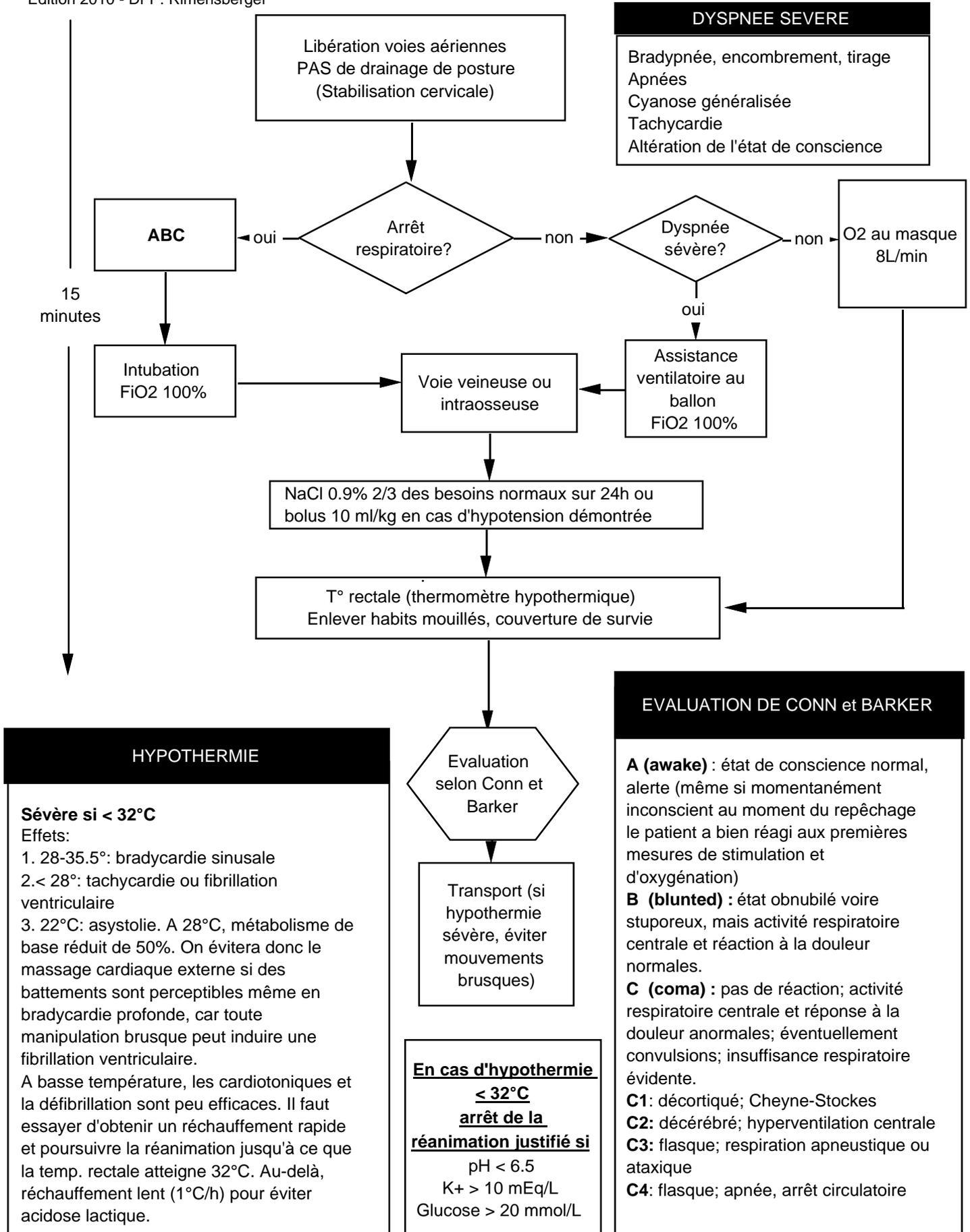


NOYADE (I)

Phase pré-hospitalière



DYSPNEE SEVERE

Bradypnée, encombrement, tirage
Apnées
Cyanose généralisée
Tachycardie
Altération de l'état de conscience

HYPOTHERMIE

Sévère si < 32°C
Effets:
1. 28-35.5°: bradycardie sinusale
2. < 28°: tachycardie ou fibrillation ventriculaire
3. 22°C: asystolie. A 28°C, métabolisme de base réduit de 50%. On évitera donc le massage cardiaque externe si des battements sont perceptibles même en bradycardie profonde, car toute manipulation brusque peut induire une fibrillation ventriculaire.
A basse température, les cardiotoniques et la défibrillation sont peu efficaces. Il faut essayer d'obtenir un réchauffement rapide et poursuivre la réanimation jusqu'à ce que la temp. rectale atteigne 32°C. Au-delà, réchauffement lent (1°C/h) pour éviter acidose lactique.

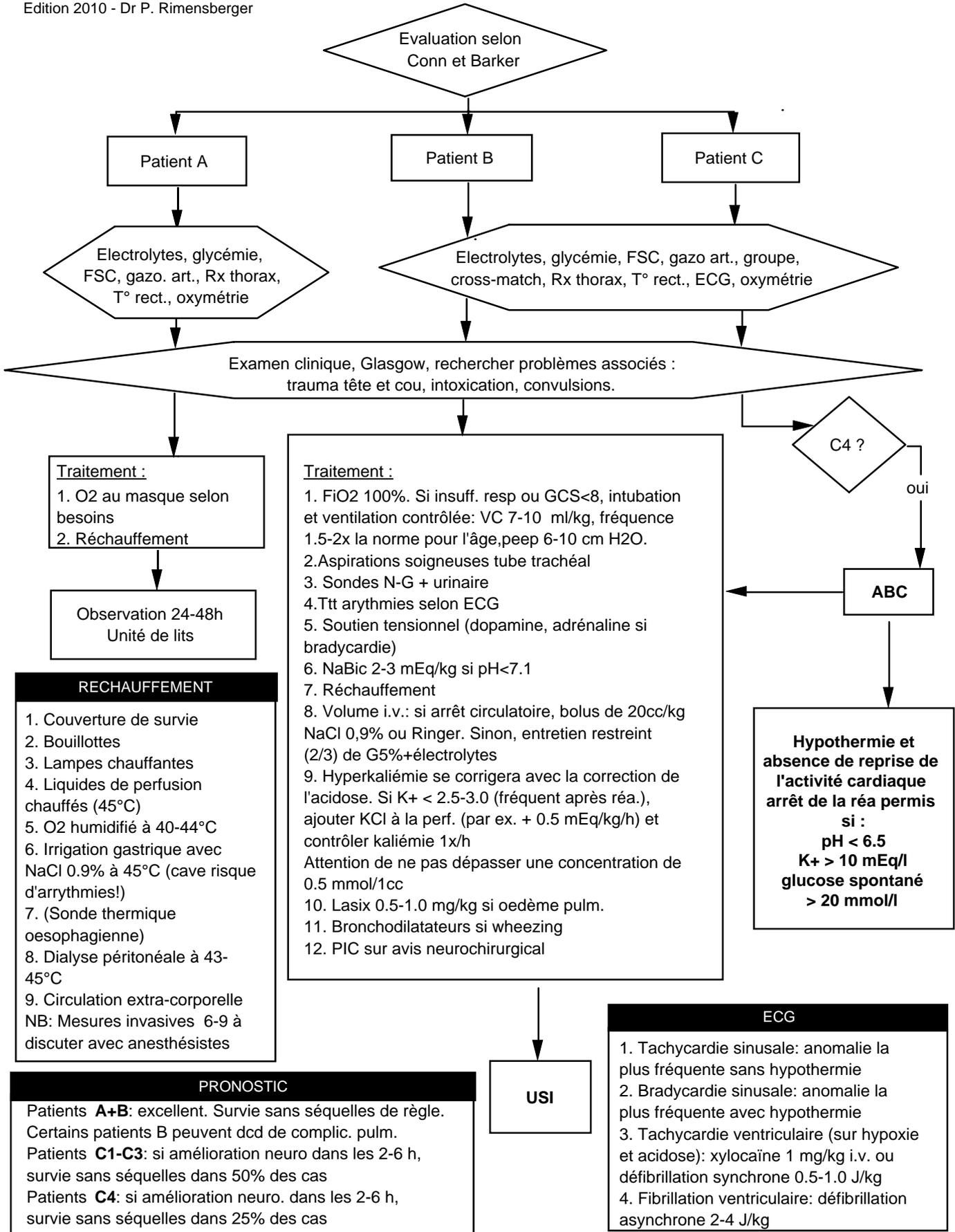
EVALUATION DE CONN et BARKER

A (awake) : état de conscience normal, alerte (même si momentanément inconscient au moment du repêchage le patient a bien réagi aux premières mesures de stimulation et d'oxygénation)
B (blunted) : état obnubilé voire stuporeux, mais activité respiratoire centrale et réaction à la douleur normales.
C (coma) : pas de réaction; activité respiratoire centrale et réponse à la douleur anormales; éventuellement convulsions; insuffisance respiratoire évidente.
C1: décortiqué; Cheyne-Stockes
C2: décérébré; hyperventilation centrale
C3: flasque; respiration apneustique ou ataxique
C4: flasque; apnée, arrêt circulatoire

En cas d'hypothermie < 32°C
arrêt de la réanimation justifié si
pH < 6.5
K+ > 10 mEq/L
Glucose > 20 mmol/L

NOYADE (II)

Phase hospitalière



Traitement :
1. O2 au masque selon besoins
2. Réchauffement

Observation 24-48h
Unité de lits

Traitement :

1. FiO2 100%. Si insuff. resp ou GCS<8, intubation et ventilation contrôlée: VC 7-10 ml/kg, fréquence 1.5-2x la norme pour l'âge, peep 6-10 cm H2O.
2. Aspirations soigneuses tube trachéal
3. Sondes N-G + urinaire
4. Ttt arythmies selon ECG
5. Soutien tensionnel (dopamine, adrénaline si bradycardie)
6. NaBic 2-3 mEq/kg si pH<7.1
7. Réchauffement
8. Volume i.v.: si arrêt circulatoire, bolus de 20cc/kg NaCl 0,9% ou Ringer. Sinon, entretien restreint (2/3) de G5%+électrolytes
9. Hyperkaliémie se corrigera avec la correction de l'acidose. Si K+ < 2.5-3.0 (fréquent après réa.), ajouter KCl à la perf. (par ex. + 0.5 mEq/kg/h) et contrôler kaliémie 1x/h
Attention de ne pas dépasser une concentration de 0.5 mmol/1cc
10. Lasix 0.5-1.0 mg/kg si oedème pulm.
11. Bronchodilatateurs si wheezing
12. PIC sur avis neurochirurgical

Hypothermie et absence de reprise de l'activité cardiaque
arrêt de la réa permis si :

- pH < 6.5
- K+ > 10 mEq/l
- glucose spontané > 20 mmol/l

- RECHAUFFEMENT**
1. Couverture de survie
 2. Bouillottes
 3. Lampes chauffantes
 4. Liquides de perfusion chauffés (45°C)
 5. O2 humidifié à 40-44°C
 6. Irrigation gastrique avec NaCl 0.9% à 45°C (cave risque d'arythmies!)
 7. (Sonde thermique oesophagienne)
 8. Dialyse péritonéale à 43-45°C
 9. Circulation extra-corporelle
NB: Mesures invasives 6-9 à discuter avec anesthésistes

PRONOSTIC

Patients **A+B**: excellent. Survie sans séquelles de règle. Certains patients B peuvent dcd de complic. pulm.

Patients **C1-C3**: si amélioration neuro dans les 2-6 h, survie sans séquelles dans 50% des cas

Patients **C4**: si amélioration neuro. dans les 2-6 h, survie sans séquelles dans 25% des cas

USI

- ECG**
1. Tachycardie sinusale: anomalie la plus fréquente sans hypothermie
 2. Bradycardie sinusale: anomalie la plus fréquente avec hypothermie
 3. Tachycardie ventriculaire (sur hypoxie et acidose): xylocaïne 1 mg/kg i.v. ou défibrillation synchrone 0.5-1.0 J/kg
 4. Fibrillation ventriculaire: défibrillation asynchrone 2-4 J/kg