

	APPEL ET PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE LORS D'UNE DETRESSE VITALE AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE		
DOC-211_ Version 8	REANIMATION - SURVEILLANCE CONTINUE	Applicable à partir du : 12/08/2024	Revu le

OBJET : Ce document décrit la conduite à tenir pour prendre en charge une urgence vitale (*détresse vitale cardio circulatoire et/ou respiratoire et/ou Neurologique avec mise en jeu du pronostic vital*) au centre Hospitalier de Libourne.

DOMAINE D'APPLICATION : Ce protocole est applicable :

- par tous les professionnels du Centre Hospitalier de Libourne formés à la prise en charge des urgences vitales
- et dans tous les services de tous les sites du Centre Hospitalier de Libourne à l'exception des services suivants : réanimation, urgences, bloc pour lesquels il existe une organisation spécifique

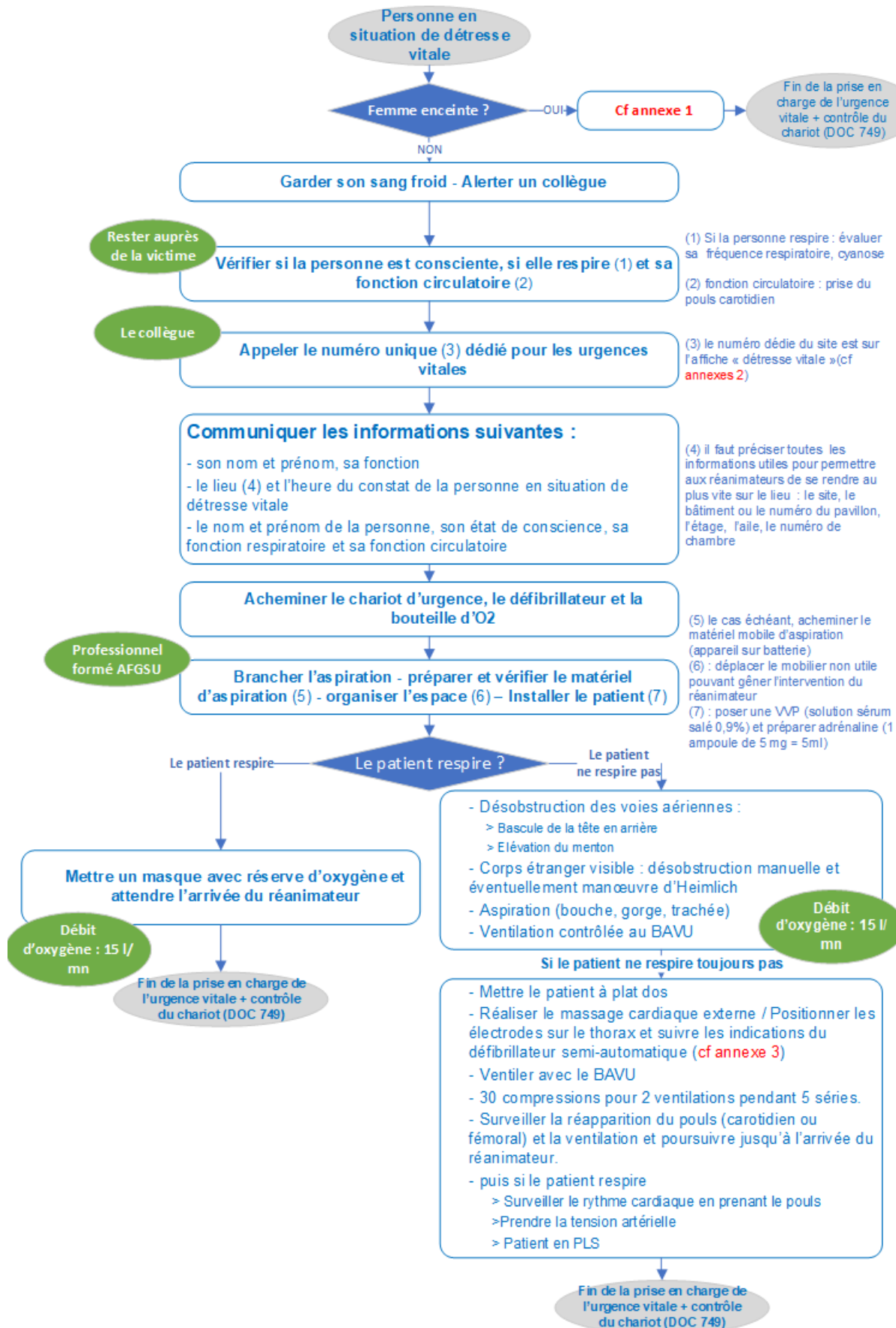
MODIFICATIONS PAR RAPPORT A LA PRECEDENTE VERSION : création d'un protocole d'appel et de prise en charge unique pour tous les sites géographiques et tous les services du Centre Hospitalier de Libourne.

A – DOCUMENT


Ce document comprend 1 **logigramme** qui décrit toutes les étapes à mettre en œuvre pour prendre en charge une urgence vitale et 3 **annexes** :

- annexe 1 : prise en charge d'une urgence arrêt cardiorespiratoire chez la femme enceinte
- annexe 2 : affiches détresse vitale
- annexe 3 : utilisation du DSA HEART START (HS1)

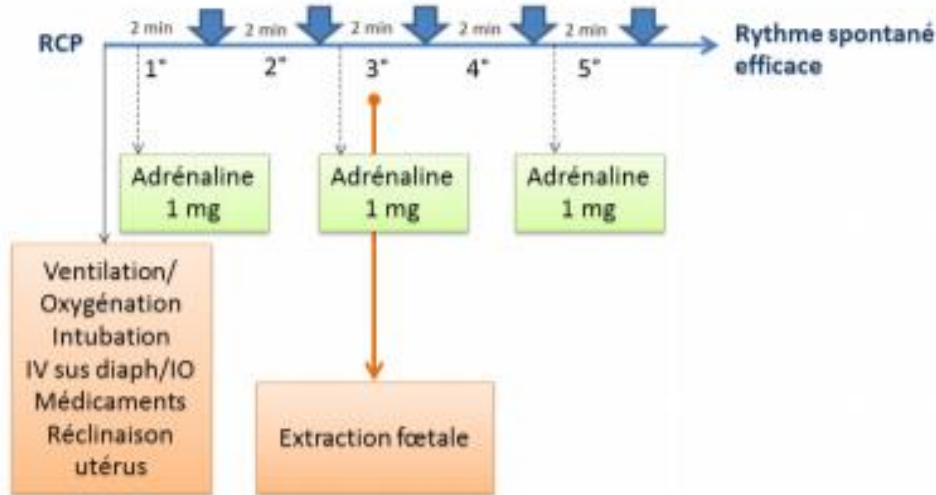
1. PRISE EN CHARGE D'UNE URGENCE VITALE (A mettre dans le chariot)



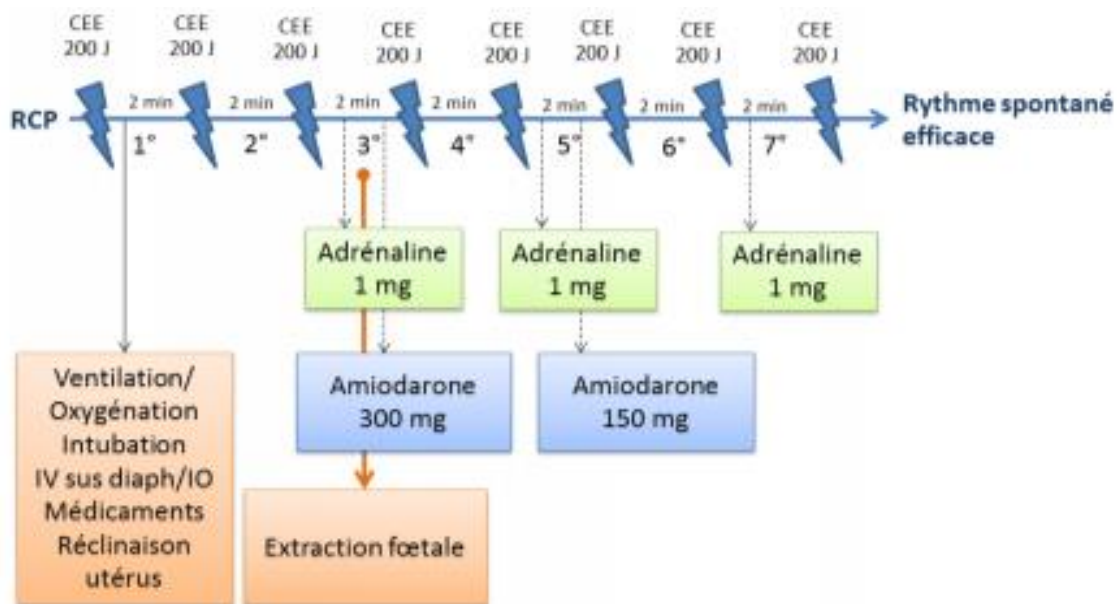
ANNEXE 1 : PRISE EN CHARGE D'UN ARRET CARDIORESPIRATOIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

APPEL A L'AIDE		
objectif : extraction foetale à 5 min		
<input type="checkbox"/> Equipe d'anesthésie-réa <input type="checkbox"/> Obstétricien <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Sage-Femme/Instrumentiste	<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence <input type="checkbox"/> Matériel de ventilation <input type="checkbox"/> Plan dur <input type="checkbox"/> Boite de césarienne / bistouri	<input type="checkbox"/> Désigner une personne pour gérer le chronomètre et consigner par écrit la prise en charge
MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE EN CONTINU		
<input type="checkbox"/> 100 compressions / min <input type="checkbox"/> Mains positionnées AU MILIEU du sternum <input type="checkbox"/> DEPLACER l'utérus sur la gauche dès 22 SA (fond utérin à l'ombilic) <input type="checkbox"/> Relai toutes les 2 minutes		
VENTILATION EN CONTINU		
<input type="checkbox"/> Manuelle (BAVU + masque facial), O ₂ à 10-15 L/min. <input type="checkbox"/> Intubation dès que possible par sonde de PETIT diamètre (6 à 7) ou Masque Laryngé si échec. <input type="checkbox"/> 10 cycles de ventilation par minute (V _T max = 500 mL) <input type="checkbox"/> Utiliser un capnographe (vérification intubation et efficacité réanimation)		
DEFIBRILLATION (rythme choquable)	VOIE IV (sus-diaphragmatique) ou Intra Os	
<input type="checkbox"/> Retirer monitoring foetal <input type="checkbox"/> Analyse du rythme / 2 min, intensité 200 J <input type="checkbox"/> Reprendre le MCE pendant 2 min avant nouvelle analyse	<input type="checkbox"/> Asystolie : adrénaline 1 mg / 3-5 min <input type="checkbox"/> Rythme choquable : après le 3 ^{ème} choc adrénaline 1 mg et amiodarone 300 mg (2 ampoules)	
EXTRACTION FOETALE si terme > 20 SA	RECHERCHER LA CAUSE	
<input type="checkbox"/> Si MCE inefficace malgré la réclinaison de l'utérus <input type="checkbox"/> Objectif : incision à 4 min de réanimation, extraction à 5 min (Sur place si box de salle de naissance ou USI)	Les plus fréquentes : -Hémorragie -Dysfonction cardiaque -Embolie (amniotique, cruorique) -Sepsis	
<input type="checkbox"/> ENVISAGER l'Assistance Circulatoire si ACR réfractaire		

1. ALGORITHME CHEZ PATURIENTE : ACR ET RYTHME NON CHOQUABLE



2. ALGORITHME CHEZ PATURIENTE : ACR ET RYTHME NON CHOQUABLE



3. ALGORITHME SIMPLIFIE

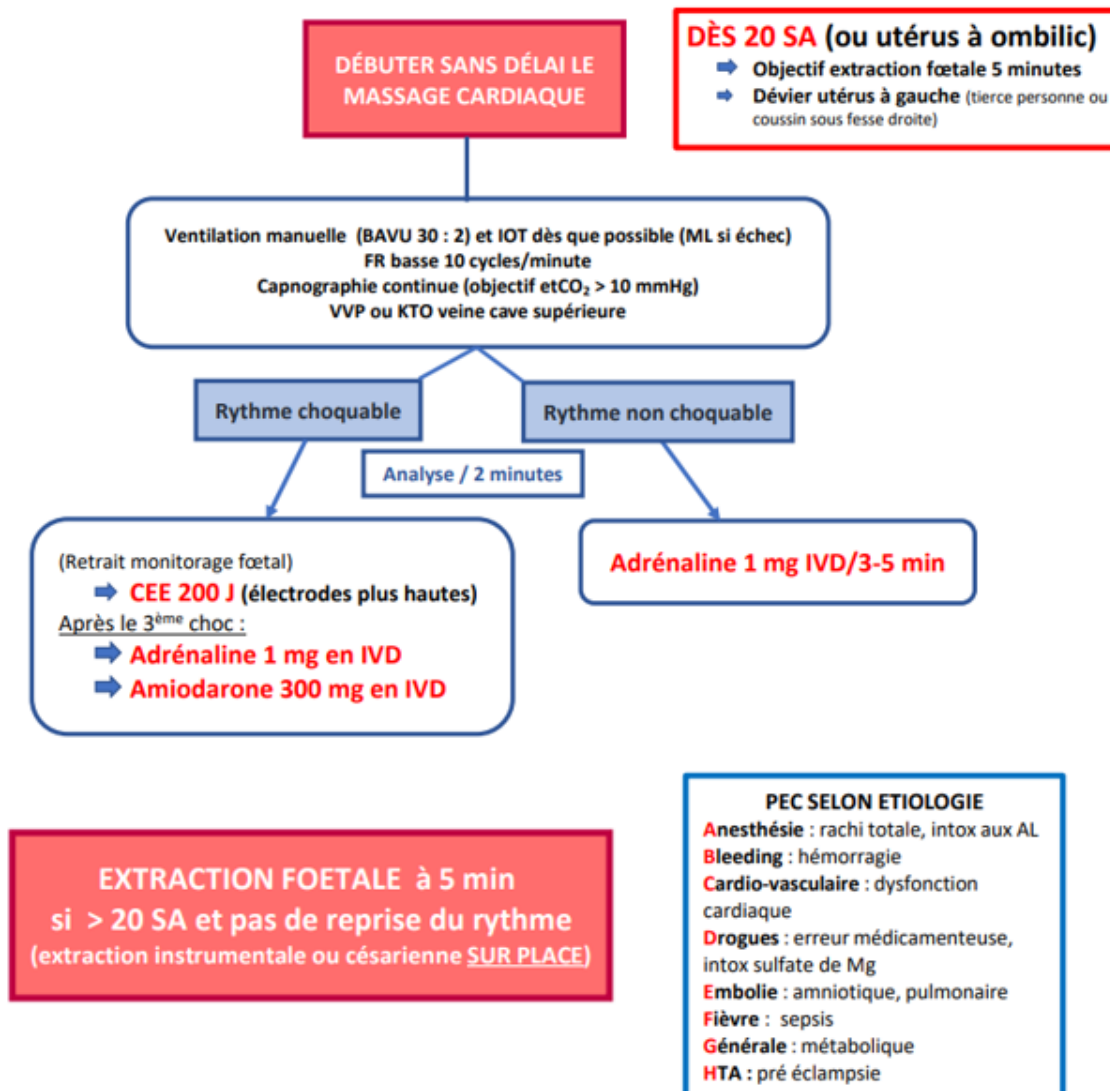
ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Patiente inconsciente ET ne respirant pas ou anormalement (Recherche du pouls inutile)

ALERTER Réanimateur (2222) et GO de garde

DESIGNER : Leader (réanimateur) + Personne gestion chronomètre et consigner PEC

RAPPROCHER : chariot d'urgence avec défibrillateur, sac d'accouchement contenant kit césarienne, échographe



4. KIT CESARIENNE LIT DE LA PATIENTE

- Gants stériles taille 6.5 x2 et 7 x2
- Casaque stérile x2
- Masques
- 1 flacon de bétadine jaune
- Un grand champ stérile carré, trou carré
- 1 bistouri froid lame de 23 avec manche
- Grandes compresses stériles marquées 15x15 : 2 paquets
- 1 grand kit de suture périnée
- Fils de suture : Fils tissés résorption lente NOVOSYN (ou OPTIME) avec aiguille **ronde** :
 - 2 aiguilles courbure 48 taille 2
 - 1 aiguille courbure 40 taille 1
 - 1 aiguille courbure 37 taille 2/0
- Agrafeuse
- Pansement
- Un champ blanc bébé + bonnet
- Clamp de cordon
- Kit PH au cordon + trocard rose

5. Etiologies ACR

Etiologies	Contexte	Signes prémonitoires possibles	Pendant la RCP
Hémorragie	Anomalie placentaire ou utérine connue Post partum immédiat Extériorisation sang Augmentation du volume abdominal	Douleurs abdominales Malaise, Pâleur, Collapsus Anomalies du RCF	Recherche hémorragie HemoCue® Echographie abdominale Transfusion massive (cf AC spécifique)
Hypoxie	Induction anesthésie générale ou administration thérapeutique récente	Cyanose Désaturation	Contrôle VAS et oxygénation
Embolie Amniotique	Accouchement, rupture des membranes	Dyspnée, trouble du rythme, collapsus, convulsions, anomalies RCF, agitation, torpeur	Rechercher coagulopathie / hémorragie (cf AC spécifique)
Embolie Crurorique	FdR, ATCD, thrombose connue	Dyspnée, douleur thoracique, cyanose	Echographie cardiaque , thrombolyse, thrombectomie
Anaphylaxie	Contact (latex), administration médicaments (antibiotiques, curares...)	Eruption, dyspnée, bronchospasme, collapsus	Adrénaline, remplissage (cf AC spécifique)
Cause cardiaque : TdR, IdM, DAO, Cardiomyopathie	ATCD personnel ou familiaux Facteurs de risque Obésité	Douleur Thoracique Dyspnée, palpitation, syncope	Echographie cardiaque
Anesthésie	Anesthésie régionale ou administration de médicaments	Toxicité AL: convulsions, troubles de rythme Rachi Totale : dyspnée, collapsus	Arrêter délivrance des traitements en cours si AL suspectés: administrer Intra-lipides Rachi Totale : (cf AC spécifique)
Hypertension	HTA, pré-éclampsie	Convulsions	(cf AC spécifique)
Sulfate de Magnesium	MAP, pré-éclampsie	Dépression respiratoire, collapsus	Administrer Gluconate (ou chlorure) de Calcium
Autres causes	Hypothermie - Hypo/hyperkaliémie - Tamponnade cardiaque - Pneumothorax suffocant -Toxiques		

ANNEXES 2 : AFFICHES DETRESSE VITALE



le numéro des urgences vitales internes sur

LE SITE BOULIN/SABATIÉ *

* Sauf EHPAD Victor Schoelcher

DÉTRESSE VITALE?

 2222

Numéro unique

Que devez-vous faire?

- ➔ **Garder votre sang froid**
- ➔ **Indiquer**
 - Votre fonction
 - Le lieu précis où se trouve la victime
- ➔ **Vérifier**
 - La victime est-elle consciente ?
 - Respire-t-elle ?

Localisation Défibrillateur ?

Localisation Chariot Urgence ?

le numéro des urgences vitales internes sur
LES SITES GARDEROSE/EHPAD/CRÈCHE/ FAM
LES SITES EXTRA HOSPITALIERS CMP*/HDJ*/ CATTP*

*Centre Médico Psychologique/**Hôpital De Jour/**Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

DÉTRESSE VITALE?

015

Numéro unique

Que devez-vous faire?

➔ **Garder votre sang froid**

➔ **Indiquer**

- Votre fonction
- Le lieu précis où se trouve la victime

➔ **Vérifier**

- La victime est-elle consciente ?
- Respire-t-elle ?

Localisation Défibrillateur ?

Localisation Chariot Urgence ?

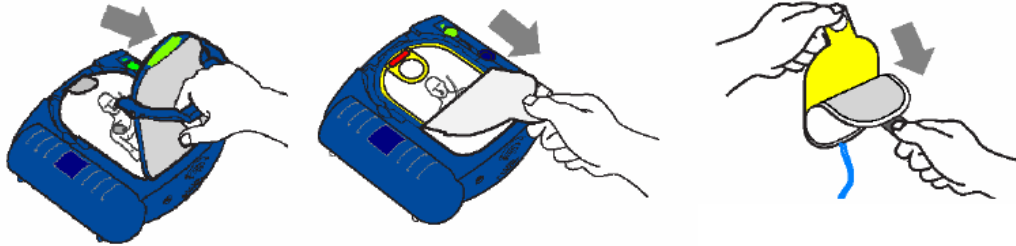
ANNEXE 3 : UTILISATION DU DSA HEART START (HS1)

INSTALLATION DU HS1

MISE EN ROUTE

-Tirer la poignée ou appuyer sur le bouton Marche/Arrêt

Souligner les messages adaptés à chaque étape de la pose des électrodes (« regardez les dessins... » ; « placez les électrodes... » ; « appuyez fermement... », l'analyse de démarre qu'une fois que les électrodes sont positionnées sur le patient)



-Appuyer sur le bouton « choc » s'il s'allume



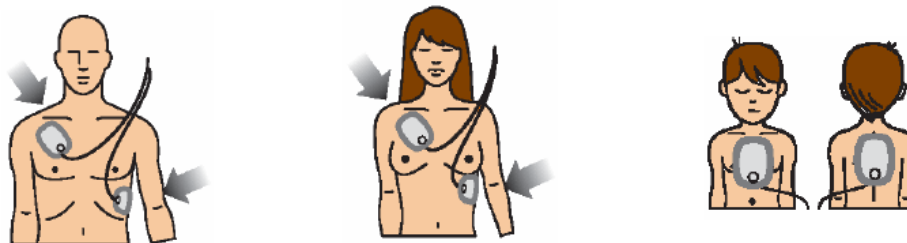
-Activer l'aide à la RCP dès que le bouton bleu clignote.

REMARQUE : Les messages ne sont qu'une aide. Il est inutile d'attendre les instructions pour continuer.

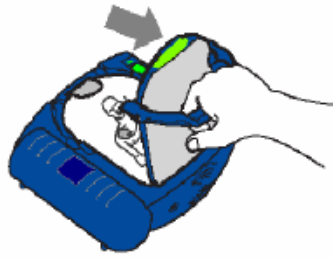
REMARQUE : En cas de mise en route inappropriée appuyer sur le bouton marche/arrêt jusqu'à ce que le HS1 s'arrête.

REMARQUE : Dans ce scénario le HS1 indique « choc recommandé » et se charge.
En cas d'asystolie ou de tracé sinusal, l'appareil recommande immédiatement la RCP.

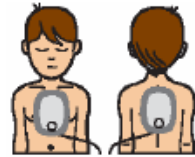
REMARQUE : Les électrodes adultes doivent être positionnées sous la clavicule droite et sur les côtes flottantes gauches de telle sorte qu'elles soient perpendiculaires dans le plan sagittal. En cas de présence d'un pacemaker ou autre dispositif il est recommandé de ne pas les couvrir par les électrodes ceci ralentirait le courant électrique et risquerait de l'endommager. La position antéro-postérieure est recommandée chez les enfants de 1 à 8 ans (utiliser les électrodes Ref M5072A).



Guide destiné à la formation à l'utilisation du HS1. Ceci n'est ni un guide de secourisme ni un manuel d'utilisation.



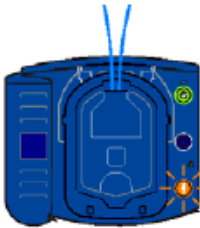
1-TIREZ



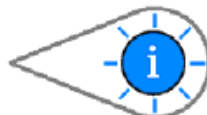
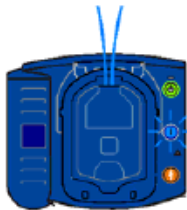
2-PLACEZ LES ELECTRODES



3-ANALYSE ne touchez pas le patient



4-APPUYEZ (si le voyant orange clignote) ne touchez pas le patient



RCP ne pas éteindre l'appareil (pour de l'aide appuyer sur le bouton bleu)

B - INFORMATIONS en lien avec le document

DEFINITIONS ET ABREVIATIONS : SANS OBJET

MOTS CLES : DSA, URGENCE VITALE

DOCUMENTS DE REFERENCE :

RECOMMANDATIONS POUR L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES INTRA HOSPITALIERE SFAR 2004

Références :

Lipman S et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement on Management of Cardiac Arrest in Pregnancy. Anesth Analg 2014;118(5): 1003-16.

Nolan JP et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 2010;81:1219-76.

Neumar RW. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:s729-767.

Mhyre JM et al. Cardiac arrest during hospitalization for delivery in the United States, 1998-2011. Anesthesiology 2014;120(4):818-8.

Truhlar A et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. Resuscitation 2015;95:141-208.

LIENS DOCUMENTAIRE :

DOC-2221 [ORGANISATION DE LA GESTION DES URGENCES VITALES](#)

C - ELABORATION

	NOM, FONCTION	DATE, SIGNATURE
Rédacteur(s)	Julien BAUTE, Ingénieur qualité	signé le 03/07/2024
Valideur(s)	Dr Hubert GRAND, Chef de service réanimation	signé le 12/08/2024
Approbateur	Julien BAUTE, Ingénieur qualité	signé le 12/08/2024

ANNEXE 1 rédigée par le DR LISE-MARIE DORCIER , gynécologue obstétricien et validée par le Dr Céline ROTA