

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Intoxication aux inhibiteurs calciques	Version : 2 Date d'application : Avril 2018

I - OBJET DU DOCUMENT :

Intoxication aux inhibiteurs calciques

	<i>Pic pl. Lib Immédiate</i>	<i>Pic pl. forme LP</i>	<i>½ vie élimination</i>
Vérapamil ISOPTINE® :	1 h	5 h	4 h
Diltiazem TILDIEM® :	3 h	2 à 14 h	4 à 8 h
Amlodipine AMLOR® :	6 à 12 h	-	35 à 50 h
Nicardipine LOXEN® :	-	1 à 4 h	8 h
Nifédipine ADALATE® ; CHRONADALATE® :	2 à 4 h	6 à 8 h	6 à 11 h

Il n'existe pas d'Antidote.

1. Propriétés Pharmacologiques :

Anti arythmique, antihypertenseur, anti angineux, inotrope négatif

2. Toxicocinétique : Pas de dose toxique déterminée avec précision.

Absorption : presque complète, rapide avec relargage retardée pour certaine molécule (Vérapamil).

Délai d'apparition des symptômes : 6 heures pour les formes à libération immédiate et allant jusqu'à 24 heures pour les formes à libération prolongée

Volume de distribution : important pour le Vérapamil et le Diltiazem.

Métabolisme Hépatique : important.

Élimination rénale.

Rédigé par : Dr L. CORDIER

Vérifié par : Dr C. SAYAG, Dr JC GALLART

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Intoxication aux inhibiteurs calciques	Version : 2 Date d'application : Avril 2018

3. Présentation clinique : => le risque majeur est celui d'un choc mixte avec vasoplégie et choc cardiogénique

Signes Cardiovasculaires,

- parfois graves dès la première heure et marqués par l'hypotension artérielle, puis la bradycardie, les troubles du rythme et de la conduction (QRS élargis), le collapsus, puis l'arrêt cardiaque précoce
- Choc cardiogénique (si cardiopathie existante)

Signes Respiratoires : Syndrome de détresse respiratoire aigu possible retardé

Signes digestifs : nausées, vomissements

Signes neurologiques troubles de la conscience (asthénie, confusion mentale) convulsions

Signes Métaboliques : Hyperglycémie, Acidose métabolique et lactates augmentés

4. Critères de gravité :

Hypotension artérielle rebelle au traitement conventionnel
Bradycardie, troubles de la conduction, choc cardiogénique.
Acidose, hyperglycémie.
Association avec les Bétabloquants.

5. Prise en charge Thérapeutique :

→ **Admission** en *unité de soins intensifs ou de réanimation*. (Transport médicalisé)

→ **Monitoring cardio-tensionnel + ECG répétés**

→ **Monitoring biologique :** du calcium ionisé, de la glycémie et de la kaliémie

→ **Traitement symptomatique :**

- **Décontamination digestive précoce** (charbon activé répété si forme à LP) en l'absence de contre-indication. Lavage gastrique en cas de contre-indication
- **Atropine** 0.5 à 1 mg IV si bradycardie < 50/min
- **Expansion volémique** par macromolécules si PAS < 100 mmHg avec 500 à 1000 ml de remplissage et Utilisation d'amines vaso-actives type Adrenaline ou Noradrénaline® si échec du remplissage
- **Si intoxication sévère, discuter l'IOT et VM**
- **Sels de calcium** (chlorure ou gluconate) 1 g IV en bolus toutes les 15 à 20 minutes pour un total de 4 doses suivie d'une perfusion au PSE de 20 à 50 mg/kg/h

Rédigé par : Dr L. CORDIER

Vérifié par : Dr C. SAYAG, Dr JC GALLART

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Intoxication aux inhibiteurs calciques	Version : 2 Date d'application : Avril 2018

- **Glucagon** : bolus de 3 à 5 mg puis IVSE de 2 à 10 mg/h
- **Protocole Hyperinsulinémie / Euglycémie** : INSULINE ACTRAPID IV :
 - Bolus de 1 UI/kg associé à un bolus de glucose.
 - Puis perfusion insuline de 0.5 à 1 UI/kg/h en IVSE
 - Perfusion de glucose à la posologie initiale de 1 g/Kg/h puis selon la glycémie
 - Surveillance étroite de la glycémie toutes les 30 min pendant les 4 premières heures puis toutes les heures avec la kaliémie
 - Durée du traitement habituel : 6 heures

Les effets de l'insuline se prolongeant plusieurs heures après l'arrêt de la perfusion, il est nécessaire de poursuivre la surveillance glycémique après l'arrêt de la perfusion d'insuline.

→ **Autres traitements d'exception** à envisager après avis du réanimateur :

- Bleu de méthylène
- Terlipressine, vasopressine
- 4-aminopyridine

→ **Assistance circulatoire** devant l'apparition d'un choc cardiogénique réfractaire aux Traitements conventionnels

6. Evolution :

Evolution favorable :

Sous insulinothérapie, arrêt des drogues vasopressives en 30 à 45 minutes.

Restauration de la pression artérielle sanguine et de la fréquence cardiaque sous insuline pure.

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Purpan et Rangueil

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin **OU A entreprendre** ● IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

V-DOCUMENTS ASSOCIES :

Rédigé par : Dr L. CORDIER

Vérifié par : Dr C. SAYAG, Dr JC GALLART

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Intoxication aux inhibiteurs calciques	Version : 2 Date d'application : Avril 2018

VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N° version	Date	Nature des modifications
2	Avril 2018	MAJ

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2019