de référence au diamètre du thorax chez l'adulte



... push fast

100 à 120 / minute



2 / seconde

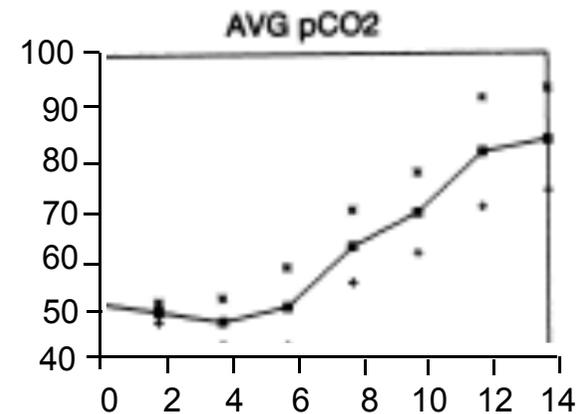
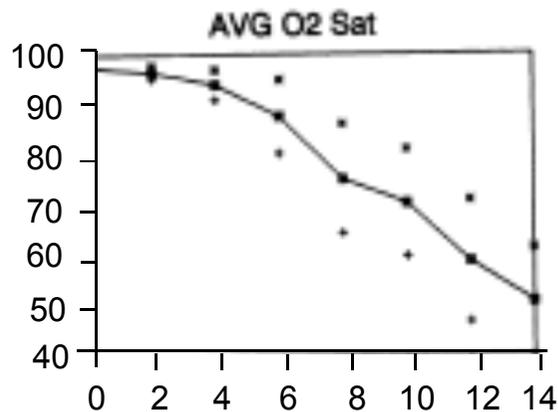
On garde le ratio 30/2
chez l'adulte



Ventilation

Faut-il ventiler les patients en ACR ?

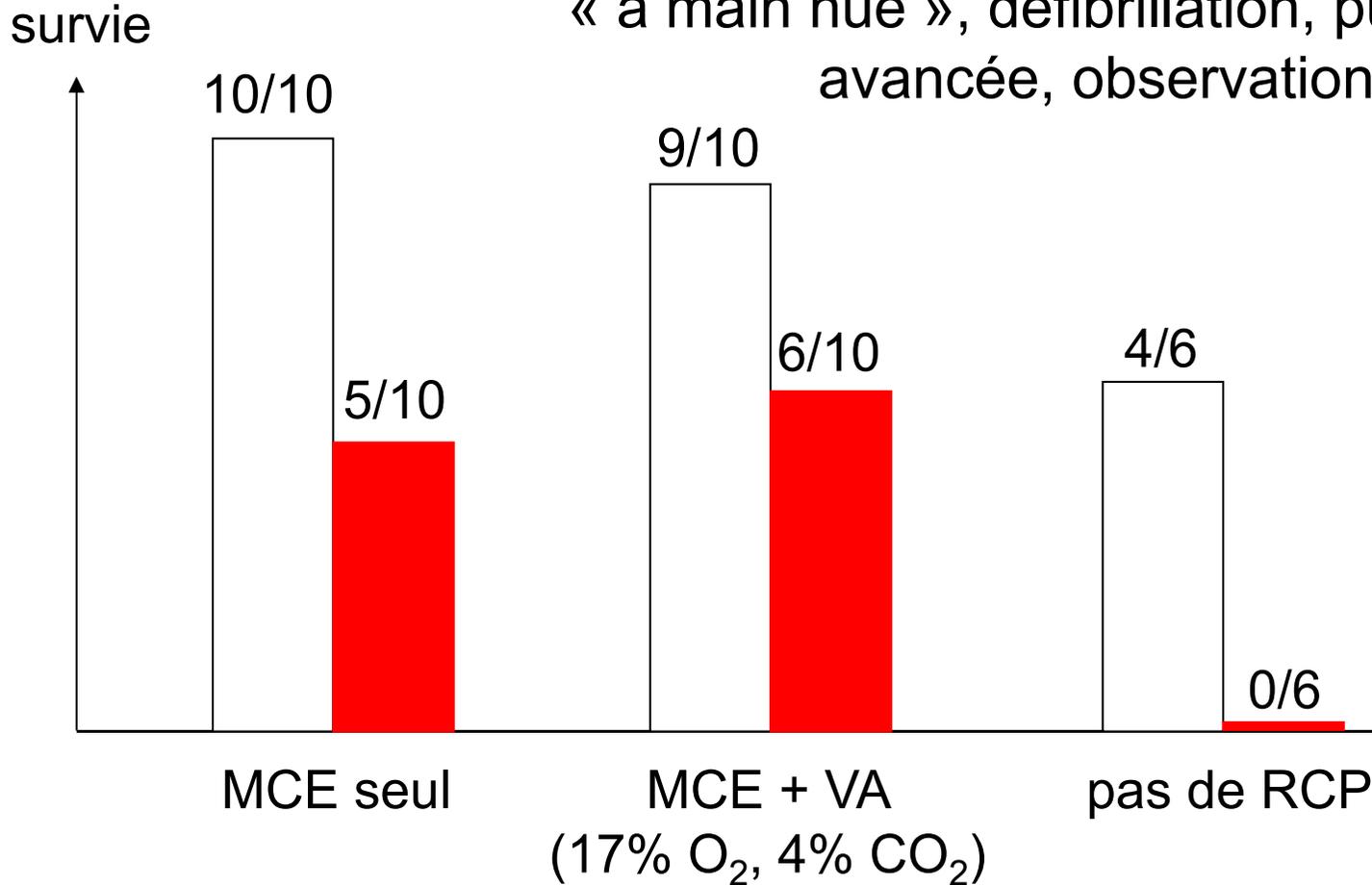
Etude chez le chien, ACR



On peut se passer de ventiler pendant les 4 premières minutes

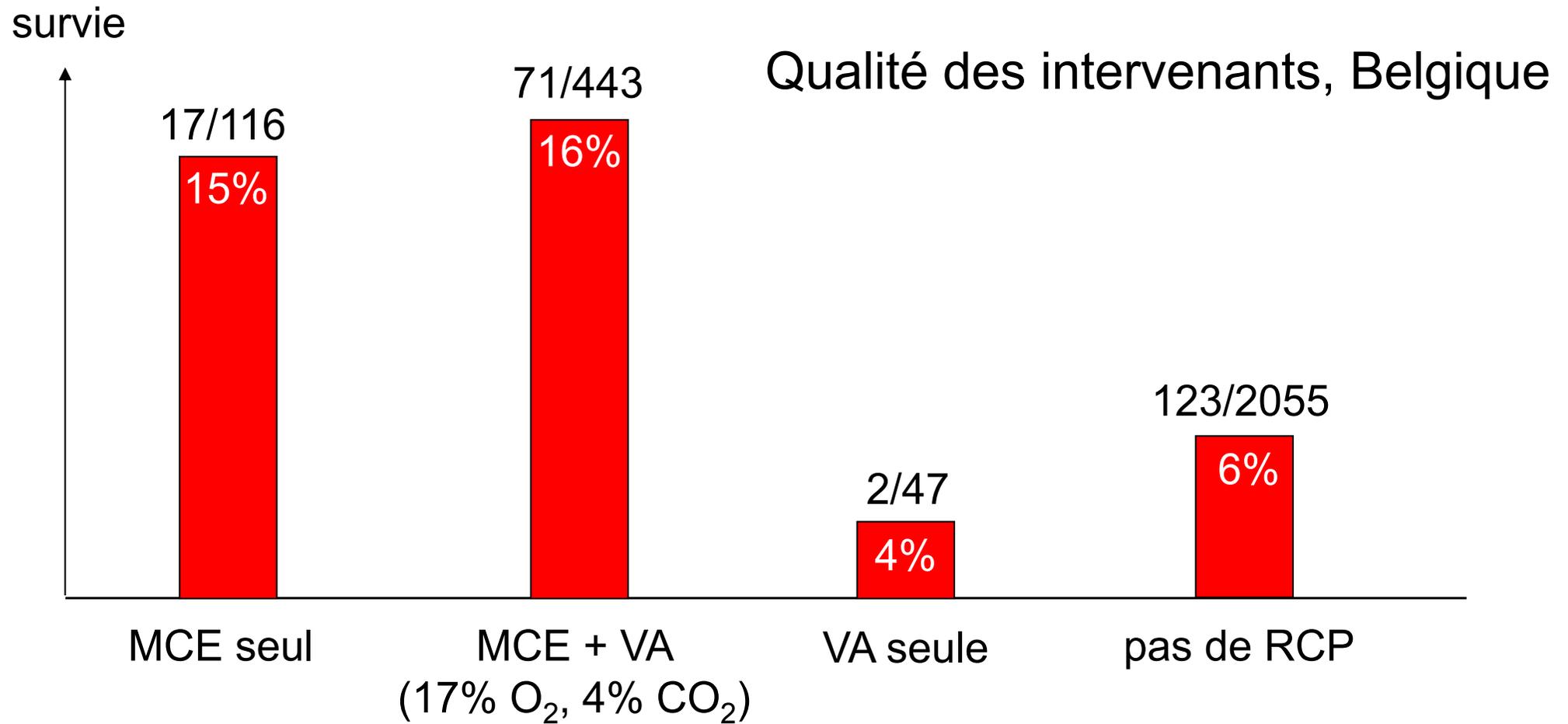
Survie en fonction des gestes réalisés

Cochons, 5 minutes de FV, 8 minutes de secourisme « à main nue », défibrillation, puis 1 heure de réanimation avancée, observation à la 24^{ème} heure



Massage + ventilation ne fait pas mieux que massage seul

Survie en fonction des gestes réalisés



Massage + ventilation ne fait pas mieux que massage seul

Survie en fonction des gestes réalisés

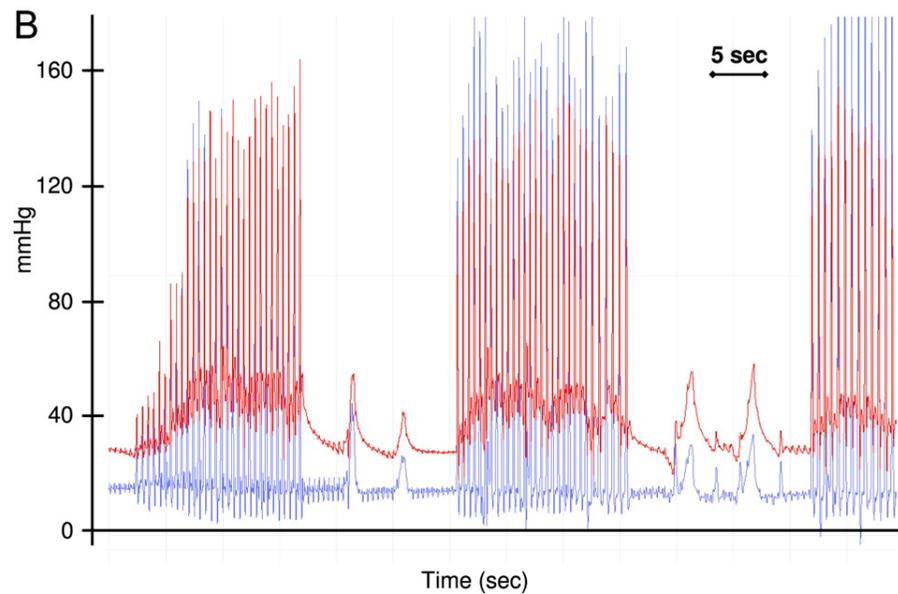
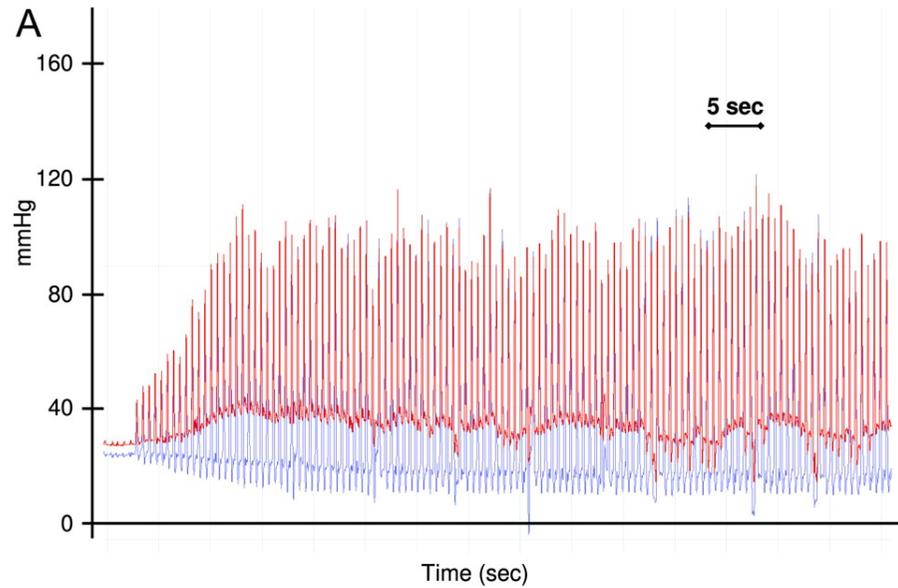
Arizona

	Tous rythmes confondus	Fibrillation ventriculaire
MCE + VA	6,2 %	18,8 %
MCE seul	10,6 %	31,7 %

p<0,05

p<0,05

Survie en fonction des gestes réalisés



Compressions thoraciques continues versus RCP classique

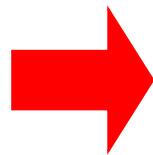
— pression aortique
— pression veineuse centrale

La ventilation passive semble suffire

La ventilation avant l'arrivée des secours est « inutile » :

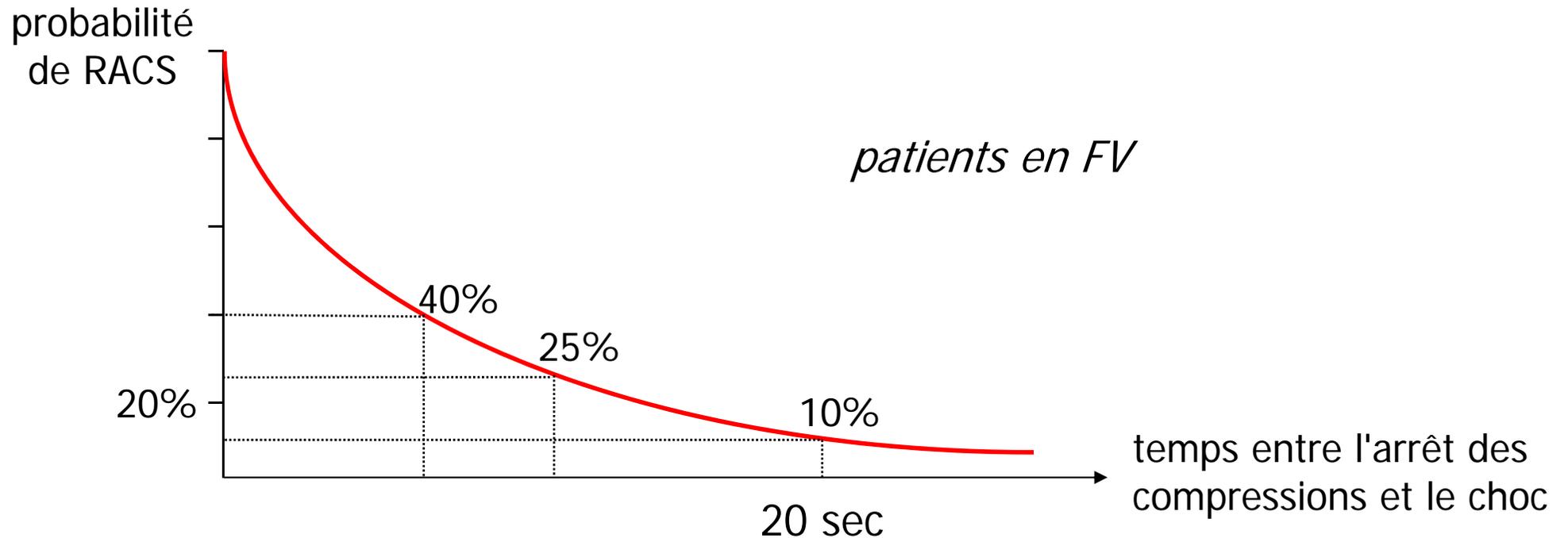
Faux :

- si les secours mettent **plus de 4 à 10 minutes** à venir
- si l'ACR **n'est pas** de cause cardiaque
- si l'ACR survient à l'**effort**
- chez l'**enfant**
- chez l'**obèse**



ventilation
même à l'hôpital !

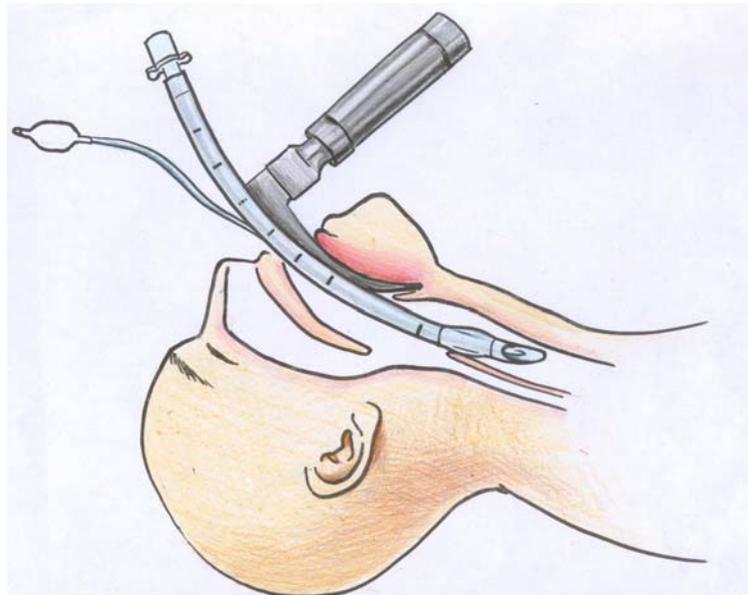
MCE : tuer les temps morts



Un **arrêt de RCP**, même de courte durée, est **délétère** pour les chances de **retour à une circulation spontanée**

MCE : tuer les temps morts

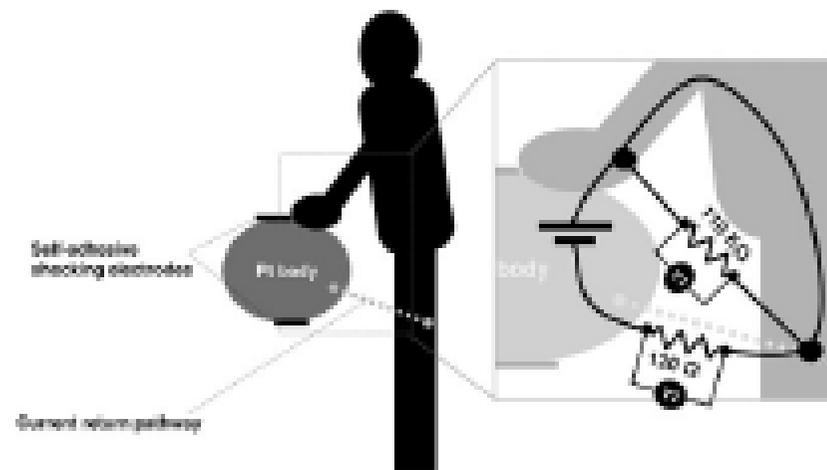
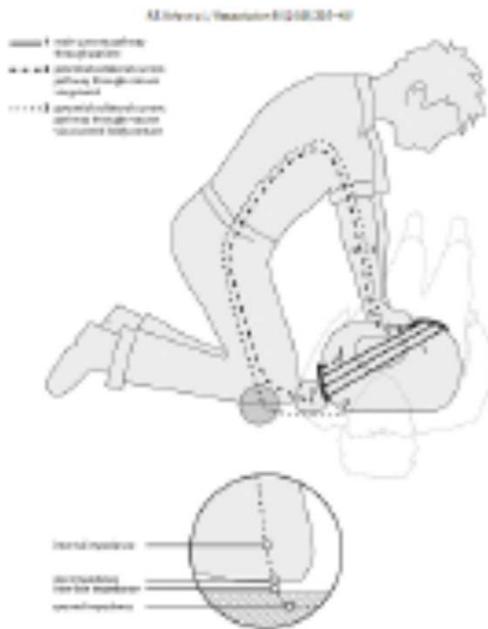
Préparer toute intervention avant l'arrêt du MCE :
continuité et qualité du MCE



La défibrillation est plus efficace si on n'interrompt pas le MCE

« hands-on défibrillation » : pas de problème si on a des gants ou une couverture interposée.

Choc pendant que le sauveteur effectue des compressions thoraciques en continu avec des gants en polyéthylène et un DAE biphasique : sans danger pour le sauveteur



Voies d'abord

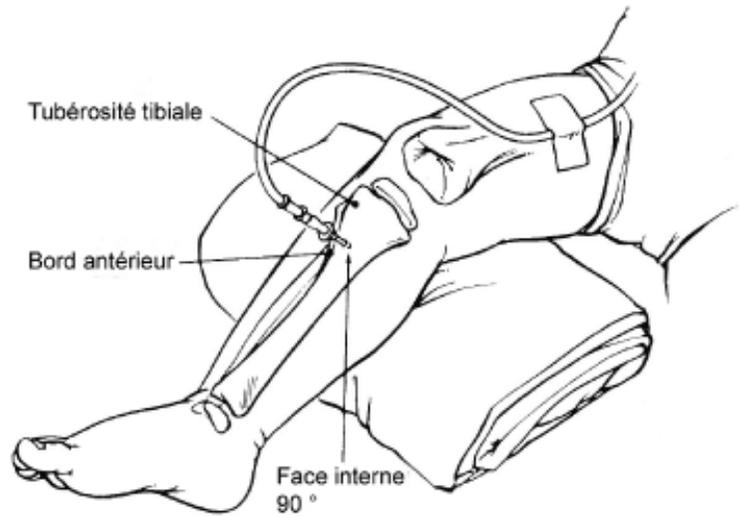


1

2

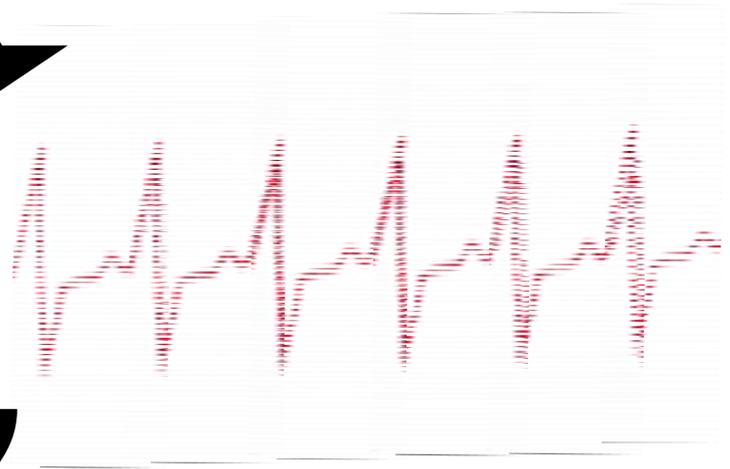
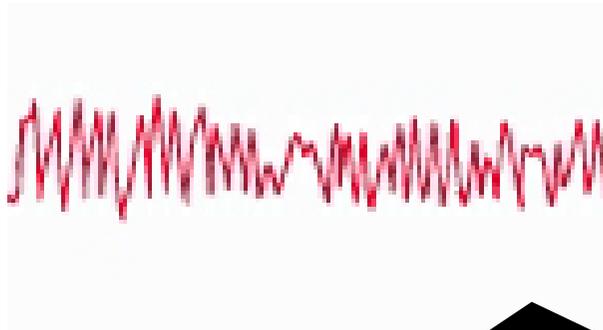


Voie intra-osseuse



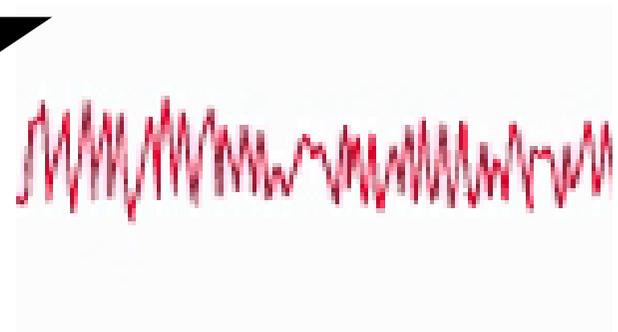
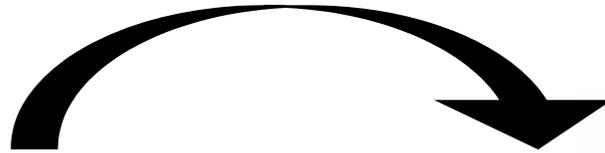
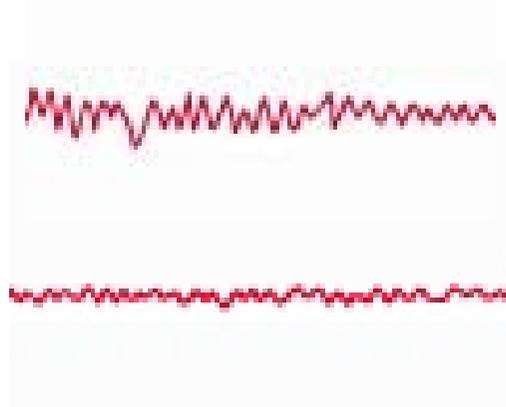
EZ-IO



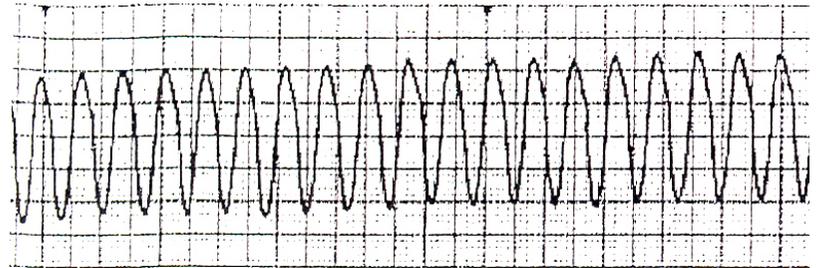
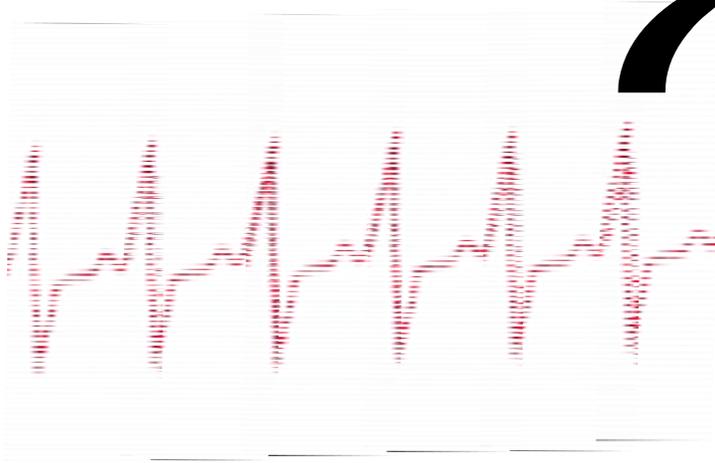


Cordarone

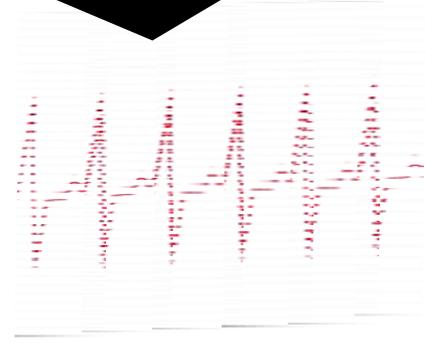
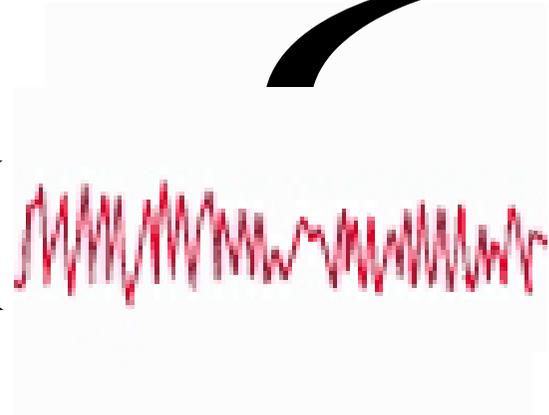
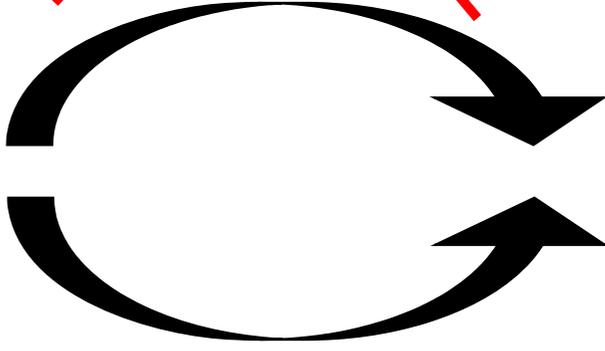
Adrénaline



Adrénaline



TV sans pouls



Adrénaline

Hypothermie et survie

Séquelles neurologiques liées à l'**hypoxie** et aux phénomènes d'**ischémie-reperfusion**

- arrêt de l'alimentation en oxygène, en ATP et en glucose

 - Hypothermie → diminution des besoins en oxygène et glucose

- libération de substances toxiques (acides aminés excitateurs, glutamate) → production de radicaux libres et d'oxyde nitrique (NO)

 - Hypothermie → réduction du pic de médiateurs neurotoxiques et de NO

- lésion de la barrière hémato-méningée → œdème cérébral → mort cellulaire

 - Hypothermie → diminution de la détérioration de la barrière hémato-méningée

Hypothermie et survie

L'hypothermie doit être très rapide, entre **32 et 34°**, et pendant **24h**, pour les **rythmes chocables récupérés**



Hypothermie précoce : meilleure survie lors de l'ACR en plongée

Pas plus de 3 chocs si hypothermie < 32°



= 3 chocs maximum



Merci !

Docteur David Charier
Anesthésiste-Réanimateur
davidcharier@wanadoo.fr