

EXAMEN PRIMAIRE ABCDE

En **gras** : actions à effectuer systématiquement

	Examen :	Mesures / Ordres :	Actions :	Envisager :
Airways	Parole, Respiration, Sons respiratoires (stridor, stertor), Cavité buccale Si trauma : Rachis cervical	<i>nihil</i>	Head-tilt (sauf si trauma) Jaw-thrust, Heimlich Aspiration, Canules, Minerve	Intubation Cricothyrotomie
Breathing	Inspection (dynamique resp., plaies, trachée). Auscultation Si trauma : Palpation thoracique	Saturomètre et fréquence respiratoire	Position du patient Oxygénothérapie Décompression de pneumothorax Bronchodilatateurs en aérosols	VNI Intubation endotrachéale Rx thorax POCUS
Circulation	Prise du pouls radial ou central, TRC, Aspect cutané Si trauma : Hémorragie externe Black boxes	Fréquence cardiaque Tension artérielle Monitoring ECG	Pose de 2 VVPs Gazométrie artérielle si possible, ou veineuse	ECG 12 dérivations Remplissage par cristalloïdes ou CE Contrôle hémorragie FAST Amines

	Examen :	Mesures / Ordres :	Actions :	Envisager :
Disability	État de conscience, AVPU, calcul GCS Examen des pupilles Force et sensibilité grossières aux 4 membres	Glycémie capillaire	Si indiqués : Correction de la glycémie Antidotes Traitement des convulsions	Gestion des ACSOS
Exposure	Inspection cutanée (pétéchies, purpura, marbrures) : Log roll, inspection et palpations du rachis	Mesure de la température	Déshabille ment du patient Complément d'anamnèse selon SAMPLE	Prévention de l'hypothermie Traitement de l'hyperthermie Confort (antalgie, antiémétiques)

CAUSES D'ACR ATRAUMATIQUES RÉVERSIBLES ET TRAITEMENTS ACCOMPAGNANT LA RÉANIMATION :

- Hypovolémie : remplissage liquidien
- Hypoxie : oxygénation, ventilation, gestion avancée des voies aériennes,
- H+ acidose : administration de bicarbonates
- Hyper/hypokaliémie : 3 ampoules de gluconate de calcium (=6.75mmol) (dans le but de protéger les myocytes et stabiliser l'activité cardiaque, et non pour corriger la kaliémie).
- Hypothermie (T° centrale <30°C) : calcul du score HOPE puis transfert dans un centre qualifié pour pose d'ECMO
- Pneumothorax sous tension : décompression à l'aiguille, thoracostomie puis pose de drain thoracique
- Tamponnade : drainage péricardique
- Toxiques : antidotes (principalement naloxone 2mg IV ou IO)
- Thrombose pulmonaire : thrombolyse (ou thrombectomie chirurgicale hors réanimation)
- (Thrombose coronarienne : angioplastie coronarienne hors réanimation)

MÉDICAMENTS FRÉQUENTS :

- Adrénaline : anaphylaxie stade II + digestif ou > 3 : IM : 0.5mg IM
- Ipratropium/Salbutamol : crise d'asthme / exacerbation de BPCO : 0.5mg/5mg par inhalation (ipratropium en dose unique, salbutamol à répéter aux 15 minutes au besoin si crise d'asthme)
- Noradrénaline : choc d'origine indéterminée : 0.02mcg/kg/min à 1mcg/kg/min à titrer progressivement pour obtenir la TAM cible. Souvent débutée entre 8-12 mcg/min
- Labetalol : crise hypertensive : 0.1-0.5mg/kg/h IV
- Acide tranéxamique : hémorragies notamment traumatiques : 1g bolus puis 1g sur 8h
- Adénosine : TSV après échec au Valsalva modifié : 6mg IV +/- 12mg IV si échec
- Amiodarone : FV ou TV sans poulx : 300mg IV puis 150 mg IV
- Atropine : bradycardie avec instabilité hémodynamique : 1mg IV en bolus, maximum 3x
- Diltiazem : flutter, FA, TSV après échec au Valsalva modifié : 0.25mg/kg IV sur 2 min puis 5-15mg/h IV continu (CI = WPW et tachycardies à QRS larges)
- Ceftriaxone ou autres antibiotiques larges spectres en IV : choc septique à départ indéterminé
- Naloxone : intoxication aux opiacés : 0.4mg IM si fresp<8-12/min, 0.1mg IV si fresp < 8-2/min, 0.4mg IV si arrêt respiratoire ou 2 mg IV/IO si ACR
- Clonazépam : crise > 5 minutes : 0.015mg/kg (max 1mg) ou midazolam 10mg IM si >40kg
- Morphine : douleurs intenses : titration par 2mg IV aux 5 minutes, jusqu'à 10mg maximum
- Fentanyl : douleurs intenses : titration par 50-100ug IV aux 5 minutes