



ARRET CARDIAQUE MATERNEL

CONFIRMER (pas de contact, pas de respiration)

- Noter l'heure :h.....
- Défibrillateur semi automatique avec analyse
- Monitoring maternel (PA, FC, SpO₂)

ARRET de toutes les thérapeutiques en cours

INITIER la Réanimation Cardio-Pulmonaire

- MCE 100-120 / min
- Dépression sternale > 5-6 cm de profondeur
- Ventilation manuelle rythme 30 : 2 jusqu'à IOT
- Rotation** toutes les 2 min (mobiliser personnel)

APPEL A L'AIDE

Extraction fœtale à 5 min si terme > 20 SA
et pas de reprise rythme

RAPPROCHER

- Chariot Urgence / plan dur
- Matériel de ventilation
- Capnographe
- Boite de césarienne
- Appareil échographie



Ne pas chercher à monitorer le RCF

Déviation latérale gauche de l'utérus si palpable ± roulis

Présence

- MAR-IADE Obstétricien
- Equipe mobile ACR Pédiatre

Désigner le leader

- IOT dès que possible (ML si difficulté)
- FiO₂ : 100% FR basse 10/min
- Capnographe en continu (but EtCO₂ > 10 mmHg)
- Si voie veineuse difficile : utiliser intra-osseuse

- Extraction fœtale (sur le lieu de ACR) si > 20 SA ou utérus à l'ombilic
- Echographie** diagnostique au lit
- Alerte centre d'**ECMO** (assistance circulatoire)

Etiologies	Contexte	Signes prémonitoires possibles	Pendant la RCP
Hémorragie	Anomalie placentaire ou utérine connue Post partum immédiat Extériorisation sang Augmentation du volume abdominal	Douleurs abdominales Malaise, Pâleur, Collapsus Anomalies du RCF	Recherche hémorragie HemoCue® Echographie abdominale Transfusion massive (cf AC spécifique)
Hypoxie	Induction anesthésie générale ou administration thérapeutique récente	Cyanose Désaturation	Contrôle VAS et oxygénation
Embolie Amniotique	Accouchement, rupture des membranes	Dyspnée, trouble du rythme, collapsus, convulsions, anomalies RCF, agitation, torpeur	Rechercher coagulopathie / hémorragie (cf AC spécifique)
Embolie Cuorrique	FdR, ATCD, thrombose connue	Dyspnée, douleur thoracique, cyanose	Echographie cardiaque, thrombolyse, thrombectomie
Anaphylaxie	Contact (latex), administration médicaments (antibiotiques, curares..)	Eruption, dyspnée, bronchospasme, collapsus	Adrénaline, remplissage (cf AC spécifique)
Cause cardiaque : TdR, IdM, DAO, Cardiomyopathie	ATCD personnel ou familiaux Facteurs de risque Obésité	Douleur Thoracique Dyspnée, palpitation, syncope	Echographie cardiaque
Anesthésie	Anesthésie régionale ou administration de médicaments	Toxicité AL: convulsions, troubles de rythme Rachi Totale : dyspnée, collapsus	Arrêter délivrance des traitements en cours si AL suspectés: administrer Intra-lipides Rachi Totale : (cf AC spécifique)
Hypertension	HTA, pré-éclampsie	Convulsions	(cf AC spécifique)
Sulfate de Magnesium	MAP, pré-éclampsie	Dépression respiratoire, collapsus	Administrer Gluconate (ou chlorure) de Calcium
Autres causes	Hypothermie - Hypo/hyperkaliémie - Tamponnade cardiaque - Pneumothorax suffocant -Toxiques		

Dès REPRISE de RYTHME SPONTANÉ : Discuter

- Transfert au bloc pour hémostase si césarienne
- Nécessité de coronarographie
- Sédation post arrêt cardiaque
- Transfert en centre spécialisé

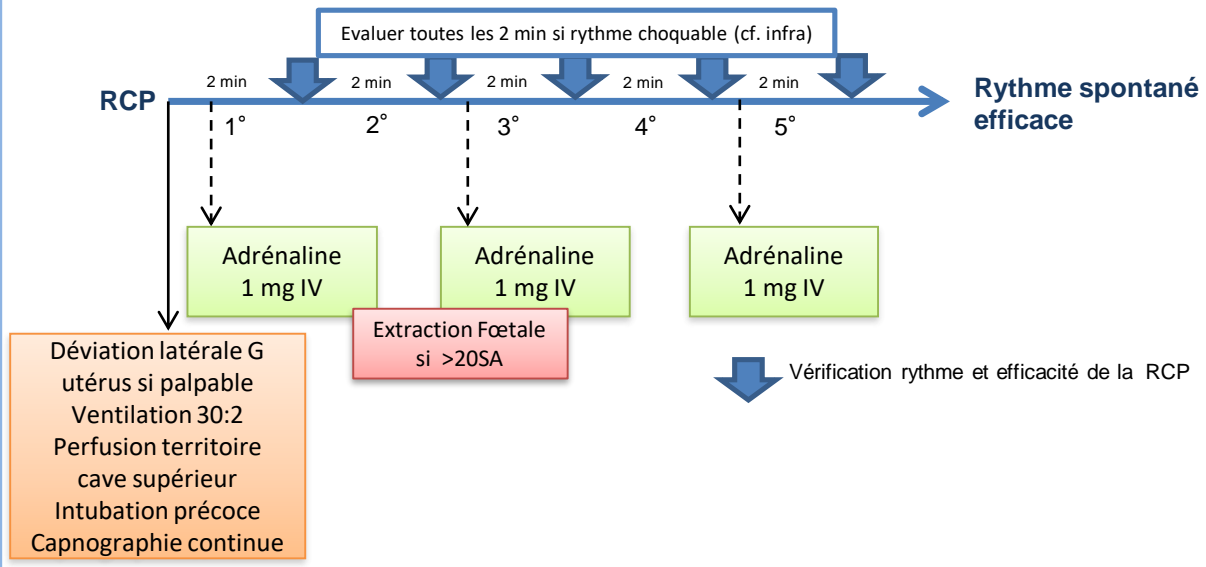


ACR REFRACTAIRE : Réanimation Prolongée et contact ECMO (assistance circulatoire extracorporelle)

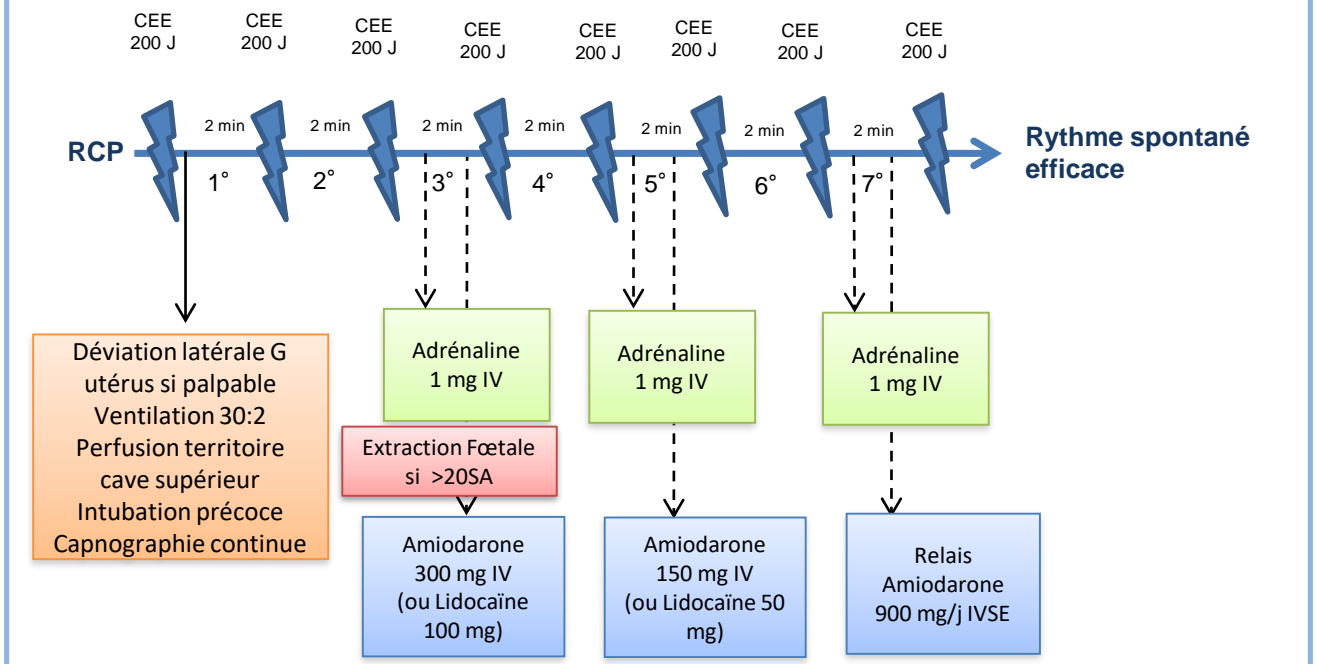
- Contact centre de référence : évaluer rapidement indication / faisabilité d'assistance circulatoire extracorporelle. Tel:
- En faveur : Patiente jeune, peu de comorbidité, no-flow de courte durée (< 3-5 min), low-flow < 30 min, CO₂ expiré > 10 mmHg lors de la réanimation cardio-pulmonaire, une cause d'arrêt cardiaque réversible



Algorithme : ACR et rythme NON choquable



Algorithme : ACR et rythme choquable



Extraction Foétale = extraction instrumentale ou césarienne en fonction de la dilatation cervicale
Proposition de Kit Césarienne : gants, Badigeon antiseptique (un seul passage) Bistouri froid lame 10, Pince à griffe, Ecarteurs, 2 pinces Kelly, Ciseaux à suture, Porte aiguille, Fil vicryl 2.0, agrafeuse, pansement

Référentiels:

ERC Guidelines 2020. <http://www.cprguidelines.eu/>

[Bødker B., Reduction in maternal mortality in Denmark over three decades. Dan Med J. 2021 Aug 27;68\(9\):](#)

[Beckett VA. The CAPS Study: incidence, management and outcomes of cardiac arrest in pregnancy in the UK: a prospective, descriptive study. BJOG. 2017 Aug;124\(9\):1374-1381.](#)

[Kikuchi J. Cardiac arrest in pregnancy. Semin Perinatol. 2018 Feb;42\(1\):33-38.](#)