

CHARBON ACTIVE ?

Dans l'heure suivant la prise substance carbo-adsorbable
CI : troubles de conscience, vomissements, produit caustique/moussant/pétrolier, défaillance hémodynamique ou respiratoire non stabilisée
POSOLOGIE : 50g, **PED** : 1g/kg (max 50g)
 Forme LP ou cycle entérohépatique : 25g/6h, **PED** : 1g/kg/6h

ELEMENTS A RECHERCHER SUR L'ECG

1- EFFET STABILISANT DE MEMBRANE (Cf. ECG ci-contre)

LISTE DES SUBSTANCES A EFFET STABILISANT DE MEMBRANE

acébutolol, alprénolol, betaxolol, carvedilol, labétalol, Oxyprenolol, propranolol, cocaïne, chloroquine, carbamazépine, anti-arythmiques classe I, antidépresseurs tricycliques, phénothiazines

SIGNES ECG

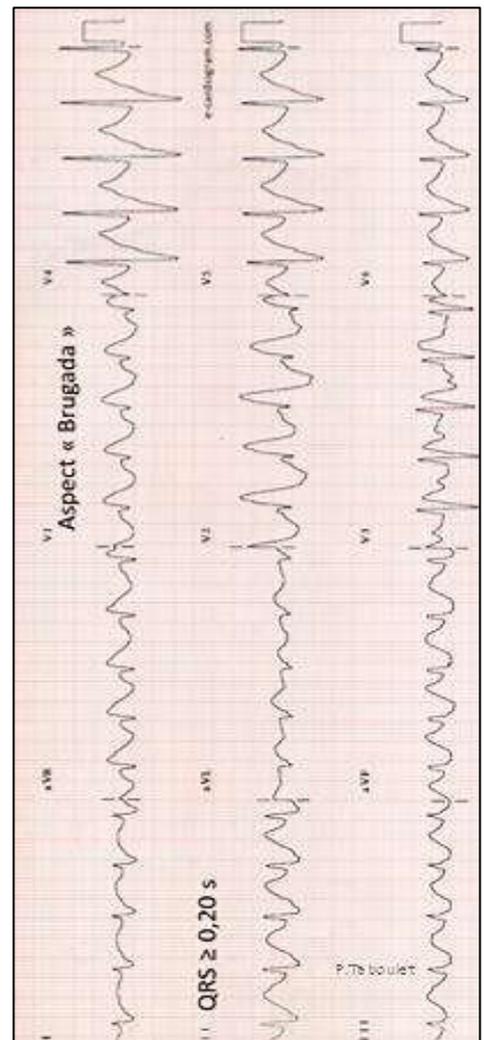
Tachycardie sinusale, Élargissement QRS > 100 ms en DII,
 Déviation axiale droite: onde R terminale en AVR > 3 mm,
 R/S > 0,7 en AVR, Pseudo Brugada en V1-V2

PEC SI COLLAPSUS OU QRS > 120ms

**Bicarbonate molaire 84 pour mille 250mL à renouveler 3 fois SB
 + 2g de KCl en 30 min si besoin**

2- QT LONG

QT normal < 440 ms homme, < 460 ms femme
 Risque arythmie > 500 ms, risque très sévère proche 600 ms
 Extra systole 1^{er} signe de risque de TDR +++



Effet stabilisant de Membrane

ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES

Charbon si vu < 1h

Dose toxique > 0,5g (adulte) - 10 mg/kg (enfant). Dose létale >1g

FLUMAZENIL contre indiqué (convulsions)

- **CHOC** : remplissage NaCl 0,9% 1l-1,5l +/- **ADRENALINE**. Si inefficace, **NORADRENALINE**
- **CONVULSION** : **BZD**. Si EME : préférer **PHENOBARBITAL** (PHENYTOINE = effet stabilisant de membrane)

2 possibilités au choix :

BENZODIAZEPINES

Charbon si vu < 1h

1. **Seulement si intox isolée aux BZD** : O₂ selon la SpO₂ + **FLUMAZENIL (Anexate®)** titration IV 0,2mg (**PED** : 10µg/kg) toutes les 60'' sans dépasser 2mg et sans induire d'agitation
 - **ENTRETIEN** : posologie horaire = dose nécessaire pour obtenir l'éveil
2. Si poly intoxication médicamenteuse **IOT + VAC**

Effet stabilisant de Membrane

CHLOROQUINE

Charbon si vu < 1h

SYMPTOMES RAPIDES : choc cardiogénique ou vasoplégique / TDR ventriculaires / ACR inopiné

Si dose >3g ou QRS 100-120ms ou PAS <100mmHg

Remplissage puis ADRENALINE SB 0,2 µg/kg/min (PAS ≥100 mmHg) puis **IOT** puis **DIAZEPAM** 2 mg/kg en 30' puis 2-4 mg/kg/j (cardioprotecteur spécifique). **Si QRS > 120ms Cf. effet stabilisant de membrane**
Rapprocher d'un centre d'ASSISTANCE CIRCULATOIRE (Choc réfractaire)

OPIACES

Charbon si vu < 1h

NALOXONE (Narcan®)

0,1 mg ttes les 2-3' jusqu'à FR > 12/min & GCS 8

ENTRETIEN IVSE : dose horaire = 2/3 de la dose nécessaire au réveil

ECHEC > 2 mg : recherche une autre intox/cause

ISRS

Charbon si vu < 1h

- **Hyperthermie** : refroidissement externe
- **Convulsions** : **BZD**
- **Coma** : **IOT + VAC**
- Si BZD associées **CI FLUMAZENIL**

Effet stabilisant de Membrane

β-BLOQUANT

BRADYCARDIE Objectif FC > 50/min

ATROPINE 0,5 mg IV ; à renouveler si besoin toutes les 3 à 5'. Max 3mgBAV résistant / ECHEC : **EESE Cf. Bradycardie**

HYPOTENSION Objectif PAS > 100mmHg

Remplissage : NaCl 0,9% max 1-1,5l

ECHEC : **DOBUTAMINE** : 5 à 15 µg/kg/min OU **ISUPREL** si **SOTALOL Cf. ISOPRENALINE**ECHEC : **ADRENALINE/NORADRENALINE + GLUCAGON** : bolus 5 à 10 mg IV puis 2-5 mg/h IVSE

ACR

ADRENALINE & GLUCAGONDiscuter **ASSISTANCE CIRCULATOIRE****DIGITALIQUES**

Charbon si vu < 1h

Dose toxique : > 5 mg si cœur sain, > 2 mg si cardiopathie

BRADYCARDIE Objectif FC > 60/min

ATROPINE 0,5 mg ttes les 3-5', max 3mg.ECHEC/BAV haut degré : **EESE Cf. Bradycardie** en attendant les anticorps anti-digitaliques

TDR VENTRICULAIRE

SULFATE DE MAGNESIUM : 1,5-3g sur 10-20' (max 150 mg/min) puis 1g/h IVSE (CI : Trouble conducteur)**LIDOCAINE (Xylocaïne®)** : 1 à 1,5 mg/kg en IVLTTT SPECIFIQUE : dès que possible : anticorps anti-digitaliques **DIGIFAB®** Rapprocher **CHU Caen****INHIBITEURS CALCIQUES**

Charbon si vu < 1h

BRADYCARDIE Objectif FC > 50/min

ATROPINE 0,5 mg ttes les 3-5', max 3mg. ECHEC : **EESE Cf. Bradycardie**

HYPOTENSION Objectif PAS > 100mmHg

REPLISSAGE NaCl 0,9% 1-1,5l ECHEC : **DOBUTAMINE** ou **ADRENALINE** Si trouble de la contractilité prédominant, **NORADRENALINE** si vasoplégie prédominanteTTT SPECIFIQUE : **GLUCONATE DE CALCIUM 10%** : 3-6g toutes les 10-20' ou 0,2-0,4 ml/kg/h

Effet stabilisant de Membrane

ANTI-ARYTHMIQUES CLASSE 1

Charbon si vu < 1h

(FLECAINE®, CIPRALAN®, EXACOR®, ISORYTHM®, RYTHMODAN®, XYLOCARD®, RYTHMOL®, SERECOR®)

BRADYCARDIE/TDR/TDC

Objectif > 50BPM **ATROPINE 0,5mg** ttes les 3-5', max 3mg. ECHEC/BAV haut degré: **EESE**
Torsades de pointe ou ESV répétées : **SULFATE DE Mg²⁺** 2g en IVL sur 5-10' **Cf. TC QRS Large**

HYPOTENSION Objectif PAS > 100mmHg

Remplissage NaCl 0,9% max 1l. ECHEC : **ADRENALINE** ou **NORADRENALINE**En 2^{ème} intention **DOBUTAMINE + ADRENALINE****HUILES ESSENTIELLES** : (eucalyptus, etc.) / **CAMPHRES** (baume du tigre etc.)Risque coma/convulsion chez l'enfant dès 0,4 ml/kg => **TTT symptomatique****α centraux, OXYMETAZOLINE** : apnée/coma/Choc/TDR chez l'enfant => **symptomatique**PARA
PHARMACIE