



INTOXICATION AUX ANESTHESIQUES LOCAUX CHEZ L'ADULTE



DIAGNOSTIC

Signes neurologiques

- Goût métallique
- Dysarthrie, dysesthésies bucco-linguales
- Vertiges, nausées, acouphènes
- Secousses musculaires
- Malaise, confusion, céphalée, paresthésie
- Convulsion, coma

et/ou

Signes cardiovasculaires

- Bradycardie, troubles de la conduction
- Hypotension, collapsus
- Trouble du rythme ventriculaire – Arrêt cardiaque

Facteurs favorisants

- Non respect des doses maximales (cf. verso)
- Âges et poids extrêmes
- Cumul des sites et voies d'administration d'AL
- Cardiopathies
- Hypoxie, acidose
- Absence d'échoguidage

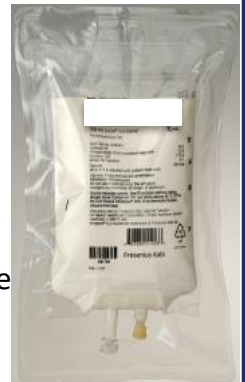
Contexte d'injection d'AL en bolus (par soignant, patient ou automatique)

- Immédiat si injection intravasculaire
- Retardé jusqu'à 60 minutes après bolus

**APPEL A L'AIDE
STOP INJECTION AL**

TRAITEMENT : dans tous les cas, dès suspicion

- Arrêt de la chirurgie
- Oxygénothérapie $FiO_2 = 1$ (intubation si ACR ou état de mal convulsif)
- Émulsion lipidique à 20% : Exemple Intralipide 20%®
Bolus 100 ml en 2-3 min si poids > 70 kg (1,5 mL/kg si poids < 70 kg)
si hémodynamique instable répéter bolus après 5 min (maximum 3 bolus)
Perfusion 250 ml en 15-20 min si poids > 70 kg (0,25 mL/kg/min si poids < 70 kg)
si hémodynamique instable passer à 0,5 mL/kg/min
Continuer la perfusion au moins 10 min après retour à l'équilibre hémodynamique
(Dose cumulative maximale : 12 mL/kg, soit maximum 800 mL pour 70 kg)
- Dosage du toxique (prélèvement tube sec)
- Déclaration EIAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs



Si convulsions et/ou arrêt cardio-respiratoire

- Benzodiazépines si convulsions prolongées (éviter propofol)
- Réanimation cardio-respiratoire prolongée (> 1h) : cf. ACR
 - Adrénaline en dose titrée : débuter à 50µg (faible dose)
 - Si arythmie ventriculaire : amiodarone uniquement
 - Si ACR réfractaire, envisager assistance cardio-circulatoire ECMO
- Surveillance monitorée pendant au minimum 2 heures (convulsions) à 6 heures (ACR)



TSVP

Doses maximales recommandées d'anesthésiques locaux*

Anesthésique local	Non adrénaliné		Adrénaliné	
	Dose maximale (la plus faible des deux)		Dose maximale (la plus faible des deux)	
Lidocaïne	5 mg/kg	300 mg	7 mg/kg	500 mg
Mepivacaïne	5 mg/kg	300 mg	7 mg/kg	500 mg
Ropivacaïne	3 mg/kg	200 mg	3 mg/kg	250 mg
Levobupivacaïne	2 mg/kg	200 mg	3 mg/kg	225 mg
Prilocaine	6 mg/kg	400 mg	8 mg/kg	600 mg
Bupivacaïne**	2 mg/kg	175 mg	3 mg/kg	225 mg

Réalisé en 2016 par le CAMR et relu par le comité douleur ALR. Révision en 2026

RFE SFAR 2016 : ALR perinerveuse <https://sfar.org/wp-content/uploads/2019/10/rfe-anesthésie-loco-regionale-perinerveuse.pdf>

American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Local Anesthetic Systemic Toxicity checklist : 2020 version. *Reg Anesth Pain Med* 2021;46:81-82. D'après :

Berde and Strichartz. Local anesthetics. In: Miller RD (Ed.). *Miller's Anesthesia*, eighth ed. Philadelphia : Elsevier; 2015:1043.

Dadure C, Sola C, Dalens B, Capdevila X. Regional anesthesia in children. in: Miller RD (ed.). *Miller's Anesthesia*, eighth ed. Philadelphia: elsevier; 15:2718.

American Academy of Pediatrics ; American Academy of Pediatric Dentistry, Cote CJ, Wilson S ; work Group on Sedation. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures : an update. *Pediatrics* 2006; 118:2587-2602.

* Dose exprimée par rapport au poids idéal

** Anesthésique local non recommandé en France pour l'ALR en dehors de la rachianesthésie

Alternative possible à l'Intralipide 20 %[®] :

Medialipide 20%[®] 6 à 9 ml/kg en bolus IV 2 à 3 min,
perfusion continue d'entretien pas nécessaire