



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

« ATTENTION à la surcharge liquidienne »

* Si absence de dysfonction myocardique

Bêtabloquants dialysables : Sotalol, Aténolol

Bêtabloquants modérément dialysables : Acébutolol, Bisoprolol (à discuter avec le toxicologue)

Bêtabloquants, mais évidences limitées : Nadolol (à discuter avec le toxicologue)

Arrêt cardiaque secondaire à un BB

ACLS

Bicarbonate de sodium si signes de blocage des canaux sodiques (QRS large)

Émulsion lipidique

CEC si disponible

ANTIDOTES :

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

Doses à titre indicatif pour les premières étapes :

Bolus de bicarbonate de sodium :

1 – 2 mmol/kg IV directe à répéter au besoin pour rétrécissement du QRS (pH sanguin max. 7,55)

- Adultes et enfants de 2 ans et + : utiliser la solution 7,5 % (0,89 mmol/mL) ou à 8,4 % (1 mmol/mL)
- Enfants de < 2 ans : utiliser la solution à 4,2 % (0,5 mmol/mL) max. 8 mmol/kg/jour (ne pas administrer IV direct)

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
Norépinéphrine	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
Épinéphrine	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
Dopamine	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)