

ARRÊT CARDIO- RESPIRATOIRE

***Dr mohamed Djoudrez
Médecin urgentiste
CHU Bichat Claude bernard
SAMU de Paris***

- ***URGENCE ABSOLUE : il s'agit d'une définition clinique qui ne préjuge pas de la cause***
- ***Définie par l'abolition de toute activité circulatoire et respiratoire cliniquement détectable***
- ***On parle à ce stade d'état de mort apparente***

- ***Présentation clinique donc caricaturale associant***
 - ***ABOLITION de L'ETAT DE CONSCIENCE=COMA totalement AREACTIF ; CGS 3***
 - ***DISPARITION DE TOUTE ACTIVITE CIRCULATOIRE= ABOLITION DES POULS***
 - ***DISPARITION DE TOUTE ACTIVITE VENTILATOIRE***

- ***COMA AREACTIF avec Nuances par l'existence de GASPS ou mouvements automatiques pré mortem agoniques***
- ***Mouvements automatiques transitoires spasmodiques ou pseudo convulsifs en phase précoce pendant une durée généralement très brève***

- **ABOLITION DE L'ACTIVITE CIRCULATOIRE = ASYSTOLIE=DISPARITION DE TOUTE ACTIVITE MECANIQUE CONTRACTILE**
- ✓ ***Pas toujours évidente à confirmer lors de la recherche des pouls***
- ✓ ***Bien palper pouls carotidiens et fémoraux notamment sur une durée suffisante à affirmer leur disparition***
- ✓ ***La persistance d'une activité électrique au scope n'élimine pas un arrêt circulatoire : dissociation électromécanique***

- **ABOLITION DE LA FONCTION RESPIRATOIRE**
- **Se recherche par la « main abdominale »; test au miroir ou recherche tangentielle des mouvements diaphragmatiques**
- **L'arrêt respiratoire peut soit être simultané à l'arrêt cardiaque, soit le précéder ou soit lui succéder en fonction de la cause**
- **Elle peut persister au début de l'ACR sous forme de râles agoniques**

- ***Il est donc crucial de reconnaître l'ACR car dès lors qu'il est cliniquement évoqué seul le facteur temps peut permettre de sauver la vie du patient***
- ***On estime qu'au-delà d'un délai de 6 minutes d'asystolie sans manœuvres de réanimation de base (en absence d'hypothermie) que le pronostic neurologique est quasi-définitivement irréversible = Concept de MORT CLINIQUE ou MORT CEREBRALE***
- ***Le seul intérêt d'une RACS (reprise d'activité circulatoire spontanée) à ce stade est le maintien artificiel de la fonction cardiorespiratoire en vue d'un éventuel prélèvement d'organes***

PRINCIPALES CAUSES

- ***LA MORT : Eh oui toutes les bonnes choses ont une fin...l'appréciation de la vie passe par l'acceptation de son terme!!!***
- ***Sans philosopher, la médecine n'a jamais empêcher les gens de mourir : tout au plus elle en a retardé l'échéance et c'est déjà beaucoup!!***
- ***Pour une personne âgée dire qu'elle est décédée d'un arrêt cardiaque est un pléonasme***

- **CAUSES NEUROLOGIQUES**
- ✓ **Destructions encéphaliques étendues (posttraumatiques ; Toxiques ou anoxiques)**
- ✓ **Destructions médullaires hautes tronc cérébral et moelle cervicale**
- ✓ **Hémorragiques (ruptures anévrysmes)**

CAUSES

CARDIOVASCULAIRES

- **Atteinte primitive aigue de la pompe cardiaque :**
 - **IDM : complication mécanique; rupture du VG; tamponnades; toxiques (cf carbamates; antiarythmiques; quinidiniques)**
 - **Atteinte rythmique : FV ; TV ; torsades de pointe**
 - **Atteintes gros vaisseaux : dissection aortique (spontanée ou post-traumatique); Embolie pulmonaire**
 - **Pathologies malformatives; dysplasie arythmogène du VD**
 - **Vasoplégiques : chocs anaphylactiques; hypovolémiques (hémorragiques); septiques; cardiogéniques**

- **Causes ventilatoires = ACR d'origine anoxiques**
- ❖ **Asphyxiques :**
noyades;pendaison;inhalation CE
(enfants+++)
- ❖ **Intox CO;Gaz**
- ❖ **Défaillance pulmonaire primitive**
myasthénie;myopathies;traumatologi
ques:rupture
diaphragmatique;pneumothorax;toxi
ques : cyanure;opiacés;curares;intox
psychotropes massives
- ❖ **Surpressions thoraciques : asthme**
aigu grave;barotraumatismes
hyperbares

Mécanismes

- ***ASYSTOLIE = abolition de toute activité électrique et mécanique de la pompe cardiaque = tracé plat sur Scope***
- ***Mauvais pronostic***
- ***Intérêt +++ du MCE précoce et réa chimique***

Rythmes sans pouls

- ***Tachycardie ventriculaire***
- ***Fibrillation ventriculaire***
- ***Dissociation électromécanique :
présence d'une activité
électrique souvent bien
organisé avec asystolie
mécanique***
- ***Causes généralement
obstructives : adiestolies par
tamponnade; embolie pulm
massive; pneumothorax
compressifs; asthme aigu grave***

CONDUITE A TENIR (CAT)

- **Reconnaître ACR**
- **Principes ABC = Airway – Breathing – Circulation**
- **Reconnaître précocement TV | FV**
- **Schématiquement CAT standardisée**
- **Si asystolie avérée : début RCP extrêmement rapide = décubitus dorsal strict sur plan dur**
- **Scope; DSA ou manuel en charge**
- **LVAS; O₂; IOT; Capno**
- **MCE/Ventil 15/2**
- **VVP X 2**
- **Adrénaline: drogue de choix : 1 à 2 mg IVD idéalement sur KTC ttes les 3 min**
- **TT spécifique IDM**

- ***FV ; TV : surtout en cas d'IDM ou SCA: le 1° traitement est le CEE :***
- ***Essayer CPS(coup de poing sternal)***
- ***administrer d'abord jusqu 'à 3 CEE : 200-200-puis 360 Joules***
- ***Soit RACS à l'issu : relai +/- par cordarone IVSE 300mg sur 30 min) ou xylocaïne 75 à 100 mg IVL sur 3 min***
- ***Si pas de RACS après les 3 premiers CEE : MCE/Ventil 15/2 QSP 3 min***
- ***Soit RACS***
- ***Sinon persistance FV/ TV reprendre séquence CEE***

- **Traitement causal en cas de dissociation avérée**
 - **exsufflation PNO**
 - **Embolectomie et/ou thrombolyse si Ep massive**
 - **Traitement spécifique AAG**
 - **Drainage chir péricardique ou aspiration en urgence**

- **Une fois ressuscitation obtenue : poursuite ventilation par VC FiO2 100 %; +/- sédation +/- support catécholaminergique +/- antiarythmiques**
- **Thrombolyse si Ep et/ou IDM**
- **Transfert salle de KT pour angioplastie en urgence si IDM**
- **En règle générale indication large de la coronarographie en post RACS**
- **Évaluation pronostique neurologique par EEG répétés**