

Réanimation cardio-pulmonaire (RCP)

Chacun peut être confronté à une personne en arrêt cardio-respiratoire (ACR). Cela peut survenir lors de la pratique d'un sport mais également sur la voie publique ou à tout autre moment.

Le taux de survie lors d'un ACR est inférieur à 10 %. Si une RCP est initiée rapidement, ce taux peut atteindre 30 %. Votre rôle peut donc être déterminant.

Comment doit-on réagir ? Quels sont les premiers gestes ? Quand faut-il débiter une RCP ? Autant de questions auxquelles nous essayerons de répondre.

Objectif de la RCP

L'objectif de la RCP est de maintenir une circulation sanguine et une ventilation pulmonaire en cas d'arrêt cardio-respiratoire (ACR) et ce jusqu'à l'arrivée des secours ou la reprise d'un rythme cardiaque et d'une ventilation spontanée.

Rappel d'anatomie et de physiologie

Le cœur est un muscle constitué de quatre cavités : deux oreillettes et deux ventricules.

Le cœur est une « pompe » qui se contracte et se relâche de façon précise afin d'assurer la circulation sanguine. Ces contractions rythmées des oreillettes et des ventricules sont orchestrées par le nœud sinusal situé au niveau de l'oreillette droite. Celui-ci génère une stimulation électrique transmise via le faisceau de His à l'ensemble du muscle cardiaque (myocarde).

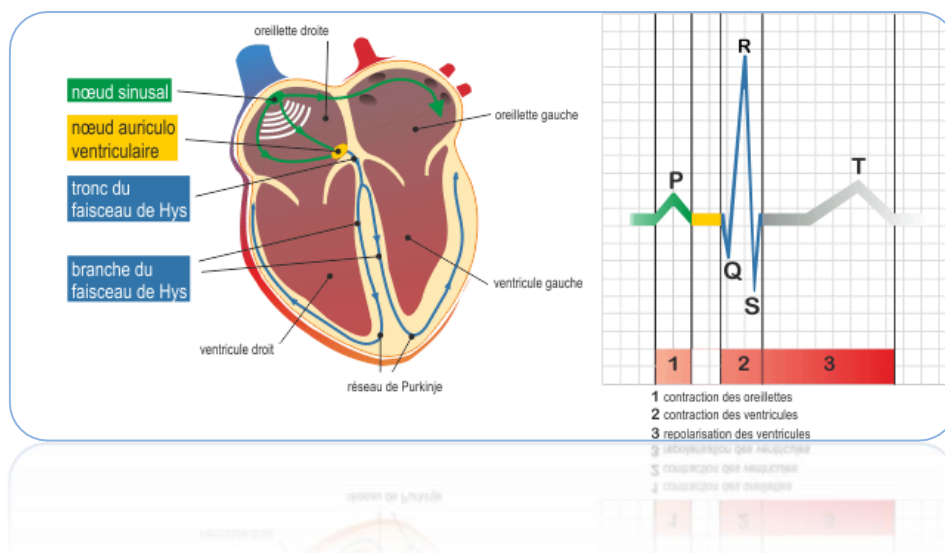
Si l'on mesure, à l'aide d'électrodes, le signal électrique au niveau de la paroi thoracique (électrocardiogramme), on enregistre:

- Lors de la systole (phase de contraction du cœur) :

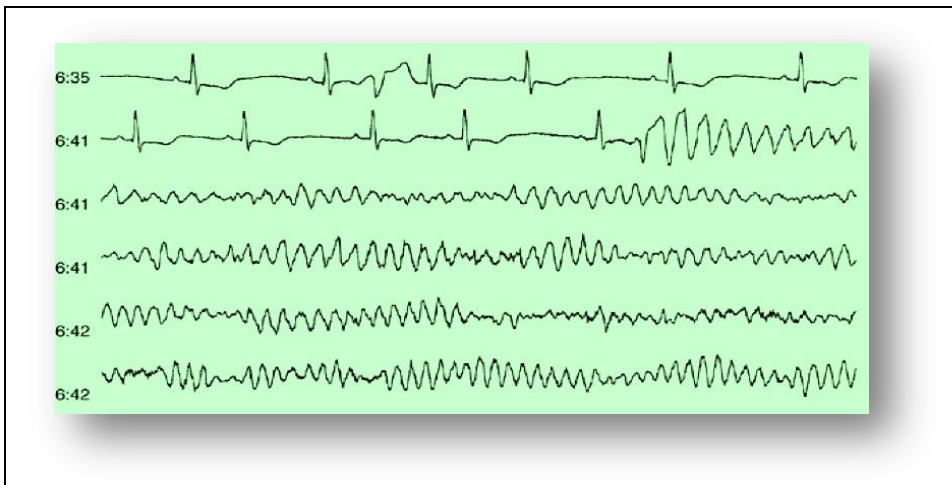
- une onde P correspondant à la phase de contraction des oreillettes.
- un complexe QRS correspondant à la phase de contraction des ventricules

- Lors de la diastole (phase de relaxation du cœur) :

- une onde T correspondant à la phase de repolarisation du myocarde.



Lors d'une maladie cardiaque, par exemple un infarctus, on enregistre des anomalies de ce signal électrique. Sur l'électrocardiogramme ci-dessous, on observe le passage d'un signal normal vers une fibrillation ventriculaire (associée à une activité anarchique des fibres musculaires cardiaques accompagnées de contractions inefficaces).



Quels sont les causes d'arrêts cardio-respiratoires ?

Quatre-vingt pourcents sont d'origine cardiaque. Différentes maladies du cœur peuvent engendrer une asystolie (c'est-à-dire une absence de contraction) ou un trouble de rythme cardiaque associée à des contractions inefficaces. La maladie la plus fréquente est l'infarctus du myocarde secondaire à l'obstruction d'une artère coronaire.

Parmi les causes non cardiaque, on note : le traumatisme, l'électrocution, la noyade, l'asphyxie, l'intoxication, la strangulation, l'hypothermie, la fausse déglutition (passage d'un corps étranger dans les voies aériennes entraînant une ventilation inefficace).

Quels sont les manifestations d'un ACR ?

La perte de conscience et l'absence de respiration sont les deux signes primordiaux :

- La **perte de connaissance** se manifeste par un état d'inconscience, d'hypotonie et une absence de réaction au bruit, au toucher, à la douleur et à la lumière.
- L'**absence de respiration** se traduit par une immobilité de la cage thoracique et de l'abdomen. De plus, en approchant l'oreille de la bouche du patient, on ne sent et n'entend aucun souffle.

D'autres signes non fondamentaux :

- Une absence de pouls artériels (carotidien, huméral, radial ou fémoral, ...). L'évaluation du pouls ne doit pas faire perdre un temps précieux.
- Le teint est pâle ou cyanosé (bleuté)
- Les pupilles peuvent être dilatées (mydriase). Ce signe révèle une souffrance cérébrale.

Les signes trompeurs

- Lors d'un ACR, on observe parfois des convulsions (mouvements involontaires, brusques et saccadés) qui miment une crise d'épilepsie. En cas d'ACR, ces convulsions cessent rapidement.
- Au début d'un ACR, on observe dans 40 % des cas, une respiration bruyante appelé gasping.

Avec quoi ne faut-il pas confondre un ACR ?

- Une **syncope** : il s'agit d'une perte de connaissance sans arrêt cardio-respiratoire. On observe une hypotension et une bradycardie c'est-à-dire un rythme cardiaque inférieur à 60 battements par minute.
- Une **crise d'épilepsie** : il s'agit d'une crise convulsive prolongée. Un pouls artériel et une respiration sont perceptibles.
- Un **état de choc** : le patient présente une tension artérielle très basse secondaire par exemple à une hémorragie, une infection sévère ou une réaction allergique. Les mouvements respiratoires sont présents.
- Un **état de mort certaine** : le sujet est inconscient, ne répond pas et ne respire pas comme lors d'un ACR. Mais cet état est présent depuis longtemps, le sujet est froid, raide et présente des lividités.

Prise en charge pratique d'un ACR

Vérifier l'état de conscience :

- Secouer les épaules du patient tout en l'appelant
- En cas de doute, pincer la peau
- S'il répond le laisser tel quel, rechercher ce qui ne va pas et reconstrôler régulièrement

Chercher de l'aide rapidement

- Ne pas rester seul(e) et revenir rapidement près de la victime
- Rechercher du matériel de réanimation (ballon de ventilation, défibrillateur, ...)
- Rechercher des informations (circonstance de l'accident, antécédents médicaux, soins palliatifs, souhaits, testament de vie, ...).

Vérifier la respiration du patient



- Placer la tête en hyperextension avec une main sur le front et 2 doigts sous le menton
- La bouche est entrouverte vers le ciel
- Vérifier l'absence de corps étranger dans la bouche
- L'absence de respiration se traduit par une immobilité de la cage thoracique et de l'abdomen
- En approchant l'oreille de la bouche du patient, on n'entend et ne sent aucun souffle
- Un gasping est considéré comme un signe d'ACR

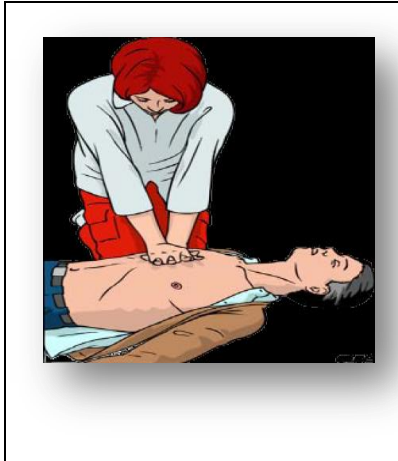
Appeler le 100 ou le 112

- Préciser votre nom et votre numéro d'appel et le lieu de l'accident
- Préciser le motif de l'appel : un arrêt cardio-respiratoire avec réanimation en cours.

Débuter la RCP sans tarder

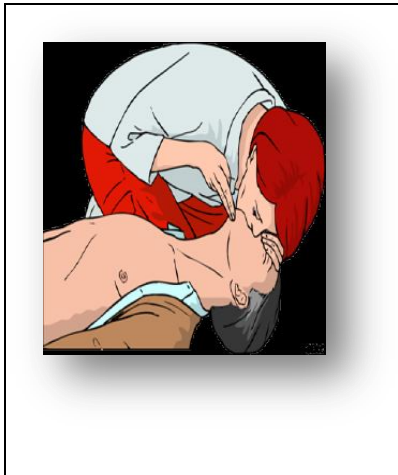
30 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations, à répéter jusqu'à l'arrivée des secours ou jusqu'à la reprise d'un rythme cardiaque et d'une ventilation spontanée.

Pour les compressions thoraciques



- Le talon d'une main est au centre du thorax et l'autre main est par-dessus avec les doigts entrelacés
- Comprimer 30 fois de suite avec un rythme de cent par minute
- Déprimer la cage thoracique d'environ 5 cm
- Ce rythme est difficile à maintenir dès lors si possible, changer d'opérateur toutes les 2 minutes

Pour les insufflations

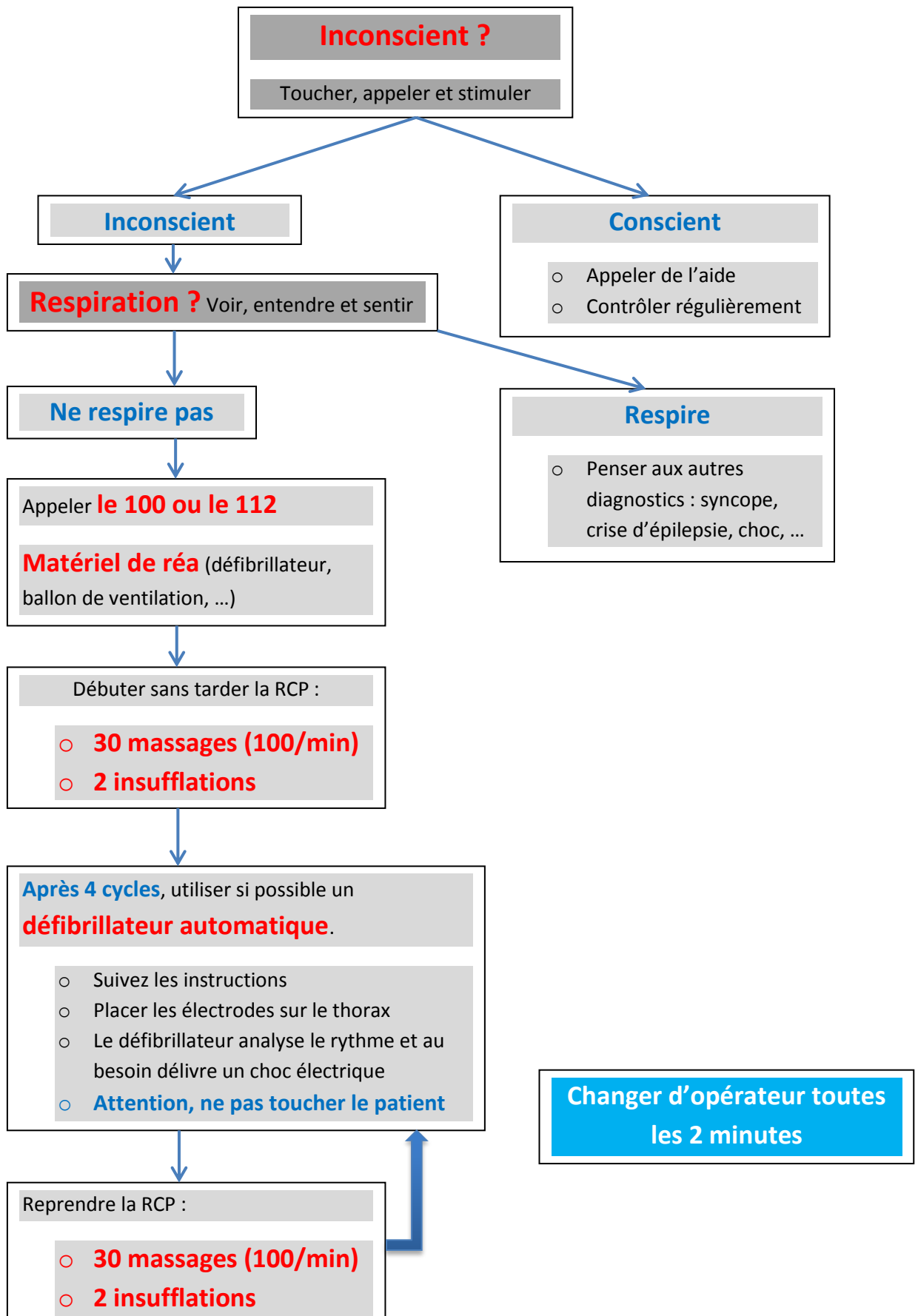


- Pincer le nez
- Prendre une inspiration normale
- Placer les lèvres autour de la bouche
- Souffler et observer le thorax se soulever (dans la négative soit les insufflations ne sont pas réalisées correctement, soit un objet bloque l'entrée d'air. Dans ce dernier cas, tentez des manœuvres d'expulsion : compression en ceinture à la base du thorax)
- Attendre une seconde
- Laisser le thorax descendre et répéter l'opération une seconde fois avant de reprendre les compressions thoraciques

Défibrillateur

- S'il est disponible, n'hésitez pas à utiliser un défibrillateur. Il peut sauver des vies lorsqu'il est employé précocement
- Les défibrillateurs fonctionnent de manière semi-automatique et comportent une aide sonore et visuelle à la réanimation
- Disposez deux électrodes sur le torse du patient et suivez les instructions
- Le système analyse le rythme cardiaque et au besoin délivre un choc électrique
- ATTENTION ! Ne touchez pas le patient lors de l'analyse du rythme ou du choc électrique.
- Au besoin, reprendre rapidement les compressions thoraciques et les insufflations.

RCP en résumé



En conclusion

- Agir vite et bien
- Reconnaître rapidement l'ACR (inconscience et absence de respiration)
- Rechercher de l'aide et appelez le 100 ou le 112
- Donner la priorité au massage à haute fréquence (100 par minute) avec le moins d'interruption possible: 30 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations
- Pensez au défibrillateur. Attention à la sécurité : ne touchez pas le patient lors de l'analyse du rythme et du choc
- Répéter les séances de formation car « on ne fait bien que ce que l'on fait souvent... »