

SITUATION OPÉRATIONNELLE

25/10/2023

- 20:42: Le SAMU demande une intervention pour une F 93 ayant une douleur thoracique fluctuante. L'Opérateur du GT15 demande « avec ECG au départ? ». L'ARM confirme. Une Procédure Orange est réalisée.
- 21:13 : ECG enregistré
- 21:14 : le CA contacte la CM. N'ayant pu envoyer l'ECG faute de réseau , l'écran du DGT7 a été photographié et les photos insérées dans les PJ du bilan eFIBI. Le bilan mentionne une douleur thoracique 3/10 irradiant dans le membre supérieur droit , ayant débuté il y a plus de 4 heures. La F se dit fatiguée, sans sueurs ni pâleur. Il y a une hypertension à 200/84. les autres constantes sont dans les normes. A part l'âge, il n'y a pas de FRCV.

- Le médecin regarde l'ECG qui paraît présenter des anomalies mais seules 3 dérivations sont visibles car le CA a photographié plusieurs fois les mêmes dérivations. Le médecin insiste donc pour avoir une transmission de l'ECG sur le serveur pour en faciliter la lecture.
- 21:23: Une PA est mesurée 189/84 et à 21:24 un second ECG est réalisé.
- 21:27: Alors qu'un équipier s'est éloigné à 100 mètres avec le DGT7, la femme perd connaissance et le CA en surveillance constante débute le MCE
- 21:29:43 : allumage du DGT7, analyse, 1^{er} CEE à 21:29:56, 2^{ème} CEE à 21:31:47, 3^{ème} CEE à 21:33:08
- 21:35:30: arrêt du MCE car la victime se réveille
- PEC par AR et la patiente arrive toujours consciente à l'hôpital

Tracé de fibrillation ventriculaire, 1^{er} CEE puis MCE sans délai



Mouvement respiratoire pendant l'ACR

PROBLÉMATIQUE

- L'ACR devant les secours donne l'opportunité d'une action de sauvegarde immédiate minimisant les effets de l'hypoxie cérébrale et permettant la délivrance d'un CEE potentiellement efficace avec réveil de la victime.
- L'action des secours doit être immédiate et efficace. C'est pourquoi une CAT optimisée est déjà enseignée et dorénavant décrite dans le BSP 200.2.
- Sa mise en œuvre évite la non reconnaissance de l'ACR.

POINTS D'ATTENTION

- Lors de la prise des 4 clichés de l'écran du DGT7, le balayage de l'écran a été fait latéralement et c'est 4 fois la même photo qui a été envoyée. **Erreur de règle.**
- La demande du médecin d'avoir absolument un envoi de l'ECG sur le serveur a éloigné le DSA de la victime. La RCP est débutée sans DSA. **Conscience de situation erronée avec prise de risque.**

BONNES PRATIQUES

- Lors de l'éloignement du DGT7, le CA en surveillance attentive de la victime a détecté immédiatement l'ACR et a débuté le MCE sans attendre.
- Le tracé DSA montre un MCE d'excellente qualité sans aucun retard
 - sur la délivrance des CEE
 - Sur la reprise du MCE après les insufflations et les CEE
- La RCP n'est pas arrêtée malgré les signes de vie per massage
- La RCP reprise après le 3^{ème} CEE n'est arrêtée qu'à la reprise d'un état de conscience
- A l'arrivée de l'AR, la surveillance du pouls carotidien est effective. Le DGT7 est en mode DSA.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Dans le cadre d'une douleur thoracique ou de la réalisation d'un ECG, toute PC devant les secours impose sans délai une analyse DSA sans bilan primaire car la probabilité d'une Fibrillation Ventriculaire est très élevée. MAJ BSP 200.2 chap. 7.2. C'est une action de sauvegarde.
- Le médecin coordinateur doit avoir conscience que la pertinence de l'éloignement du DGT7 de la victime doit être évaluée car il éloigne ainsi le DSA dans un contexte où la survenue d'une FV est possible.
- Les photos d'écran d'un ECG imposent **4 clichés avec un balayage vertical** pour voir les 12 dérivations identifiées sur le côté gauche de l'écran. Le mode **nocturne** est préférable. **Désormais, le couplage entre DGT7 et tablette est préférable.**

