PRISE EN CHARGE D'UNE HYPOTHERMIE SEVERE (≤ 30°c)

ACTIVITE CIRCULATOIRE ?

- T°< 30°c risque TDRV et défibrillation souvent inefficace
- T°< 28°c risque ACR important
- T°<24 °c ACR quasi constant

Non conservée (ACR, bas débit sévère)

- Confirmer l'hypothermie (température sur SAD urinaire ou œsophagienne)
- Réexaminer le contexte
- Effectuer une kaliémie en urgence (idéalement sur KT artériel ou VVC pour éviter la potentielle hémolyse)

K+ > 10 mmol/l

- Arrêt de la RCP
- Décès

K+ < 10 mmol/l

Conservée

- ***Stratégie de stress minimum*** :
  - Oxygéner (IOT si besoin)
    - Humidificateur chauffant si ventilation
  - VVP ou VVC en fémoral gauche
    - jamais en cave supérieur
    - pas en fémoral droit (laisser la place pour éventuelle ECMO)
  - pose KT artériel (radial droit)
  - Pas de SNG, Pose SAD urinaire avec mesure de température
  - Pas/peu de mobilisation (pas de TDM)
  - Remplissage prudent (soluté réchauffé à 40 °c), éviter amine (risque TDRV), discuter noradrénaline si besoin
- ***Réchauffement***
  - Couverture chauffante sur le tronc (éviter l'after drop)
  - ou système dédié (thermoguard®, arctic sun®, …)
  - Objectif >1°/H jusqu'à 35°c

Si réchauffement difficile (< 1°/h) et FDR d'ACR imminent :

- T< 28 °c
- Arythmies ventriculaires
- PAS < 90 mmHg

Envisager

ECMO V-A fémoro-fémorale

- Réglages initiaux cf. protocole
- Réchauffement sur réchauffeur de l'ECMO
  - Vitesse de réchauffement : maintenir un gradient de 5 à 10 °c maximum entre le réchauffeur et le sang pour effectuer un réchauffement rapide (4 à 6 °c/h) jusqu'à 32 °c, puis réchauffement de 1°/H
  - Objectif 35 °c (surtout si ACR préalable pour poursuivre 12 à 24 h de neuroprotection)
- Couverture chauffante (à discuter au cas par cas)