

## HYPERTHERMIE MALIGNE (HM)

1. Demander de l'aide. Le pronostic vital est en jeu.
2. Arrêt immédiat de l'administration de tout **agent volatil halogéné** et de la **SCh (succinylcholine-celocurine®)**. **Hyperventiler** en oxygène pur, au moins 10 L/mn. Le changement de l'absorbant de CO<sub>2</sub> et du circuit filtre n'est pas indispensable, mais, déposer tous les évaporateurs, qui peuvent fuir.
3. Administration initiale de **dantrolène 2-3 mg/kg**, en étant prêt à augmenter rapidement la posologie par incrément de 1 mg/kg jusqu'à 10 mg/kg.
  - *Contrôle des signes MH (e.g. tachycardie, rigidité, hypercapnie et hyperthermie)*
  - *Une dose supérieure à 10 mg/kg peut être nécessaire*
  - *Chaque flacon de dantrolène contient 20 mg de médicament et 3 g de mannitol*
  - *Chaque flacon doit être dilué dans 60 ml d'eau stérile sans conservateur*
4. Administrer du **NaHCO<sub>3</sub>** (14:1000) pour corriger l'acidose métabolique en fonction des gaz du sang. En l'absence de gaz du sang, administrer 1-2 mM/kg.
5. Simultanément, **refroidir le patient** gravement hyperthermique, sinon dès que possible, c'est à dire sans perdre du temps dans l'administration du dantrolène. Utiliser une solution IV salée (0,9%) glacée 15 ml/kg/15mn x 3 (pas de Ringer Lactate), et :
  - *Irriguer l'estomac, la vessie, rectum, cavité opératoire sauf thorax avec la solution salée glacée*
  - *Refroidissement de surface par aspersion/évaporation vers 32°C ou matelas refroidissant*
  - *Monitorer la température pour éviter l'hypothermie secondaire (arrêt à 38°C central, non rectal)*
6. Les **arythmies** répondent normalement au traitement de l'acidose et de l'hyperkaliémie. En cas de persistance ou de menace vitale imminente, utiliser les anti-arythmiques usuels à l'exception des inhibiteurs calciques qui peuvent majorer l'hyperkaliémie et induire un collapsus CV.
7. Monitorer la **PETCO<sub>2</sub>** et mesurer les **gaz du sang artériel**, du sang veineux mêlé ou fémoral, la kaliémie, la calcémie, la coagulation et le débit urinaire.
8. **L'hyperkaliémie** est habituelle et doit être traitée par l'hyperventilation, le bicarbonate et l'insuline (10 U IO dans 50 ml G 50 % titré selon l'hyperkaliémie, ou 0.15 U IO/kg dans 1 ml/kg G 50 %). L'hyperK menaçante peut aussi être traitée par le calcium (2-5 mg/kg de CaCl<sub>2</sub>).
9. Assurer une **diurèse supérieure à 2 ml/kg/hr**.

Note. L'enfant de moins de 10 ans victime d'un arrêt cardiaque brutal après l'administration de SCh en l'absence d'hypoxie et de surdosage anesthésique doit être d'abord traité pour l'hyperkaliémie aiguë. Dans cette situation, du calcium doit être administré au même titre que la mise en oeuvre des autres moyens visant à réduire la kaliémie. Cet accident est présumé en rapport avec une dystrophie musculaire infraclinique.

### APRES LA CRISE

- A. Observer le patient en **USI pendant au moins 24 heures**, la recrudescence de la crise étant possible, particulièrement après une crise fulminante résistante au traitement.
- B. Donner du **dantrolène IV 1 mg/kg toutes les 6 heures pendant 24-48 heures**. Après cela, donner la même dose par voie orale pendant 24 heures, à prolonger si nécessaire.
- C. Suivre les gaz du sang, les CPK, le potassium et le calcium, la myoglobulinémie et urie, l'hémostase, et la température jusqu'au retour aux valeurs normales. La température centrale doit être monitorée jusqu'à la normalisation.
- D. **Informé** le patient et sa famille en ce qui concerne l'HM et les précautions anesthésiques. Mettre le patient en contact avec l'Association des familles. Remplir le formulaire de déclaration de la crise pour le registre HM national.