

## ORDONNANCE COLLECTIVE

<b>ORDONNANCE :</b> Traitement de la fibrillation/flutter ventriculaire et de la tachycardie ventriculaire sans poulx.		<b>NUMÉRO :</b> 12.01
		<b>DATE :</b> Janvier 2005
		<b>RÉVISÉE :</b> Février 2012
<b>PROFESSIONNELS VISÉS</b>	Infirmières	<b>Référence à un protocole</b>
<b>TYPE D'ORDONNANCE</b>	Ordonnance visant à <b>initier</b> des mesures diagnostiques ou thérapeutiques ou la thérapie médicamenteuse.	Non

### PROFESSIONNELS HABILITÉS

Les infirmières ayant reçu une formation spéciale aux deux ans :

- Infirmières de l'Urgence
- Infirmières de l'unité des Soins intensifs et coronariens
- Infirmières de l'unité de soins 7A
- Infirmières escortes, avec connaissances pour utiliser moniteur-défibrillateur, lors de transports en ambulance
- Infirmières de l'équipe de réanimation cardiorespiratoire au sein du CHRDL
- Infirmières des dispensaires, s'il y a lieu

### CLIENTÈLES VISÉES

- Adultes se trouvant sur les lieux du CSSSNL.
- Usagers, adultes, nécessitant un transfert en ambulance avec une demande de moniteur-défibrillateur.

### UNITÉS OU SERVICES CONCERNÉS

- Toutes les unités et services du CHRDL
- Lieux physiques du CHRDL
- Les dispensaires du CSSSNL, s'il y a lieu

### ACTIVITÉS RÉSERVÉES

- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- Appliquer des techniques invasives.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

## 1. INTENTION THÉRAPEUTIQUE

- Mettre un terme aux arythmies cardiaques susceptibles d'entraîner la mort.

## 2. CONDITION D'INITIATION

- Observer à l'écran du moniteur cardiaque un tracé de fibrillation/flutter ventriculaire ou de tachycardie ventriculaire et ne percevoir aucune pulsation carotidienne chez l'utilisateur.

## 3. ORDONNANCE

- APPLIQUER LA PROCÉDURE EN ANNEXE.

## 4. CONDITIONS D'APPLICATION

### 4.1. Indications

- **Arythmies**, telles que :
    - Fibrillation ventriculaire
    - Flutter ventriculaire
    - Tachycardie ventriculaire soutenue
- ET**
- **Signes cliniques** :
    - Inconscience ou altération importante de l'état de conscience
    - Absence de pouls ou difficulté à percevoir le pouls carotidien ou fémoral (si occlusion carotidienne connue)
    - Absence de signes de circulation (mouvement, respiration, déglutition)

### 4.2. Contre-indications

- Usager conscient
- Usager qui respire spontanément
- Usager qui a un pouls perceptible, de façon claire et sans équivoque
- Présence d'une ordonnance de non-réanimation au dossier de l'utilisateur

## 5. MÉTHODES

### 5.1. Précautions et directives

- Éliminer tout problème de l'équipement et interpréter les artéfacts de l'enregistrement électrocardiographique, si présents.

- Considérer les causes réversibles les plus fréquentes : **6H** (Hypovolémie, Hypoxémie, acidose  $H^+$ , Hypo/Hyperkaliémie, Hypothermie, Hypoglycémie) et **6T** (pneumothorax sous Tension, Tamponnade, Toxines, Thrombose pulmonaire ou coronarienne, Traumatisme).
- Le coup de poing précordial peut être envisagé pour l'utilisateur présentant une tachycardie ventriculaire sans pouls sous surveillance du moniteur cardiaque et devant témoin. S'applique si un défibrillateur ne peut être immédiatement utilisé. Cela ne devrait toutefois pas retarder la RCR ou la défibrillation.
- S'assurer des conditions d'application : absence de pouls (carotidien ou fémoral) et de signes de circulation (mouvement, respiration, déglutition).
- Si récurrence de fibrillation/flutter ventriculaire ou tachycardie ventriculaire sans pouls, après que le rythme cardiaque eut été obtenu temporairement, il faut reprendre l'algorithme au début.
- Ne pas défibriller sur un boîtier de cardiostimulateur permanent.
- Ne pas défibriller sur un timbre cutané de nitroglycérine.
- S'assurer que les compresses de défibrillation ne se chevauchent pas.
- Remplacer les compresses de défibrillation dès qu'apparaît une zone sèche.
- Ne pas tenter de défibriller au-dessus de champs en plastique, sous peine de créer un arc électrique ou d'obtenir une défibrillation inefficace.
- Centrer avec précaution les palettes sur les compresses de défibrillation en s'assurant que la surface métallique des électrodes n'est pas en contact direct avec la peau.

## **5.2. Procédures**

- Consigner les informations sur le déroulement de la procédure sur le formulaire spécifique de réanimation cardiorespiratoire.

## **5.3. Éléments de surveillance**

- Vérifier le rythme cardiaque au moniteur, le pouls (carotidien ou fémoral) et les signes de circulation (mouvement, respiration, déglutition) après les 5 cycles de RCR suivant la dernière défibrillation.
- Surveiller la présence de signes et symptômes de complications.

## **5.4. Complications**

- Dommages au niveau du muscle cardiaque reliés à:
  - niveau d'énergie
  - fréquence des décharges et temps de récupération
  - diamètre des palettes
- Embolie
- Rupture du myocarde
- Extension de la zone nécrosée
- Brûlures cutanées
- Troubles de cardiostimulation

## **5.5. Limites d'application**

- N.A.

## **6. SOURCES**

- Beaumont J.L., Deschênes J., Lemay R., Rouleau G., «*Soins avancés en réanimation*», Éditions Trois M, 1987.
- Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
- Fondation des maladies du cœur du Canada, «*Soins avancées rapides – SARC Plus<sup>Md</sup>*», supplément canadien au Manuel du dispensateur du SARC, 2003.
- Fondation des maladies du cœur du Canada (2010), Lignes directrices RCR-SUC, selon l'Américain Hearth Association, Points saillants des lignes directrices 2010, 32 pages
- Guidelines 2000 for cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – International consensus on science supplement to circulation, Volume 102, numéro 8, August 22, 2000, American Heart Association.
- Labrecque Alain (2011) «*Réanimation cardiorespiratoire avancée*» Québec, Centre hospitalier universitaire de Québec, 133 pages.

**ALGORITHME DE TRAITEMENT**  
**FIBRILLATION/FLUTTER VENTRICULAIRE**  
**ET**  
**TACHYCARDIE VENTRICULAIRE SANS POULS**

- Vérifier l'état de conscience
- Lancer le code bleu (sauf lors du transport ambulancier)
- Installer un moniteur/défibrillateur, si non fait
- Débuter la R.C.R.

F.V. ou T.V. sans pouls

<p><b>PREMIER CHOC</b></p> <p><b>150 joules</b> (courant biphasique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si confirmation de F.V. ou T.V., défibriller immédiatement.</li> <li>➤ Poursuivre la R.C.R. pendant 5 cycles ou 2 minutes.</li> <li>➤ Évaluer le rythme cardiaque et le pouls uniquement après les 5 cycles.</li> <li>➤ Si conversion à un rythme cardiaque autre que F.V./T.V., arrêt de l'algorithme.</li> </ul>
--	---

Persistance de F.V. ou T.V. sans pouls

<p><b>DEUXIEME CHOC</b></p> <p><b>150 joules</b> (courant biphasique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Défibriller immédiatement.</li> <li>➤ Poursuivre la R.C.R. pendant 5 cycles ou 2 minutes.</li> <li>➤ Évaluer le rythme cardiaque et le pouls uniquement après les 5 cycles.</li> </ul>
---	---

Persistance de F.V. ou T.V. sans pouls

<b>INTUBATION<sup>①</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vérifier la position du tube endotrachéal, oxygéner, ventiler.</li> <li>➤ Fixer adéquatement le tube endotrachéal.</li> <li>➤ Vérifier de nouveau si l'oxygénation et la ventilation sont adéquates.</li> <li>➤ Installer un capnographe, si disponible.</li> </ul>
<b>R.C.R</b>	➤ Poursuivre la R.C.R.
<b>ACCÈS VEINEUX</b>	➤ Installer un cathéter I.V. et une perfusion de NaCl 0.9% T.V.O.



<b>ÉPINÉPHRINE</b> (1 :10 000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1mg I.V. en bolus</li> <li>➤ Suivi de NaCl 0.9% 30 à 50 ml en bolus en élevant le bras du côté de la perfusion</li> </ul>
-----------------------------------	--



<b>R.C.R.</b>	➤ Continuer la R.C.R. pendant l'administration des médicaments.
---------------	---



Persistance de F.V. ou T.V. sans pouls



<b>TROISIEME CHOC</b> <b>150 joules</b> (courant biphasique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Défibriller immédiatement.</li> <li>➤ Poursuivre la R.C.R. pendant 5 cycles ou 2 minutes.</li> <li>➤ Évaluer le rythme cardiaque et le pouls uniquement après les 5 cycles.</li> </ul>
--	---



<b>AMIODARONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 300mg I.V. en bolus</li> <li>➤ Suivi de NaCl 0.9% 30 à 50 ml en bolus en élevant le bras du côté de la perfusion</li> <li>➤ Si en place, favoriser l'administration via le cathéter veineux central</li> </ul>
-------------------	---



<b>R.C.R.</b>	➤ Continuer la R.C.R. pendant l'administration des médicaments.
---------------	---



Traitement des causes réversibles (6H/6T), si présentes



Persistance de F.V. ou T.V. sans pouls



<b>QUATRIEME CHOC</b> <b>150 joules</b> (courant biphasique)	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Défibriller immédiatement.</li><li>➤ Poursuivre la R.C.R. pendant 5 cycles ou 2 minutes.</li><li>➤ Évaluer le rythme cardiaque et le pouls uniquement après les 5 cycles.</li></ul>
--	---



<b>VASOPRESSINE</b>	<p>Remplacer la <b>2<sup>e</sup> dose</b> d'épinéphrine, après 3-5 minutes, par :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 40 unités I.V. en bolus pour 1 dose</li><li>➤ Suivi de NaCl 0.9% 30 à 50 ml en bolus en élevant le bras du côté de la perfusion</li></ul>
---------------------	---



<b>AMIODARONE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 150 mg I.V. en bolus si l'arythmie persiste.</li><li>➤ Suivi de NaCl 0.9% 30 à 50 ml en bolus en élevant le bras du côté de la perfusion</li></ul>
-------------------	--



<b>R.C.R.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Continuer la R.C.R. pendant l'administration des médicaments.</li></ul>
---------------	---



Persistance de F.V. ou T.V. sans pouls

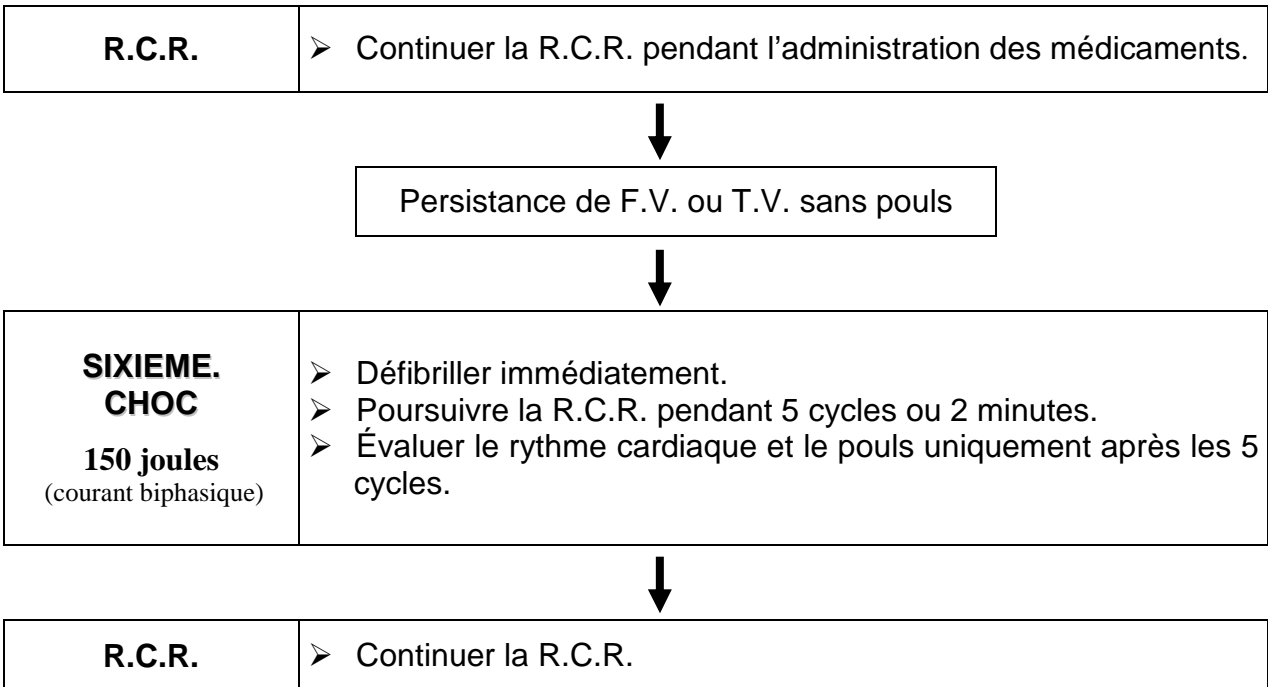


<b>CINQUIEME CHOC</b> <b>150 joules</b> (courant biphasique)	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Défibriller immédiatement.</li><li>➤ Poursuivre la R.C.R. pendant 5 cycles ou 2 minutes.</li><li>➤ Évaluer le rythme cardiaque et le pouls uniquement après les 5 cycles.</li></ul>
--	---



<b>ÉPINÉPHRINE</b> (1 :10 000)	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 1mg I.V. en bolus aux <b>3-5 minutes</b></li><li>➤ Suivi de NaCl 0.9% 30 à 50 ml en bolus en élevant le bras du côté de la perfusion</li></ul>
-----------------------------------	--





Si l'arythmie persiste après 2 bolus d'Amiodarone, considérer l'administration de Lidocaïne ou de Sulfate de magnésium **selon la décision médicale**.

<b>Notes</b>
<p><b>I.</b> L'intubation est faite par le médecin ou le technicien en inhalothérapie ou en leur absence, le technicien ambulancier lors du transport par ambulance.</p> <p><b>II.</b> Après une défibrillation, le massage doit être repris pour une séquence de 2 minutes et cela même après le retour de la circulation spontanée.</p> <p><b>III.</b> La RCR est exécutée à un rythme supérieur à 100 compressions/minute et de 8-10 ventilations/minute.</p> <p><b>IV.</b> Si le rythme change après la défibrillation et les 2 minutes de RCR, passer à l'algorithme correspondant : traitement de l'asystolie, traitement de l'activité électrique sans pouls.</p> <p><b>V.</b> Si des chocs ont déjà été donnés par les techniciens ambulanciers, débiter l'ordonnance collective à l'endroit requis selon la séquence.</p> <p><b>VI.</b> Si un médecin est sur place, le présent algorithme pourrait être modifié selon une ordonnance individuelle.</p>



## ORDONNANCE COLLECTIVE

<b>ORDONNANCE :</b> Traitement de la fibrillation/flutter ventriculaire et de la tachycardie ventriculaire sans pouls.	<b>NUMÉRO :</b> 12.01
	<b>DATE :</b> Janvier 2005
	<b>RÉVISÉE :</b> Février 2012

Chef du service de cardiologie: \_\_\_\_\_

Date : 29/02/12

Chef du département de médecine spécialisée : \_\_\_\_\_

Date : 29/02/2012

Chef du département de médecine hospitalière : \_\_\_\_\_

Date : 29-2-2012

Chef du département de médecine d'urgence : \_\_\_\_\_

Date : 1203.05

Chef du département de pharmacie : \_\_\_\_\_

Date : 2/03/2012

Directeur des soins infirmiers : \_\_\_\_\_

Date : 2012.02.29

Adoptée par le CMDP : \_\_\_\_\_

Date : 2012/3/15

Dr Jérôme Olivier, secrétaire