



# ACR SUR ASYSTOLIE AU BLOC OPÉRATOIRE

## CONFIRMER

- ☐ Tracé plat: \_\_\_\_\_
- ☐ Absence de pouls
- ☐ Effondrement capnie
- ☐ Noter l'heure: ..... H .....min
- ☐ Designer le leader

## INITIER

- ☐ RCP
  - 100- 120 Compressions /min
  - 5 - 6 cm de profondeur
  - Relaxation complète
  - Rotation: toutes les 3 minutes

## Appel à l'aide STOP Chirurgie

## TRAITER

- ☐ Evaluer l'efficacité de la RCP
  - EtCO<sub>2</sub> (20 mmHg)
  - Pression artérielle sanglante diastolique > 20-40 mmHg
- ☐ Défibrillateur mis en place : pas de choc
- ☐ Adrénaline 1 mg / 3-5min
- ☐ Massage cardiaque externe en continu
- ☐ Intuber si non réalisé préalablement

## VÉRIFIER

- ☐ FiO<sub>2</sub> = 1, haut débit de gaz frais
- ☐ Ventilation protectrice FR 10/min
- ☐ Accès veineux disponible

## RECHERCHER CAUSES

- ☐ Respiratoires
- ☐ Cardiovasculaires
- ☐ Métaboliques
- ☐ Anesthésiques
- ☐ Neurologiques

## En cas d'arrêt cardiaque réfractaire:

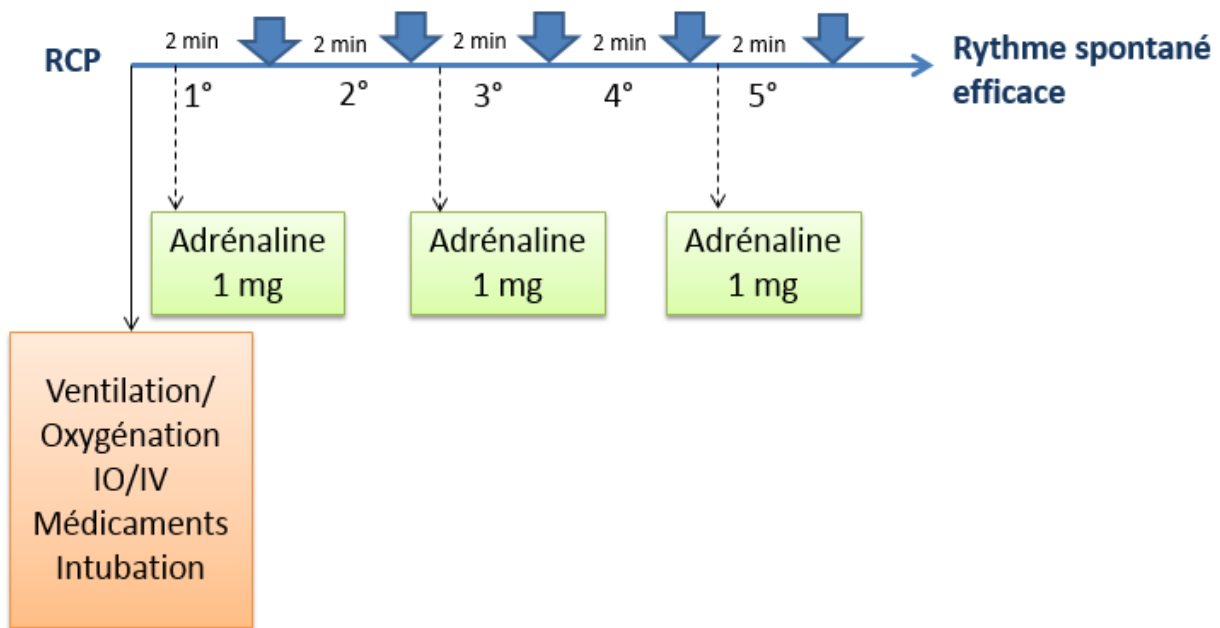
Réanimation prolongée  
Envisager une assistance cardio-circulatoire (ECLS/ECMO)

### Références:

ERC Guidelines 2015. <http://www.corguidelines.eu/>  
Cardiac Arrest in the Operating Room. Janusz A.  
[http://www.esahq.org/~media/ESA/Files/Refresher%20Courses/2012/Cardiac%20arrest%20in%20the%20operating%20room%20\(2012\).ashx](http://www.esahq.org/~media/ESA/Files/Refresher%20Courses/2012/Cardiac%20arrest%20in%20the%20operating%20room%20(2012).ashx)  
Arrêt cardio-circulatoire au bloc opératoire. Lena-Quintard D. Le Praticien en anesthésie réanimation.2015;19:136-42.  
Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de l'arrêt cardiaque. AFAR.2007;26:1008-1019.

Réalisée en 2016 par le CAMR

### Algorithme : ACR et rythme NON choquable



### RECHERCHER CAUSES

- ☐ Respiratoires :
  - ☐ hypoxiques (inhalation, échec intubation, extubation accidentelle, pneumothorax, intubation sélective, panne de matériel, dépression respiratoire lors d'une ALR...)
  - ☐ Bronchospasme
- ☐ Cardiovasculaires :
  - ☐ Choc hypovolémique et/ou hémorragique
  - ☐ Manœuvres chirurgicales et diminution de la perfusion des organes
  - ☐ Embolie pulmonaire cruorique, gazeuse, grasseuse, de ciment
  - ☐ Augmentation de la pression intra abdominale
  - ☐ Accident transfusionnel
  - ☐ Choc anaphylactique (Faire impérativement les premiers prélèvements + +: histamine, tryptase, IgE anti-AQ)
  - ☐ *Pneumothorax compressif*
  - ☐ SCA (infarctus, Takotsubo...), tamponnade
  - ☐ HTAP sévère
  - ☐ Dysfonction d'un pace maker; Syndrome du Q-T long; BAV
  - ☐ Hypothermie
- ☐ Métaboliques :
  - ☐ hyperkaliémie CaCl 1g, Insuline 10UI dans G10% 500ml; hypoglycémie G30% 10ml; acidose, hyperventilation; hypocalcémie CaCl 1g
- ☐ Anesthésiques :
  - ☐ surdosage en agents anesthésiques, erreurs d'administration d'un médicament, anesthésie neuro-axiale avec bloc du tronc cérébral, intoxication aux anesthésiques locaux, hyperthermie maligne, choc anaphylactique
- ☐ Neurologiques :
  - ☐ accident vasculaire cérébral, hypertension intra crânienne