

L'arrêt cardio-respiratoire (ACR)

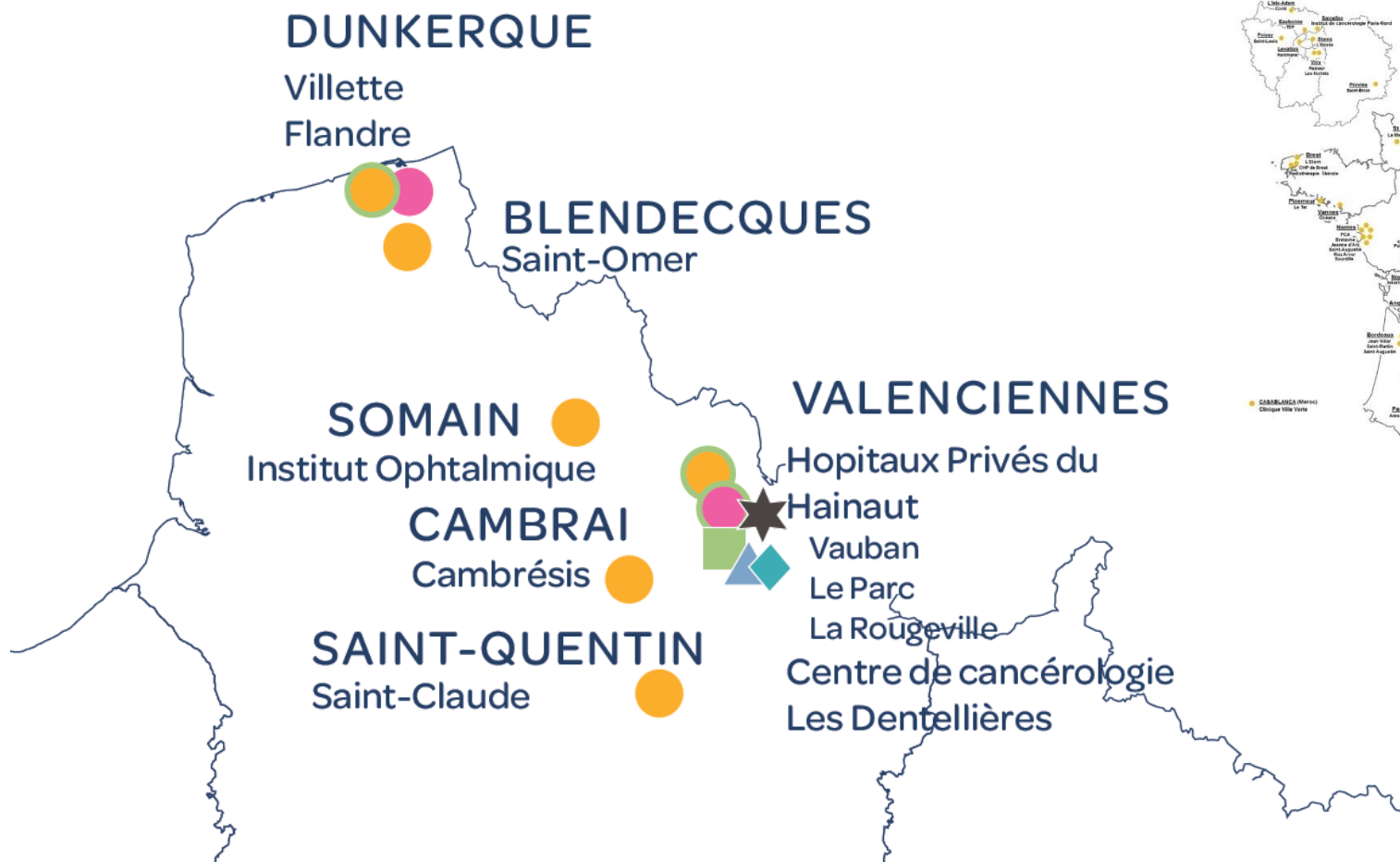
COMMENT RÉAGIR FACE
À UN ARRÊT CARDIAQUE ?



L'arrêt cardio-respiratoire (ACR)

Territoire des Hauts de France

Groupe ELSAN



Michel Leclercq coordinateur territorial Hauts de France: QVT ; Formations ; Accompagnement VAE

michel.leclercq@elsan.care

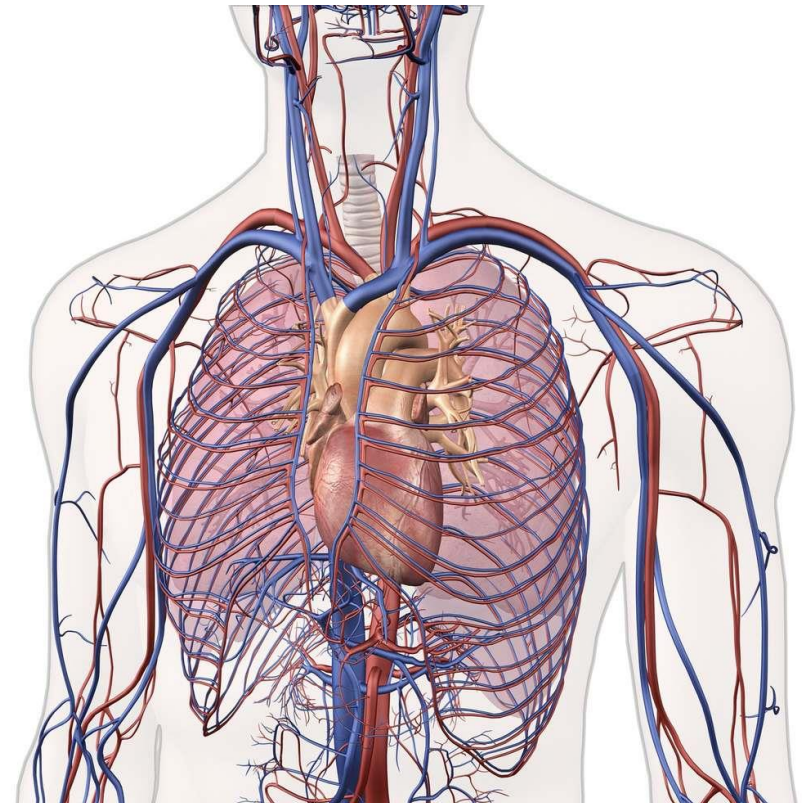
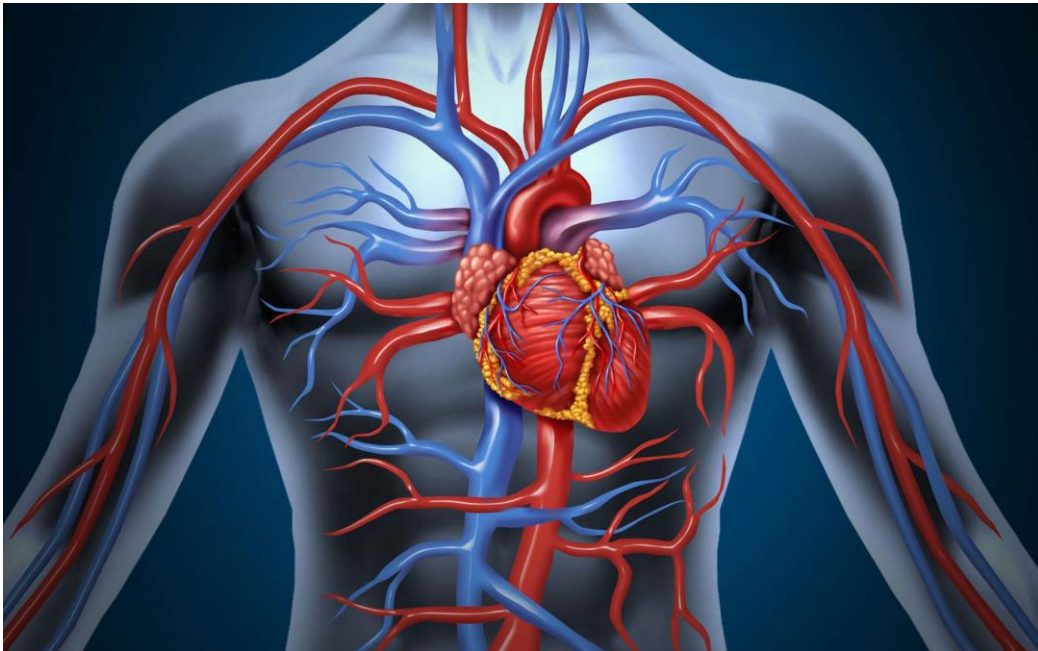
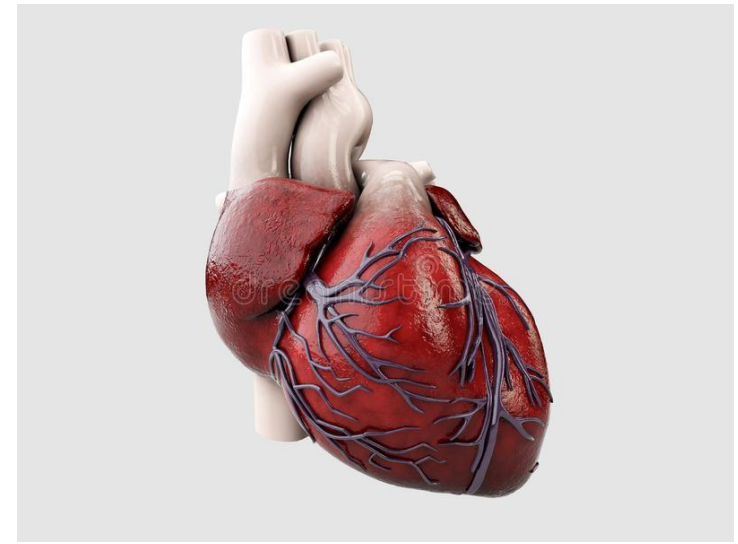
Rappel

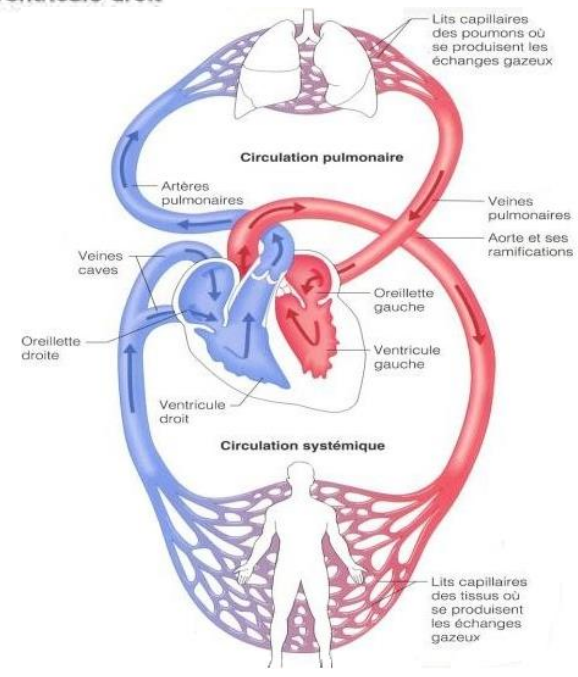
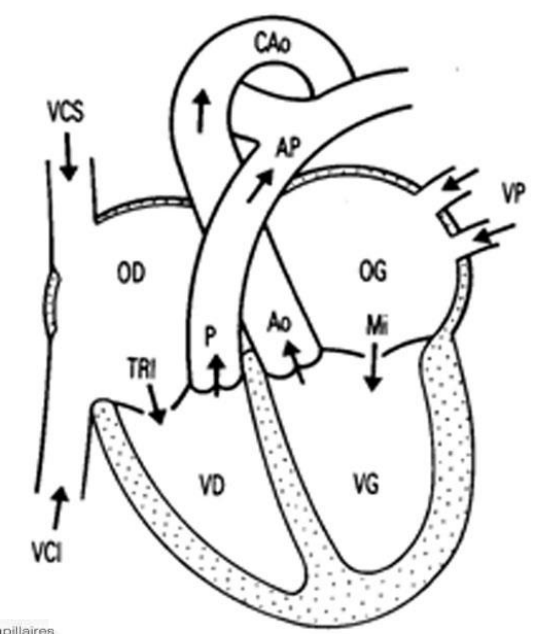
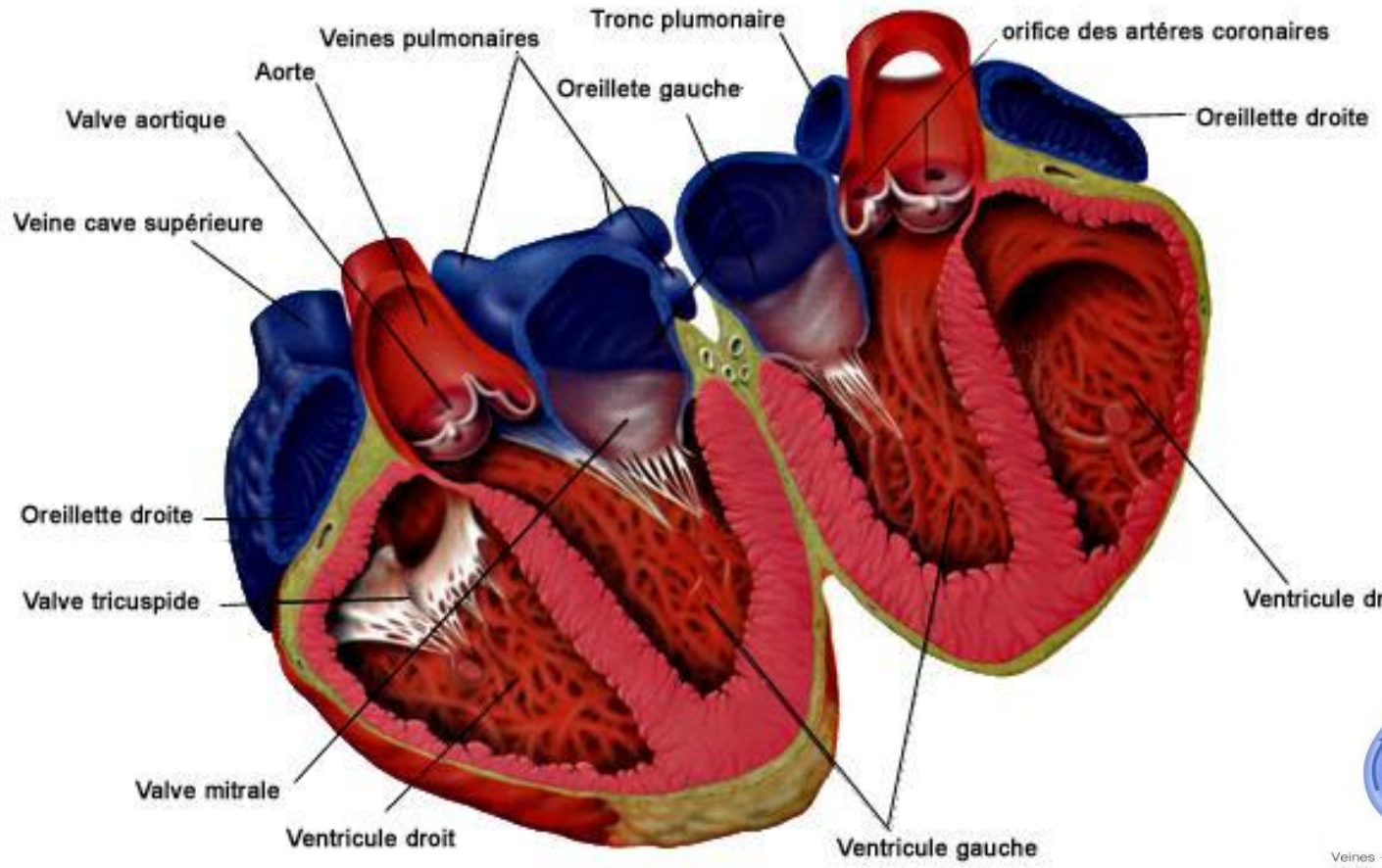
Cette présentation est un support pédagogique et non un protocole. Il ne doit en aucun cas venir se substituer à vos protocoles de service.

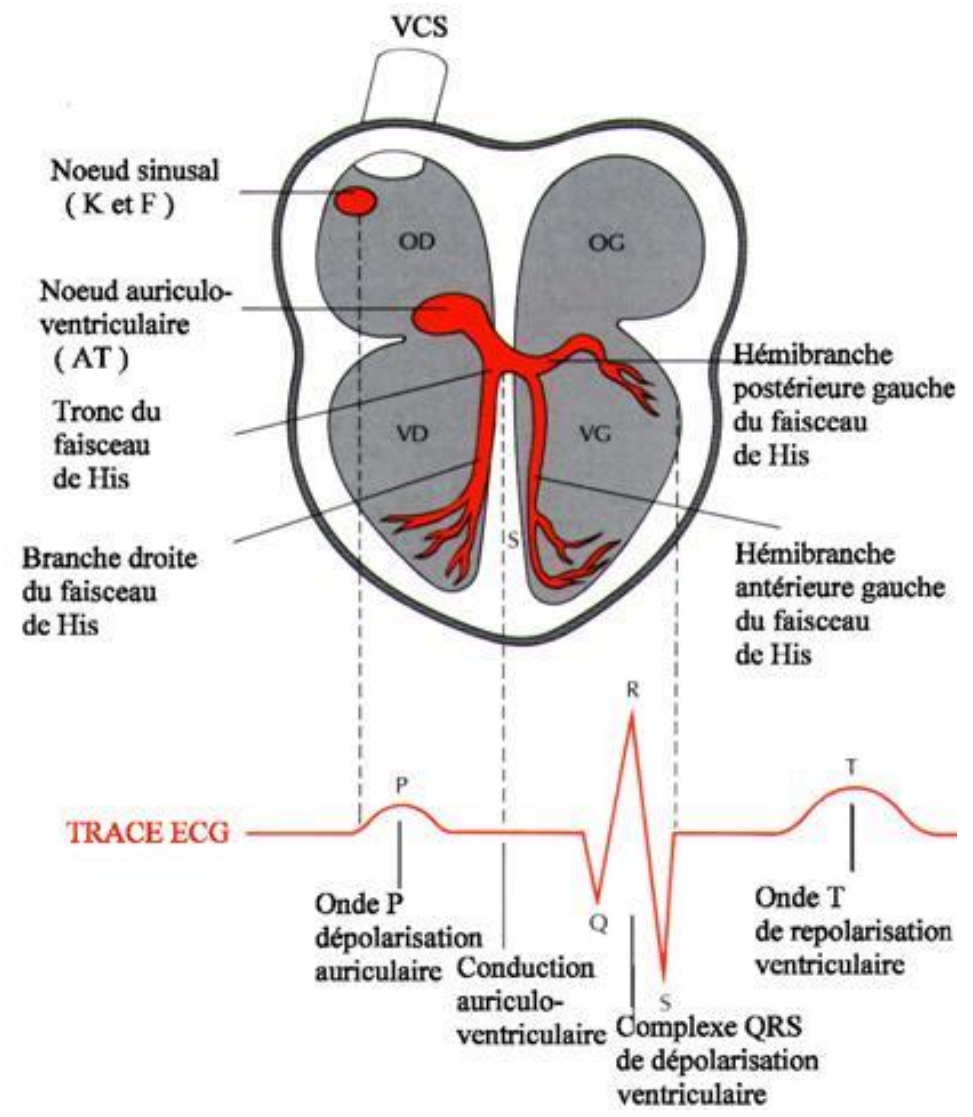
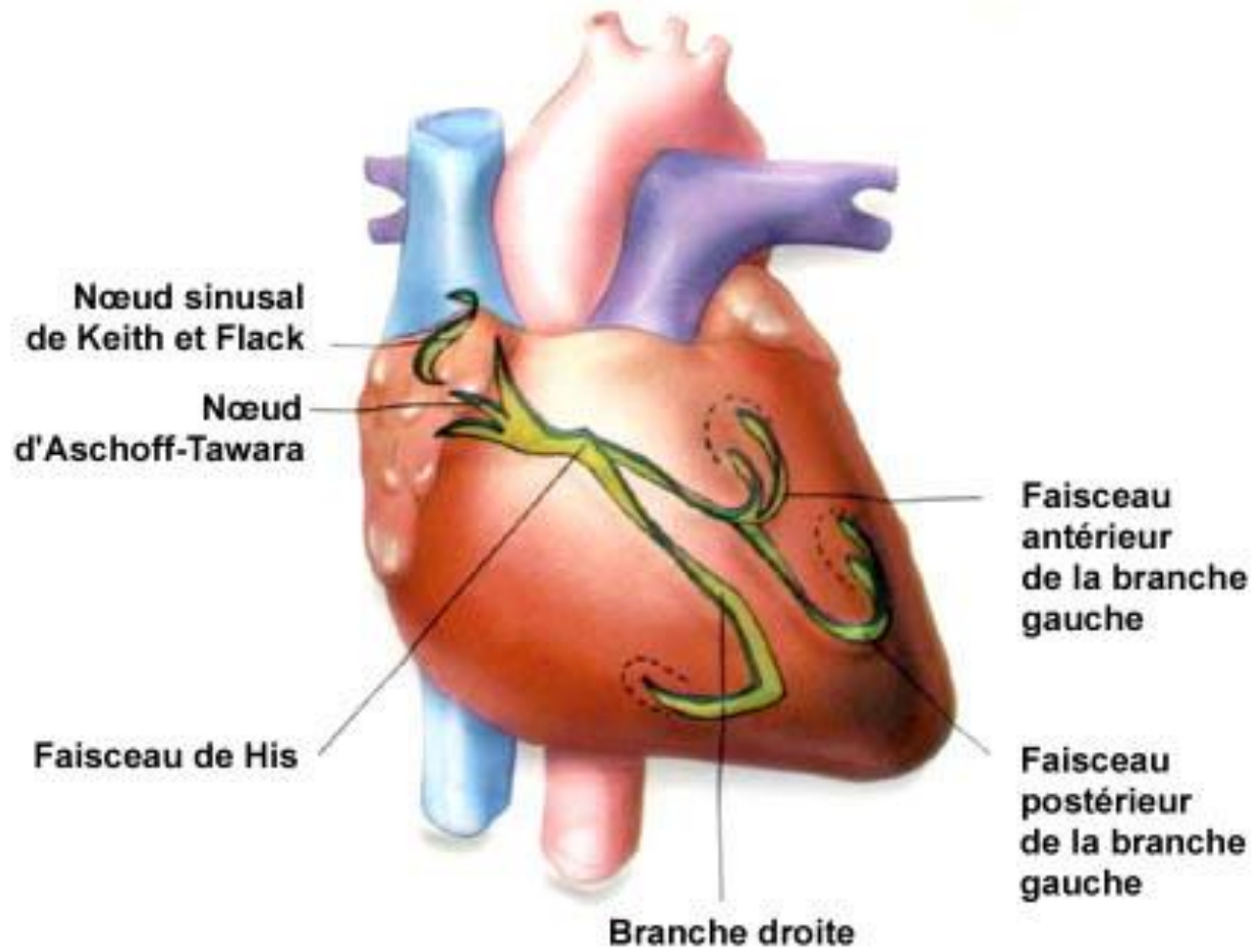
Elle a pour but de vous aider lors de la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire. Ne seront pas traités les cas particuliers de l'arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant et la femme enceinte.



RAPPELS ANATOMIQUES







Définition de l'arrêt cardiaque



L'arrêt cardio-respiratoire (ACR) est une Urgence Vitale.

C'est une **interruption** brutale de la **circulation sanguine** dans le corps.

Il s'accompagne d'un **arrêt ventilatoire** , d'une **perte de connaissance** et aboutit au décès du patient. La mise en place d'une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) précoce peut, parfois, permettre d'éviter le décès.

Attention, un ACR n'est pas systématiquement un arrêt cardiaque suivi d'un arrêt respiratoire, il peut aussi être un arrêt respiratoire suivi d'un arrêt cardiaque !

Epidémiologie

La Fédération Française de Cardiologie dénombre :

Environ 40 000 personnes meurent d'arrêt cardiaque chaque année en France ;

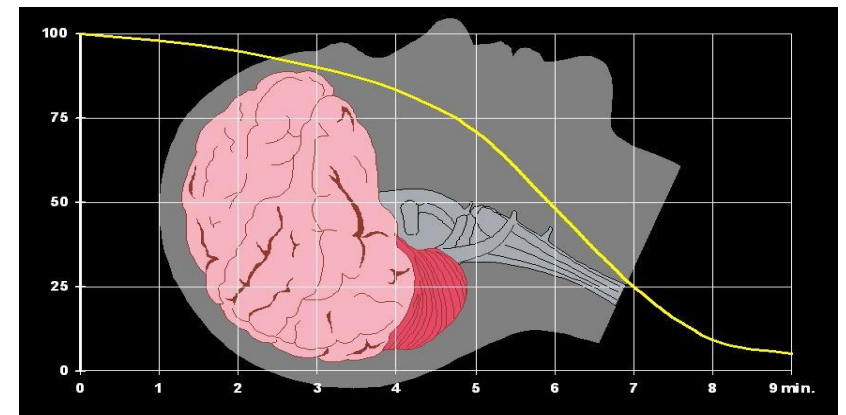
Sans prise en charge immédiate, près de 95% des ACR sont fatals ;

L'ACR survient dans 70% des cas devant un témoin mais ils sont seulement 40% à effectuer les premiers gestes de secours ;

Dans le même temps, 80% des victimes survivent dans le cas où des gestes ont été effectués par un témoin ;

Le taux de survie à un ACR en France est de 5% en dehors d'une prise en charge initiale. Ce chiffre monte à 15% de survie à J + jours si le massage cardiaque externe (MCE) a été pratiqué et associé à une défibrillation.

Le cerveau étant l'un des organes les plus sensibles à l'hypoxie (diminution d'oxygénation tissulaire), on commence à y observer des lésions au bout de quelques minutes. Celles-ci deviennent telles, que l'on estime qu'au bout de 8 minutes les chances de survie sont très faibles voire nulles



Etiologies

90% des ACR chez l'adulte sont dus à une cause cardio-vasculaire (troubles du rythme cardiaque, troubles de conduction, dissection, AVC ...).

Dans la majeure partie des cas il s'agit d'une fibrillation ventriculaire (FV). Cela correspond à un trouble du rythme cardiaque où les contractions des ventricules du cœur sont rapides, irrégulières et surtout inefficaces.

D'autres causes sont également retrouvées, et parmi celles-ci, certaines sont dites « réversibles ».

Elles sont classées en deux groupes :

« 4 H » :

Hypoxie (« fausse route », noyade, ...)

Hypo-**h**yperkaliémie (et autres troubles électrolytiques)

Hypo-**H**yperthermie

Hypovolémie (par hémorragie dans le cadre d'un traumatisme grave par exemple)

« 4 T » :

Thrombo**T**horax sous tension

Tamponnade (cardiaque)

Thrombose (coronaire et pulmonaire = infarctus du myocarde et embolie pulmonaire)

Toxiques (intoxication : monoxyde de carbone, médicamenteuses, ...)

Signes de l'ACR

Reconnaître un ACR n'est pas forcément chose aisée, même en tant que professionnel de santé. Les anciennes recommandations mentionnaient la notion de recherche d'un pouls carotidien. En 2015, l'European Resuscitation Council précise que cette méthode est imprécise pour du personnel non formé pour confirmer la présence ou l'absence de circulation.

De plus, chez 40% des victimes, est retrouvée, au cours des premières minutes de l'ACR, une respiration dite agonique. Il s'agit de mouvements respiratoires (différent d'un mouvement ventilatoire normal) réflexes totalement inefficaces. Parfois pris à tort comme une respiration, ces « gasps », sont un véritable signe de l'ACR, pour peu que la victime soit inconsciente.

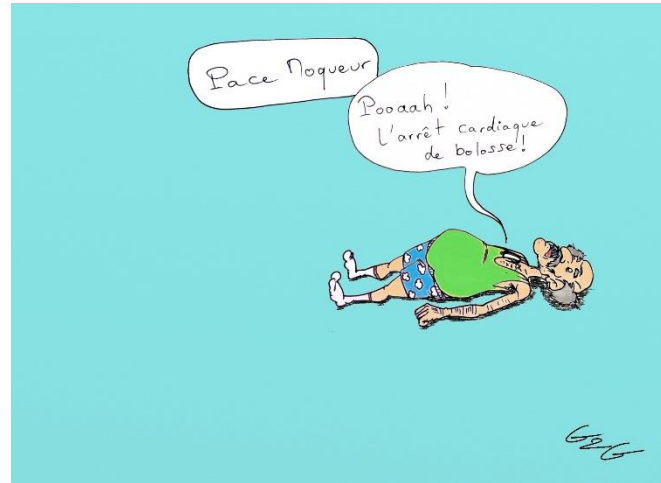
Par ailleurs, un autre signe pouvant être retrouvé et annonçant la survenue imminente d'un ACR est la convulsion. En effet, dans certains cas, le cerveau, privé d'oxygène par absence de débit cardiaque, souffre et provoque des convulsions.

Au total, deux signes majeurs associés doivent signer la reconnaissance d'un ACR et faire pratiquer les gestes de premiers secours :

- La victime ne réagit pas : perte de conscience (absence de réponse verbale, motrice et d'ouverture des yeux volontaire)
- La victime ne respire pas normalement ou ne respire pas du tout



Conduites à tenir devant un ACR



Bilan vital du patient pour faire le « diagnostic » d'arrêt cardiaque

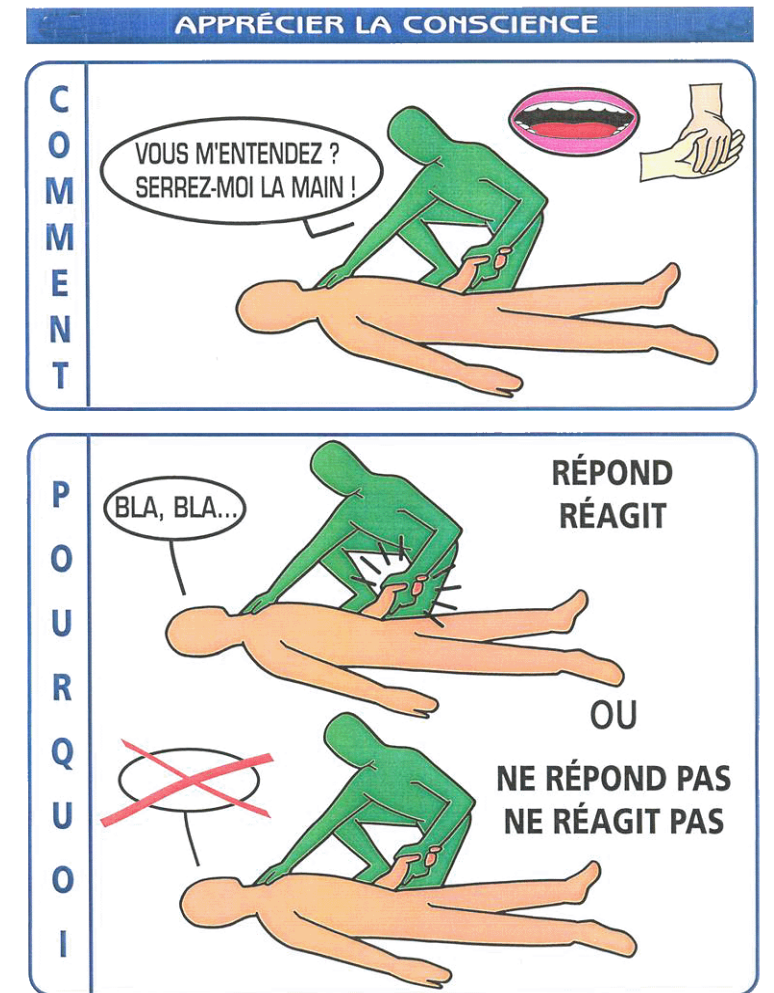


2 choses à évaluer

Évaluer l'état de conscience

- la victime peut elle me parler ?
- la victime peut elle me serrer les mains ?
- la victime peut elle ouvrir les yeux ?
- La victime réagit si je la pince

Si la réponse à ces questions est négative
la victime est **inconsciente**



Évaluer la fonction ventilatoire

Tout en maintenant la tête basculée, venir placer sa joue au-dessus de la bouche de la victime tout en observant la cage thoracique et ainsi pouvoir :

- entendre la présence ou non d'une ventilation
- sentir sur sa joue la présence ou non d'un souffle
- observer la présence ou non de mouvements de la cage thoracique (attention au gasps !).

Cette constatation doit durer au maximum 10 secondes.

Dans le cas où toutes les réponses sont négatives,
la victime est **en arrêt ventilatoire**.

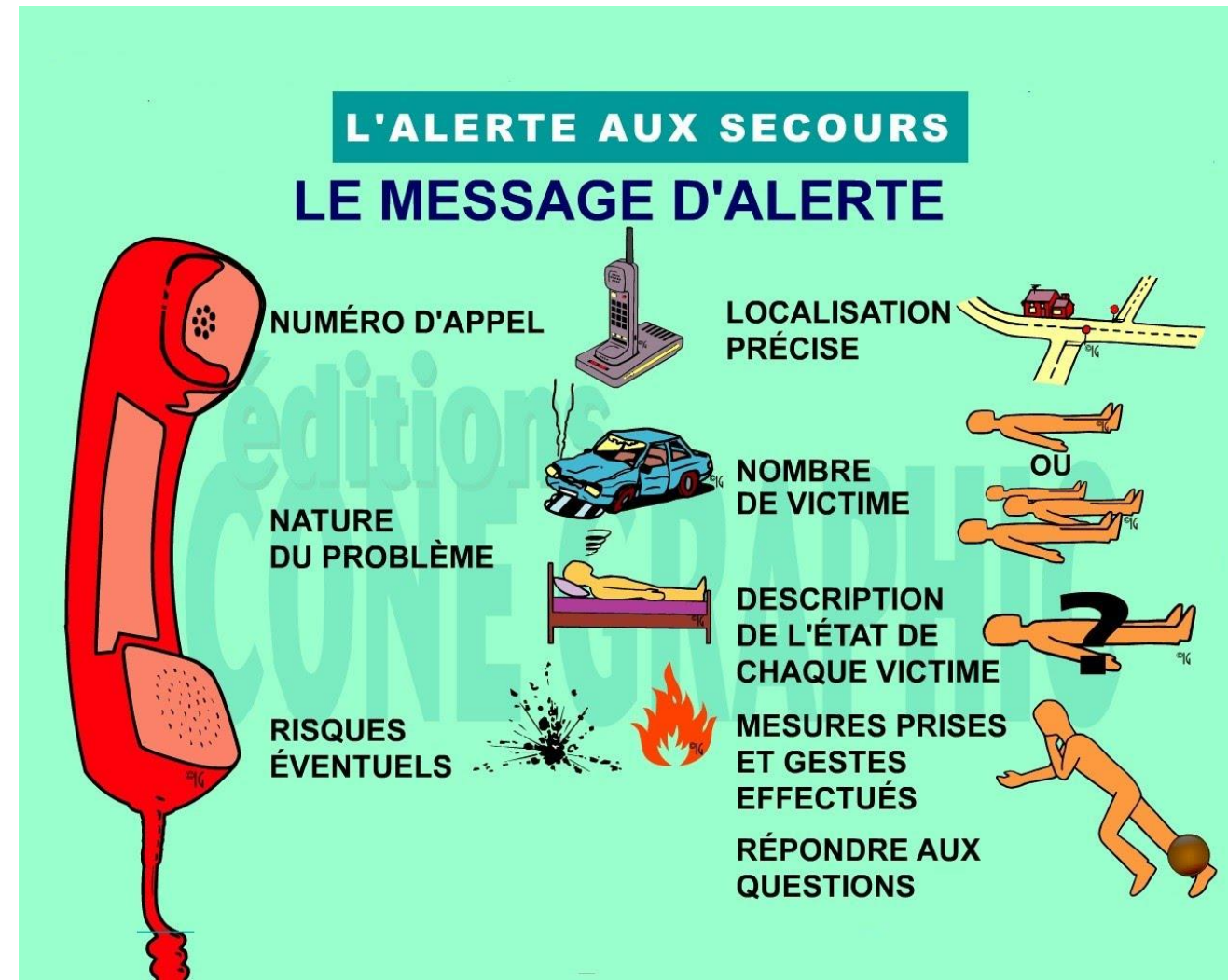


L'alerte

Elle doit être passée après l'évaluation du bilan vital, auprès des services prévus dans votre structure (SAMU/réanimation/anesthésiste/medecin de garde) ou auprès du SAMU (15) ou des Pompiers (18) si cela se passe en dehors d'un service hospitalier.

Afin d'obtenir la meilleure réponse possible à vos besoins dans les plus brefs délais, elle doit comporter les éléments suivants :

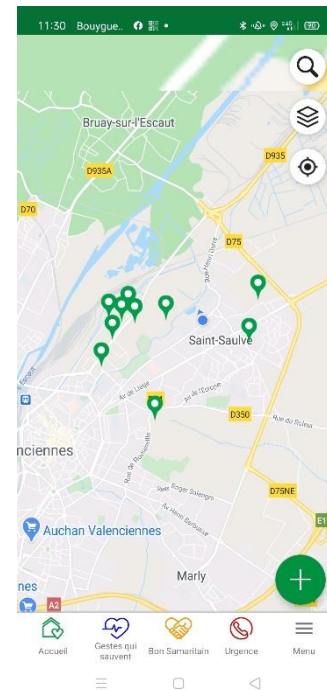
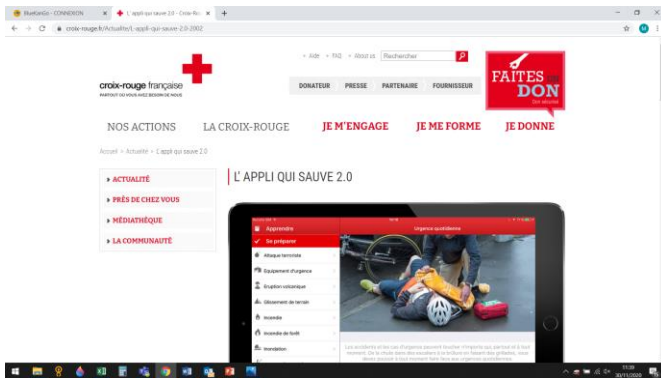
- Noms et qualifications
- Numéro de téléphone où l'on peut vous joindre (dont numéro de poste DECT)
- Lieu exact où vous êtes (soit le service + étages + aile + numéro de chambre soit la rue ou voie de circulation et sens + numéro de la maison + ville)
- Circonstances de la survenue du problème
- Nombre de victimes et le bilan vital de chacune d'elle
- Actes conservatoires entrepris
- Ne pas raccrocher tant qu'on ne vous le dit pas



Applications mobiles et ACR



Depuis quelques années, des applications mobiles se sont développées avec l'objectif de mobiliser tout-à-chacun, professionnels du secours ou non, afin qu'ils puissent intervenir de manière très précoce sur les ACR survenant en dehors de toute structure de soins.



Conduites à tenir devant un ACR selon les situations



Conduites à tenir devant un ACR

Seul en dehors du milieu hospitalier

- Toujours commencer par se protéger (risque électrique ? risque de chute d'objets ?...) et protéger la victime ainsi que les témoins (ex : sur une voie à grande circulation évacuer tout le monde)
- Constater **l'inconscience**
- Libérer les voies aériennes supérieures
- Constater **l'arrêt ventilatoire** sur 10 secondes maximum (attention aux gasps)
- Alerter les secours (18 ou 15) rester en ligne et mettez le haut parleur de votre télép
- Rechercher ou faire rechercher un Défibrillateur Automatisé Externe (DAE).
- Si un DAE est rapidement accessible, le mettre en place le plus tôt possible et suivre ses consignes.
- Réaliser le massage cardiaque en suivant le cycle 120 compressions thoraciques par minutes
- Même si la victime reprend une activité cardiaque spontanée (RACS), il n'est pas dangereux de masser un cœur qui bat. Ainsi, quelques minutes de massage supplémentaires n'auront pas de conséquences notables.
- Rester à disposition des secours lors de leur arrivée.



Conduites à tenir devant un ACR

Seul en milieu hospitalier

- Se protéger et protéger le(s) patient(s).
- Constater l'arrêt cardio respiratoire.
- Alerter un ou plusieurs collègues (par la sonnette d'urgence, en appelant « à l'aide », tel...) et on débute la réanimation.
- Alerter ou faire alerter le médecin.
- Envoyer chercher le chariot d'urgences et mettre en place le plus tôt possible le défibrillateur.
- Une fois à plusieurs, suivre le déroulement suivant.

Conduites à tenir devant un ACR

À deux en milieu hospitalier

- **Se protéger et protéger le patient.**
- **Constater l'ACR.**
- Un des deux soignants **alerte** l'équipe médicale (**selon le protocole de votre service**) et récupère le chariot d'urgences pendant que l'autre débute la réanimation seul.
- Au retour de l'autre soignant, faire de la place autour et sur le lit (sortir les petits meubles mobiles et encombrants, enlever les couvertures, enlever la tête de lit si possible, ...).
- Le soignant qui mènera la réanimation s'installe à la tête du lit, avec le BAVU et l'aspiration, puis débute les insufflations.
- L'autre soignant s'installe de manière à pouvoir réaliser le massage cardiaque (patient installé sur une surface rigide : position RCP du lit et/ ou planche du chariot d'urgence).
- Mise en place d'un DAE (ou DSA) s'il est disponible dans votre service et/ou du monitoring.
- Poursuivre la réanimation selon le rythme de 30 compressions thoraciques suivi de 2 insufflations jusqu'à ce que le médecin l'interrompe en vérifiant régulièrement l'éventuelle reprise de pouls
- A l'arrivée du médecin, suivre ses consignes et rester à disposition de l'équipe

Conduites à tenir devant un ACR

A trois (et plus) en milieu hospitalier

- **Se protéger et protéger le patient.**
- **Constater l'ACR.**
- Un soignant va **alerter** le médecin, un soignant débute la réanimation, un autre amène le chariot d'urgence et le(s) autre(s) dégage(nt) la chambre de tout objet gênant.
- Le soignant qui mène la réanimation s'installe à la tête du patient et s'occupe des insufflations (à l'aide du BAVU) ainsi que de l'aspiration.
- Un soignant s'installe pour le massage cardiaque qui doit se faire sur une surface rigide.
- Ces deux soignants réalisent la RCP au rythme de 30 compressions thoraciques suivi de 2 insufflations, un(e) IDE s'installe au niveau du chariot d'urgences puis installe le DAE (ou DSA) et/ou met en place le monitoring du patient (la mise en place d'un capteur de SpO2 a minima vous permettra d'évaluer en partie la qualité de votre MCE).
- Pose d'une voie veineuse périphérique (**NaCl 0,9%**) et prépare 10 mg d'adrénaline (1mg/ml), soit 10 ml qui seront prêt à être injecté lorsque le médecin le demandera.
- Préparation du plateau d'intubation, vérification de l'aspiration.
- Si une quatrième personne est disponible, elle peut aller chercher le dossier du patient puis, à son retour, noter sur une feuille vierge les événements successifs et l'heure correspondante durant la suite de la réanimation.
- A l'arrivée du médecin , se tenir à sa disposition.

Pose de soluté

Le soluté salé isotonique est le soluté de choix en 1^{re} intention.

Le soluté glucosé est contre indiqué car il diffuse rapidement en dehors du secteur vasculaire et qui aggrave le pronostic neurologique des AC récupérés en augmentant l'hyperglycémie post-AC

Le sérum salé isotonique est utilisé comme vecteur des médicaments intraveineux au cours de la RCP. Le volume utilisé doit être limité et son débit est accéléré uniquement pour purger la voie veineuse après chaque injection de drogues.

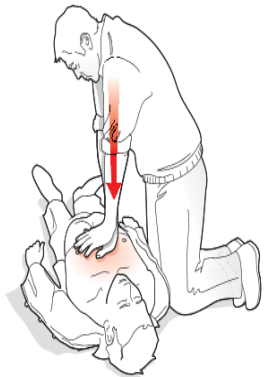
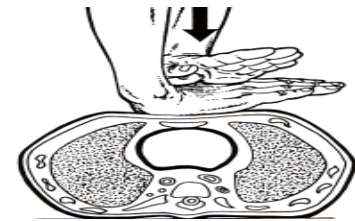
Une expansion volémique n'est indiquée que lorsque l'AC est associée à une hypovolémie.

Règles pour bon déroulement de la réanimation

- Une seule personne doit diriger la réanimation.
- Discuter préalablement en équipe du rôle à tenir par chacun.
- Le matériel doit être connu et en état de bon fonctionnement.
- Seul le personnel nécessaire reste dans la chambre.
- Évacuer les « curieux » (le voisin de chambre, les visites, ...).
- Connaître les gestes de secourisme de base (demander une formation et se remettre à niveau chaque année)
- Pas de famille durant la réanimation mais sans pour autant l'abandonner dans le couloir (si possible laisser un soignant avec elle).
- Connaître les protocoles de service en cas d'ACR.
- Dans certains cas particuliers, si la décision de ne pas réanimer a été prise en accord avec le patient, et/ou la famille de celui-ci, et l'ensemble de l'équipe, celle-ci devra être consignée par le médecin dans le dossier médical

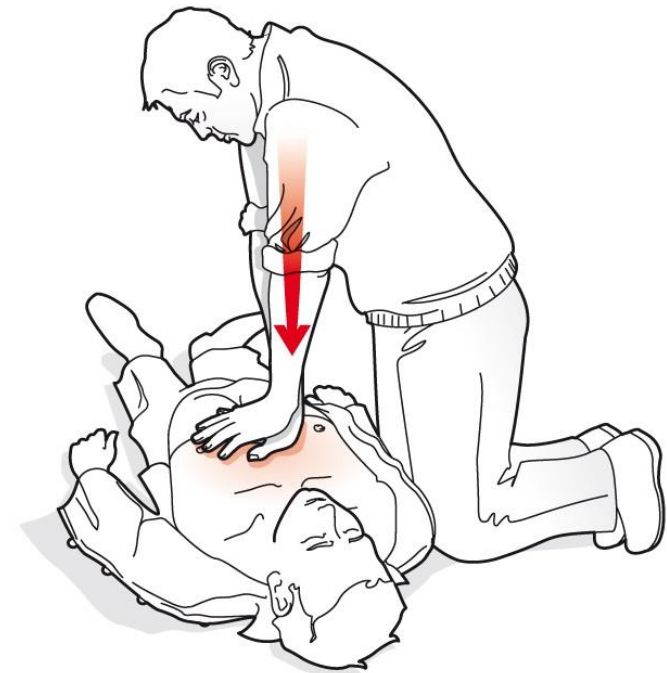
Les compressions thoraciques

- Elles ont pour but d'éjecter le sang hors du cœur vers les artères (temps de compression), mais aussi de lui permettre de se remplir de sang (temps de décompression).
- Il faut commencer par dénuder le torse du patient (couper les vêtements, déboutonner, arracher). Attention au soutien gorge qui pourra blesser la main du secouriste
- Afin que les compressions thoraciques soient efficaces, il est nécessaire que le patient soit installé sur une surface rigide, mais aussi respecter les règles suivantes :
 - Pour un massage cardiaque efficace, les recommandations européennes sont de 100 à 120 compressions par minute soit le rythme de «Stayin Alive» des Bee Gees et de bien d'autres chansons...
 - Profondeur de 5 à 6 cm ;
 - Bras tendus au-dessus de la poitrine du patient ;
 - Temps de compression = temps de relâchement ;
 - Minimisation du temps d'interruption du MCE ;
- Alternance toutes les 2 minutes entre les personnes pratiquant le MCE.
- La compression du thorax doit s'effectuer sur une profondeur de 5 à 6 cm avec le talon de la paume de la main uniquement
- **Une playlist spéciale « massage cardiaque » a été publiée par un hôpital New-Yorkais**





IMPORTANT : Quand cela est possible (nombre de personnels suffisant), des relais doivent être effectués au sein de l'équipe durant la RCP au massage cardiaque, toutes les 2 minutes (à chaque cycle d'analyse du défibrillateur) afin de conserver une efficacité optimale.



Le défibrillateur automatisé externe



Le DEA (Défibrillateur Automatisé Externe)

On retrouve 3 grands rythmes cardiaques observables durant un ACR

a. L'asystolie (tracé d'ECG plat et pas de pouls)



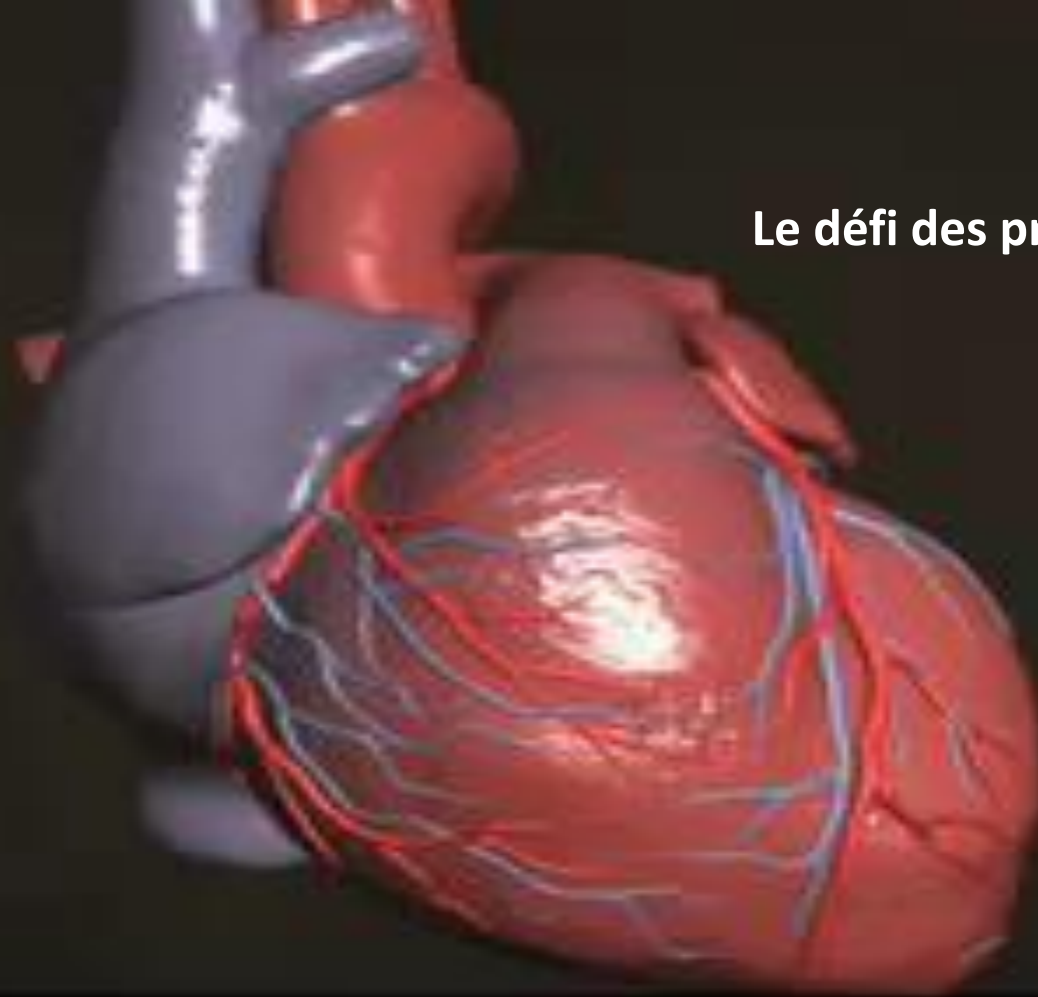
b. Les Fibrillations Ventriculaires (désorganisation complète de l'activité électromécanique du cœur)



c. La dissociation électromécanique (l'activité électrique perçue n'engendre pas de contraction myocardique et donc pas de pouls perceptible). Vous pourrez également retrouver le terme « d'activité électrique sans pouls ».



Le défi des premières minutes



copyright 2002 Medtronic, Inc.

Le DEA (Défibrillateur Automatisé Externe)

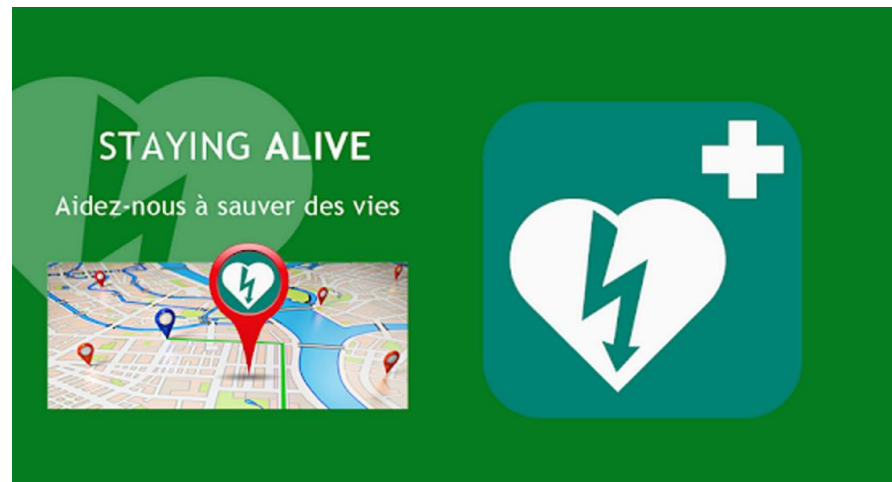
Les DAE regroupent les différents types de défibrillateurs à caractère automatique, que ce soit le Défibrillateur Automatique ou le Défibrillateur Semi-Automatique. Ils permettent à un personnel non médical de délivrer des chocs électriques externes (CEE) lorsque ceux-ci le recommandent. En effet, les DAE analysent le rythme cardiaque du patient et permettent l'envoi d'un CEE précocement en cas de fibrillation ventriculaire, ce qui accroît considérablement les chances de survie des personnes retrouvées en arrêt cardio-respiratoire.



- En regard de ces explications, vous noterez donc qu'en cas d'asystolie ou de dissociation électromécanique, aucun choc ne sera délivré. Et pourtant dans les films ou séries médicales ils le font !!!!
- Certains patients sont porteurs d'un pacemaker ou d'un défibrillateur interne. En cas d'intervention chez ce type de patient, les patchs de défibrillation devront être placés quelques cm en-dessous de ces dispositifs.
- Il est du rôle propre de l'IDE d'utiliser un DAE et de surveiller le patient placé sous ces appareils.
- L'utilisation de ces appareils ne nécessite pas de formation préalable.
- Lorsque le DAE est positionné, suivre ses instructions et les précautions d'utilisations liées à son emploi.
- Il appartient à la personne en charge de la défibrillation de s'assurer qu'au moment du choc aucun personnel ne touche le patient et que la source d'oxygène est éloignée

Le DEA (Défibrillateur Automatisé Externe)

Une fois le CEE délivré, le MCE doit être continué ou débuté immédiatement afin de minimiser les temps d'interruption. Dans cette logique, il est autorisé de poursuivre le MCE pendant la phase de charge du DAE (surtout pas lors de l'analyse ce qui aurait pour conséquence de stopper ou fausser l'analyse). Notez l'heure de l'ensemble des chocs et leur nombre. Cette information est essentielle dans la poursuite de la prise en charge médicale (notamment en regard de l'injection de certains médicaments

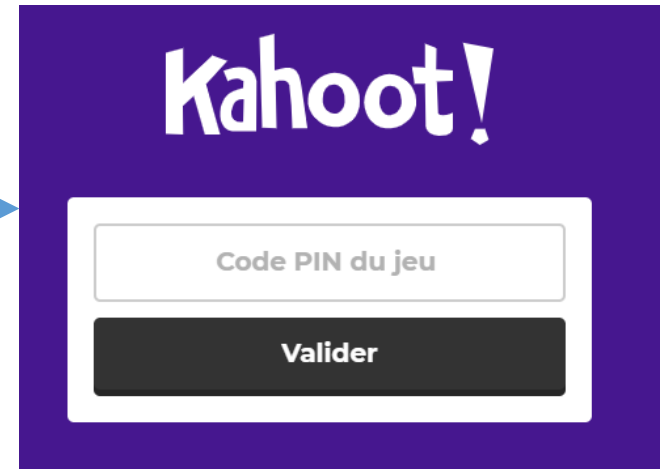


KAHOOT

<https://kahoot.it>

Play Kahoot! - Enter game PIN here!

Join a game of kahoot here. Kahoot! is a free game-based learning platform that learn – any subject, in any language, on any device, ...



Prenez vos téléphones portables

Allez sur Kahoot.it

Attention à la mise en route de vos écrans de veille

Entrez le code que je vais afficher

Entrez un pseudo

Regardez l'écran et répondez à la question posée selon la couleur proposée

Attention le score prend en compte

la ou les bonnes réponses

mais aussi le temps de réponse



Législation



Le premier de nos devoirs de citoyen français est de porter assistance à tout individu en situation de danger (Code Pénal : Art 62 et 63 : « peine pour non dénonciation de coupable, non-assistance à personne en danger »).

- Le sauveteur non professionnel sera désormais exonéré de *“toute responsabilité civile”, sauf “faute lourde ou intentionnelle de sa part”*.
- L'article 122-7 du code pénal précise qu'une personne ne peut être poursuivie pénalement si elle mène une action proportionnelle au risque

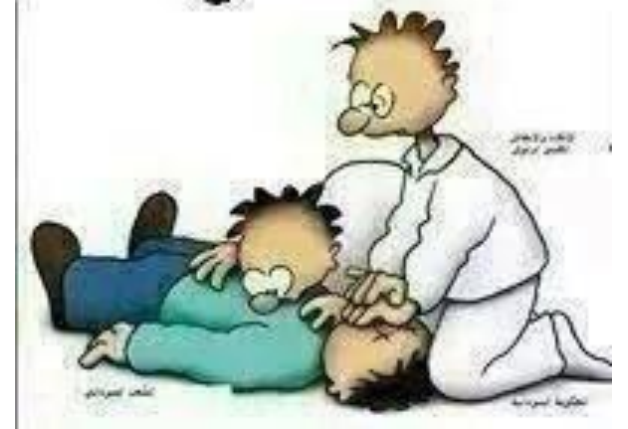
Par ailleurs, la fonction d'Infirmier(e) et d'aide-soignant(e) nous astreint à un certain nombre de règles qui sont décrites dans notre décret de compétence, [Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004](#) (relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code). Dans le cadre de la RCP, la partie la plus importante de ce décret est l'article R. 4311-14 :

C'est dire, que l'infirmier(e) est responsable du déroulement de la RCP en attendant le médecin.

Le rôle de l'infirmière est également primordial car il a pour but de surveiller le patient (une bonne surveillance peut permettre une prise en charge précoce de l'ACR), de transmettre l'ensemble des données aux médecins (le médecin qui prend en charge le patient n'est pas forcément celui qui le suit) et enfin de bien se préparer à une telle situation.

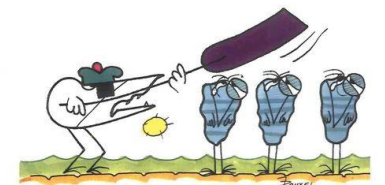
Techniques et matériels

La ventilation



- Choisir un masque de taille adaptée au visage du patient ;
- Assurez-vous de la bascule de la tête en arrière et/ou maintenez d'une main la mâchoire inférieure du patient en l'air. De l'autre main, saisissez l'ensemble ballon-masque et placez la partie étroite bien médiane à la racine du nez ;
- Placez le pouce de la main qui maintient le masque sur sa partie étroite au-dessus du nez du patient et exercez une pression ;
- L'index se place sur la partie large du masque alors que les autres doigts viennent se placer en crochet sous le menton et le tirent vers le haut ;
- Tenez le ballon dans sa partie centrale et comprimez-le progressivement : la pression d'ouverture du sphincter œsophagien est de 20-25 cmH₂O, cela signifie que l'insufflation doit être douce et s'arrêter dès que le thorax du patient se soulève

La devise Shadok de la semaine



Techniques et matériels

La ventilation

En cas de problème pour ventiler, pratiquer le massage cardiaque externe seul. Il faut limiter au maximum les temps d'interruption du MCE. Les insufflations doivent durer environ 2 secondes.

Tout ceci s'effectue dans l'attente de la mise en place d'une sonde d'intubation oro-trachéale ou d'un dispositif supra-glottique par un médecin ou un infirmier anesthésiste. Le BAVU (Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle) pourra alors s'adapter sur ces dispositifs (sans le masque).

Les compressions thoraciques s'effectueront de manière continue et les insufflations au rythme de 10 par minute (2 toutes les 30 compressions) . Il faut limiter l'hyperventilation, qui augmente les pressions intra thoracique et diminue de fait le retour veineux et donc l'efficacité du MCE.

Rappels sur le Ballon Auto remplisseur à Valve Unidirectionnelle (BAVU)

Lors de l'utilisation du BAVU, l'oxygène (toujours mettre le débit à 15l/min dans le cadre de l'ACR) arrive par le tuyau d'alimentation, puis s'engouffre dans la réserve. Cette réserve permet de cumuler l'oxygène pur. Lors de la décompression du ballon, l'oxygène de la réserve pénètre dans le ballon. Ce processus, assuré par des valves à sens unique, assure une teneur permanente en O₂ dans le ballon de 100%. Ainsi, lors de la compression du ballon, l'O₂ passe dans la valve unidirectionnelle vers le filtre et le masque, donc vers le patient. Ce système assure une teneur en O₂ maximale pour le patient.

Durant la phase expiratoire du patient, l'air part dans la valve unidirectionnelle qui l'évacue vers l'extérieur, protégeant ainsi la pureté de l'air du ballon.

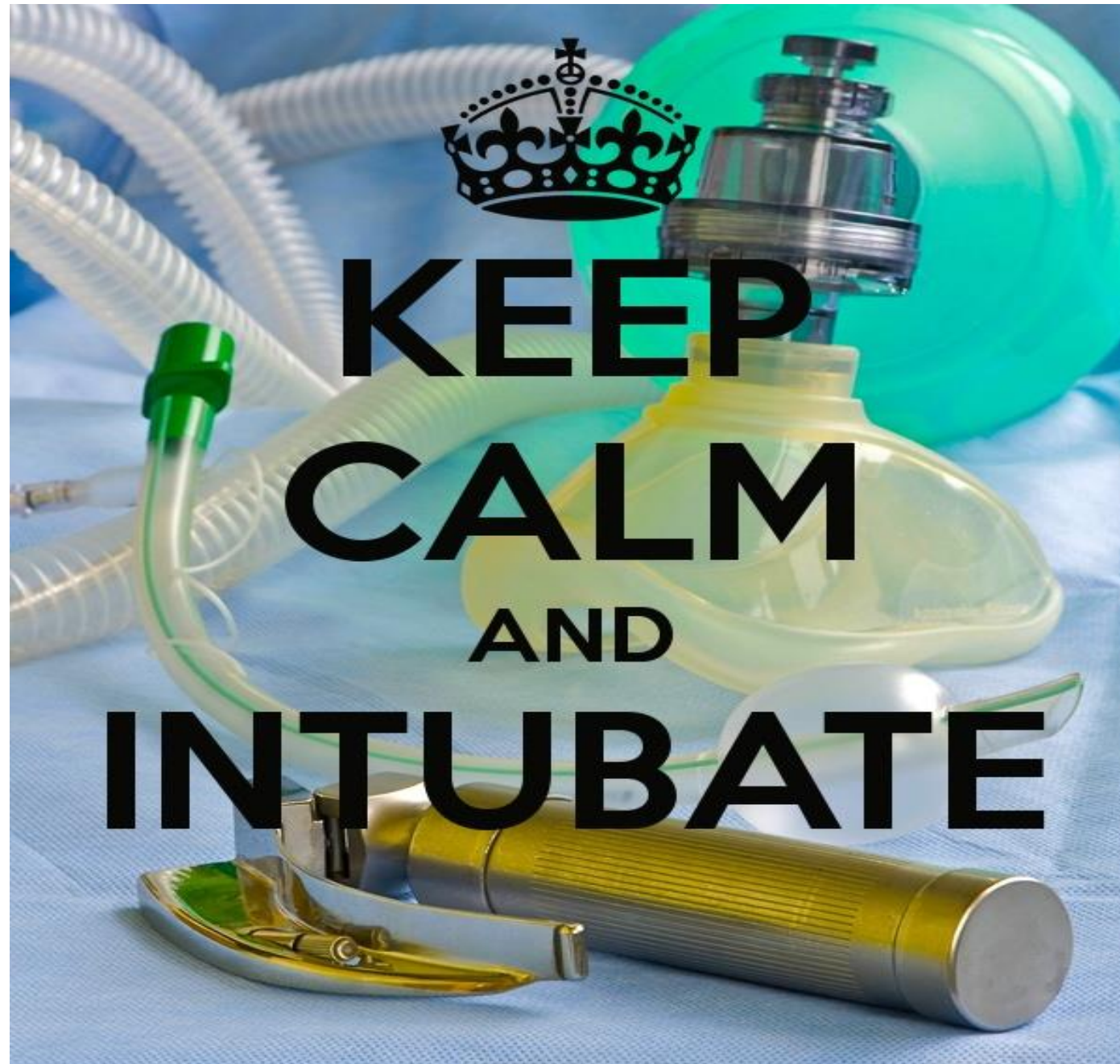
L'aspiration

Elle se présente sous diverses formes : murale, portative, fixée au chariot d'urgence, cône de venturi fixé à la bouteille d'O₂.

Le système d'aspiration est nécessaire lors de la réanimation et de l'intubation afin de limiter les risques d'inhalation liées à la régurgitation et faciliter l'intubation.

Pour tester l'aspiration, il faut boucher la sonde et provoquer une dépression de 400 mbar minimum. La puissance de l'aspiration varie selon la corpulence du patient.

Il faut toujours avoir une sonde de gros calibre pour aspirer de la manière la plus efficace (canule de Yankauer ou sonde buccale CH 26). Des sondes d'aspiration plus longues et plus fines seront nécessaires pour aspirer les sécrétions endotrachéales au travers de la sonde d'intubation.



**KEEP
CALM
AND
INTUBATE**

Le plateau d'intubation

- ✓ 1 laryngoscope (pile et ampoule de réserve si nécessaire) ;
- ✓ 1 lame d'intubation de chaque taille (généralement Mac 3 ou 4) ;
- ✓ au moins 1 sonde d'intubation de chaque taille (généralement 7 pour les femmes et 7.5 pour les hommes) ;
- ✓ une seringue de 10 ml pour gonfler le ballonnet de la sonde d'intubation ;
- ✓ 1 mandrin pour intubation difficile (court semi rigide déjà en place avant l'intubation ou mandrin dit d'Eschmann/Frova en cas d'intubation difficile) ;
- ✓ 1 pince de Magill ;
- ✓ du sparadrap pour la fermeture des yeux et un lacet pour fixer la sonde ;
- ✓ 1 BAVU + 1 filtre ;
- ✓ des lunettes de protection, un masque et des gants ;
- ✓ gel lubrifiant.
- ✓ L'aspiration doit toujours être prête lors des intubations (risque d'inhalation majeur).
- ✓ De plus, un stéthoscope sera nécessaire pour ausculter les poumons en vue de vérifier la position de la sonde (sélectif ou non) ainsi qu'un capteur de capnométrie (médico-légal) qui d'une part prouvera la bonne position de la sonde (trachée) et d'autre part sera un facteur pronostic de survie du patient. Ce chiffre mesuré est l'EtCO₂ (end tidal CO₂ = CO₂ de fin d'expiration) est normalement compris entre 35 et 45 mmHg ; une valeur Enfin, la pression dans le ballonnet de la sonde d'intubation sera vérifiée (doit être comprise entre 25 et 30 cmH₂O).

DROGUES
D'URGENCES

DROGUES D'URGENCE

ADRENALINE®:

Ampoule de 5mg/5ml

1mg toutes les 3 à 5 min selon votre protocole

Quand une voie d'abord n'est pas possible , l'adrénaline peut être injectée au travers de la sonde d'intubation trachéale à la dose de 2 à 3 mg dilués dans 10 ml d'eau pour préparation injectable (une seule injection)



DROGUES D'URGENCE

MIODARONE : cordarone®

Anti-arythmique

Ind : FV réfractaire (3^{ème} choc)

Bolus de 300mg ivl



DROGUES D'URGENCE

BICARBONATE DE SODIUM à 8,4%®

1mmol/kg (1ml/kg)

En cas d'ACR>20min

Optimise l'action de
l'adrénaline sur les
récepteurs vasculaires



Vidéo



Le devenir médical

Lors de l'arrivée de l'équipe médicale, **le médecin souhaitera un compte rendu de la situation** avec l'anamnèse, les gestes effectués et l'état actuel du patient. Il s'organisera par la suite avec son équipe pour prendre en charge les voies aériennes du patient (intubation – un IADE pourra également effectuer ce geste au besoin). En parallèle, l'injection d'adrénaline débutera (sauf si les protocoles de service indiquent une injection préalable à l'arrivée de l'équipe) et éventuellement l'apport de médicaments divers. Notez que si le patient fibrille, les recommandations actuelles ne recommandent l'injection d'adrénaline seulement qu'après 3 CEE. Cette amine n'a vocation qu'à faire fibriller le cœur, elle ne le fait pas "repartir".

Quel que soit le déroulement de la réanimation, le médecin reste le seul responsable et par conséquent décide de la thérapeutique à suivre, que ce soit dans le choix des médicaments et solutés mais également dans leurs posologies. Il en va de même pour la décision d'arrêter ou non la réanimation (sauf cas spécifique déjà discuté en équipe auparavant.)

Toutefois, la conférence d'expert de la SFAR de janvier 1995 et les conférences d'actualisation qui s'en sont suivies recommandent l'usage prioritaire de l'adrénaline à raison de bolus de 1 mg toutes les 3 à 5 minutes.

En cas de reprise d'activité cardiaque et ventilatoire, il s'agira pour l'équipe de stabiliser le patient sur les plans ventilatoire et hémodynamique (modification des paramètres du respirateur, adjonction d'une sédation et d'un PSE d'amines vasopressives, ...) afin de le conduire en réanimation ou en salle de coronarographie si l'origine de l'ACR est un IDM.

Annonce du décès

La personne la plus habilitée à annoncer à la famille le décès est celle qui signe l'acte de décès, donc le médecin. Cette annonce ne relève pas du rôle des paramédicaux.

Il peut toutefois être important pour les soignants d'être présents lors de l'annonce du décès afin de savoir ce qui a été dit aux familles et d'être par la suite en accord avec les médecins. Si cet accompagnement n'est pas possible, il faut demander clairement aux médecins ce qu'ils ont dit à la famille.

PLACE A LA PRATIQUE...



Mise en situation 1

Seule dans le service, Il est 19 h 00

Le dernier patient va partir et s'effondre dans le couloir

Que faites vous ?

Mise en situation 2

Vous venez voir un patient que vous connaissez dans sa chambre avant de partir chez lui

Celui-ci dit ressentir une douleur à la mâchoire et s'effondre devant vous

Que faites vous ?