

Prise en charge de l'ACR

Journées de Pathologies Estivales et Accidentelles- ATR
Jendouba- 16 mai 2026

Pr Mohamed Fekih Hassen

Pr Hassen BEN GHEZALA

Dr Karama Mnif

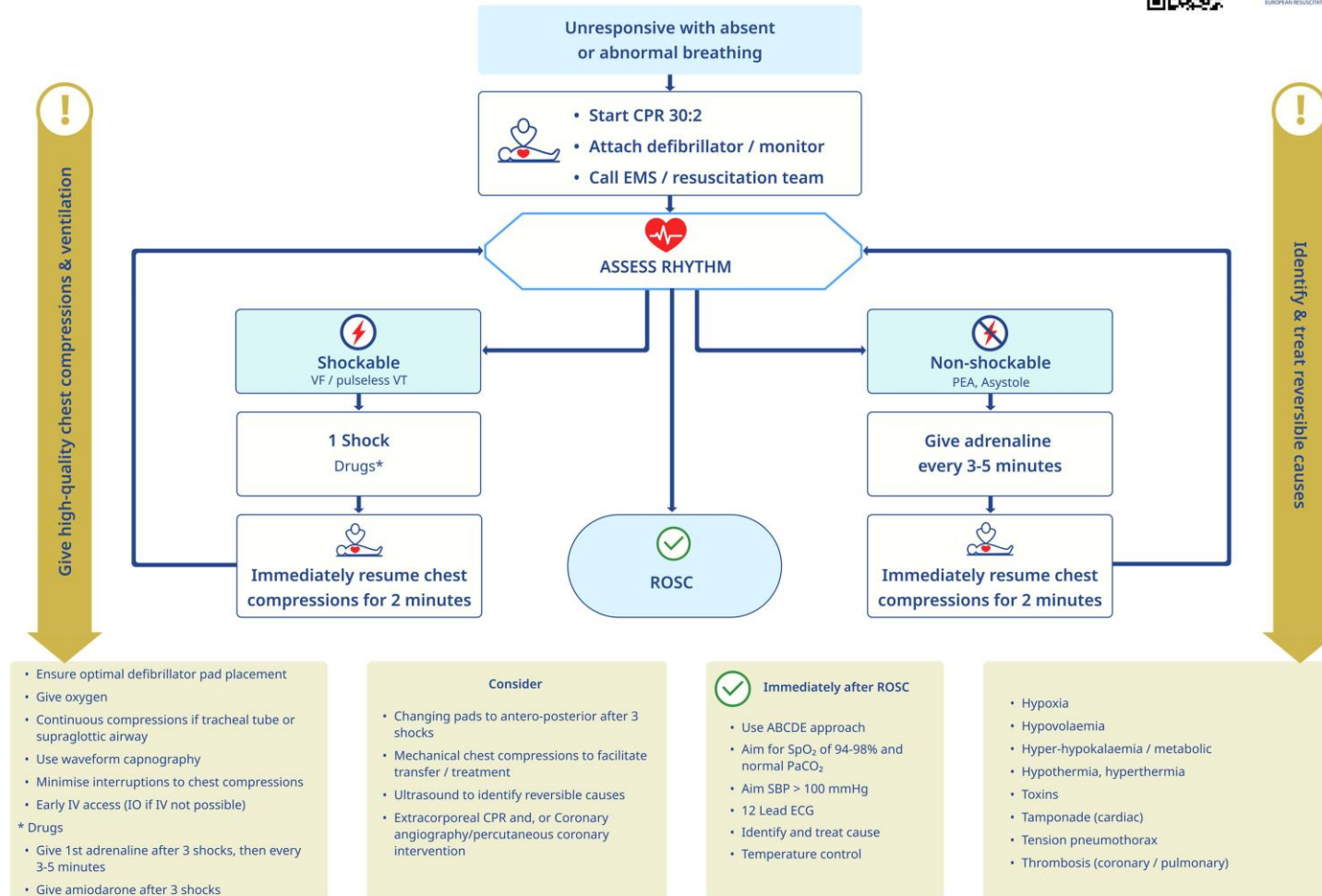
Dr Amenne Alouini

Learning outcomes

À la fin de cette conférence, vous serez capable de:

- Evaluer une personne inanimée
- Réaliser des compressions thoraciques et des insufflations de qualité
- Connaître l'algorithme de l'ACR
- Comprendre le traitement des rythmes choquables et non choquables
- Connaître les causes potentiellement réversibles d'un arrêt cardiaque

Adult ALS Algorithm



Vérifier la Conscience



Appuyer sur les épaules et demandez d'une voix forte: « Si vous m'entendez, ouvrez les yeux !" »

Si la personne réagit :

- Laissez-la dans la même position
- Essayez d'identifier le problème
- Vérifiez régulièrement sa respiration

To confirm cardiac arrest...

Unresponsive with absent
or abnormal breathing

- Réponse du patient
- Ouvrir les Voies aériennes
- Vérifiez que la respiration est normale: VES (voir écouter sentir)
- Vérifier la présence d'un pouls central



Vérifier la Respiration

Respiration anormale - Gasp

- Survient brièvement après l'arrêt cardiaque dans $\pm 40\%$ des cas
- Respiration habituellement décrite comme lourde, difficile, pénible ou bruyante

INCONSCIENT + GASPS = ARRÊT CARDIAQUE

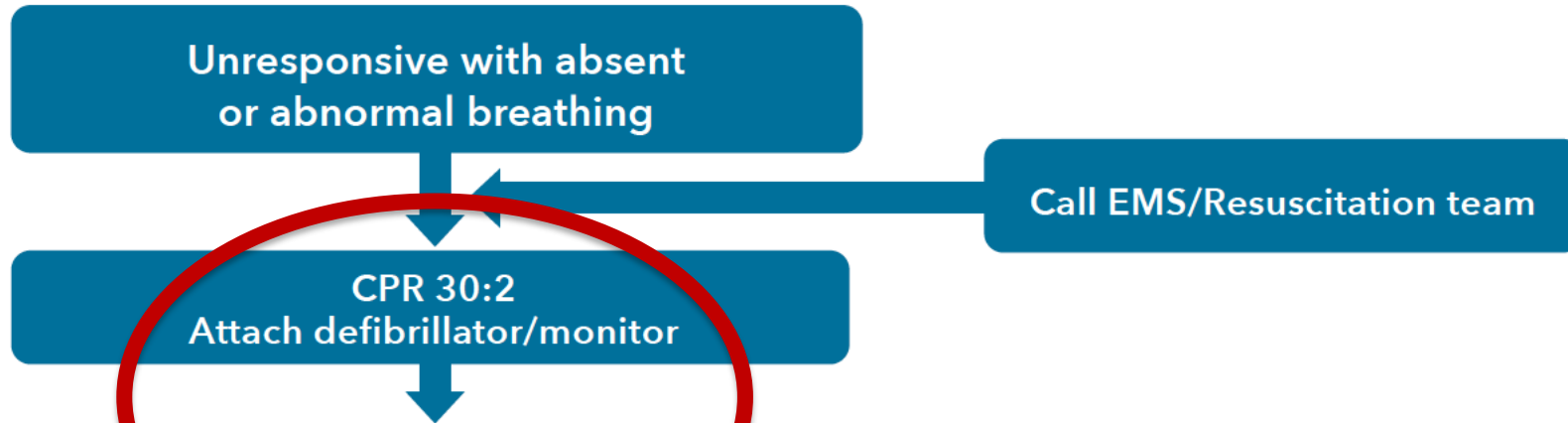
To confirm cardiac arrest...

Unresponsive with absent
or abnormal breathing

Call EMS/Resuscitation team



Cardiac arrest confirmed



30 compressions thoraciques



- Placez le **talon** d'une main au centre du thorax (ligne inter mamelonnaire)
- Placez l'autre main en crochet sur le dos de la première
- Entrelacez les doigts et assurez-vous de ne pas appuyer sur les côtes
- Enfoncez le thorax :
 - **Fréquence : 100 - 120 / min**
 - **Profondeur : 5 - 6 cm**
 - **Durée de compression = durée de relâchement**

2 insufflations



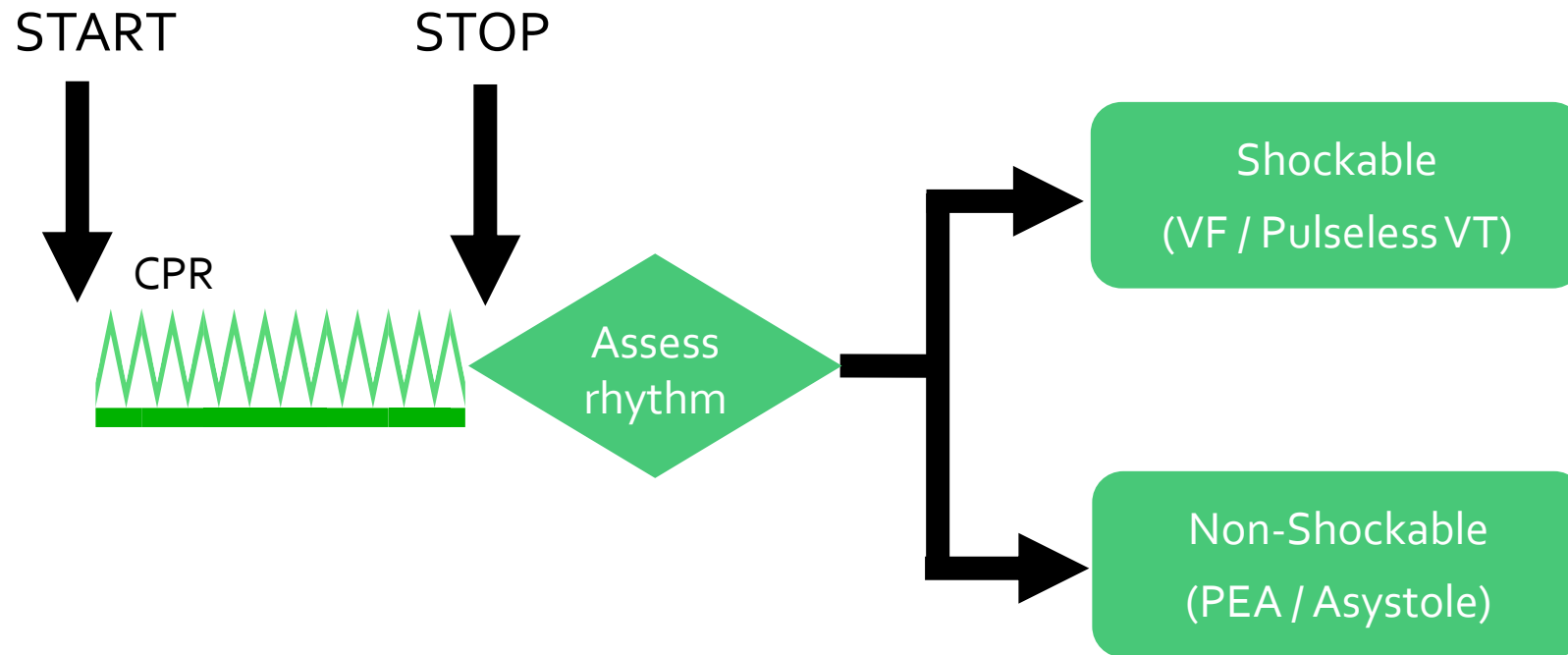
- Faire une insufflation en comprimant le ballon pour insuffler l'air, jusqu'à ce que le thorax se soulève
- Pendant environ 1 seconde
- Relâcher le ballon Laissez le thorax s'affaisser
- Insufflez à nouveau

Ne pas interrompre les compressions thoraciques plus de 5 secondes+++

Vérification du rythme

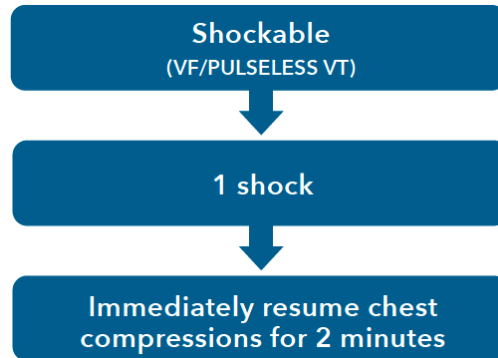
- Vérification après 2 mins
- Si rythme organisé vérifier le pouls
- Rapidement+++
- Si doute pouls → continuer la RCP
- Si un Rythme Compatible avec la vie est observé durant la RCP ne pas interrompre la RCP qu'après les 2mins
- Si doute entre une asystolie ou VF mailles fines → CEE

Shockable and Non-Shockable



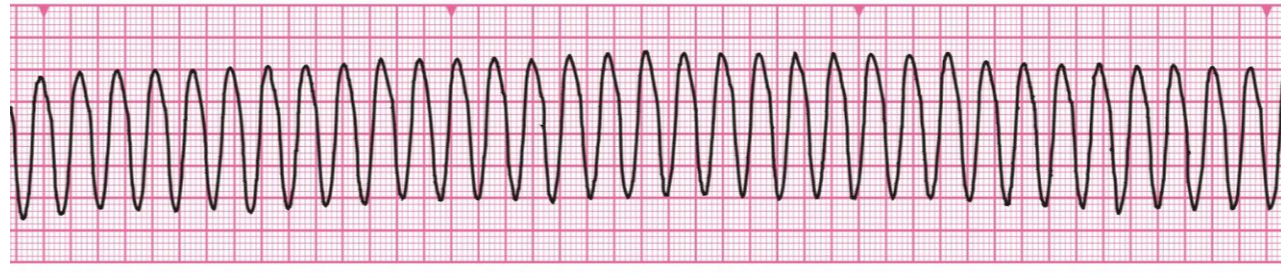
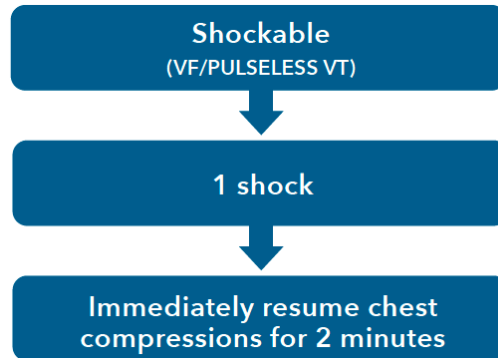
MINIMISE INTERRUPTIONS IN CHEST COMPRESSIONS

Shockable (VF)



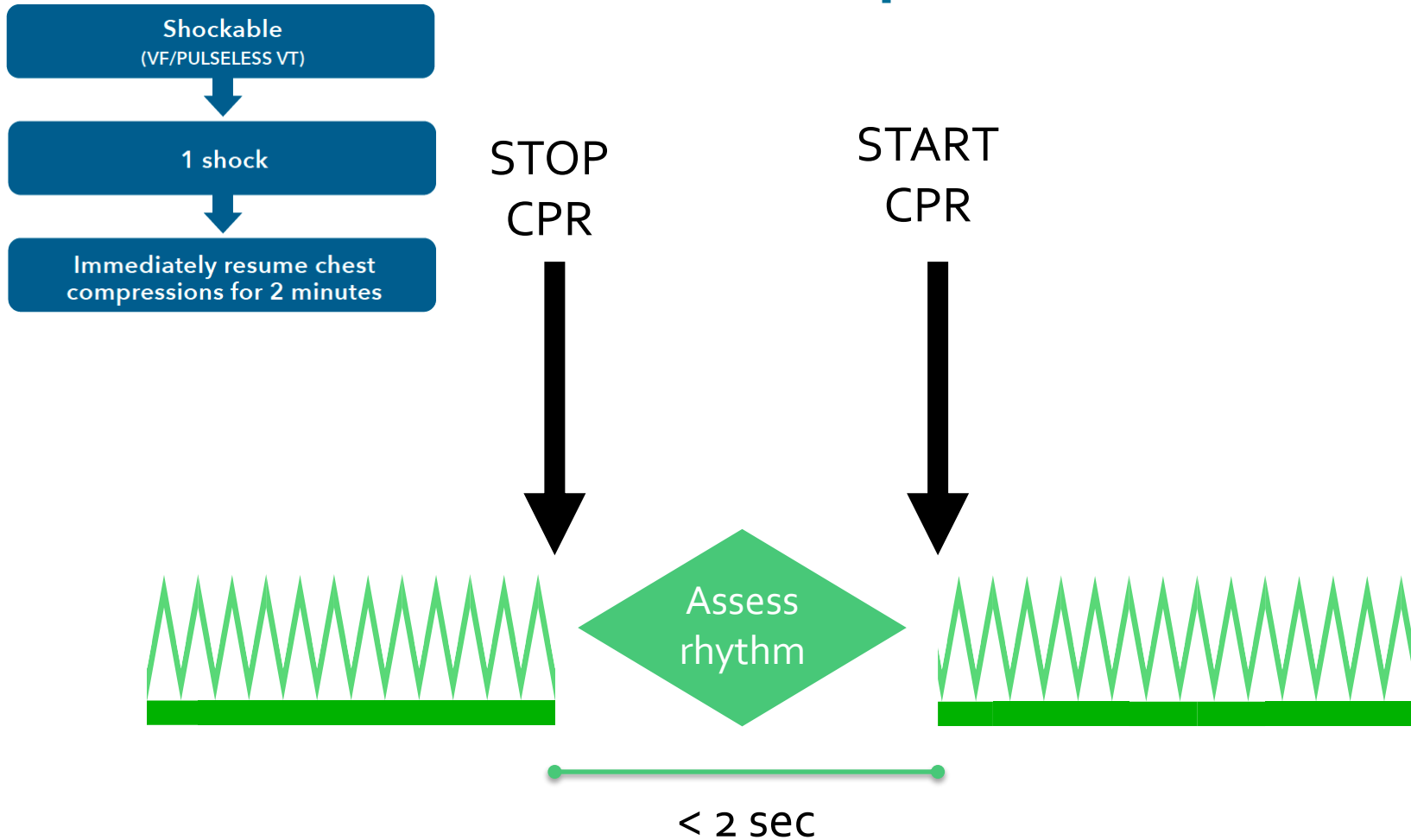
- Rythme irrégulier
- Pas de complexes QRS reconnaissables
- Fréquence et amplitude aléatoires
- Exclure les artefacts:
 - Mouvements
 - Interférences électriques

Shockable (pVT)

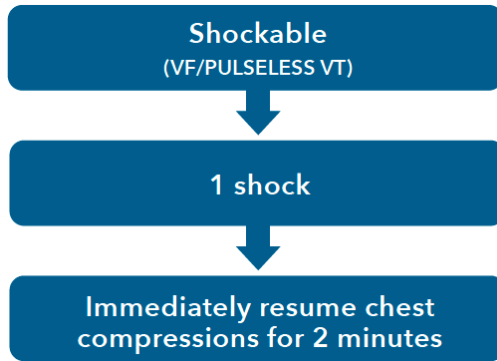


- VT monomorphe:
 - QRS larges
 - FC rapide
 - Morphologie QRS constante
- VT polymorphe
 - Torsade de pointes

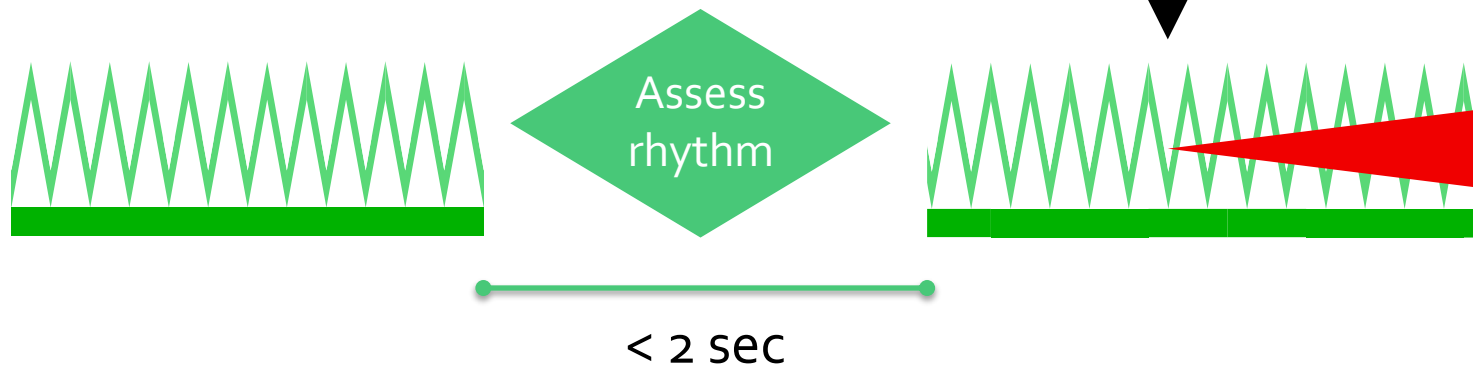
Shockable (VF / pVT)



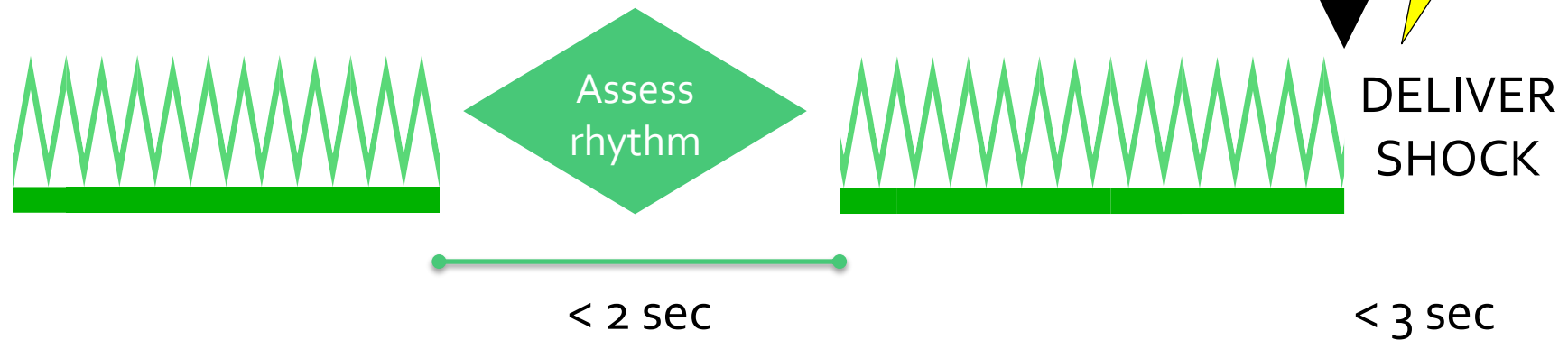
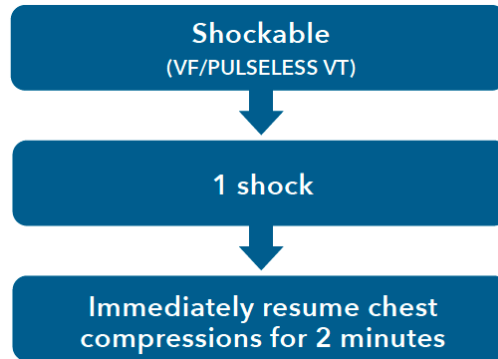
Shockable (VF / pVT)



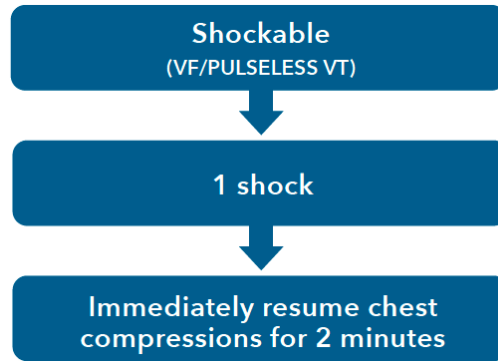
CHARGE DEFIBRILLATOR



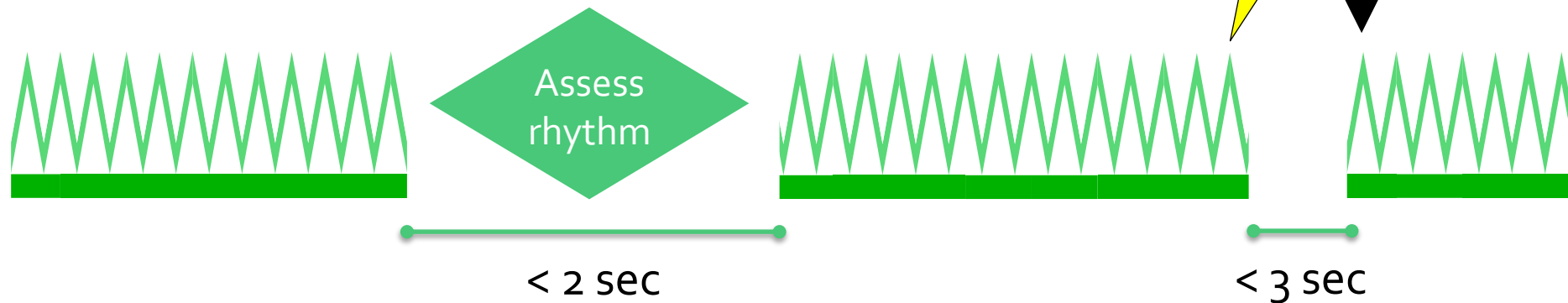
Shockable (VF / pVT)



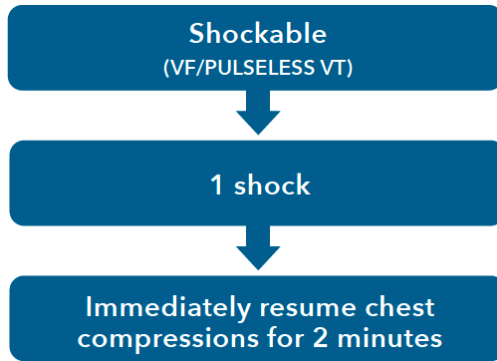
Shockable (VF / pVT)



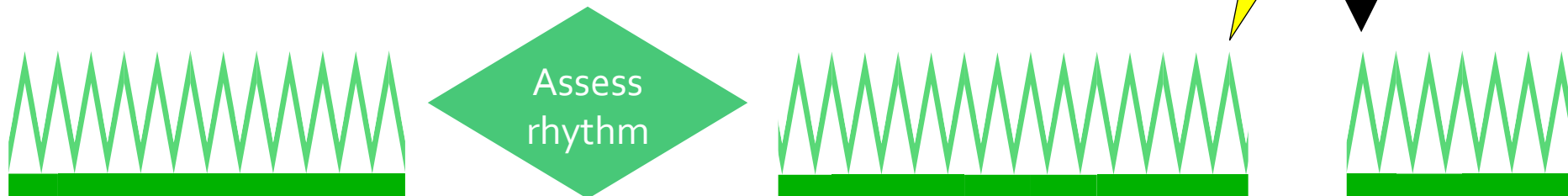
IMMEDIATELY RESTART CPR



Shockable (VF / pVT)

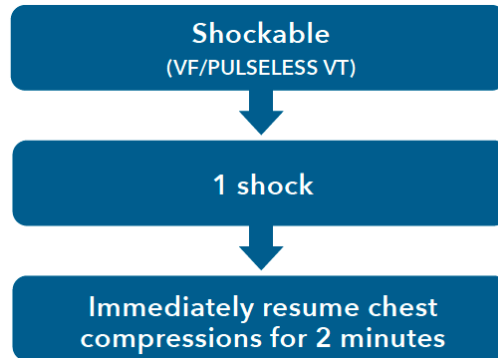


IMMEDIATELY RESTART CPR



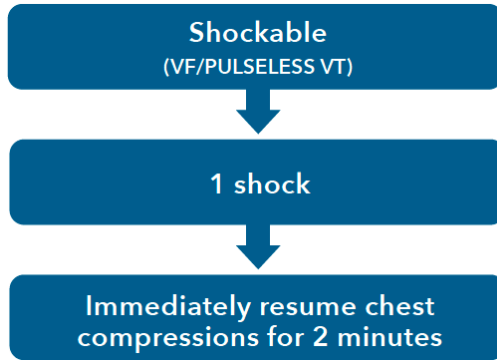
MINIMISE INTERRUPTIONS IN CHEST COMPRESSIONS

Energies de défibrillation

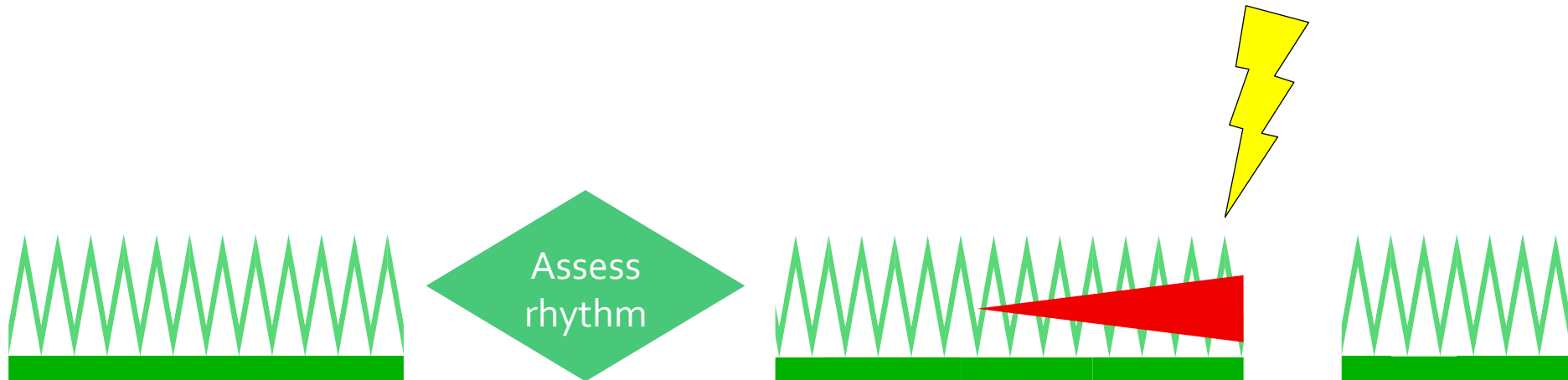


- Définies par le fabricant
- 150 J – 360 J biphasic (360 J monophasic)
- 150-200 J LE 1ER CEE PUIS 150-360 J
- En cas de doute, fournir la plus grande énergie disponible
- NE RETARDEZ PAS LE CHOC

Persisting VF / pVT (2nd shock)

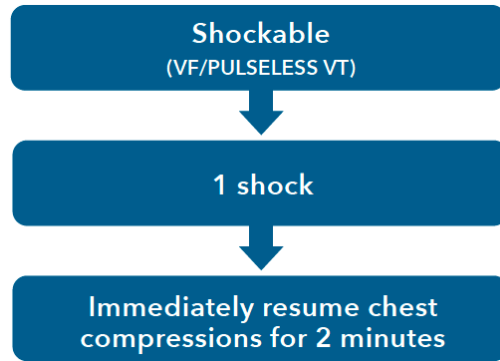


- 2nd and subsequent shocks
- 150 – 360 J biphasic
 - 360 J monophasic

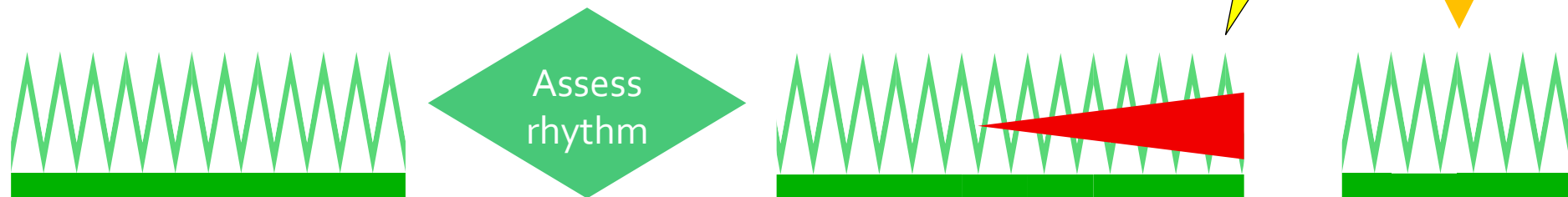


MINIMISE INTERRUPTIONS IN CHEST COMPRESSIONS

Persisting VF / VT (3rd shock)



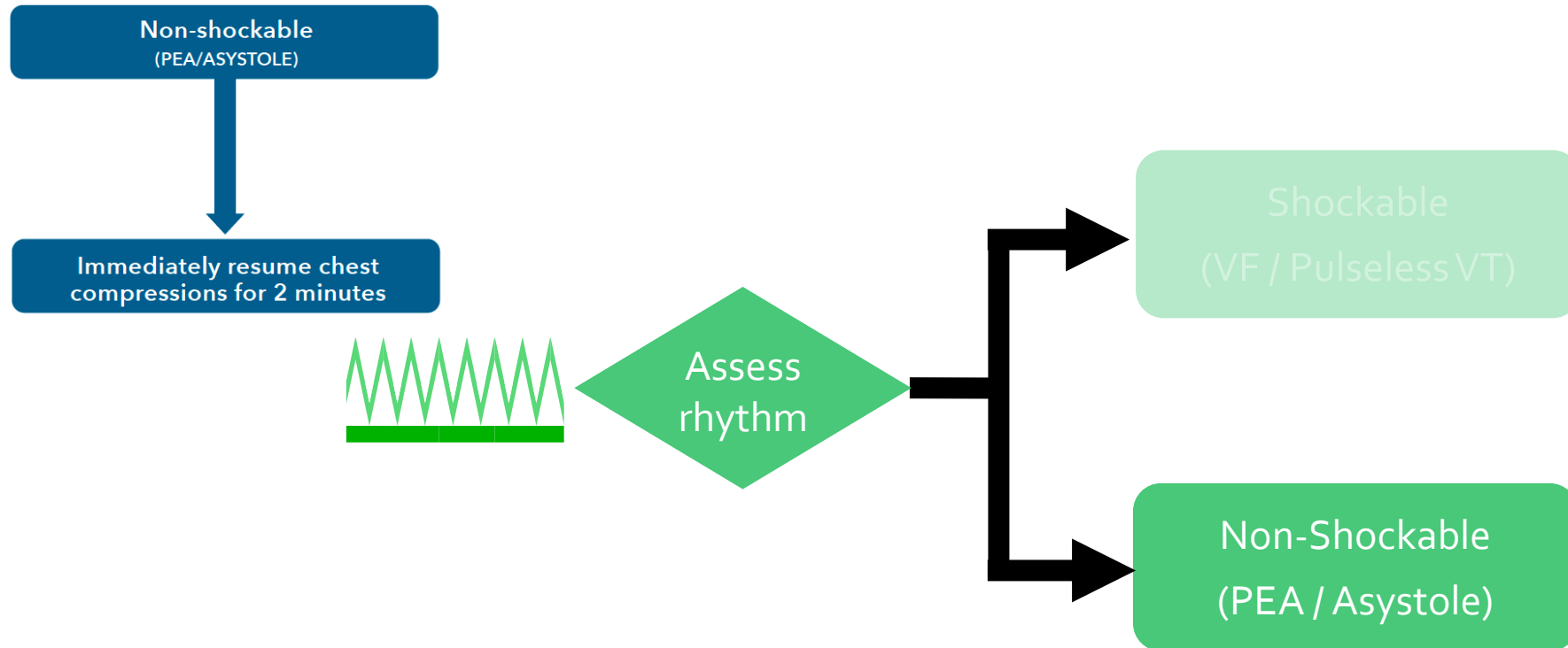
Give adrenaline and amiodarone after 3rd shock during CPR



MINIMISE INTERRUPTIONS IN CHEST COMPRESSIONS

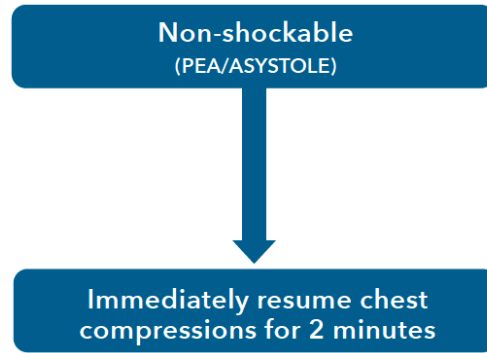
- ADRENALINE: 1MG
- AMIODARONE: 300MG PUIS 150MG LE 5EME CEE

Non-Shockable



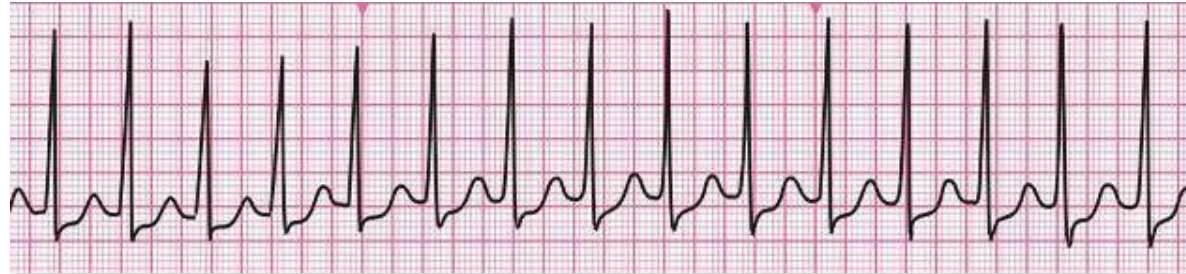
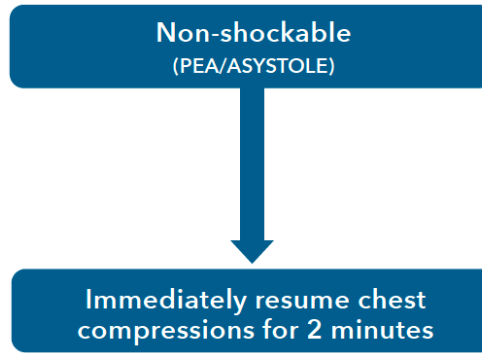
MINIMISE INTERRUPTIONS IN CHEST COMPRESSIONS

Non-Shockable (Asystole)



- Absence d'activité ventriculaire (QRS)
- L'activité auriculaire (ondes P) peut persister
- Rarement une trace en ligne droite
- Adrénaline 1 mg IV puis toutes les 3-5 min

Non-shockable (Pulseless Electrical Activity)



- Rythme compatible avec la vie mais le patient est en ACR
- Adrenaline 1 mg IV then every 3-5 min

Durant le MCE

- KTVK est la meilleure alternative mais il faut interrompre le MCE donc **NON**
- **VVP OK** mais **flush de SSI** après chaque médicaments IV administré
- Si au bout de **2 minutes ou 2 essais** une VVP n'a pas été mise en place → **voie intra-osseuse (IO)**
- Reconnaître et traiter les causes réversibles

Resuscitation team

- Rôles planifiés à l'avance
- Identifier le chef d'équipe ou TEAM LEADER
- Importance des compétences non techniques:

Gestion des tâches

Travail d'équipe

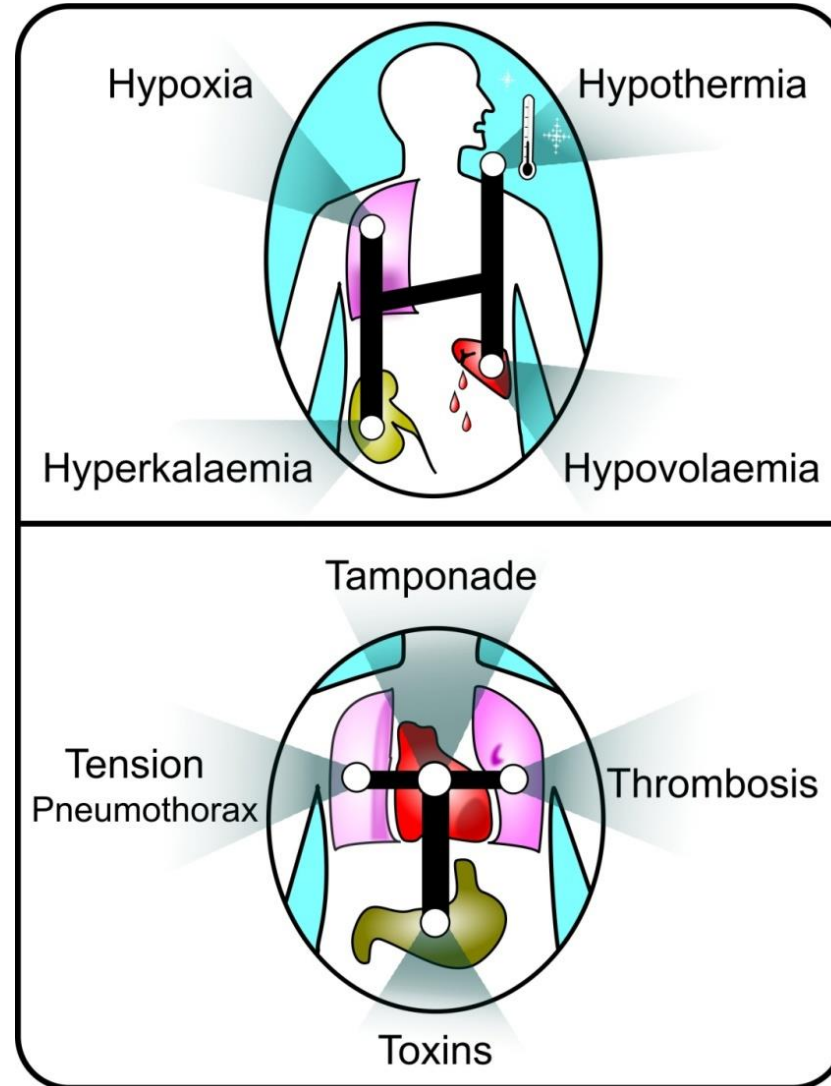
Connaissance de la situation

Prise de décision

Communication structurée



Reversible causes



Hypoxie

- Assurer la liberté des VA
- FiO_2 100%
- AP: SYMETRIQUE
- THORAX SE SOULEVE CORRECTEMENT
- Évitez l'hyperventilation



Hypovolémie

- Rechercher des signes d'hypovolémie

Interrogatoire

Examen:

- Hémorragie interne
- Hémorragie externe
- Vérifiez les drains chirurgicaux
- Contrôler l'hémorragie
- En cas de suspicion d'hypovolémie, donnez des solutes de remplissage intraveineux, CGR, planifier une chirurgie en urgence..



Hypo/hyperkaliémie et autres désordres métaboliques

Vérifier les derniers résultats de laboratoire

Vérifier l'ECG

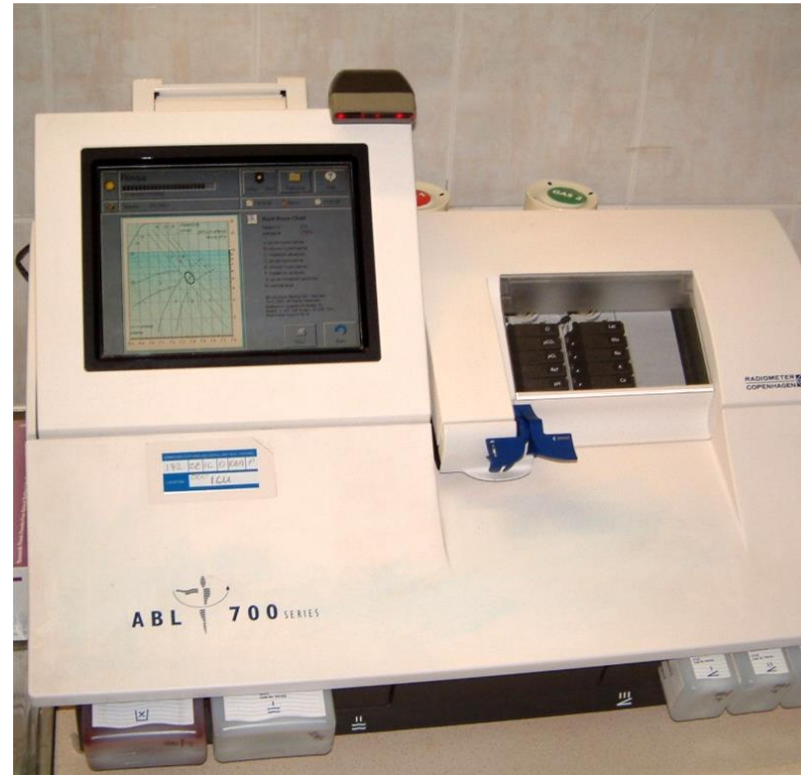
Hyperkaliémie

- Chlorure de calcium
- Insuline/dextrose

Hypokaliémie/
Hypomagnésémie

- Supplémentation en électrolytes

Antécédents du patient
(vomissements, diarrhée, dialyse,
etc.)



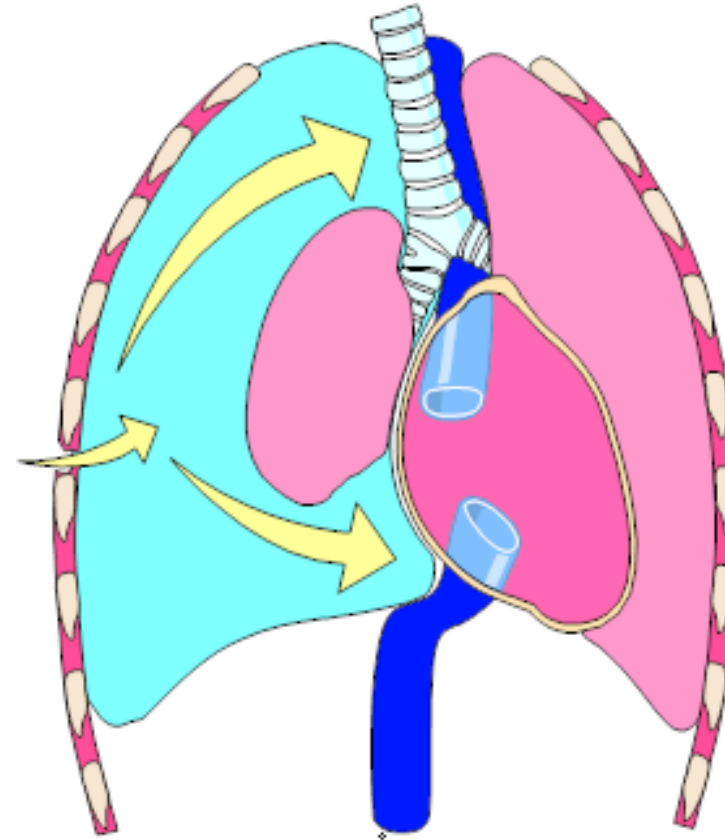
Hypothermie

- Rare si le patient est hospitalisé
- Noyade, avalanche
- Utilisez un thermomètre à lecture basse
- Traiter avec des techniques de réchauffement actif
- Envisager ECMO



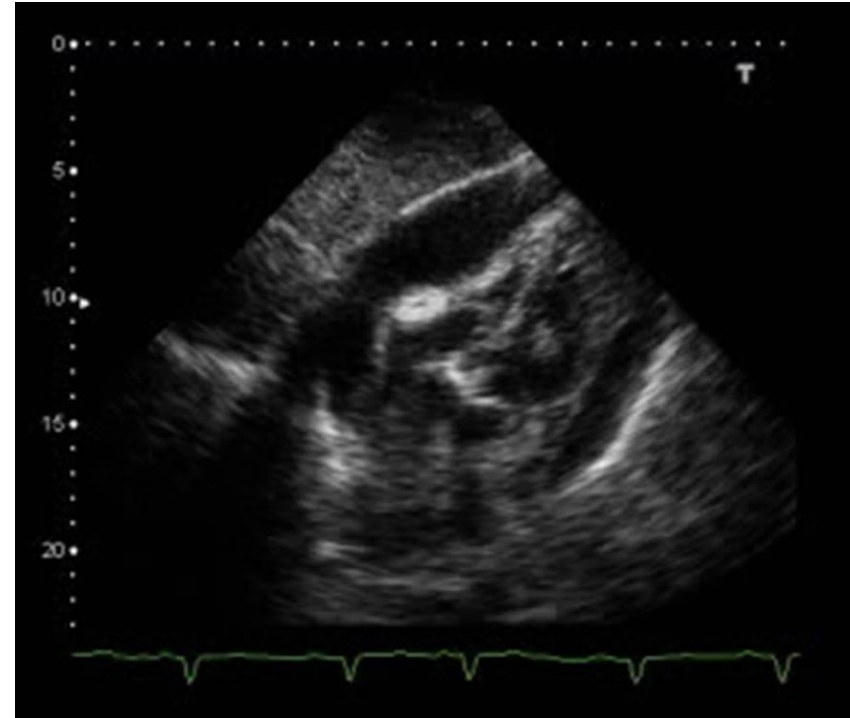
Tension pneumothorax

- Vérifier la position du tube s'il est intubé
- Signes cliniques
Diminution des bruits respiratoires
Déviation trachéale
- Traitement initial par
décompression à l'aiguille ou
drainage



Tamponade

- Difficile à diagnostiquer sans échocardiographie
- Considérez si un traumatisme thoracique pénétrant ou après une chirurgie cardiaque
- Traiter par péricardiocentèse à l'aiguille



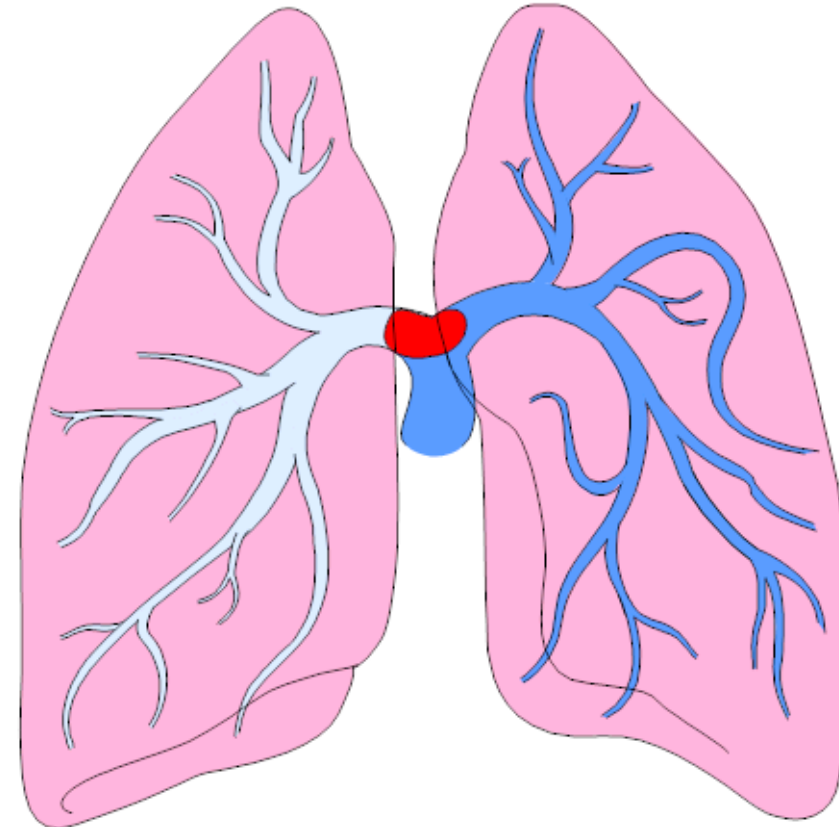
Toxiques

- Rare, sauf preuve d'un surdosage délibéré
- Donner l'antidote adéquat

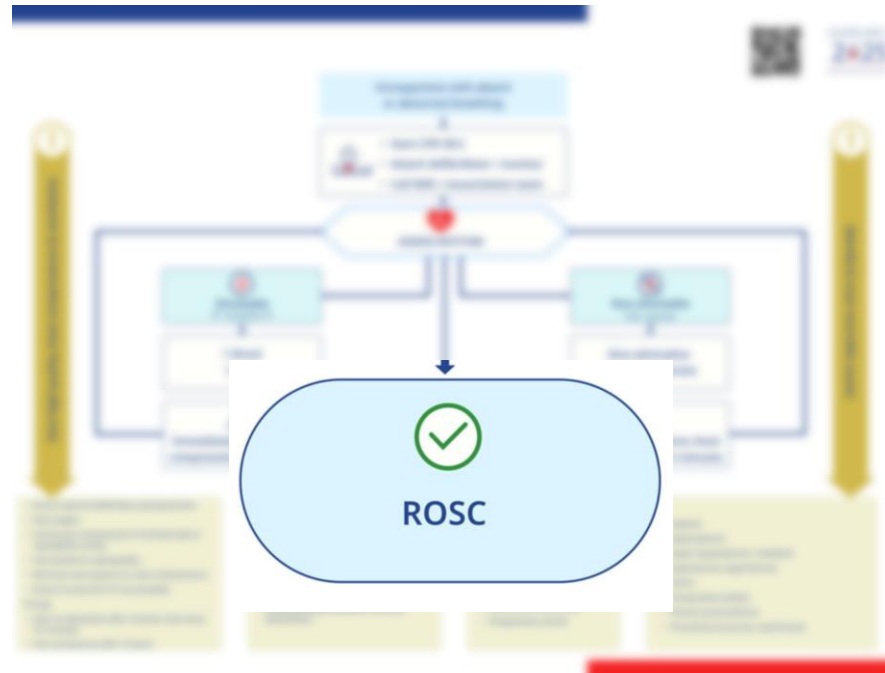


Thrombose

- Si la probabilité clinique élevée d'EP est élevée, envisager un traitement fibrinolytique
- Si le traitement fibrinolytique est administré poursuivre la RCP jusqu'à à 60–90 min avant l'arrêt de la réanimation



Immediate post-cardiac arrest treatment



Immediately after ROSC

- Use ABCDE approach
- Aim for SpO₂ of 94-98% and normal PaCO₂
- Aim SBP > 100 mmHg
- 12 Lead ECG
- Identify and treat cause
- Temperature control

Questions?