

Arrêts cardiaques au bloc : des situations moins critiques

L'arrêt cardiaque au bloc opératoire, s'il reste un évènement anxiogène, **a vu son incidence diminuer et son pronostic s'améliorer dans les dernières décennies.** Le point avec le Dr Adrien Bouglé, de la Pitié-Salpêtrière.

De nombreuses études le montrent, l'arrêt cardiaque (AC) recule au bloc opératoire, tout comme la mortalité en découlant. Une enquête SFAR-INSERM 1978-1982 montrait une incidence de 23 pour 10 000 procédures et une mortalité de 79 %, avec un pronostic plus favorable quand l'AC est dû à l'anesthésie, avec une mortalité de 36 %. Une enquête du CHU de Montpellier sur la période 1989-1995, centrée sur les AC liés à l'anesthésie uniquement, donnait des chiffres de 1,1 AC lié à l'anesthésie pour 10 000 procédures et une mortalité de 0,6/10 000. « L'incidence est en baisse depuis 30 ans, de l'ordre

de 3 à 4/10 000 procédures, avec une cause liée à l'anesthésie dans un quart des cas environ. Le pronostic est meilleur que celui d'un AC extra-hospitalier, avec notamment une meilleure neuroprotection », estime le Dr Adrien Bouglé.

Anticiper et prendre en charge

Pour le diagnostic, les paramètres hors bloc ne sont pas applicables, à cause notamment de l'absence de conscience et de respiration. « Le monitoring, obligatoire depuis le décret de 1994, est essentiel. La mesure du CO₂ expiré (EtCO₂) est cruciale, s'il est inférieur à 10 mmHg, signe d'une inefficacité circulatoire, c'est un signal d'alerte, insiste le

Dr Bouglé. L'AC est toujours un évènement anxiogène, qu'il faut au maximum anticiper et prévenir. Ainsi, même si la consultation d'anesthésie est débattue, elle reste nécessaire, tout comme des check-lists pré-opératoires ».

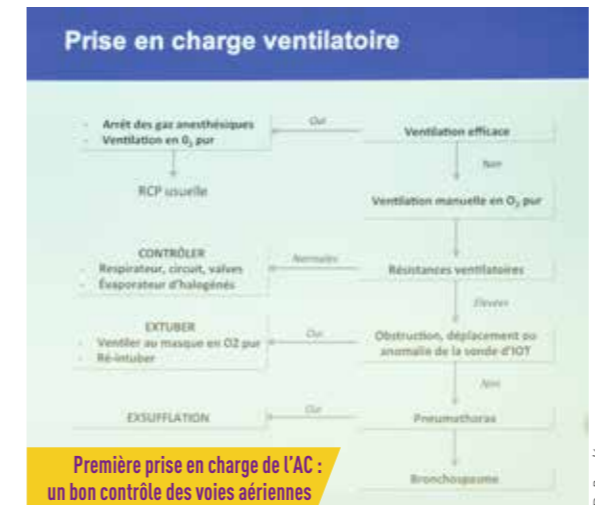
L'environnement hospitalier s'avère « idéal » pour ces situations d'urgence, avec le monitoring, l'accès vasculaire, l'oxygénation, les drogues d'urgence et du personnel formé. « Les points-clés des recommandations de prise en charge de l'European Resuscitation Council de 2015 incluent un massage cardiaque externe à 100 à 120/minute, l'administration d'adrénaline par bolus de 1 mg IVD toutes les 3 à 5 minutes, et le remplacement de l'hypothermie thérapeutique par un contrôle ciblé de la température entre 32 et 36°C quel que soit le rythme initial », rappelle le spécialiste. La règle est de rechercher et traiter une cause réversible, avec les 4T/4H (hypoxie, hypotension, hypothermie, hypo/hyper-kaliémie, pneumothorax sous tension, tamponnade, thrombose, intoxication), tout en maintenant un bon contrôle des voies aériennes, en poursuivant la réanimation cardio-pulmonaire et l'oxygénation de tous les organes, surtout le cerveau, avec un monitoring constant.

Situations sensibles

Après toutes ces mesures, des arrêts cardiaques réfractaires peuvent justifier une ECMO (oxygénation par

membrane extra-corporelle), pour des patients jeunes. « La recommandation européenne met bien l'accent sur la place de thérapeutique de sauvetage de l'ECMO, avec peu de données dans la littérature, mais qui s'avère utile chez un patient sélectionné, avec peu de comorbidités, ayant présenté un AC devant témoin et avec initiation immédiate d'une réanimation de qualité. Elle nécessite une cause réversible à l'AC et une implantation dans l'heure », résume le Dr Bouglé.

Une autre situation critique réside dans l'accident aux anesthésiques locaux, avec une toxicité neurologique qui précède la toxicité cardiaque, sauf pour la bupivacaïne racémique. La perfusion d'anesthésiques doit être immédiatement arrêtée, la toxicité neurologique (midazolam 0,1 mg/kg avec ou non thiopental 1 mg/kg) et l'insuffisance circulatoire (adrénaline 10 à 100 µg) traitées, des inotropes injectés IV.



Enfin, dernière situation angoissante, l'AC chez la femme enceinte. Une enquête du comité national d'experts sur la mortalité maternelle de 2007-2009 a montré une incidence de 1/20 000 pour une mortalité de 9,6/100 000, avec une cause obstétricale dans 7 cas sur 10 et une décompensation d'une pathologie pré-existante dans le reste des cas. La prise en charge nécessite de l'expérience : contrôle des voies aériennes, compressions thoraciques à 100/min, en décubitus dorsal et en réclinant l'utérus vers la gauche. « La césarienne péri-mortem doit être initiée dès 4 minutes de réanimation pour extraire le bébé ».

L'essentiel pour parer à toute situation reste la simulation, grâce à des mannequins haute-fidélité, ainsi que la diffusion de procédures validées et des recommandations. « Il ne faut pas perdre de vue que le pronostic est bon en cas de cause anesthésique : il ne faut pas hésiter à prolonger la réanimation », souligne encore le Dr Bouglé. ■

Noëlle GUILLON

Le Dr Adrien Bouglé a présenté des données rassurantes sur l'AC au bloc opératoire.

