

# SÉDATION PROCÉDURALE AUX URGENCES

Registre et protocole conjoint (Pôles Urgences et Anesthésie-Réanimation) – CHU de Nice  
Dr LEMOËL, Dr CORRAZE, Dr BORNARD, Pr CARLES, Pr LEVRAUT

*Feuille à remplir pendant et pour chaque sédation procédurale, et à conserver dans la boîte prévue, en SAUV 3*

## ÉVALUATION PRÉ-SÉDATION : (à remplir)

\* Indication de la sédation : \_\_\_\_\_

\* ATCD / traitements : \_\_\_\_\_

\* Taille : \_\_\_\_\_ \* Poids : \_\_\_\_\_ \* IMC : \_\_\_\_\_

\* **Poids idéal** (Ideal Body Weight) :  $IBW = 22 \times (\text{taille en m})^2 =$  \_\_\_\_\_ (à utiliser pour les posologies)

\* **Score ASA** = \_\_\_\_\_ (ASA 1 : 0 ATCD, ASA 2 : maladie systémique légère, ASA 3 : maladie systémique sévère SANS menace vitale, ASA 4 : maladie systémique sévère AVEC mise en jeu du pronostic vital, ASA 5 : patient moribond)

Etiquette du patient

## QUELLES LIMITES ?

**Pathologie ou condition médicale pouvant altérer la ventilation ou l'hémodynamique :**

(cocher/entourer)

- insuffisance respiratoire, rénale, cardiaque, ou coronarienne chronique
- diabète sévère, HTA sévère, ou autre maladie systémique sévère (ASA  $\geq$  3)
- obésité sévère (IMC  $\geq$  30 kg / m<sup>2</sup>) - autre : \_\_\_\_\_

**Au moins 1 raison de suspecter une IOT difficile et/ou une ventilation au masque difficile :**

(cocher/entourer)

- limitation ouverture buccale (< 3 travers de doigt entre les incisives)
- rétrognathie marquée (distance cou-menton < 3 travers de doigt)
- raideur du rachis cervical ou impossibilité à le mobiliser (minerve)
- obstacle ou œdème pharyngé (macroglossie, tumeur ORL, goitre etc...)
- absence de dents et/ou barbe pouvant gêner la ventilation au BAVU
- obésité sévère (IMC  $\geq$  30 kg / m<sup>2</sup>) - autre : \_\_\_\_\_

**Risque important d'inhalation bronchique en cas de vomissement :**

(cocher/entourer)

- RGO / hernie hiatale symptomatique et/ou traité(e)
- alimentation solide récente avec risque augmenté d'inhalation

**Troubles respiratoires ou de conscience** liés à l'administration récente de morphiniques/sédatifs

**Luxation (de prothèse) de hanche** (réduction à faire en général à bloc opératoire)

**AU MOINS 1 ÉLÉMENT CI-DESSUS PRÉSENT =  
PAS DE SÉDATION PROCÉDURALE D'EMBLÉE**



→ Avis trauma-leader (33634), si besoin

**AUCUN ÉLÉMENT CI-DESSUS PRÉSENT =  
SÉDATION PROCÉDURALE POSSIBLE AU SAU  
SI BÉNÉFICE-PATIENT IMMÉDIAT**



### PROPOFOL TITRÉ EN 1<sup>ÈRE</sup> INTENTION

(mais une autre option peut être plus adaptée, cf. tableau des molécules page suivante)

+

### PRÉPARATION ET SURVEILLANCE PROTOCOLISÉES +++

(check-lists à remplir page suivante)

## CARACTÉRISTIQUES DES MOLÉCULES DISPONIBLES :

MOLECULE	DOSE (à réduire de 20% chez le patient âgé)	CARACTERISTIQUES DE LA SEDATION	CONTRE-INDICATIONS	AVANTAGES	INCONVENIENTS	COMMENTAIRES
<b>Propofol</b>	<b>0,5 à 1 mg/kg IVL</b> (sur 30s) +/- 0,25 à 0,5 mg/kg IVL toutes les 3 min si besoin	Sédation parfaitement proportionnelle à la dose administrée	Allergie au soja ou à l'œuf	Rapidité d'action et d'élimination, effet antiémétique	Dépression respiratoire fréquente mais brève, hypoTA fréquente (surtout si hypovolémie), pas d'effet antalgique	A préférer pour les gestes courts, nécessitant une bonne myorelaxation. <b>A éviter si hypoTA et/ou dépression respi seraient problématiques. Ne pas associer au midazolam et aux morphiniques, ou les espacer de l'injection du propofol d'au moins 20 min.</b>
<b>Kétamine</b>	<b>1 mg/kg en IVL</b> (sur 30 à 60s) +/- 0,5 mg/kg IVL après 3 à 5 min si besoin	Sédation dissociative, propre à la kétamine, pas de relation dose-effet mais effet on-off (dissociation à partir de 1 mg/kg, confusion + DTS si dose moindre)	<b>Absolues</b> : âge < 3 mois, schizophrénie <b>Relatives</b> : sténose ou chir. Trachéale ; HTA ou coronaropathie sévères	Maintien réflexes des VAS et respiration spont., pas d'hypotension, antalgie puissante	Pas de myorelaxation (voire contracture), vomissements possibles, effets psychodysléptiques, augmente TA et FC	Bien adaptée pour les procédures de durée moyenne à longue. A préférer si hypoTA et/ou dépression respi seraient problématiques. <b>A éviter si le relâchement musculaire complet est indispensable. A éviter si hyperTA et/ou tachycardie seraient problématiques.</b>
<b>Kétofol</b>	<b>0,5 mg/kg IVL de chaque molécule</b> +/- demi-doses ttes les 3 min si besoin		Celles des 2 molécules	Diminution des effets indésirables		Combine les effets sédatifs des 2 molécules mais surtout permet de diminuer les effets négatifs de chacune des molécules grâce aux effets positifs de l'autre
<b>Etomidate</b>	<b>0,1 mg/kg IVL</b> (sur 30s) +/- 0,05 mg/kg IVL après 3 min si besoin	Pas de sédation modérée possible, gestion difficile de la profondeur de la sédation, possibilité de sédation profonde brutale	Age < 2 ans	Rapidité d'action et d'élimination, stabilité hémodynamique	Dépression respiratoire fréquente, 20% de myoclonies (parfois gênantes), vomissements possibles, insuffisance surrénalienne ?	A préférer si la kétamine est contre-indiquée ou inadaptée et si les effets secondaires du propofol seraient problématiques (et/ou si le Kétofol n'est pas utilisable...)

### PRÉPARATION ÉQUIPE / PATIENT / MATÉRIEL : (à cocher)

- Patient installé idéalement en **SAUV**

Monitoring indispensable : **scope, PNI / 3 à 5 min, SpO<sub>2</sub>, ETCO<sub>2</sub>** (lunettes)

**O<sub>2</sub> ≥ 15 L/min MHC** : à débiter 3 à 5 min avant la sédation et à maintenir jusqu'au réveil

**Matériel de réanimation prêt** : **BAVU branché, aspiration prête, plateau d'IOT à proximité**

Injecter les sédatifs en **IVL (sur 30 à 60 s pour la Kétamine ++)**

Utiliser le **poids idéal** (22x (taille en mètre)<sup>2</sup>) et **diminuer les doses d'au moins 20% si âge > 60 ans**

Médecin, IDE, AS +/- 2<sup>ème</sup> médecin prêts

### SURVEILLANCE POST-SEDATION PROCÉDURALE : (à remplir/entourer/cocher)

- \* **EFFETS INDÉSIRABLES (EI) ?** *aucun* / vomissements / nausées / rigidité musculaire / myoclonies / hypersalivation (entourer) 75% < SpO<sub>2</sub> < 90% moins de 60s / SpO<sub>2</sub> < 75% / SpO<sub>2</sub> < 90% plus de 60s / apnée < 60s / apnée > 60s / obstruction VAS bradycardie / tachycardie / hypoTA / hyperTA (définition de ces 4 items : modif. de +/- 25% par rapport à la valeur initiale) échec de sédation / allergie simple / crise convulsive / **détresse hémodynamique** / **ACR - absence de pouls mauvais réveil** (entourer parmi : anxiété, vécu négatif de la sédation, cauchemars, agitation, pleurs, cris, délire, hallucinations)
- \* **MESURE(S) PRISES POUR CES EI ?** *rien* / remplissage vasculaire (RV) < 500cc / RV > 500 cc / **éphédrine** / **atropine** (entourer) antiémétique / antidote (nature : \_\_\_\_\_) / antihistaminique / **antiépileptique** IV (nature : \_\_\_\_\_) stimulation tactile / libération des VAS (sublux. mâchoire) / ventilation **BAVU** (durée : \_\_\_\_ min) / **IOT / curarisation / MCE** rajout d'un autre sédatif (nature : \_\_\_\_\_) / rajout d'un morphinique (raison, poso : \_\_\_\_\_)
- \* **CONSÉQUENCE DE CET EI ?** *aucune* / hospit. imprévue / transfert SI-réa / inhalation bronchopulm. / déficit neuro / décès
- \* **LE PATIENT A-T-IL EU DE LA MORPHINE ET/OU DU MIDAZOLAM AVANT LA SEDATION ?** *oui* / *non* (entourer)  
Si *oui*, à quelle poso et combien de temps avant la sédation ? \_\_\_\_\_
- \* **Réduction faite** : par l'urgentiste / par l'orthopédiste (entourer)
- \* **Succès de la procédure** : *oui* / *non* Si *non* : pourquoi, qu'avez-vous fait ? \_\_\_\_\_
- Surveillance au SAU jusqu'au retour à l'état de base (**2 heures minimum**) \* Satisfaction équipe (0 à 10) : \_\_\_\_\_
- Conseils de surveillance donnés au tiers qui surveillera le patient à domicile \* Satisfaction patient (0 à 10) : \_\_\_\_\_
- \* **Le patient a-t-il eu mal pendant la procédure et/ou s'en souvient-il ?** non / oui : \_\_\_\_\_
- \* **Le patient demanderait-il la même sédation pour une autre procédure ?** *oui* / *non* Si *non* : pourquoi : \_\_\_\_\_

Sédatif(s) utilisé(s), poso et nb d'injections : \_\_\_\_\_

Nom IDE : \_\_\_\_\_ Nom + signature médecin : \_\_\_\_\_