

# Énoncé de position et lignes directrices concernant le recours à l'hypothermie après un arrêt cardiaque

Association canadienne des médecins d'urgence et le Sous-comité d'énoncé de position\*

## Énoncé de position

Les patients victimes de tachycardie ventriculaire sans perfusion ou de fibrillation ventriculaire dont la stabilité hémodynamique a été rétablie grâce à la réanimation, mais qui demeurent sans réaction, devraient subir une hypothermie thérapeutique. On doit abaisser la température centrale de ces patients à 32°–34°C à des fins de neuroprotection. Le refroidissement devrait commencer dès que la situation clinique le permet.

Date de diffusion : mai 2005

Dernière mise à jour : mai 2005

## Résumé des recommandations

### *Recommandations principales — Le recours à l'hypothermie thérapeutique (32°–34°C) après un arrêt cardiaque.*

- Les victimes d'arrêt cardiaque présentant une fibrillation ventriculaire ou une tachycardie ventriculaire sans perfusion dont la stabilité hémodynamique a été rétablie grâce à la réanimation, mais qui demeurent sans réaction, devraient subir une hypothermie thérapeutique. (Cote A)
- Chez les victimes d'arrêt cardiaque présentant une asystole ou une activité électrique sans pouls qu'on juge être d'origine cardiaque, et dont la stabilité hémodynamique a été rétablie, mais qui demeurent sans connaissance, on devrait considérer la possibilité de recourir à l'hypothermie thérapeutique. (Cote D)
- Les patients âgés de moins de 18 ans et les femmes enceintes pourraient bénéficier de cette thérapie, mais son rôle à cet égard n'a pas encore été prouvé. Pour cette population, les décisions doivent se prendre cas par cas. (Cote D)

### *Recommandations secondaires — L'application pratique de l'hypothermie thérapeutique*

- L'hypothermie thérapeutique devrait être commencée dès que possible (Cote A).
- Les patients qui sont refroidis avec succès dans les huit heures ou plus suivant le retour de la circulation spontanée peuvent encore retirer des bienfaits de cette thérapie. (Cote B).
- Les patients qui subissent l'hypothermie thérapeutique doivent recevoir des agents paralysants et une sédation (Cote B).
- Chez un patient sous sédation et paralysé, on peut obtenir l'hypothermie thérapeutique grâce à l'application de sacs de glace à l'aîne, aux aisselles et au cou (Cote A). Des appoints potentiellement utiles comprennent les casques réfrigérants, les couvertures réfrigérantes, le ventilateur et la nébulisation, ainsi que les bolus de solution saline refroidie (Cote C).
- On devrait surveiller constamment ou fréquemment la température centrale des patients soumis à l'hypothermie thérapeutique. Les températures vésicale, œsophagienne, rectale et de l'artère pulmonaire sont acceptables, mais on doit éviter de prendre la température des membranes tympaniques. L'appareil doit être conçu pour mesurer les températures dans la plage hypothermique (Cote D).
- Pour les patients qui se présentent dans les hôpitaux communautaires, on devrait considérer la possibilité de procéder au refroidissement avant le transfert vers un centre de soins tertiaires. La surveillance de la température devrait se poursuivre pendant le transport. (Cote D)
- Si elle est facilement accessible, l'intervention coronarienne percutanée (ICP) est le traitement de choix pour l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST

\*Pour les listes complètes des membres des Comités principal et secondaire, veuillez consulter les Annexes 1 et 2 disponibles en ligne au [www.caep.ca](http://www.caep.ca)

*Can J Emerg Med* 2006;8(2):107-8

- (STEMI) chez le patient hypothermique. (Cote D)
- Une légère hypothermie thérapeutique ne devrait pas être retardée pour l'ICP ni pour la thérapie thrombolytique et devrait être commencée en même temps que l'une ou l'autre de ces interventions lorsque indiqué. (Cote D)

Date de diffusion : mai 2005  
Date de mise à jour : mai 2005

**Correspondance** : D<sup>r</sup> Daniel Howes, Empire III, Kingston General Hospital, 76 Stuart St., Kingston ON K7L 2V7;danielwilliamhowes@hotmail.com

<b>Appendix 1. Primary Review Committee</b>	
<p><b>Daniel Howes, MD (corresponding author)</b> Assistant Professor, Queen's University Emergency Medicine, Critical Care Empire III, Kingston General Hospital 76 Stuart St., Kingston ON K7L 2V7 613 549-6666 x6367; danielwilliamhowes@hotmail.com</p> <p><b>Robert Green, MD</b> Emergency Medicine and Critical Care Medicine Assistant Professor, Dalhousie University Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, VG Site Rm. 377 Bethune, 1278 Tower Rd., Halifax NS B3H 2Y9</p>	<p><b>Sara Gray, MD</b> 750 Bay St., Ste. 2303 Toronto ON MG5 1N6</p> <p><b>Robert Stenstrom, MD, PhD</b> Department of Emergency Medicine St. Paul's Hospital 1081 Burrard St. Vancouver BC V6S 1A6</p> <p><b>David Easton, MD</b> 202 Laurel Ridge Dr. Winnipeg MB R3Y 1X3</p>

<b>Appendix 2. Secondary Review Committee</b>	
<p><b>Dean Bell, MD</b> Section of Critical Care Asst. Professor, University of Manitoba</p> <p><b>Danielle Blouin, MD, MHPE</b> Emergency Medicine Asst. Professor, Queen's University Kingston General Hospital</p> <p><b>Dan Cass, MD</b> Asst. Professor, Div. of Emergency Medicine Dept. of Medicine, University of Toronto Chief, Emergency Medicine, St. Michael's Hospital</p> <p><b>Christine L. D'Arsgny, MD CM</b> Respirology and Critical Care Medicine Assoc. Professor, Queen's University Kingston General Hospital</p> <p><b>Paul Dorian, MD, MSc</b> Cardiology, St. Michael's Hospital Director, Arrhythmia Service Professor, University of Toronto</p> <p><b>John W. Drover, MD, FACS, FRCSC</b> General Surgery/Critical Care Chair and Medical Director, Critical Care Program Queen's University, &amp; Kingston General Hospital</p> <p><b>Dawn Giffin, MD</b> Emergency Medicine Asst. Professor, University of Western Ontario</p> <p><b>Daren K. Heyland, MD, MSc</b> Associate Professor of Medicine Director of Research, Critical Care Program Director, Clinical Evaluation Research Unit Queen's University, &amp; Kingston General Hospital</p> <p><b>Dean C.C. Johnston, MD, MHSc</b> Neurology (Cerebrovascular Disease) Clinical Asst. Professor, University of British Columbia Director, Stroke Program, St. Paul's Hospital</p>	<p><b>Jason Lord, MD, MSc</b> Emergency Medicine and Critical Care Medicine Clinical Asst. Professor, Dept. of Critical Care Medicine University of Calgary</p> <p><b>Kirk Magee, MD, MSc</b> Dept. of Emergency Medicine Asst. Professor, Dalhousie University</p> <p><b>Bruce McLeod, MD</b> Head of Emergency Medicine, Valley Regional Hospital</p> <p><b>Kieran Moore, MD</b> Dept. of Emergency Medicine Asst. Professor, Queen's University Kingston General Hospital</p> <p><b>John Muscedere, MD</b> Respirology and Critical Care Medicine Asst. Professor, Queen's University Kingston General Hospital</p> <p><b>Edward Patterson, MD</b> Dept. of Emergency Medicine Section of Critical Care Associates Dept. of Internal Medicine Regina Qu'Appelle Health Region Clinical Asst. Professor, University of Saskatchewan</p> <p><b>Christopher S. Simpson, MD</b> Cardiac Electrophysiologist Assoc. Professor, Dept. of Medicine, Queen's University Director Arrhythmia Service and Electrophysiology Laboratory Kingston General Hospital</p> <p><b>Marco L.A. Sivilotti, MD, MSc, FACMT</b> Emergency Medicine and Medical Toxicology Assoc. Professor, Queen's University Kingston General Hospital</p>