

Trousse d'urgence

Composition, utilisation, réponse à l'urgence du MG

Dr Loïc Lavaill, Samu-Smur, Ch E. Muller Mulhouse



Introduction

- ❖ Garde départementale
 - ❖ Déclenchement par le SAMU-CRRA
 - ❖ Problématiques d'urgence «relative»
 - ❖ Avis médical devant une situation complexe en régulation
- ❖ Situations d'urgence en cabinet
 - ❖ Patients préférant voir leur MG avant de composer le 15 ou d'aller dans un SAU
 - ❖ Douleurs thoraciques, purpura fulminans, asthme aigu grave, ...



Aspect légal

- ❖ Aucune obligation !!
- ❖ Pas de composition réglementaire
- ❖ Pas même de nécessité de possession
- ❖ Obligation de répondre à des situations d'urgence, dans la limite de ses compétences



Urgences intra hospitalières

- ❖ Situation comparable à la trousse d'urgence
 - ❖ Pas d'obligation de composition
 - ❖ Existence de recommandations des sociétés savantes (SFAR)
- ❖ Permet d'établir une base pour la réflexion





Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

en collaboration avec :

Samu de France
Société française de cardiologie
Société francophone de médecine d'urgence
Société de réanimation de langue française



**Recommandations pour l'organisation
de la prise en charge
des urgences vitales intrahospitalières**



Dotation minimale d'un chariot

- ❖ DSA, débrayable si possible en mode manuel
- ❖ Bloc d'O2 avec mano-détendeur intégré
- ❖ Plan dur pour réalisation d'un MCE
- ❖ Médicaments
- ❖ Matériel de ventilation et réalisation d'aérosols
- ❖ Matériel pour accès veineux et injections
- ❖ Matériel pour aspirations



Proposition de dotation minimale

- ❖ Propositions issues du travail de thèse du Dr Delay (2007, Toulouse)
- ❖ Matériel
 - ❖ Thermomètre
 - ❖ Stéthoscope, tensiomètre
 - ❖ Lecteur de glycémie capillaire
 - ❖ Matériel d'injection : aiguilles IM/IV/SC, tubulures, seringues
 - ❖ Chambre d'inhalation
 - ❖ Dispositif de ventilation d'urgence : BAVU, Guedel



Médicaments

- ❖ Adrénaline
- ❖ Aspirine
- ❖ Dérivés nitrés (spray)
- ❖ Diurétiques de l'anse
- ❖ Antalgiques palier III : MORPHINE IV
- ❖ Ceftriaxone (ROCEPHINE)
- ❖ Ampoules de G30
- ❖ BZD injectable : diazépam (VALIUM®), clonazépam (RIVTORIL®)
- ❖ NLP injectable : loxapine (LOXAPAC®)
- ❖ β_2+ inhalés : salbutamol (VENTOLINE®), terbutaline (BRICANYL®)
- ❖ Anticholinergiques : ipratropium (ATROVENT®)
- ❖ Corticoïdes : méthylprednisolone (SOLUMEDROL®)

Médicaments recommandés

- ❖ Adrénaline
- ❖ Dérivés nitrés : RISORDAN, NATISPRAY
- ❖ Atropine
- ❖ Lidocaïne
- ❖ Amiodarone
- ❖ Furosémide
- ❖ Glucosé (G30)
- ❖ BZD injectable : diazépam, midazolam
- ❖ β_2 inhalés : salbutamol, terbutaline
- ❖ Anticholinergiques inhalés : ipratropium
- ❖ Cristalloïdes : NaCl 0,9%
- ❖ Macromolécules : HEA, gélatines, dextrans



Ventilation

- ❖ Canule de Guedel
- ❖ BAVU : Ballon Auto-Remplisseur à Valve Unidirectionnelle
- ❖ Masques faciaux
 - ❖ Haute concentration ($FiO_2 = 100\%$)
 - ❖ Masque à jupe
 - ❖ Masque pour aérosol



Accès vasculaires

- ❖ Seringues, aiguilles, cathéters de VVP
- ❖ Lignes de perfusion, robinets
- ❖ Compresses et antiseptiques (BISEPTINE®)
- ❖ Champs, gants, adhésifs
- ❖ Container à aiguilles



Aspiration

- ❖ AspiMUC : matériel vérifié et prêt à l'emploi
- ❖ Sondes d'aspiration
- ❖ SNG
- ❖ Seringue de Guyon
- ❖ Sonde urinaire + sacs collecteurs



Ce qu'il manque...

- ❖ Nécessaire pour l'intubation
 - ❖ Sondes d'IOT
 - ❖ Laryngoscope
- ❖ Drogues de réanimation
 - ❖ Amines
 - ❖ Sédation et analgésie
 - ❖ Curares
- ❖ Respirateur
- ❖ Scope

Cristalloïdes

- ❖ Sérum physiologique
 - ❖ NaCl 0,9% (9g/L)
 - ❖ PEV : 0,22
 - ❖ OsM : 308 mOsm/L (plasma = 310)
- ❖ SSH (7,5%) : OsM = 2500 mOsm/L
- ❖ RL : PEV = 0,19 ; OsM = 280
- ❖ Glucosés
 - ❖ Ne sont pas des cristalloïdes
 - ❖ G5 : 278 mOsm/L
 - ❖ PolyG5 : 468 mOsm/L (4g/L NaCl + 2g/L KCl)

Colloïdes

- ❖ Dextrans

- ❖ Vieilles molécules, plus vraiment utilisées
- ❖ Réactions anaphylactiques ++
- ❖ RHEOMACRODEX, HEMODEX

- ❖ Naturels

- ❖ Albumine 4% : PEV 0,7 ; 250-320 mOsm/L
- ❖ Albumine 20% : PEV 3,5 ; 350 mOsm/L
- ❖ Produits sanguins labiles
- ❖ Seules macromolécules autorisées chez la femme enceinte



Colloïdes

- ❖ Gélatines

- ❖ Allergisantes, origine animale
- ❖ PLASMION : 320 mOsm/L ; PEV 0,8-1
- ❖ GELOFUSINE : 307 mOsm/L ; PEV 0,8-1

- ❖ HEA, HydroxyEthylAmidons

- ❖ Origine végétale, moins allergisantes
- ❖ Interaction avec les PP, augmente la troponinémie
- ❖ ELOHES : 304 mOsm/L, PEV 1-1,4
- ❖ HEAFUSINE : 310 mOsm/L, PEV 1-1,5
- ❖ VOLUVEN : 308 mOsm/L, PEV 1



Quelques médicaments...



Adrénaline

- ❖ Sympathomimétique pur
 - ❖ Inotrope et chronotrope positif
 - ❖ Augmente les RVS
 - ❖ Bronchodilatateur
- ❖ ACR : 1-3 mg / 3 min
- ❖ AAG : 1mg en nébulisation
- ❖ Chocs cardiogéniques, mixtes
 - ❖ 0,1 à 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$
 - ❖ Attention épuisement rapide
 - ❖ En pratique (70kg) : début à 50 μ/h , 1 mg / 50mL, 2,5 mL/h au PSE



ANEXATE®

flumazénil

- ❖ Antagoniste des BZD
- ❖ BZD apparentées (IMOVANE, ...) : effet partiel

- ❖ CI : polyintoxications médicamenteuses
 - ❖ Surtout si ATD tricycliques
 - ❖ Risque d'épilepsie majoré

- ❖ Administration IVD en titration au 1 / 10^e
 - ❖ Délai 5 min, si inefficace : IOT
 - ❖ Si efficace : relais IVSE dose titration /h
 - ❖ DV = 1h



ATROPINE®

atropine

- ❖ Parasympholytique
- ❖ Entraîne une augmentation de la Fc
 - ❖ Indiqué en 1ère intention sur toute bradycardie (y compris BAV3)
 - ❖ Prémédication sur ISR de l'enfant
 - ❖ Antidote des organophosphorés (insecticide)
- ❖ Bradycardie : IVD pur (0,5-1 mg / 5min)
- ❖ Préméd enfant : 0,02 mg / kg (max 0,5 mg)
- ❖ Organophosphorés : 0,5 mg / 5min



CÉLOCURINE®

suxaméthonium

- ❖ Curare périphérique d'action rapide (30s)
 - ❖ Dépolarisateur de membrane (augmentation K)
 - ❖ Durée action : 5min
 - ❖ Contre-indiqué sur patient alité
- ❖ EI : hyperkaliémie +++
- ❖ ISR adulte : 1 mg/kg
- ❖ ISR enfant (\Rightarrow 15ans, ne dépasser les 100mg) : 1,5 mg/kg



CaCl₂

- ❖ Hyperkaliémie menaçante
- ❖ Hypocalcémies

- ❖ 1a = 10mL à 10%, soit 1g

- ❖ 1 à 2g IVL / 20min en MP
 - ❖ Monitoring ECG continu
 - ❖ Ralentissement Fc ++



CORDARONE®

amiodarone

- ❖ Antiarythmique classe III
- ❖ En pratique
 - ❖ FA rapides et mal tolérées
 - ❖ TV / FV
- ❖ Modalités
 - ❖ Dose de charge = 300mg (2a) / 30min
 - ❖ Puis 3-6 amp / 24h IVSE en relais



DIAMOX[®]

acétazolamide

- ❖ Inhibiteur de l'anhydrase carbonique (diurétique)
- ❖ Hypertonies du GO (GAFA / GPAO)

- ❖ Modalités
 - ❖ 1 à 2 amp / 1h IVL
 - ❖ Veinotoxique : jamais en IVD



DIGOXINE®

digoxine

- ❖ Antiarythmique, inotrope positif
- ❖ AC/FA non réduite par la CORDARONE

- ❖ 1/2 à 1amp IVD



DIPRIVAN[®]

propofol

- ❖ Hypnotique
- ❖ Induction ou entretien (réinduction) en réa ou en déchocage
- ❖ Très vasoplégiant (chute de la PA +++)

- ❖ Modalités
 - ❖ Induction : 1 à 2,5 mg/kg
 - ❖ Entretien : 1 à 10 mg/kg/h IVSE



DOBUTREX®

dobutamine

- ❖ Catécholamine d'action centrale
 - ❖ Activité $\beta+$ (inotrope positif)
 - ❖ Egalement dromotrope + (tr du rythme SV)
- ❖ En pratique : choc cardiogénique
- ❖ IVSE, de préférence sur KTVC
 - ❖ Débuter à $2,5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$
 - ❖ Max $20 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$
 - ❖ Selon protocoles de dilution



DOPAMINE®

dopamine

- ❖ Actions diverses en fonction du débit
 - ❖ Faible dose (< 5) : augmente le débit de perf rénale
 - ❖ Moyennes doses (5-20) : inotrope positif
 - ❖ Forte doses (> 20) : augmente les RVS
- ❖ Vieille amine, quasiment plus utilisée
- ❖ IVSE strict : début à 1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$



EPHEDRINE[®]

éphédrine

- ❖ Provoque la libération de NAD endogène
- ❖ Vasoconstriction, augmentation RVS
- ❖ Ne sert à rien dans la plupart des chocs
- ❖ Modalités
 - ❖ Titration / 3mg (1a = 30mg)
 - ❖ Dmax : 150mg / 24h



EUPRESSYL[®]

urapidil

- ❖ Antihypertenseur central (alpha bloqueur)
- ❖ Utilisé dans les HTA malignes

- ❖ Modalités
 - ❖ Bolus : 25mg IVL / 20min (renouv. à 5min)
 - ❖ Entretien : 9 à 30 mg/h IVSE



FENTANYL[®]

fentanyl

- ❖ Morphinique majeur
 - ❖ Action 100 fois supérieure à la morphine
 - ❖ Très lipophile

- ❖ Utilisations diverses
 - ❖ Neuroleptanalgésie (en VS) : 100-150 μ g IVD
 - ❖ Entretien d'une analgésie : 50-250 μ g/h IVSE



FLUIMUCIL®

n-acétyl-cystéine

- ❖ «Antidote» du paracétamol
 - ❖ Apport de radicaux thiamine pour éviter la toxicité hépatique
 - ❖ Peut être administré en l'attente des résultats de la paracétamolémie
- ❖ EI principal : nausées et vomissements
- ❖ Modalités
 - ❖ 150 mg/kg dans 250 mL de G5% (en 15min)
 - ❖ puis 50 mg/kg dans 500 mL de G5% en 4h
 - ❖ puis 100 mg/kg dans 1000 mL de G5% en 16h



GLUCAGEN[®]

glucagon

- ❖ Intoxications aux β bloqueurs
 - ❖ Charge : 50-100 $\mu\text{g}/\text{kg}$ IVL / 2-3min
 - ❖ Entretien : 70 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ IVSE
- ❖ Hypoglycémies : 1 mg SC ou IM



GLYPRESSINE®

terlipressine

- ❖ Vasoconstricteur portal
- ❖ Indiqué dans les ruptures de VO et les hémoptysies
- ❖ Modalités
 - ❖ Dose IVD /4h jusqu'à contrôle du saignement
 - ❖ Poids < 50kg : 1mg
 - ❖ 50-70 kg : 1,5mg
 - ❖ > 70 kg : 2mg



HYPNOMIDATE®

étomidate

- ❖ Hypnotique de référence en MU
 - ❖ Utilisé dans l'ISR estomac plein
 - ❖ Légèrement hypotenseur
- ❖ Contre-indications
 - ❖ Insuffisances surrénales
 - ❖ Epilepsie (préférer le NESDONAL®)
- ❖ Induction : 0,3-0,4 mg/kg
- ❖ Entretien : JAMAIS !!!!! (sinon ISA)



HYPNOVEL®

midazolam

- ❖ Hypnotique, benzodiazépine
- ❖ Génère une vasoplégie

- ❖ Sédation d'un patient intubé et ventilé
 - ❖ Seul ou en association
 - ❖ Avec un analgésique majeur ou une autre drogue
 - ❖ 1 mg/h IVSE (ajuster au besoin)

- ❖ Sédation d'un patient agité : 2,5 à 5 mg IVL



ISUPREL[®]

isoprénaline

- ❖ Sympathomimétique, chronotrope positif
- ❖ Intoxications aux β B et BAV3
- ❖ 5amp dans 250mL de SG5%
 - ❖ Ajuster au compte-goutte
 - ❖ En fonction de la réponse en fréquence



KANOKAD[®]

PPSB

- ❖ Concentré de facteurs de coagulation poolés
- ❖ Médicament dérivé du sang (tracabilité)
- ❖ Indiqué dans les hémorragies graves chez les patients traités par AVK
 - ❖ Dose : 1mL/kg + 10mg VK (INR 30min après)
- ❖ Egalement dans la réversion des AVK en cas de chirurgie urgente
 - ❖ Dose fonction des tableaux et de l'INR souhaité
 - ❖ 10mg de VK et INR 30min après



KETALAR[®]

kétamine

- ❖ Inhibiteur du Glu au niveau des R-NMDA
- ❖ Psychodysleptique ++++++

- ❖ Analgésie de surface
 - ❖ Grands brûlés, médecine de catastrophe
 - ❖ 0,1-0,3 mg/kg, toujours avec HYPNOVEL[®]

- ❖ Induction en AG si vasoplégie risquée (ou enfant)
 - ❖ Induction : 2-5 mg/kg
 - ❖ Entretien : 1-3 mg/kg/h IVSE



LASILIX[®]

furosémide

- ❖ Diurétique de l'anse de Henlé
- ❖ Très hypotenseur (5 min après l'injection)

- ❖ Posologie variable
 - ❖ 20-40mg en IVD
 - ❖ Jusqu'à 1000 mg IVSE /24h



LEVOPHED®

noradrénaline

- ❖ Catécholamine sympathicomimétique
 - ❖ Action périphérique quasi stricte
 - ❖ Augmentation des RVS
- ❖ Modalités
 - ❖ IVSE sur voie dédiée (FONDAMENTAL)
 - ❖ JAMAIS de bolus IV, entretien constant
 - ❖ 0,1 à 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$
 - ❖ Selon protocole de dilution



LOXEN[®]

nicardipine

- ❖ Inhibiteur calcique
- ❖ AntiHTA, action périphérique
- ❖ Réponse explosive, indiqué sur HTA maligne

- ❖ Modalités
 - ❖ Bolus : éventuellement, mg / mg
 - ❖ IVSE : selon réponse PA, paliers de 1 mg / h



MORPHINE[®]

chlorhydrate de morphine

- ❖ Antalgique stupéfiant, opiacé palier III
- ❖ Délai action long (qqes minutes)
- ❖ EI nombreux : respi, nausées / vomissements

- ❖ Modalités
 - ❖ Bolus : 0,05 à 0,1 mg/kg IVD
 - ❖ Entretien : IVSE ou bolus



NALADOR[®]

sulprostone

- ❖ Prostaglandine
 - ❖ Indiquée dans les IVG et les ITG
 - ❖ Provoque la contraction de l'utérus

- ❖ Hémorragies de la délivrance
 - ❖ Par atonie utérine, après échec de l'oxytocine

- ❖ Schéma thérapeutique «particulier»
 - ❖ 1a 500 μ g dans 50mL IVSE, sur 124min
 - ❖ Phase initiale et finale (15 min) : 10 mL/h
 - ❖ Phase intermédiaire (54 min) : 50 mL/h

NARCAN®

naloxone

- ❖ Antidote vrai des morphiniques
- ❖ Antagoniste compétitif des récepteurs μ
- ❖ ATTENTION au réveil des polytoxicomanes
- ❖ Modalités
 - ❖ Titration IVD : 1a (0,4 mg) dans 10mL, mL / mL
 - ❖ Entretien : 6 μ g / kg / h IVSE (dose T / h)



NIMBEX[®]

cisatracurium

- ❖ Curare non dépolarisant
 - ❖ Action rapide mais «brève»
 - ❖ DA : 1 min ; durée = 30-60 min
- ❖ Conservé au réfrigérateur

- ❖ Posologie
 - ❖ Induction : 0,15 mg/kg IVD
 - ❖ Entretien : 0,10 mg/kg/h IVSE (ou bolus IVD)



NIMOTOP®

nimodipine

- ❖ AntiHTA périphérique, inhibiteur calcique
 - ❖ Réputé lever le vasospasme artériel cérébral
 - ❖ Indiqué dans les HSA par rupture d'anévrisme
- ❖ Très puissant, réponse «explosive»
- ❖ Modalités
 - ❖ Bolus : JAMAIS
 - ❖ IVSE : 1 mg/h, à adapter à la réponse PA



NUBAIN[®]

nalbuphine

- ❖ Antalgique palier II
 - ❖ Surtout utilisé en pédiatrie pour l'effet palier
 - ❖ Antagoniste mu, agoniste kappa

- ❖ Effet 30min, intéressant en pédiatrie
 - ❖ Problème de l'effet ago/ anta en préopératoire
 - ❖ DVE 3-6 heures

- ❖ Modalités
 - ❖ IVD pur / 4-6h : 0,2 mg/kg
 - ❖ IR (enfant) : 0,3-0,4 mg/kg
 - ❖ Effet antalgique plafonné à 0,3-0,5 mg/kg

PERFALGAN®

paracétamol

- ❖ Antalgique palier I et antipyrétique
 - ❖ Utilisé en première intention
 - ❖ Traditionnellement avant les antalgiques II/III
- ❖ Peut être shunté pour aller directement aux morphiniques en cas de besoin
- ❖ Coût élevé au gramme
 - ❖ IV : 1,60 € (entre 30 et 80x supérieur à PO)
 - ❖ PO : 0,02 à 0,05 € (sirop 0,4 €/g)
 - ❖ IR : 0,02 à 0,03 € (pour 1,2 g)



POLARAMINE®

dexchlorphéniramine

- ❖ Antihistaminique H1
 - ❖ Urticaires géants, conjonctivites, ...
 - ❖ AAG et oedèmes de Quincke, chocs

- ❖ Ampoules de 5 mg (idem PO)

- ❖ IVL / 2 min pur
 - ❖ IVD : peut entraîner des malaises vagues
 - ❖ Peut aussi être administré en IVL / 10min



PROTAMINE®

sulfate de protamine

- ❖ Antidote vrai de l'héparine
 - ❖ Se lie avec l'héparine pour former un sel inerte
 - ❖ Action très rapide (qqes secondes après injection)
- ❖ HBPM : action partielle
- ❖ ARIXTRA : inefficace
- ❖ Calcul en UAH (1 UAH pour 1 UI héparine)



RISORDAN[®]

dinitrate d'isosorbide

- ❖ Dérivé nitré, vasodilatateur artériel
 - ❖ Indic : OAP (à PA élevée), NSTEMI
 - ❖ EI : hypotension artérielle +++ (CI choc cardioG)

- ❖ NSTEMI : 2 mg/h IVSE

- ❖ OAP
 - ❖ Bolus : 0,5mg IVD jusqu'à 2mg
 - ❖ Entretien : 2-15 mg/h IVSE (paliers 1-2mg/10')



SANDOSTATINE®

octérotide

- ❖ Peptide de synthèse de la somatostatine
- ❖ Indiquée dans les ruptures de VO
- ❖ 25 $\mu\text{g}/\text{h}$ IVSE pendant 48h en attendant la FOGD



SOLUMEDROL®

méthylprednisolone

- ❖ Anti-inflammatoire stéroïdien
- ❖ AAG, BPCO, asthme, ...
- ❖ 1-3 mg/kg IVL



STRIADYNE®

adénosine triphosphate

- ❖ Cholinergique direct
 - ❖ Annule tout effet sympathique
 - ❖ Dromotrope négatif complet
- ❖ Indications larges
 - ❖ TdR SV mal tolérés (cardioversion) : FA, flutter
 - ❖ TV paroxystique à complexes fins (Bouveret)
 - ❖ TJ et TSV : réduction
- ❖ Prévenir le patient de la pause sinusale (mal tolérée +++)
- ❖ Chariot de réa et adrénaline à proximité
- ❖ 1/2 amp, puis 1a IVD flash, «au cul du cathéter»

MgSO₄

sulfate de magnésium

- ❖ Antiarythmique et stabilisateur de membrane
- ❖ Chronotrope négatif (supra ventriculaire)
- ❖ Torsades de pointe, prévention hyperK en réa
- ❖ Eclampsie (pour les vieux de la vieille)
- ❖ Surdosage : abolition des ROT
- ❖ TdP : 2g IVL / 5min puis 6g en 2-4h IVSE



SUFENTA[®]

sufentanil

- ❖ Morphinique majeur
 - ❖ Action 1000x supérieure à la morphine
 - ❖ Assez peu lipophile
- ❖ Utilisation par un MAR ou un MU
 - ❖ Chariot de réa à proximité ou IOT
 - ❖ Analgésie VS : 0,2-0,3 $\mu\text{g}/\text{kg}$ IVD
 - ❖ Entretien analgésie : 0,2-2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ IVSE



SYNTOCINON®

oxytocine

- ❖ Peptide post hypophysaire de synthèse
 - ❖ Provoque la contraction des ML
 - ❖ Notamment utérins
- ❖ Atonies utérines et hémorragies de la délivrance
- ❖ 1a en IVL (5mg)



VALIUM®

diazépam

- ❖ BZD à longue durée d'action
 - ❖ 1ère ligne en traitement épilepsie
 - ❖ Sédation patient agité
 - ❖ Prévention du delirium tremens
- ❖ Conditionnement : 1a = 10mg / 2mL
- ❖ Epilepsie : 1a IVD pur (à renouv. / 5min)
- ❖ Sédation : 1a IVL / 20min
- ❖ DT : 5mg PO / 4h si IS > 8

Index Sevrage

	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81-100	101-120	> 120
TA systolique	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire	< 16	17-25	26-35	> 35
Tremblements	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisées
Sueurs	0	Paumes	Paume et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée/ Contrôlable	Généralisée/ incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par le bruit ou la lumière Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Index de sevrage, dit de Cushman
 <8 : simple - 8-14 : moyen - >14 : grave

VITAMINE K[®]

phytoménadione

- ❖ Cofacteur de la coagulation
 - ❖ Utilisé dans la réversion des AVK (avec le PPSB)
 - ❖ Utilisé seul selon les recos (HAS 2008)
- ❖ Utilisé PO ou IV
- ❖ PO : mélanger avec jus (amer +++)



Recommandations

INR mesuré	Mesures correctrices	
	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5 - 3,5 ou 3 - 4,5)
INR < 4	<ul style="list-style-type: none"> pas de saut de prise pas d'apport de vitamine K 	
$4 \leq \text{INR} < 6$	<ul style="list-style-type: none"> saut d'une prise pas d'apport de vitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> pas de saut de prise pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	<ul style="list-style-type: none"> arrêt du traitement 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> saut d'une prise un avis spécialisé est recommandé (ex. cardiologue en cas de prothèse valvulaire mécanique) pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	<ul style="list-style-type: none"> arrêt du traitement 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

XYLOCARD®

lidocaïne

- ❖ Antiarythmique ventriculaire
- ❖ Indiqué en urgence dans l'ensemble des TdR ventriculaires (FV / TV, TdP, ...)
- ❖ Modalités
 - ❖ 1-1,5 mg / kg IVD (70kg = 100mg)
 - ❖ puis relais IVSE : 100mg / h
- ❖ EI : neuro (épilepsie +++)



Merci !

