

# Prise en charge initiale des patients adultes hypothermes en ACR filière dédiée, expérience, organisation et rôles interprofessionnels au CHUV

Dolt, J<sup>1</sup>., Estoppey, L<sup>2</sup>., Pasquier, M<sup>3</sup>.  
<sup>1</sup>Infirmière EPD ES-SU, MScSI,  
<sup>2</sup>Infirmière EPD ES-SU,  
<sup>3</sup>Médecin-chef, PD-MER

## Introduction

L'hypothermie est une cause spécifique d'arrêt cardio-respiratoire (ACR). Ce type d'ACR peut avoir, pour autant qu'il soit correctement traité, un excellent pronostic, y compris sur le plan neurologique à long terme. L'objectif de ce poster est de présenter la filière spécifique de prise en charge par ECMO des patients hypothermes (<30°C) en ACR, mise en place au CHUV en 2020, sous l'angle de l'enjeu de l'interprofessionnalité. La gestion de l'annonce ainsi que l'organisation de l'équipe interprofessionnelle seront présentées.

## Méthode

Au moment de l'annonce d'un patient hypotherme en ACR, le médecin cadre des urgences (MCU) active deux filières. La filière trauma code orange et la filière ECMO au déchocage de chirurgie. Tous les acteurs sont avertis via un allo-team qui réunit les équipes au déchocage de chirurgie.

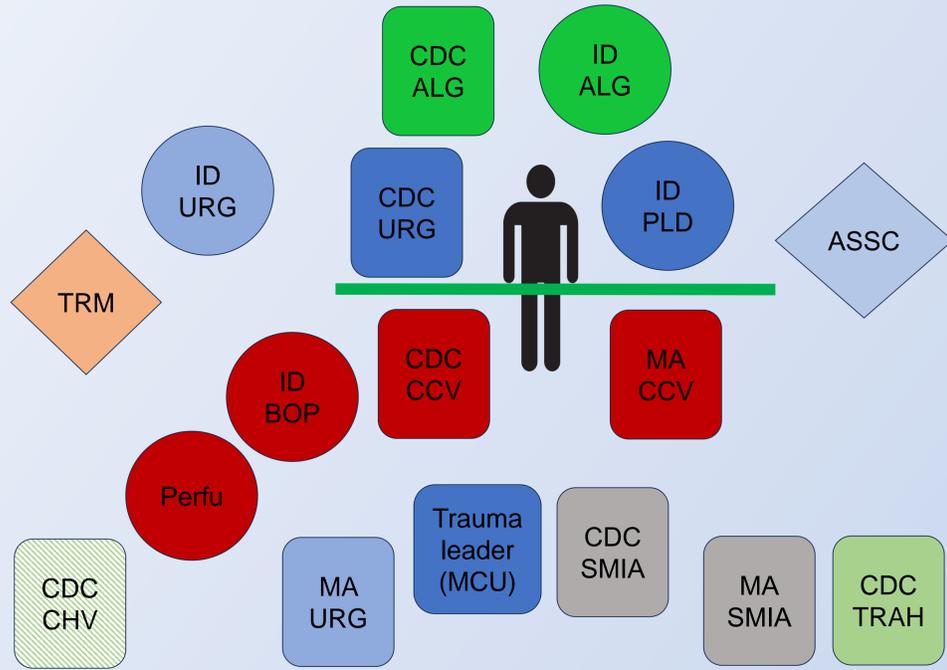


Figure 1: schématisation des acteurs médico-soignants présent en cas d'ACR hypotherme

Team Urgences	Team Anesthésie	Team ECMO	Team SMIA
- Leadership médical - ABCDE primaire - Bilan traumatique - MCE - Soins & surveillances	- Kaliémie fémorale G sous US - Gestion AB - T° œsophagienne	- Pose et gestion de l'ECMO	- Reprise du leadership médical si pose d'ECMO

Tableau 1: listing des responsabilités principales de chaque team présent au déchocage

## Discussion

Au CHUV, entre 2016 et 2022, 18 patients hypothermes en ACR ont bénéficié d'un réchauffement par ECMO. Moyenne d'âge de 52 ans (min:19; max:80), température moyenne de 23°C (min: 17; max: 31.5), taux de potassium moyen 6,08 mmol/L (min: 2.9; max: 11.6). L'ECMO a pu être posée avec succès pour 17 patients. Un retour à une circulation spontanée a été observé chez 6 patients dont 3 patients ont survécu et sont sortis de l'hôpital avec un bon état neurologique (graphique 1). Pour qu'elle soit efficace, la prise en charge de l'ACR hypotherme nécessite une organisation rigoureuse de l'équipe interprofessionnelle, centrée sur une prise en charge rapide et de qualité. Dès l'annonce, il est primordial que chaque team soit au clair avec ses responsabilités et celles des autres afin que tous les acteurs puissent non seulement fonctionner dans leur team mais également avec les autres. Ce type de filière reste rare, il est donc d'autant plus important qu'elle soit rigoureusement organisée.

## Conclusion

Une filière de prise en charge des patients hypothermes en ACR a été mise en place avec succès au CHUV, permettant d'optimiser la prise en charge, spécifique, de ce type d'ACR.

## Résultats

Chaque équipe se retrouve au déchocage avec un rôle et des responsabilités définis (figure 1, tableau 1).

Dès réception du patient, les priorités seront de confirmer l'ACR et de poursuivre la réanimation BLS (sans administration d'adrénaline). Il faudra également confirmer l'hypothermie par une température œsophagienne ainsi qu'obtenir une valeur fiable de kaliémie (gazométrie veineuse fémorale gauche par pose de cathéter sous repérage US (alternative: pose cathéter artériel fémoral gauche sous US ou veine périphérique). En cas de doute sur la présence d'un traumatisme, un bilan radiologique peut être réalisé (Rx thorax / Rx bassin / E-FAST). Pas de thoracotomie de routine hormis en cas de suspicion clinique ou radiologique de pneumothorax. Le trauma leader (MCU) devra préciser et confirmer les éléments utiles au processus décisionnel.

L'évaluation initiale permet de déterminer rapidement s'il y a une indication à une pose d'ECMO ou non (tableau 2).

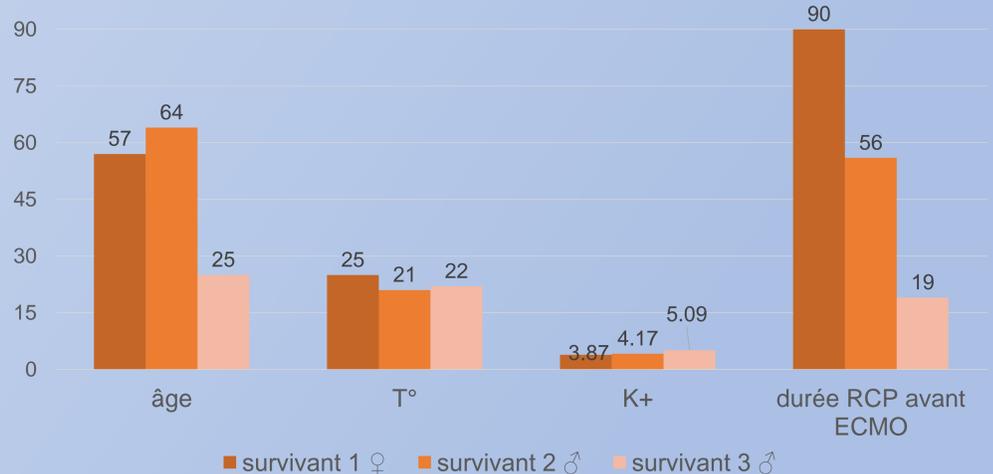
La suite de la prise en charge sera décidée, de manière multidisciplinaire et à l'aide du score de HOPE (QR code). Le score de HOPE est un indicateur de probabilité de survie, il est envisageable de poursuivre malgré un score < à 10% ou d'arrêter la réanimation malgré un score supérieur. La décision est multidisciplinaire et validée par le MCU.



Critères inclusion	ECMO « froide »	ECMO « chaude »
ACR témoigné	-	oui
No flow	-	<5 min.
Rythme	-	FV/TVSP
Âge	Consensus si >80ans	<70 ans
Délai avant incision	-	60 min. max
T°	<30°C	-
EtCO2	-	≥ 10mmHg
HOPE	≥10%	-

Tableau 2: critères d'inclusion ECMO hypothermie et ECMO ACR réfractaire

## Profil des survivants: ACR hypotherme



Graphique 1: profil des survivants ACR hypotherme au CHUV entre 2016 et 2022