**Algoritm de tratament al angioedemului**

Angioedemul apare la **1-2%** dintre pacienții trombolizați; este mai frecvent la pacienții care sunt în tratament cu inhibitori de enzimă de conversie și la pacienții cu AVC ischemice insulare. Semnele de angioedem apar de regulă la sfârșitul perfuziei cu rtPA. Rata de angioedem raportată este similară pentru Alteplază și Tenecteplază.

1. Pacientul va fi supravegheat pe toată durata perfuziei cu Alteplază/ după administrarea bolusului de Tenecteplază. Se va examina în mod repetat limba pacientului

2. **Dacă se suspicionează angioedem, imediat:**

1. Stop Alteplază (Actilyse)
2. Metilprednisolon 125 mg i.v.
3. Dyphenhidramina 50 mg i.v.
4. Ranitidină i.v. sau Famotidină 20mg i.v.

3. **Dacă angioedemul progresează**

A. Adrenalină 0,1% 0,3- 0.5 mg s.c sau prin nebulizator 0,5 mg (sau Icatibant 30 mg s.c. abdominal – cu posibilitatea de repetare a dozei la 6 ore – maxim 3 injecții în 24 h)

B. Se solicită echipa ORL sau alt medic specialist competent în efectuarea cricotomiei/ traheotomiei de urgență sau a intubației orotraheale (IOT) de urgență

Limba edemațiată

Dar IOT posibilă

Limba foarte edemațiată

IOT nu se poate efectua

Limba foarte edemațiată

IOT nu se poate efectua

Traheotomie

Intubație nazotraheală cu fibră optică

IOT de urgență

Medicamentele de mai sus sunt de elecție, dar în situații de urgență, dacă Metilprednisolonul nu este disponibil, se poate utiliza **Hemisuccinat de hidrocortizon**, **inițial 200 mg i.v.**, cu posibilitatea de a se repeta administrarea la interval de 4-6 ore.

Dacă angioedemul este ușor și este limitat la buze și partea anterioară a limbii, este posibil ca intubația oroteaheală (IOT) să nu fie necesară. Edemul care implică laringele, palatul, planșeul bucal sau orofaringele cu progresie rapidă (sub 30 de minute) prezintă un risc vital important și necesită IOT.

Intubația prin fibră optică la pacientul conștient este optimă. Intubația nazo-traheală ar putea fi necesară dar prezintă risc înalt de epistaxis post tromboliză i.v. Cricotiroidotomia este rareori necesară și de asemenea problematică post tromboliză.