

Mardi 15 octobre 2019

Hôpital Cantonal de Genève

Arrêt cardio-respiratoire à Genève : état des lieux et perspectives

Dr Larribau

Un arrêt cardiaque (ACR= arrêt cardio-respiratoire) c'est la survenue inopinée d'une absence de signes de circulation, c'est un symptôme aux étiologies diverses...

En gros, il y a l'arrêt cardiaque primaire suite à une ischémie coronarienne ou à un trouble du rythme ; il y a l'arrêt circulatoire suite à une obstruction au niveau de l'éjection : tamponnade, embolie, pneumothorax ; il y a l'arrêt cardiaque sur perte de volume circulant : hypovolémie, et l'arrêt cardiaque sur ischémie ou absence d'énergie cellulaire : acidose, hypothermie, hypoglycémie, intoxications....

Pour celui qui branche le scope, il y a les fibrillations ventriculaires ou tachycardies ventriculaires (sans pouls), une activité électrique sans pouls (AESP) ou une asystolie (+- brady-asystolie).

Depuis le 1.1.2009, il y a eu 4044 situations d'ACR à Genève, soit 97/100'000/ an dont 47/100'000/ an sont réanimés.

Dans 50% des cas la réanimation n'est même pas tentée, (6% ont des directives anticipées de non réanimation (NTBR)).

60% des ACR ont lieu à domicile, 30% dans un lieu public, et 10% dans un contexte de sauvetage (durant le transport p.ex.).

L'âge moyen est de 65 ans, avec 67% d'hommes.

Les 10 premières minutes devraient consister en :

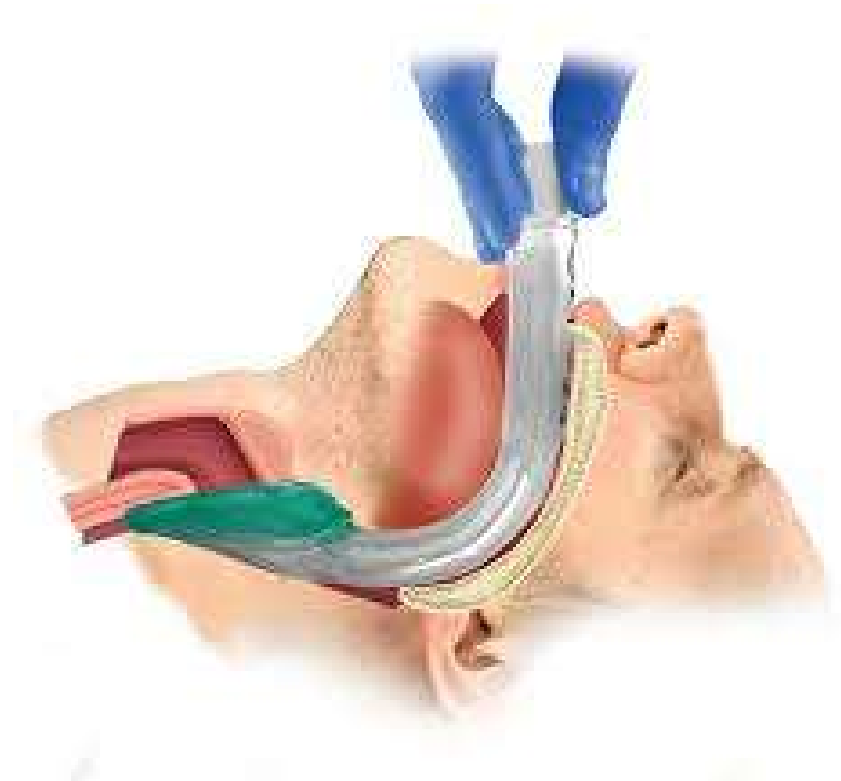
- Reconnaître l'ACR
- Appeler le 144
- Masser à 100-120/min
- Administrer un choc électrique

On insiste sur la formation des 1ers répondants, soit les familles, les passants, bref n'importe qui. C'est de leur capacité à réagir que va dépendre la survie du patient...

4 minutes sans massage cardiaque c'est 100% de lésions neurologiques graves, et 6 minutes sans massage cardiaque après le collapsus c'est 100% de décès. Chaque minute de gagnée c'est 50% de vie en plus...

Ensuite on passe au Advanced life support (ALS) avec ventilation, perfusion, Adrénaline- Amiodarone etc...

Je découvre la canule d'intubation supraglottique I-gel...



...et la perceuse pour mettre une perfusion directement dans le tibia quand il n'y a pas d'accès veineux...



A Genève, l'ambulance arrive en moyenne en 9' ; 50% des ventilations utilisent un masque laryngé (l-gel) cf ci-dessus, et 30% des réanimation utilisent un accès intra-osseux (cf ci-dessus). 80% administrent de l'adrénaline (moyenne de 5 mg) et 15% de l'amiodarone.

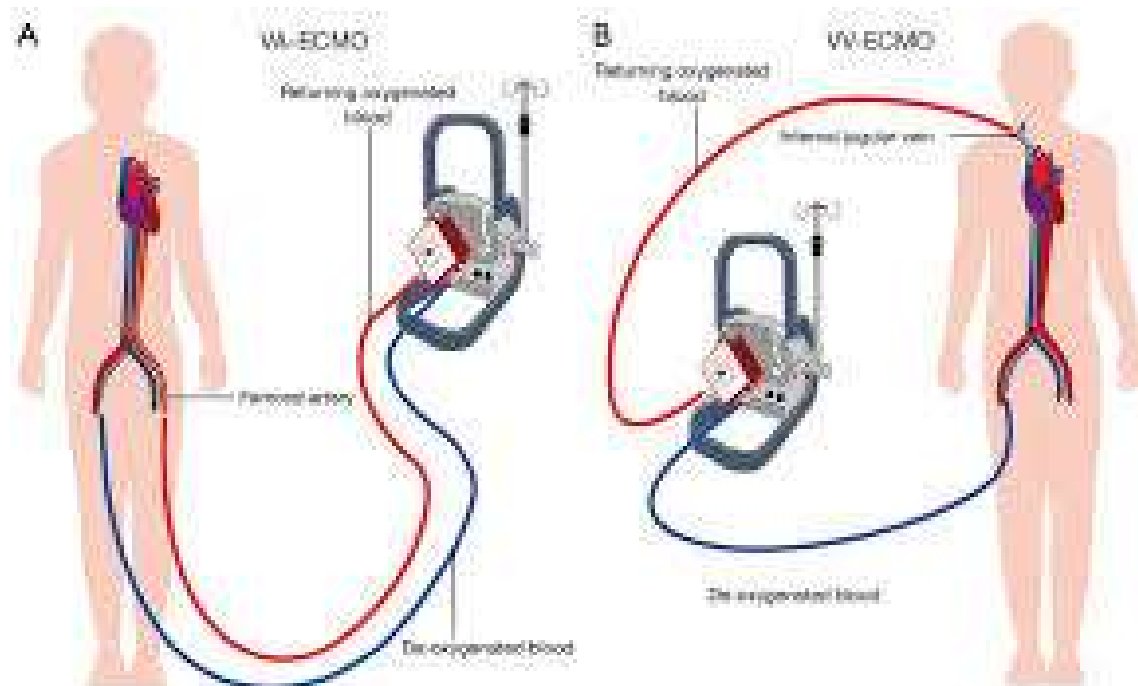
43% des « réa » ont un retour à la circulation spontanée, et 45% sont transporté à l'hôpital. A la fin on parle de 13% de survie, soit de sortie de l'hôpital...

Pour faciliter le transport, il existe des dispositifs automatisés de massage cardiaque :



On peut même faire des échographies durant la réanimation et des examens de laboratoire.

Si, après 20-30' après avoir décroché l'appel, il n'y a pas de retour à la circulation spontanée soutenue, le patient pourrait être transporté sous massage cardiaque dans le but d'aller vers une ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) :



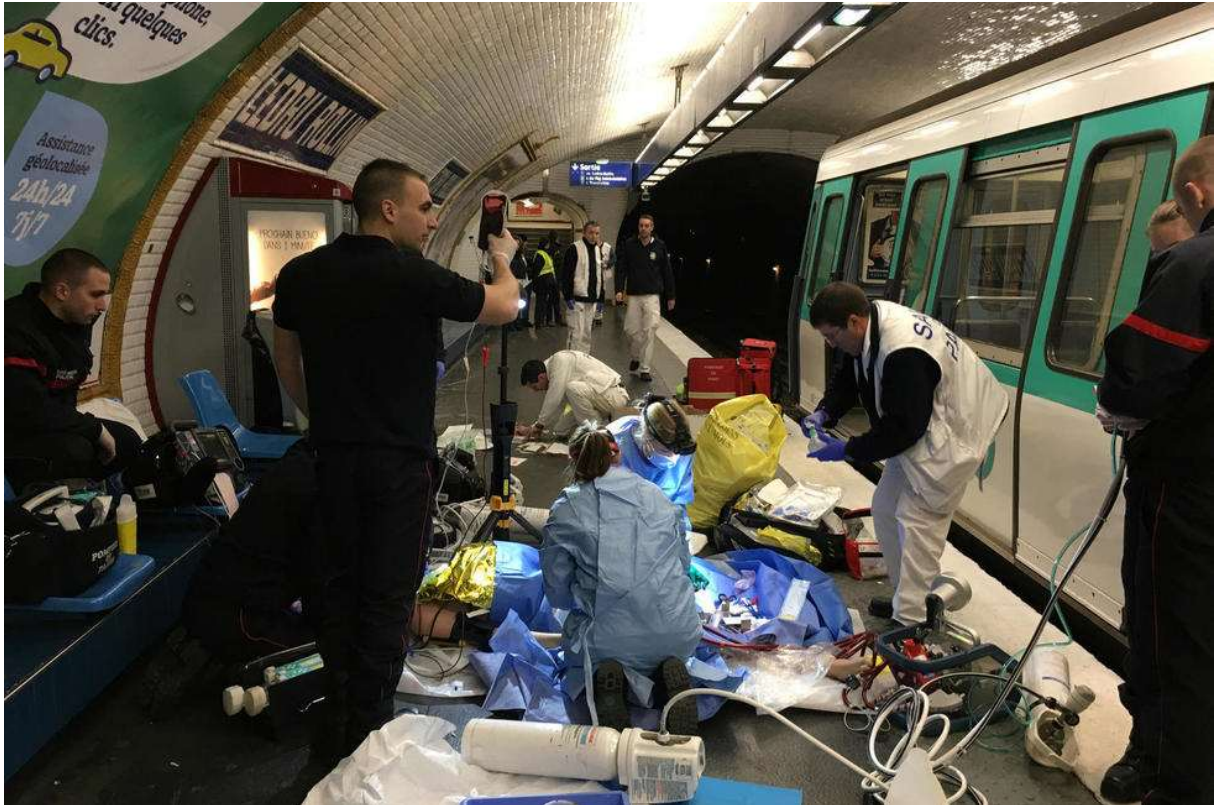
...ou un don à coeur arrêté...c'est-à-dire maintenir la réa afin de donner le cœur à quelqu'un d'autre...si j'ai bien compris... ?

Pour ce faire, on développe un score pour pouvoir quantifier les chances de succès...

On nous dit que 95% des survivants ont un « très bon état neurologique » à leur sortie de l'hôpital, soit 20-30/ an.

Il existe des applications smartphone permettant de contacter en urgence les personnes formées se trouvant à proximité d'un ACR. Cela permettrait d'augmenter le nombre des « premiers répondants » qui sont apparemment ceux qui font la différence dans la survie...

Une réanimation dans le métro à Paris : je ne sais pas s'ils installent une ECMO sur le quai, mais en tout cas, ça en fait du monde et du matériel...



Ce serait bien que nous sachions au moins où se trouve le défibrillateur le plus proche de notre cabinet et de notre domicile. On peut télécharger « Staying Alive » sur notre iPhone.



https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mobilehealth.cardiac&hl=fr_CH

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch