

RÉA. 3 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine traumatique ou hémorragique - Adulte

RÉA. 3

Critères d'inclusion :

Tout ACR dans un contexte traumatique avec cinétique à risque ou impact à haute vitesse (traumatisme fermé) ou traumatisme pénétrant chez le patient adulte (avec présence de signes de puberté).

Sera aussi inclus tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interneⁱ ou externe, chez le patient adulte (avec présence de signes de puberté) avec ou sans traumatisme à haute vitesse.

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Critères d'exclusion :

Tout ACR dont la situation clinique suggère que l'ACR a précédé un impact à basse vitesse.

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (ACR avec réanimation impraticable - Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.**
2. **Confirmer l'ACR avec une protection cervicale, débuter immédiatement la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.**
3. **Demander une analyse :**
 - a) Si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », se référer à RÉA. 1 (ACR d'origine médicale - Adulte);
 - b) Si absence d'activité électrique (asystolie), considérer l'application du protocole RÉA. 4 (Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique);
 - c) Si activité électrique, débuter la RCR à nouveau et procéder à l'étape suivante.
4. **Préparer le Combitube[®] et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celle-ci est prête.**
5. **Prendre le pouls après le premier 2 minutes de RCR (5 cycles de 30:2 ou 200 compressions si ventilation asynchrone) et ensuite à toutes les 5 minutes.**
6. **Procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale en poursuivant la RCR.**
7. **Procéder à l'évacuation du patient.**
8. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU en poursuivant la RCR, si le patient n'est pas réanimé.**

ⁱ Voir Remarques (Critère d'inclusion)

Remarques :

Critère d'inclusion :

Pour inclure le patient dans le protocole RÉA. 3 « ACR d'origine traumatique ou hémorragique », l'hémorragie doit être significative et clairement documentée (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) autrement le protocole RÉA. 1 (ACR d'origine médicale) doit être appliqué.

Ventilation et intubation :

S'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre de la tête, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Trois tentatives d'intubation doivent être effectuées **sur place** avant le départ du véhicule ambulancier, 5 cycles de RCR 30:2 doivent être faits entre deux tentatives.

Déplacements :

Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque le patient est intubé ou que les 3 tentatives d'intubation ont été effectuées. Les 2 techniciens ambulanciers paramédics doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

Spécificités :

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après le constat d'une asystolie lors de l'analyse initiale.

Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel arrêt cardiaque, recommencer le protocole au début.

RÉA.3 ACR traumatique adulte avec particularités MRSI

Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence des particularités de MRSI, le protocole usuel s'applique.

Généralités :

- Revêtir les équipements de protection individuelle appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspectée ou confirmée et respecter les directives de l'établissement.

Interventions à adapter :

1. Installer un masque à haute concentration puis commencer les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. Installer les électrodes de défibrillation et procéder à l'analyse.
3. Préparer le Combitube avec précautions de MRSI (TECH.6) pendant qu'un autre intervenant poursuit les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
4. Procéder à l'intubation avec précautions de MRSI (TECH.6) en cessant les compressions thoraciques dès que le Combitube est prêt et reprendre la RCR avec ventilation une fois l'intubation complétée.