

BETA-BLOQUANTS

SIGNES CLINIQUES

Signes cv : bradycardie $\pm$ rég ; $\downarrow$ TA voire collapsus par insuff cardiaque gch

Signes resp : bronchospasme (sujet asthmatique), dépression respiratoire $\rightarrow$ apnée

Signes neuro: csce, le+svt, agitat°, convulsion, coma

CONDUITE A TENIR

Prévenir le réa dès l'arrivée du malade sauf si dose pharmacologique

Si bradycardie sinusale

- Atropine : $\frac{1}{2}$ à 1 amp (0,5 à 1 mg) en iv renouvelable
- Isuprel (si échec ou FC < 50/min ou QT $\uparrow$: 5 amp à 0,2mg diluée ds 125 ml de SGI (5-20 gouttes/min soit 2-10 μ g/kg/min pour avoir un $\pi \approx 70 - 80$ /min
- EES si échec

Si TA $\downarrow$ isolé ou collapsus isolé

- SSI ou macroml : 500ml $\times 2$ maxi et si échec
- Glucagon (si TA tjrs ≤ 80 mmHg : 3-10 mg diluée ds SSI ou SGI en iv puis 3 mg/h (efficacité maxi en 7-10min et dure 15min) + chlorure de Ca^{2+} 1à 3g et si échec dopa (3-20 μ g/kg/min ou noradré (0,2-1 μ g/kg
- O2+MCI+Adrénaline (commencer par 3 mg/h puis adapter 1à 5 mg/h en attendant le réa ou si Glucagon indisponible si échec au ttt précédent

Si bradycardie + collapsus (chronologiquement)

En attendant le réanimateur,

- Glucagon (stt pour $\downarrow$ TA)
- Isuprel si échec (stt pour bradycardie)
- O2+MCI+Adrénaline si échec

Si torsades de pointe (avec Sotalol= α et β bloquant)

Isuprel

Si BAV ou BSA

- Si bradycardie et TA > 100 mmHg : Isuprel
- Si bradycardie et TA < 90 mmHg : Dopamine: 2,5-10 μ g/kg/min, si échec Adrénaline, si échec EES

$\downarrow$ TA sous Isuprel

- si $\downarrow$ TA sévère : adrénaline ou dopamine
- si $\downarrow$ TA modérée : essayer remplissage de 500 $\times 2$ maxi

Coma+collapsus, dépression resp, bronchospasme :

Réa, IOT avec prémédication par l'atropine

Si convulsions : SG 30% $\pm$ Rivotril (1mg iv) et VA

NB : Les I à moins de 10 cp sont en gl modérées et ne justifient pas le lavage gastrique. Ce lavage se discute si doses massives et seulement après atropine iv ou im en présence du réa, pas au delà de 1h après ingestion et après IOT. Charbon activé 50 g puis 25 mg/6h ds tous les cas sauf si doses minimales.

Examens cplém : iono, urée-créeat, glycémie, surv minimale de 24h sous scope!!!

Monitoring : ECG/ TDC à ts les étages ; effet stabilisant de mbr (QRS et QT $\uparrow$) avec Avlocardyl et Sectaral ; QRS fins et QT $\uparrow$ avec Sotalol ; $\downarrow$ glycémie et $\uparrow$ K $^{+}$ rares ; surv SpO2