



CMUB

COLLÈGE DE MÉDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE



Centre Hospitalier Universitaire Dijon

ADVANCE LIFE SUPPORT

Nouvelles recommandations 2010

JBMU

13/10/11

Dr A. Avondo-Loutfi

- Algorithme de prise en charge
- Rythmes choquables
- Liberté voies aériennes et ventilation
- Voies d'abord
- Thérapeutique
- Monitoring

Pas de réaction

LVAS

Respiration
absente ou
anormale

RCP
(30/2)

Analyse du rythme

FV, TV sans
pouls

CEE unique

RCP pour 2
minutes

Pendant RCP :

- s'assurer qualité MCE
- Planifier les actions avant d'interrompre MCE
- Oxygénation
- Libération avancée VA et ETCO2
- Accès vasculaire
- Thérapeutique: adrénaline-cordarone
- Corrections des causes réversibles

Traitement immédiat post-AC:

- Contrôler ABCDE
- Contrôle oxygénation et ventilation
- ECG 12 dérivation
- Traiter cause des défaillances
- Contrôle température et hypothermie thérapeutique

Asystole, Brady
ext, AESP

RCP pour 2
minutes

- Causes réversibles:
 - Hypoxie
 - Hypovolémie
 - Hypokaliémie, hyperkaliémie, troubles métaboliques
 - Thrombose
 - Tamponnade
 - Intoxications
 - Pneumothorax sous tension

Rythmes choquables

FV/TV sans pouls

- 25% AC
- 2 min de RCP avant de délivrer CEE ne sont plus recommandées
- Interrompre au minimum MCE: continuer MCE pendant charge et reprendre immédiatement après CEE
- 1 CEE unique (360J monophasique, 150-200 biphasique)
- 3 CEE en cas d'AC sur table coronarographie ou post-op de chirurgie cardiaque.

- Si FV: 1 CEE puis reprise immédiate RCP pendant 2 minutes
- Si FV persiste: 2^{ième} CEE puis reprise immédiate RCP pendant 2 minutes
- Si FV persiste: 3^{ième} CEE, 1mg adrénaline et 300mg cordarone immédiatement après le choc, reprise immédiate RCP pendant 2 minutes.

Place du coup de poing sternal

- N'est plus recommandé.
- Peut être efficace au cours des toutes premières secondes du rythme
- TV sans pouls > FV
- Uniquement si aucun matériel disponible rapidement.
- Pas de perte de temps

Contrôle voies aériennes et ventilation

- Oxygénothérapie
 - Maximale jusqu'à obtention spO₂
 - Objectifs spO₂: 94%-98%
- IOT
 - Technique de référence, 50% échec!!
 - Personnel entraîné
 - Interruption MCE < 10 secondes: pour passage cordes vocales
 - Si échec, attendre RACS

- **IOT:**

- Vérifier position intra-trachéale:

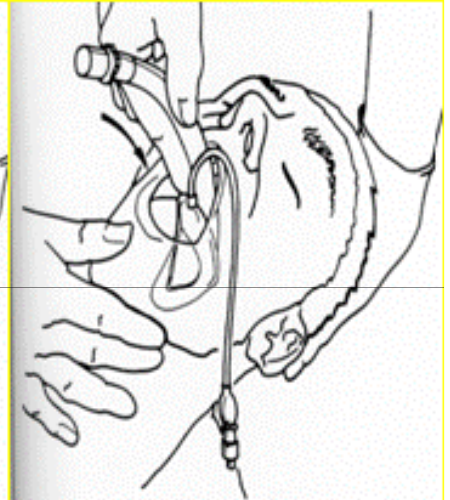
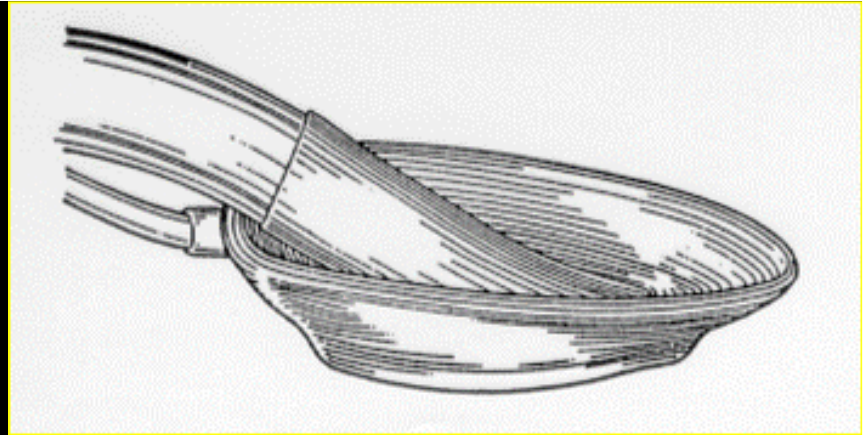
- Mouvements thoraciques
 - Auscultation pulmonaire
 - **ETCO2++**

- Fixer solidement

- Pas d'hyperventilation. FR à 10/min

- **Si personnel non entraîné, absence d'ETCO2:**

- Dispositifs supra-glottiques (masque laryngé)



Voies d'abord

- VVP en 1^{ière} intention
- Voie intra-osseuse en 2^{ème} intention
- Voie endo-trachéale n'est plus recommandée



Thérapeutique

- **ADRENALINE:**

- 1mg toutes 3-5 minutes si rythmes non choquables
- 1mg après 3^{ième} CEE

- **CORDARONE:**

- 300mg IVD après 3^{ième} CEE, en même temps que l'adrénaline
- Renouvelable 1 fois à demi-dose

- **ATROPINE:**
 - Non recommandée
- **MAGNESIUM:**
 - Torsades de pointes
- **BICARBONATES:**
 - Alcalinisation non recommandée
 - Hyperkaliémie, intoxication tricycliques
- **FIBRINOLYSE:**
 - EP: Prolonger réanimation 60 à 90 minutes
 - SCA: non recommandée

Post-RACS

- **Ventilation:**
 - spO2 94%-98%
 - FR 10/min
- Correction **hyperglycémie**
- **Coronarographie**
 - Douleur thoracique++
- **Monitoring température et hypothermie thérapeutique: 32-34° pendant 12 à 24 heures**

MERCI