



**Signes de toxicité aux BCC :** atteinte hémodynamique telle que bradycardie, hypotension, contractilité diminuée, résistances vasculaires périphériques anormales

**« ATTENTION à la surcharge liquidienne »**

\* Si absence de dysfonction myocardique

**Arrêt cardiaque secondaire à un BCC**  
**ACLS**  
**Calcium IV**  
**Émulsion lipidique**  
**CEC si disponible**

**ANTIDOTES :**

Consultez : <https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/antidotes>

**Doses à titre indicatif pour les premières étapes :**

**Calcium IV :**

Par voie périphérique ou centrale

- Adultes : 3 à 6 g (30 – 60 mL) de gluconate de calcium 10 % IV directe, répéter au besoin aux 10 min pour un max. de 4 doses puis vérifier la calcémie (viser une légère hypercalcémie)
- Enfants : 30 – 60 mg/kg (0,3 – 0,6 mL/kg) de gluconate de calcium 10 % IV directe, répéter au besoin aux 10 min pour un max. de 4 doses puis vérifier la calcémie (viser une légère hypercalcémie)

Par voie centrale seulement

- Adultes : 1 à 2 g (10 – 20 mL) de chlorure de calcium 10 % IV, répéter au besoin aux 10 min pour un max. de 4 doses puis vérifier la calcémie (viser une légère hypercalcémie)
- Enfants : 10 à 20 mg/kg (0,1 à 0,2 mL/kg) de chlorure de calcium 10 % IV directe, répéter au besoin aux 10 min pour un max. de 4 doses puis vérifier la calcémie (viser une légère hypercalcémie)

**Insuline à haute dose (prévoir 30 – 60 min avant d'en observer l'effet) :**

- Insuline à haute dose IV (régulière) : 1 unité/kg bolus suivi d'une perfusion à 1 unité/kg/h (maintenir euglycémie avec dextrose)
- Pour la titration à la hausse de l'insuline à haute dose IV (régulière) : augmentation progressive de la perfusion jusqu'à 10 unités/kg/h (maintenir euglycémie avec dextrose)
- Prévoir l'accès à du D 50 % chez les adultes et du D 25 % chez les enfants à administrer par voie centrale pour limiter l'apport liquidien. À titre d'exemple, un patient de 70 kg pourrait avoir besoin d'un bolus initial de 50 mL de D 50 % suivi d'une perfusion de 0,5 – 1 g/kg/h, ce qui peut équivaloir à 70 – 140 mL/h de D 50 %

**Information concernant les vasopresseurs et les inotropes pour les centres où un protocole n'est pas accessible : des doses élevées sont à prévoir, et ce, à des concentrations élevées pour limiter l'apport liquidien.**

Cathécolamines	Indications	Dose	Récepteurs			
			α1	β1	β2	Dopamine
<b>Norépinéphrine</b>	Augmente surtout les résistances vasculaires périphériques, mais un peu aussi la fréquence cardiaque et la contractilité, souvent utilisée pour les chocs indifférenciés, les chocs vasoplégiques.	0,01 à 3 mcg/kg/min (mais pas de réelle dose maximale)	+++++	+++	++	N/A
<b>Épinéphrine</b>	Augmente la fréquence cardiaque, la contractilité, les résistances vasculaires périphériques et diminue les bronchospasmes, souvent utilisée pour les bradycardies, les chocs ayant une composante cardiogénique ou les chocs anaphylactiques.	0,01 à 0,50 mcg/kg/min (mais pas de réelle dose maximale)	+++++	++++	+++	N/A
<b>Dopamine</b>	Augmente la fréquence cardiaque et la contractilité de 3 à 10 mcg/kg/min, mais davantage les résistances vasculaires périphériques de 10 à 20 mcg/kg/min, surtout utilisée à faible dose pour les bradycardies symptomatiques et à plus haute dose pour les chocs avec composante vasoplégique. Il y a peu de bénéfice à l'augmenter à plus de 20 mcg/kg/min.	2 à 20 mcg/kg/min	+++ (10 à 20 mcg/kg/min)	++++ (3 à 10 mcg/kg/min)	++ (3 à 10 mcg/kg/min)	+++++ (0,3 à 3 mcg/kg/min)