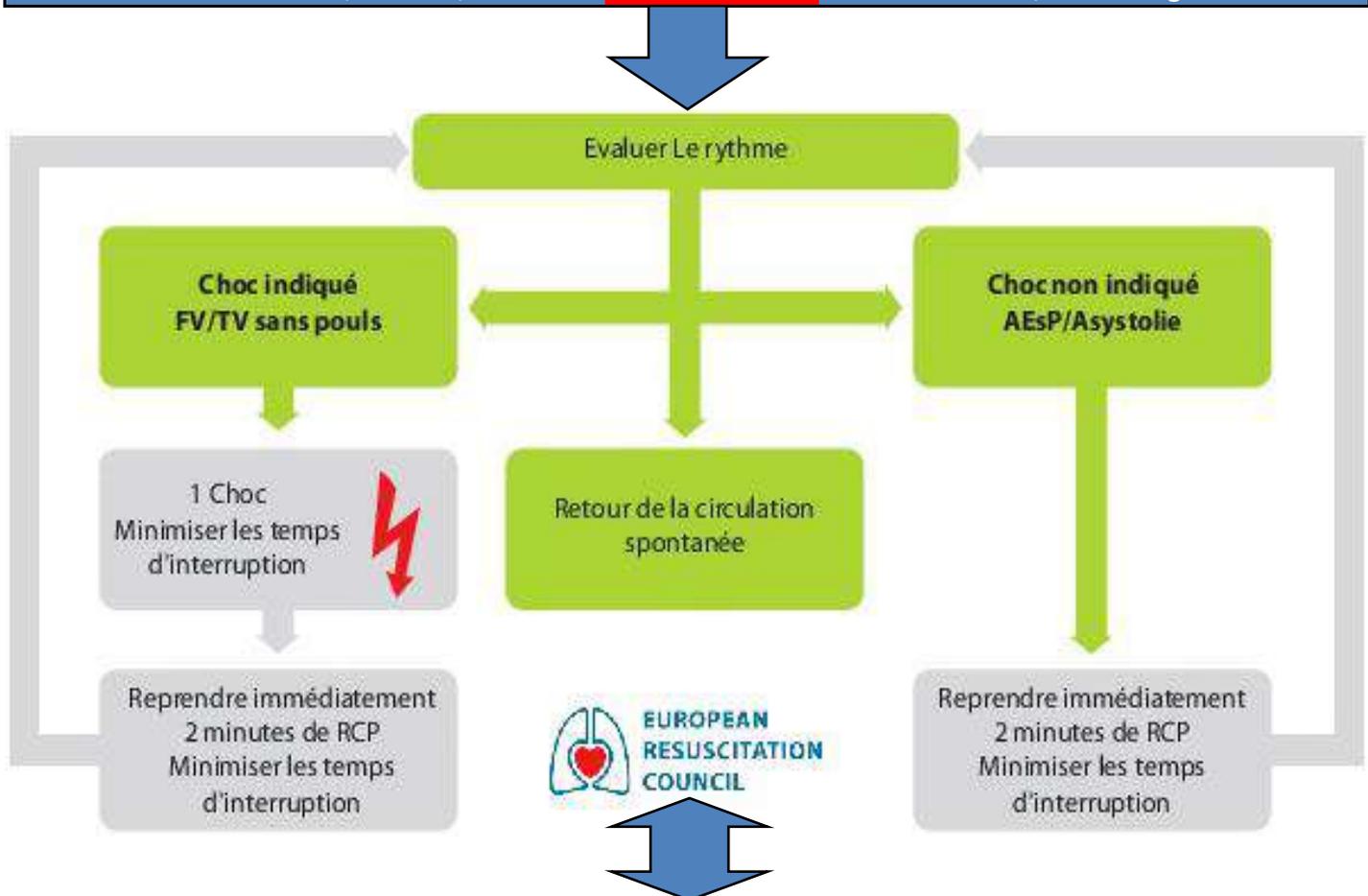


RIEN NE DOIT STOPPER LE MASSAGE CARDIAQUE OU RETARDER LA DEFIBRILLATION

MISE EN CONDITION

- 1- DEFIBRILLATEUR + PATCH SMUR (si DEA en cours d'analyse, le laisser finir et choquer au besoin)
- 2- RCP 30/2 pendant le techniquage du malade, **relai MCE toutes les 2 min**
- 3- IOT sans arrêter le MCE puis MCE 100-120/min continu, EtCO₂
- 4- ABORD : VVP en 1^{er}, si échec/difficile IO **Cf. Intra-osseuse** : Soluté = NaCl 0,9% ou Ringer Lactate



EN PARALLELE RECHERCHE ET TRAITEMENT D'UNE CAUSE REVERSIBLE

AUCUNE ACTION SYSTEMATIQUE : AU CAS PAR CAS

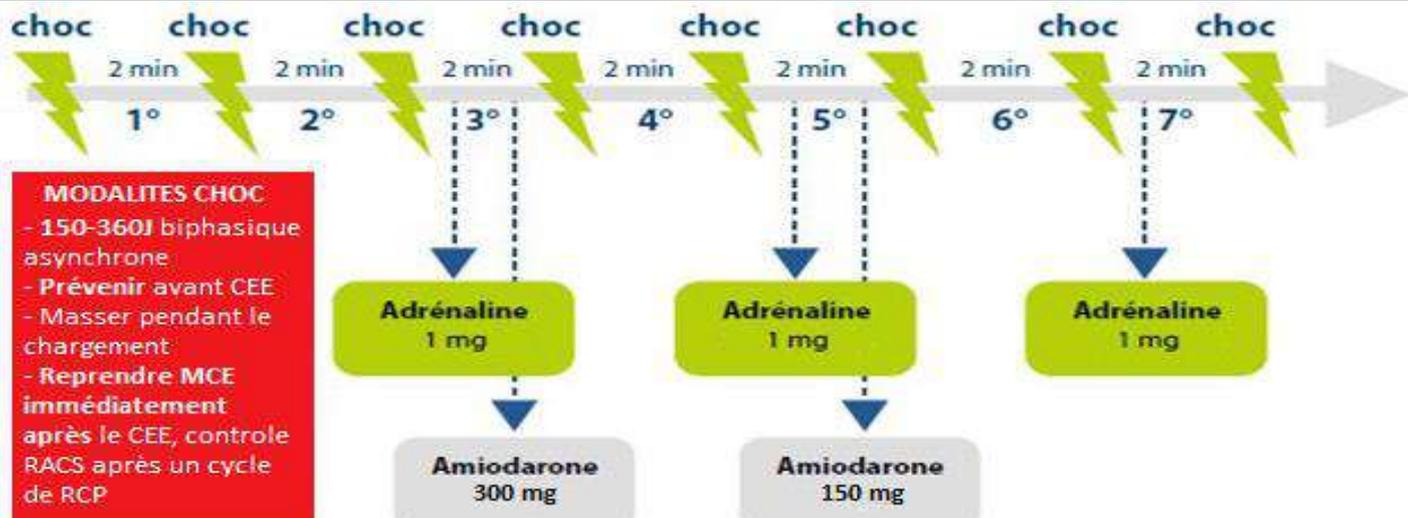
INDICATION ECLS ? 📞 Appel au SAMU à 15' de réa si oui à tout	Délai Bloc DATU < 60', < 55ans, No Flow < 5', EtCO ₂ > 15 mmHg à 15' de RCP, Rythme chocable initial, Absence de comorbidités (Cancer, DID, Sepsis)
HYPOXIE	IOT, FiO ₂ 100%, Vt 6-7 ml/kg, FR 10/min, PEP 5 cmH ₂ O
HYPOVOLEMIE	Remplissage (NaCl 0,9% ou Ringer Lactate)
HYPO/HYPER (+++) K⁺	GLUCONATE DE CALCIUM 10% 1g Cf. HyperK⁺
HYPO(+++)/HYPERTHERMIE	Réchauffage/Refroidissement externe
THROMBOSE	Coronarienne : pas de fibrinolyse Cf. Syd coronarien / EP : fibrinolyse*
PNEUMOTHORAX	Exsufflation Cf. Drainage d'un pneumothorax compressif
TAMPONNADE	Si opérateur entraîné et diagnostiqué Cf. Fast écho étendue évacuation
TOXIQUE	Cf. Intoxication médicamenteuse

* Ne CI pas le MCE. A réaliser dans les 15'. Réa prolongée à 60'. Altéplase/rtPA 0,6mg/kg sur 15' (max 50mg soit 83kg)

INDICATIONS MCE mécanique : RCP prolongée, préparation ECLS, mauvaise qualité de la RCP, transport

DEROULEMENT DE LA REANIMATION

RYTHME CHOCABLE : TV/FV



RYTHME NON CHOCABLE : ASYSTOLIE/AESP (dissociation électromécanique)



SOINS APRES RACS

VENTILATION PROTECTRICE	Vt 6-8ml/kg ; PEP 5cmH ₂ O ; FR 12-20/min ; Pplat <30cm cmH ₂ O
NORMOXIE	FiO ₂ QSP SpO ₂ = 95-98%
NORMOCAPNIE	Réglages FR et Vt QSP EtCO ₂ 35 mmHg
HYPOTHERMIE 35°C	Refroidissement externe doux (découvrir le malade etc. Plus de liquide froid IV)
SEDATION	MIDAZOLAM + SUFENTANIL
HEMODYNAMIQUE PAS > 100 mmHg	Remplissage NaCl 0,9%, <i>Si insuffisant ADRENALINE : 0,2 µg/kg/min max 1 µg/kg/min</i> <i>Si insuffisant ajouter de la NORADRENALINE</i>

EN PARALLELE : ECG + anamnèse + clinique ET APPEL AU 15 pour orientation

SITUATIONS PARTICULIERES

PATIENT SCOPE : SAUV, Transport médicalisé... ACR + rythme chocable d'emblée	3 CEEs rapidement avec évaluation du rythme avant RCP
NOYADE Cf. Noyade & Hypothermie	Priorité ventilation 5 insufflations puis 1 min RCP avant appel secours NB : Hypothermie : RCP prolongée
TRAUMATIQUE	Exsufflation PNT bilatéral systématique
ACR en Situation Sanitaire Exceptionnelle	Pas de réanimation si moyens dépassés
OBESE	IOT précoce relai massage plus court ; MCE mécanique ?
FEMME ENCEINTE	Patiente en décubitus latéral gauche Utérus récliné manuellement à Gauche 3 ^{ème} trimestre MCE plus haut Extraction foetale en urgence