

## Réanimation cardiorespiratoire de nouvelles lignes directrices



Dr Alphonse Montminy

Un consensus international vient de modifier les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR). Les nouvelles consignes ? Pousser plus fort et plus vite. La RCR se déroule dorénavant à un nouveau rythme : 30 compressions thoraciques vigoureuses – plutôt que 15 normales – pour deux insufflations. « Le fait d'exécuter la RCR à une fréquence rapide (120 compressions par minute) améliore davantage

l'hémodynamie que les manœuvres habituelles », précisent les nouvelles lignes directrices, *2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations*, publiées dans *Circulation*<sup>1</sup>.

Plus nombreuses, les compressions doivent aussi être plus profondes. D'au moins 4 cm à 5 cm. Le retour de la circulation spontanée en serait accéléré et l'état neurologique de la victime après 24 heures s'en trouverait amélioré. Et entre chaque compression, la poitrine doit reprendre complètement sa position initiale. Cela permet un meilleur retour du sang vers le cœur.

« Ces nouvelles recommandations nous ramènent à la base, qui est le massage cardiaque. Il a été un peu occulté ces dernières années par les traitements pharmacologiques et autres », estime le **Dr Alphonse Montminy**, président de la Faculté des soins d'urgences cardiovasculaires à la Fondation des maladies du cœur du Québec.

Le nouveau massage cardiaque, dorénavant vigoureux, rythmé et rapide, doit être interrompu le moins possible.

Et il faut l'entreprendre immédiatement. Parfois sans même être sûr de l'absence de pouls. « S'il y a un doute, on considère qu'il y a un arrêt cardiaque. Il est moins nuisible de faire un massage cardiaque que de penser qu'il y a un pouls et de ne pas agir », précise le Dr Montminy, également urgentologue à l'Hôpital Charles LeMoine, à Longueuil.

### Une seule défibrillation

Et la ventilation ? Les nouvelles directives semblent en diluer l'importance. « Le rythme ventilatoire nécessaire pour maintenir un rapport ventilation-perfusion normal pendant la RCR est beaucoup plus lent que la normale, parce que la circulation pulmonaire est faible », expliquent la **Dr<sup>e</sup> Mary Fran Hazinski** et ses collègues dans l'éditorial de *Circulation*<sup>2</sup>. « Au cours des premières minutes d'un arrêt cardiaque soudain dû à des fibrillations ventriculaires, la ventilation ne semble pas aussi importante que les compressions thoraciques, mais elle paraît contribuer à la survie à la suite d'un arrêt asphyxique prolongé », précisent les médecins.

Dès que possible, il faut procéder à la défibrillation, élément clé de la réanimation. Un seul choc, plutôt que trois comme le recommandaient les anciennes lignes directrices. La première décharge de la plupart des défibrillateurs met fin aux fibrillations ventriculaires dans plus de 85 % des cas. « Ensuite, on recommence immédiatement le massage cardiaque pendant deux minutes, puis l'on réévalue s'il faut défibriller de nouveau », indique le Dr Montminy (voir l'algorithme de réanimation pour adultes et enfants). La reprise sur le champ de la RCR est plus utile que la vérification immédiate du pouls. Avant, un laps de temps de plus de 37 secondes pouvait s'écouler entre le premier des trois chocs et la poursuite des compressions.

Étape suivante : l'administration de vasopresseurs et d'antiarythmiques. Leur efficacité n'a jamais été prouvée, mais rien ne montre que ces médicaments sont nuisibles, indique l'urgentologue. On continue donc à en administrer, mais sans négliger l'essentiel qui est la RCR et la défibrillation. « Après l'injection des médicaments, il faut continuer la réanimation, non plus pendant de 30 à 60 secondes comme auparavant, mais durant deux minutes, précise le spécialiste.

1. International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation* 2005 ; 112 : III-1-III-136.

2. Hazinski MF, Nadkarni VM, Hickey RW et coll. Major changes in the 2005 AHA Guidelines for CPR and ECC: Reaching the tipping point for change. *Circulation* 2005 ; 112 : IV-206-IV-211.

### Un taux de survie quadruplé

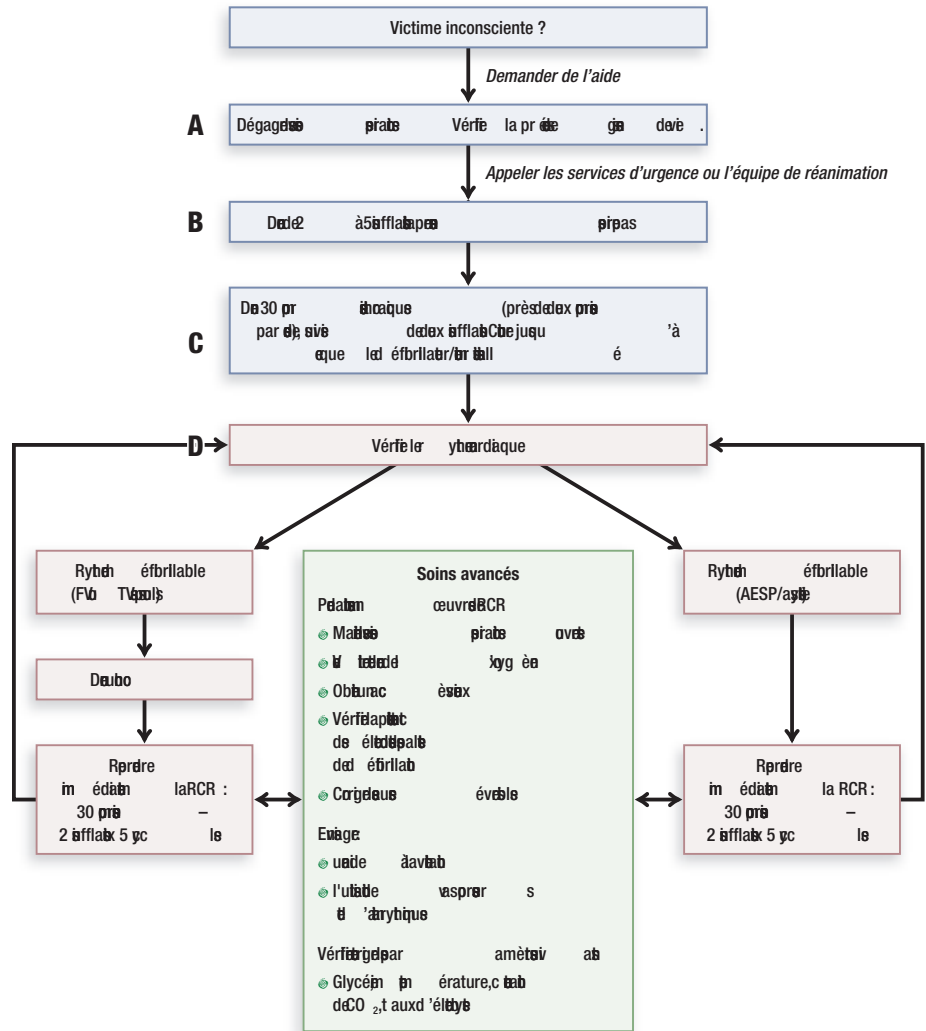
Une fois que le patient reprend conscience, tout n'est pas encore gagné. Il faut surveiller les organes vitaux et être prêt à parer un dysfonctionnement cardiaque. La pression sanguine, la température, la glycémie et la fréquence respiratoire doivent également être contrôlées.

Nouveauté. Les patients dont le cœur se remet à battre après un arrêt cardiaque causé par une fibrillation ventriculaire doivent être refroidis. Il faut maintenir leur température entre 32 °C et 34 °C pendant de 12 à 24 heures. Les résultats de deux études à distribution aléatoire ont montré que l'hypothermie augmentait le taux de survie et améliorait les fonctions cérébrales des sujets restés dans le coma après un arrêt cardiaque causé par des fibrillations ventriculaires.

« L'hypothermie peut également s'avérer bénéfique chez les patients qui ont subi un arrêt cardiaque sans fibrillation ventriculaire, précise le Dr Montminy. La nouvelle recommandation concernant la température corporelle va, par ailleurs, amener de grands changements dans les salles d'urgence. Il va falloir établir des protocoles de refroidissement des patients. »

En attendant, les nouvelles consignes en réanimation cardiorespiratoire devraient permettre de sauver

Figure. Algorithme universel ILCOR\* à la suite d'un arrêt cardiaque



Légende : FV : fibrillation ventriculaire ; TV : tachycardie ventriculaire ; AESP : activité électrique sans pouls. ©2005 International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), American Heart Association et European Resuscitations Council. Tous droits réservés.

avantage de vies. « Les études montrent que si l'on effectue sans tarder la RCR à un rythme de 30 compressions pour deux insufflations et qu'après chaque intervention, comme la défibrillation ou l'administration de médicaments, on refait deux minutes de massage on peut quadrupler le taux de survie par rapport aux résultats des anciennes manœuvres. »

# **Mise en garde**

## **Solutions aux phosphates de sodium par voie orale**

### **cas d'insuffisance rénale**

Après l'administration par voie orale d'une solution aux phosphates de sodium, des patients ont présenté une insuffisance rénale aiguë avec calcification des tissus rénaux, signalent les fabricants de Fleet® Phospho-Soda® et de Phosphates Solution®. Chez certains de ces malades, la défaillance rénale est devenue chronique.

Les solutions aux phosphates de sodium prises par voie orale sont normalement utilisées comme laxatifs pour soulager la constipation occasionnelle ou comme purgatifs coliques avant une radiographie, un examen endoscopique ou une opération chirurgicale. « On doit faire preuve de prudence, car des échanges d'électrolytes peuvent survenir chez les patients qui présentent ou non des facteurs de risque si la dose de 45 ml (contenant 5760 mg de phosphore) est excédée sur une période de 24 heures », indique Pharmascience, le fabricant de Phosphates Solution. Les patients doivent, en outre, être sélectionnés avec soin et bien hydratés.

Trois articles ont révélé les cas de sept patients qui ont subi une néphrocalcinose associée à une insuffisance rénale après l'administration du produit Fleet Phospho-Soda ou d'autres solutions aux phosphates de sodium pour une évacuation du côlon. Six des patients étaient hypertendus et cinq prenaient des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine. Deux des personnes recouraient également à des diurétiques. Par ailleurs, l'un des sept patients a reçu une surdose du produit et un autre présentait une contre-indication relative à cause de son hyperparathyroïdie.

Une trentaine d'autres cas d'insuffisance rénale aiguë associée à une calcification des tissus rénaux ont également été signalés dans des notifications spontanées. Certains de ces troubles seraient attribuables à une mauvaise sélection des patients, à l'administration de doses excessives ou à l'utilisation du produit chez des personnes plus vulnérables à la déshydratation, comme les patients âgés ou affaiblis.

Les fabricants du Fleet Phospho-Soda et du Phosphates Solution recommandent donc aux professionnels de la santé de ne pas utiliser leur produit « chez les patients qui présentent une altération importante de la fonction rénale. » Ils conseillent également de « faire preuve de prudence avec les patients qui souffrent de troubles d'électrolytes préexistants, les patients qui prennent des médicaments qui pourraient avoir un effet sur les niveaux d'électrolytes, les personnes âgées ou les patients affaiblis. »

*(Suite à la page 136) >>>>*

## Index des annonceurs

Renseignements  
thérapeutiques

### ASTRAZENECA CANADA INC.

Crestor..... 51, 53..... 103-104  
Symbicort..... 56..... 135-136

### BAYER

Adalat XL..... 8..... 86  
Avelox..... couv. III..... 97-98

### BERLEX CANADA INC.

Yasmin..... 33..... 141-143

### BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.

Avapro..... 6..... 95-96

### FOURNIER PHARMA INC.

Lipidil EZ..... 28-29..... 121-122

### JANSSEN-ORTHO INC.

Duragesic..... 30..... 105-107  
Evra..... 78..... 113-116  
Reminyl..... 68-69..... 132  
Tricyclen..... 70..... 137-139

### LABORATOIRES ABBOTT

Biaxin..... 37..... 99-100  
Mavik..... 44-45..... 123-124

### MERCK FROSST CANADA & CIE

Ezetrol..... couv. IV..... 117-118  
Singulair..... 13..... 133-134

### PFIZER CANADA INC.

..... 27  
Aricep..... 43..... 94  
Lyrica..... 10-11..... 126-129  
Norvasc..... couv. II..... 125

### PURDUE PHARMA

Codeine Contin..... 46..... 101-102

### SANOVI-AVENTIS

Actonel..... 21..... 90-91  
Altace..... 4..... 92-93  
Lantus..... 14..... 119-120  
Xatral..... 83, 85..... 140

### SHIRE BIOCHEM INC.

..... 34

### WYETH

Effexor (anxiété)..... 76-77..... 108-112  
Effexor (dépression)..... 54-55..... 108-112  
Prevnar..... 62..... 130-131

**Le Médecin du Québec  
accepte maintenant  
les petites annonces  
(514) 878-1911 – 1 800 361-8499  
medque@fmoq.org**

Antre-Amis..... 67

Centre de recherche, Hôpital Douglas .... 61

Dale-Parizeau LM..... 26

CIFGG..... 89

# Le Défi J'arrête, j'y gagne 2006

## Poursuite de la lutte antitabac

*Francine Fiore*

Devenu une sorte de tradition au Québec, le Défi J'arrête, j'y gagne ! en est à sa septième édition. Il poursuit ainsi sa campagne d'information et de sensibilisation visant à inciter les fumeurs à se libérer du tabagisme. En six ans, près de 190 000 personnes ont participé au Défi. Des études ont indiqué qu'entre 24 % et 29 % d'entre elles ne fumaient toujours pas après un an.

Les fumeurs qui désirent participer au Défi peuvent s'inscrire immédiatement. Avec le soutien d'un parrain ou d'une marraine de leur choix, ils devront arrêter de fumer à la date qui leur convient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 et s'engager à ne pas fumer pendant au moins les six semaines officielles du programme, soit du 1<sup>er</sup> mars au 11 avril 2006.

Comme chaque année, une trousse contenant des objets favorisant l'arrêt de la consommation de tabac sera remise gratuitement aux participants, sur présentation d'une confirmation d'inscription, dans une succursale de la chaîne Jean Coutu. De plus, les personnes qui fourniront une adresse électronique au moment de leur inscription recevront des conseils et des messages d'encouragement pendant toute l'année. Les participants peuvent aussi obtenir un service d'aide personnalisé en composant le **1 866 jarrête** (527-7383) ou en se rendant au Centre d'abandon du tabac de leur région.

Parallèlement, le public peut s'inscrire dans la section *Le volet pour tous : Objectif Famille sans fumée* qui consiste à déclarer sa maison et son auto « zones sans fumée » pendant toute la durée du Défi.

Le Défi est une initiative du groupe ACTI-MENU réalisée en collaboration avec plusieurs partenaires privés et publics dont le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Inscription : [www.defitabac.ca](http://www.defitabac.ca)

(Suite à la page 143) >>>>

## Tableau d'honneur

### La D<sup>re</sup> Marie-Dominique Beaulieu nommée Médecin de famille canadien

L'un des titres de *Médecin de famille canadien de l'année 2005*, décerné par le Collège des médecins de famille du Canada, a été remis à la D<sup>re</sup> Marie-Dominique Beaulieu au cours de la Semaine du médecin de famille au Canada, tenue du 5 au 11 décembre 2005. La lauréate a été décrite, dans la lettre qui faisait la recommandation de sa candidature, comme « une femme de tête impressionnante, structurée et passionnée, qui est demeurée accessible et d'une belle humanité. »

Au total, dix médecins ont ainsi été distingués. Ils ont été choisis par leurs pairs pour les soins exceptionnels qu'ils offrent à leurs patients, leur contribution importante à la santé et au bien-être de leur collectivité et leur engagement dans la formation des futures générations de médecins de famille.

Originaire de la ville de Québec, la D<sup>re</sup> Beaulieu a commencé à pratiquer en 1978 à la Clinique de médecine familiale de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Par la suite, elle a travaillé pendant plusieurs années au Département de médecine familiale du Centre hospitalier de l'Université Laval et à l'Hôpital du Saint-Sacrement, à Québec. La D<sup>re</sup> Beaulieu est actuellement professeure à l'Université de Montréal, au Département de médecine familiale dont elle a déjà été directrice. Elle est également titulaire de la Chaire Docteur Sadok-Besrouer en médecine familiale.

La D<sup>re</sup> Beaulieu a été présente autant sur la scène provinciale que nationale, notamment par l'élaboration de guides de pratique clinique et de politiques en soins de première ligne. Elle est également l'auteure de nombreux rapports de recherche en soins de première ligne et d'articles scientifiques publiés dans des revues spécialisées. ☞ FF

### Nominations importantes à la CSST

La D<sup>re</sup> Guylaine Rioux a été nommée, par le gouvernement du Québec, vice-présidente aux relations avec les partenaires et à l'expertise-conseil à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). L'omnipraticienne occupait déjà, depuis 2000, le poste de directrice des services médicaux à la CSST.

La D<sup>re</sup> Rioux, qui a pratiqué dans un hôpital et un cabinet privé, a également travaillé à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et a occupé différents postes au sein de la CSST. Elle a ainsi été médecin-conseil à la Direction régionale de Chaudière-Appalaches et à la Direction des services médicaux.

Le D<sup>r</sup> Odetas Jaseliunas, omnipraticien, remplacera la D<sup>re</sup> Rioux comme directeur des services médicaux. Il était depuis 2003 médecin-conseil à la CSST.

Le D<sup>r</sup> Jaseliunas, qui a exercé dans un cabinet privé, a été médecin accompagnateur pour les Évacuations aéromédicales du Québec et a pratiqué aux urgences de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec. Il a également travaillé à la SAAQ à titre de médecin-évaluateur. ☞ EG



D<sup>re</sup> Guylaine Rioux



D<sup>r</sup> Odetas Jaseliunas

Photos : Tayaout-Nicolas