



Arrêt cardiaque de la femme enceinte

Dr S Blain – Urgentiste – CH Bourg en Bresse

- Départ SMUR pour patiente de 32 ans, enceinte de 8 mois, malaise avec PC reste inconsciente mais respire .
- Vous arrivez sur les lieux en même temps que les SP : patiente en ACR, durée de no flow inconnue, pas de RCP en cours par les témoins...

Parmi ces affirmations lesquelles sont vraies ?

- 1 - L'ACR est rare chez la femme enceinte.
- 2 - Il touche essentiellement les femmes de plus de 38 ans.
- 3 - Il survient plus fréquemment en début de grossesse.
- 4 - Le pronostic lors de la prise en charge en intra-hospitalier est bon.

Quels sont les facteurs compliquant la PEC d'un ACR chez la femme enceinte ?

- 1 - La compression aorto-cave .
- 2 - le risque thrombo embolique.
- 3 - l'augmentation du débit cardiaque.
- 4 - la pression intra-abdominale
- 5 - Le risque d'inhalation

1 - Pose VVP.

2 - Massage cardiaque 15/2.

3 - Massage cardiaque 30/2.

4 - Ventilation au BAVU.

5 - IOT.

6 - Adrénaline 1mg /4min.

A quoi devez vous faire attention lors de la RCP chez une femme enceinte?

- 1 - Pression thoracique plus haute.
- 2 - Lever la pression Cave.
- 3 - Protéger les VAS au maximum.
- 4 - Utiliser une sonde d'IOT plus grosse.
55%
- 5 - Anticiper une intubation difficile.
- 6 - Ne pas utiliser une FiO2 À 100%.

- DSA : asystolie.
- PEC :
 - pose VVP + adrénaline 1mg/4min.
 - IOT / VM.
 - Massage cardiaque continu.
- A 5 minutes de RCP(1mg adrénaline) RACS
Puis apparition d'une rythme en fibrillation ventriculaire.

Quelle est votre prise en charge ?

1 - Administration CEE puissance normale.

2 - Plaques de CEE position inchangée.

3 - Pas de CEE car risque foetal majeur .

4 - Administration de cordarone 300mg IV.

5 - Administration de lidocaïne IV.

- Apres 2 CEE RACS .
- Administration de cordarone 300mg.
- Rythme cardiaque devenant instable la patiente faisant régulièrement des accès de fibrillation ventriculaire nécessitant CEE.

- 1 - Extraction foétale en urgence pour sauver la mère.
- 2 - Extraction foétale en urgence pour sauver le bébé.
- 3 - Transport urgent sur CH le plus proche sous planche à masser pour césarienne.
- 4 - Transport urgent sur CH niveau le plus proche en MCE manuel pour césarienne.
- 5 - Extraction en urgence sur les lieux d'intervention.

- Transport en urgence CH de proximité pour extraction foétale en urgence.
- Etat HD très instable alternance de RACS et FV.
- Extraction foetus viable mort né pas de RCP réalisée.
- Décès maternel arrêt RCP post césarienne.
- Autopsie maternelle : dissection aortique .