

Circulaire DGS/DH/SQ 2 n° 99-631 du 18 novembre 1999 relative au traitement de l'hyperthermie maligne pré-anesthésique

18/11/1999

La circulaire DGS/3 A n° 327 du 12 septembre 1989 relative au traitement de l'hyperthermie maligne de l'anesthésie a fait obligation aux établissements de santé où se pratiquent des anesthésies de constituer une réserve de dantrolène injectable (seule spécialité pharmaceutique disponible à ce jour : Dantrium (R)) permettant de traiter, dans les meilleurs délais, toute crise débutante dès qu'il y a suspicion du diagnostic. L'obligation de disposer de cette réserve n'est cependant pas toujours respectée, et, par ailleurs, le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie dispose, dans son article D. 712-40, que, pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé doivent assurer notamment une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuée.

1. La crise d'hyperthermie maligne et son traitement

L'hyperthermie maligne de l'anesthésie est une myopathie pharmacogénétique qui met en jeu le pronostic vital lorsqu'elle aboutit, dans les évolutions défavorables, à la destruction aiguë et généralisée du muscle squelettique. Elle affecte des sujets génétiquement prédisposés. Ils peuvent avoir des antécédents familiaux évocateurs qu'il convient de rechercher systématiquement au cours de la consultation pré-anesthésique. La crise d'hyperthermie maligne est une complication secondaire à l'inhalation de tous les agents anesthésiques volatils halogénés ou à l'administration intraveineuse de succinylcholine. La crise correspond à un état hypermétabolique, primitivement musculaire, souvent accompagné de rigidité. L'évolution défavorable est une fois sur trois le fait de la recrudescence de la crise qui doit être recherchée et traitée comme la phase initiale. Elle doit réglementairement faire l'objet d'une déclaration de pharmacovigilance.

La mortalité de la crise n'a pas complètement disparu. En effet, la rareté de la crise et la survenue éventuelle dans le cadre de l'urgence sont des éléments défavorables à la prise en charge.

L'objectif de cette circulaire est d'assurer une disponibilité optimale du dantrolène au sein des établissements de santé. Le pronostic d'une crise déclarée est vital si un traitement très précoce, dans un délai de quelques minutes, n'est pas institué. L'arrêt immédiat des agents déclenchants, le refroidissement et l'assistance respiratoire sont les traitements symptomatiques à mettre en oeuvre alors que le dantrolène est le seul traitement curatif.

2. Disponibilité du dantrolène

La disponibilité immédiate et la bonne utilisation du dantrolène sont des éléments essentiels de la prise en charge : 36 flacons de 20 mg peuvent être nécessaires au traitement de la crise. 18 flacons doivent être immédiatement disponibles sur tout site ou groupe de sites adjacents d'anesthésie. Par ailleurs, pour les 18 flacons complémentaires, chaque directeur d'établissement de santé doit veiller en collaboration avec le pharmacien de l'établissement et le responsable du service d'anesthésie-réanimation chirurgicale à définir un lieu de stockage précis et centralisé au sein du même établissement, facilement accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre (bloc opératoire, accueil des urgences...) et distant des sites d'anesthésie dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité. Chaque flacon doit être préparé par addition de 60 ml d'eau pour préparations injectables (eau ppi), sa disponibilité doit être également assurée sur chaque site.

3. Organisation associée à la disponibilité du dantrolène

Dans chaque établissement pratiquant l'anesthésie, une procédure indiquant les lieux de stockage sur les sites d'anesthésie, le nom et la fonction de la personne responsable du stock et précisant les modalités de la mise à disposition des doses complémentaires doit être écrite et affichée au bloc opératoire. La bonne connaissance par tous les professionnels de ce stock, de ses lieux et conditions de détention et de son mode d'emploi sera vérifiée annuellement ; un compte rendu sera établi et archivé administrativement.

Chaque directeur d'établissement devra veiller, en collaboration avec le pharmacien et le responsable du service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, à la mise en oeuvre de ces instructions. Celles-ci seront vérifiées par les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique lors des inspections des établissements de santé.

préciser ou compléter, à votre demande, les présentes instructions qui devront être diffusées à l'ensemble des établissements de santé.

Références :

Décret modifié n° 95-278 du 13 mars 1995 relatif à la pharmacovigilance et modifiant le code de la santé publique ;
Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.

Texte abrogé : circulaire du 12 septembre 1989 relative au traitement de l'hyperthermie maligne de l'anesthésie.

La secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, Bureau SQ 2.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre et diffusion]).

Texte non paru au Journal officiel.