

SIGNES

- Pression insufflation > 40-45 cmH₂O
- EtCO₂ diminué
- Disparition plateau sur capnographe
- **Signe de gravité** : SpO₂ < 90 %, tachycardie, hypotension artérielle, collapsus

- APPEL à l'AIDE
- Mettre en FiO₂ : 100 %

Eliminer les diagnostics différentiels

- **Obstruction mécanique** :
 - Vérifier perméabilité circuit
 - Si VS : éliminer chute de langue
 - Si IOT, vérifier :
 - > perméabilité,
 - > pression,
 - > position de la sonde d'intubation
- **Baisse compliance thoraco-pulmonaire** (stimulation chirurgicale, hyperthermie maligne...)
- **Embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque gauche, pneumothorax compressif, intubation œsophagienne**
- **Laryngospasme** (si patient en VS)

NON

Instabilité hémodynamique

OUI

Hyperactivité bronchique

Choc anaphylactique

- Approfondir l'anesthésie avec propofol ou kétamine
- Arrêt stimulus/chirurgie

Voir Fiche urgence Choc anaphylactique

- Ventilation manuelle
- Switcher au sévoflurane

- Salbutamol inhalé (10-15 bouffées) à répéter si nécessaire après 15 min ± Salbutamol IVSE : 0,25 à 5 mg/h
- Bromure d'ipratropium inhalé : 0,5 mg
- Méthylprednisolone IV : 1 à 2 mg/kg

± Sulfate de magnésium : 2 g en 20 min

Si persistance du bronchospasme :

- Adrénaline IVD titrée : 10 à 100 µg
- Discuter d'un arrêt de la chirurgie et un transfert en réanimation