



INSTITUT  
**JULES BORDET**  
INSTITUUT

# L'arrêt cardio-respiratoire

Anne-Pascale Meert



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

# Resuscitation

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation)



## European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary



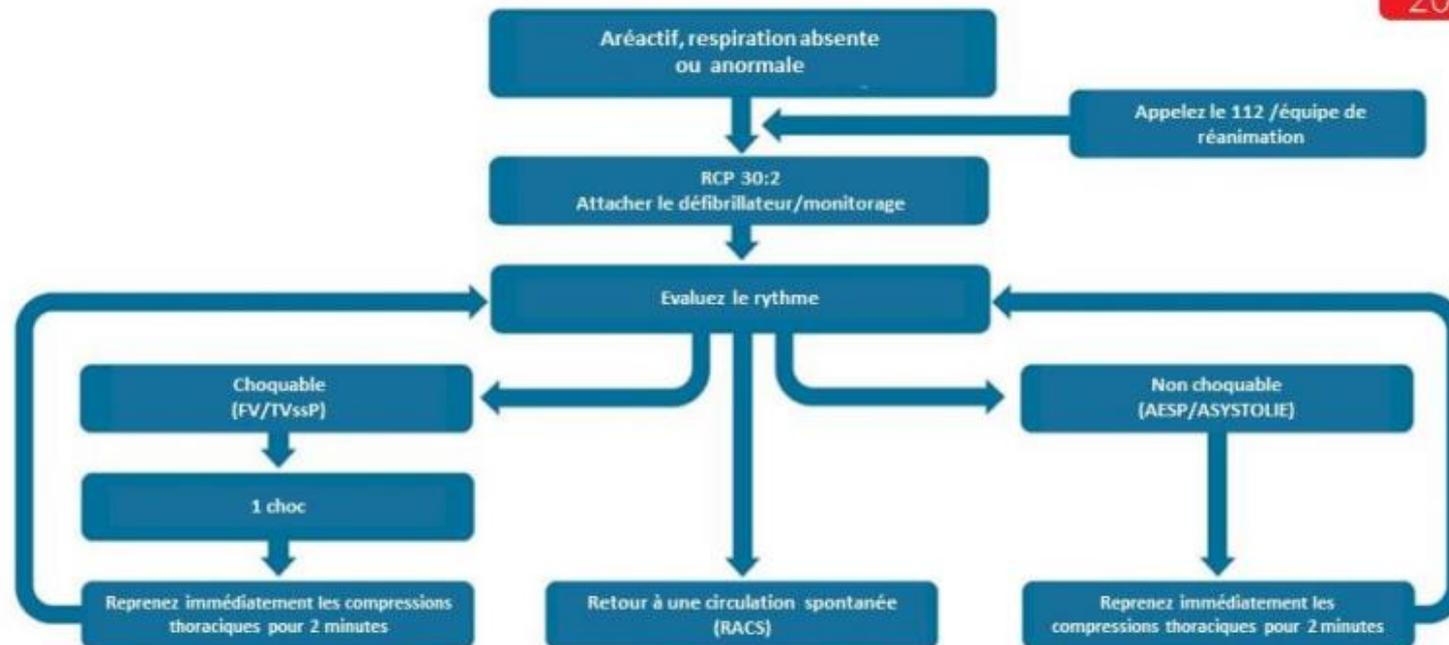
*Gavin D. Perkins<sup>a,b,\*</sup>, Jan-Thorsen Gräsner<sup>c</sup>, Federico Semeraro<sup>d</sup>,  
Theresa Olasveengen<sup>e</sup>, Jasmeet Soar<sup>f</sup>, Carsten Lott<sup>g</sup>, Patrick Van de Voorde<sup>h,i</sup>,  
John Madar<sup>j</sup>, David Zideman<sup>k</sup>, Spyridon Mentzelopoulos<sup>l</sup>, Leo Bossaert<sup>m</sup>,  
Robert Greif<sup>n,o</sup>, Koen Monsieurs<sup>p</sup>, Hildigunnur Svavarsdóttir<sup>q,r</sup>, Jerry P. Nolan<sup>a,s</sup>,  
on behalf of the European Resuscitation Council Guideline Collaborators<sup>1</sup>*

## 5 TOP MESSAGES

1. Des compressions thoraciques de haute qualité avec interruptions minimales, une défibrillation précoce et le traitement des causes réversibles sont la priorité.
2. Les signes et symptômes précèdent fréquemment l'arrêt cardiaque - L'arrêt cardiaque intra- ou extra-hospitalier peut être prévenu chez de nombreux patients.
3. Utiliser les techniques de base ou avancées des voies respiratoires - seuls les sauveteurs ayant un taux de réussite élevé devraient utiliser l'intubation trachéale
4. Utiliser l'adrénaline le plus tôt possible dans l'arrêt cardiaque avec rythme non choquable
5. Chez certains patients, envisager si possible, la RCP extracorporelle (E-RCP) comme traitement de sauvetage en cas d'échec de l'ALS conventionnelle

Figure 7 – ALS - Résumé infographique

# RÉANIMATION MÉDICALISÉE (AVANCÉE)



## Administrez des compressions thoraciques de haute qualité

- Donnez de l'oxygène
- Utilisez la capnographie
- Compressions continues si voies aériennes avancées
- Minimisez les interruptions des compressions
- Accès intraveineux ou intra-osseux
- Donnez l'adrénaline toutes les 3-5 minutes
- Donnez l'amiodarone après le 3<sup>e</sup> choc
- Identifiez et traitez les causes réversibles

## Identifiez et traitez les causes réversibles

- Hypoxie
- Hypovolémie
- Hypo-/hyperkaliémie/métabolique
- Hypo-/hyperthermie
- Thrombose coronaire ou pulmonaire
- Pneumothorax sous Tension
- Tamponnade cardiaque
- Toxiques

Envisagez l'échographie pour identifier les causes réversibles

## Envisagez

- Angiographie coronaire/coronarographie percutanée
- Les compressions thoraciques mécaniques pour faciliter le transfert/traitement
- RCP extracorporelle

## Après RACS

- Utilisez l'approche ABCDE
- Visez une SpO<sub>2</sub> de 94-98% et une pCO<sub>2</sub> normale
- ECG 12 dérivations
- Identifiez et traitez la cause
- Contrôle ciblé de la température

### Médicaments vasopresseurs

- 1 mg IV (IO) d'adrénaline aussi vite que possible pour les patients adultes en arrêt cardiaque avec rythme non choquable.
- 1 mg IV (IO) d'adrénaline après le 3ième choc pour les patients adultes en arrêt cardiaque avec un rythme choquable.
- répéter 1 mg IV (IO) d'adrénaline toutes les 3-5 minutes tout en poursuivant l'ALS.

### Médicaments antiarythmiques

- 300 mg IV (IO) d'amiodarone pour les patients adultes en arrêt cardiaque qui sont en FV/TVssP après 3 chocs
- 150 mg IV (IO) d'amiodarone pour les patients adultes en arrêt cardiaque qui sont en FV/TVssP après 5 chocs
- La lidocaïne 100 mg IV (IO), peut être utilisée comme alternative si l'amiodarone n'est pas disponible, Un bolus additionnel de 50 mg de lidocaïne peut être administré après 5 chocs

### Médicaments thrombolytiques

- Considérez un traitement thrombolytique quand l'arrêt cardiaque est causé par une embolie pulmonaire aiguë suspectée ou prouvée.
- Considérez de poursuivre la RCP pendant 60-90 minutes après administration de médicaments
- thrombolytiques.

### Solutés

- Administrez des liquides IV (IO) uniquement lorsque l'arrêt cardiaque est causé par une hypovolémie ou qu'une hypovolémie est possible.

- Pendant la RCP, commencez par les techniques de base : ventiler au masque à l'Ambu, 2 insufflations pour 30 massages (ne pas oublier de mettre l'oxygène à 10 l/min)
- S'il est nécessaire de mettre en œuvre une gestion avancée des voies respiratoires, seuls les sauveteurs ayant un taux élevé de réussite devraient pratiquer l'intubation trachéale
- Visez une interruption des compressions thoraciques de moins de 5 secondes pour l'intubation trachéale.
- Utilisez la laryngoscopie directe ou la vidéo-laryngoscopie pour l'intubation trachéale en fonction des protocoles locaux et de l'expérience du sauveteur
- Utilisez la capnographie pour l'intubation trachéale
- Administrez la plus haute concentration possible d'oxygène pendant la RCP
- Dès qu'un tube trachéal a été inséré, ventilez les poumons à un rythme de 10 par min et continuez les compressions thoraciques sans pause durant les ventilations