

# PROTOCOLE DE SÉDATION PROCÉDURALE / REGISTRE D'UTILISATION DE LA SERINGUE SIVOC

Dr LEMOËL, Dr MION, Dr EMEYRIAT, Dr GIOLITO, Dr CONTENTI, Pr LEVRAUT

Feuille de registre à remplir pendant et **pour chaque sédation procédurale avec la seringue de SIVOC**, et à conserver dans la boîte prévue à cet effet, en SAUV 1

## 1. Évaluation pré-sédation : (à remplir)

- \* Indication de la sédation : \_\_\_\_\_
- \* ATCD / traitements : \_\_\_\_\_
- \* Taille : \_\_\_\_\_ \* Poids : \_\_\_\_\_ \* **BMI** : \_\_\_\_\_
- \* **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)
- \* Critères de **VMD** à rechercher (*entourer*) : BMI  $\geq 30$ , édentation, rétrognathie, barbe, patient ronfleur (SAOS), âge  $> 55$  ans
- \* Critères d'**IOT difficile** (*entourer*) : BMI  $\geq 30$ , cou court, rétrognathie, grossesse  $> 6$  mois, Mallampati  $> 2$ , ouverture bouche  $< 3TDD$

Etiquette du patient

## 2. Mieux vaut ne pas faire la sédation aux urgences si :

ASA  $\geq 4$  ou BMI  $\geq 40$  ou SAOS ou macroglossie ou rétrognathie  
ou tout autre critère de VMD / IOT difficile, ou encore luxation de PTH à réduire  
→ **allo MAR (33635) pour AG en SSPI**

**Et si possible préférer une ALR à la sédation procédurale, surtout chez le sujet âgé ou fragile ou obèse ou imprégné de morphiniques**  
-> BIF par urgentiste (sous échoguidage), par exemple  
-> ou pour un autre bloc proximal, **allo MAR (33635) ++**

**Pour ces patients très fragiles, si ALR impossible et MAR indisponible, la sédation procédurale devra se faire sous KETAMINE 0,8 mg/kg IVL 30s**

## 3. Si la sédation est nécessaire *en urgence* (ex : menace vitale immédiate comme une TV

nécessitant un CEE immédiat, fracture ou luxation hyperalgique ou dont la réduction sera trop douloureuse sans sédation profonde)

**la faire aux urgences même si le patient n'est pas à jeun**

[An international multidisciplinary consensus statement on fasting before procedural sedation in adults and children](#)

S. M. Green, P. L. Leroy, M. G. Roback, M. G. Irwin, G. Andolfatto, F. E. Babl, E. Barbi, L. R. Costa, A. Absalom, D. W. Carlson, B. S. Krauss, J. Roelofse, V. M. Yuen, E. Alcaïno, P. S. Costa, K. P. Mason, the **International Committee for the Advancement of Procedural Sedation** Anaesthesia. 2020 Mar; 75(3): 374–385. Published online 2019 Dec 2. doi: 10.1111/anae.14892

## 4. Si décision de sédation procédurale aux urgences, préparation systématique ÉQUIPE / PATIENT / MATÉRIEL (cocher) :

- Patient installé demi-assis si possible, en SAUV (plutôt en SAUV 1 pour le décanteur à plâtre)
- Médecin, IDE, AS +/- 2<sup>ème</sup> médecin (orthopédiste ou urgentiste) prêts et disponibles
- Monitoring indispensable : scope, PNI / 3 à 5 min, SpO<sub>2</sub>, ETCO<sub>2</sub>** (lunettes)
- Matériel de réa vérifié et prêt : BAVU branché, aspiration prête, plateau d'IOT à proximité
- O<sub>2</sub>  $\geq 15$  L/min MHC** : à débiter 3 à 5 min avant la sédation et à maintenir jusqu'au réveil
- Injecter les sédatifs en IVL (surtout pour la kétamine ++ : IV lente sur 30 à 60s)

5. Pour le choix du sédatif le plus adapté au patient et au soin douloureux prévu, voir point 2. ci-dessus, et tableau au verso.

**Mais le plus souvent, la sédation au propofol lentement titré sera l'idéale**

→ pour le patient  $\geq 60$  ans, ou ASA = 3, ou BMI = 30-40, ou ayant reçu beaucoup d'opiacés : **propofol titré avec la seringue de SIVOC** (cf. verso)

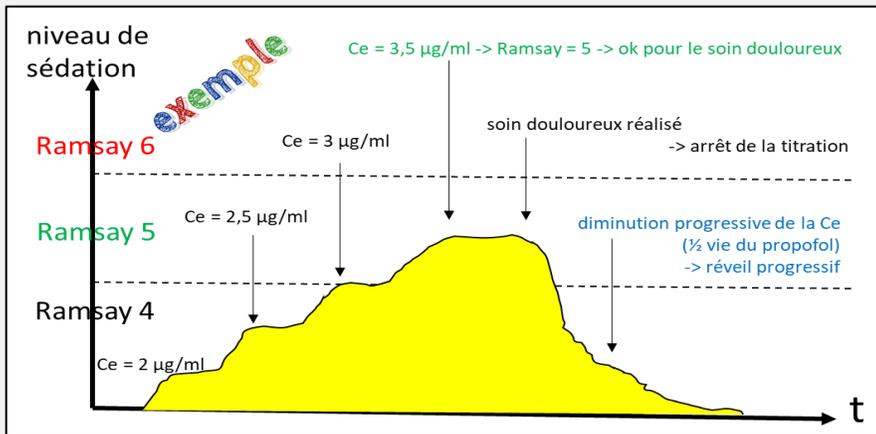
→ dans les autres cas (ASA 1 ou 2,  $< 60$  ans, BMI  $< 30$  et n'ayant reçu qu'un Actiskenan en zone IOA) : propofol IV titré manuellement



MOLECULE	DOSE (utiliser le poids idéal = taille en mètre <sup>2</sup> x 22)	CARACTERISTIQUES DE LA SEDATION	CONTRE-INDICATIONS	AVANTAGES	INCONVENIENTS	COMMENTAIRES
<b>Propofol</b>	<b>0,8 à 1 mg/kg IVL</b> <i>(si plus de 60 ans faire 100mg - l'âge pour le 1er bolus)</i> +/- demi-doses ttes les 3 min jusqu'à Ramsay 5	Profondeur de la sédation directement proportionnelle à la dose administrée	Allergie au propofol (l'allergie à l'œuf ou au soja n'est plus une CI*)	<b>Rapidité</b> d'action et d'élimination, effet <b>antiémétique</b>	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 une dépression respi. ou hémodynamique marquée serait problématique.</b> <b>Ne pas associer au midazolam et aux morphiniques,</b> ou les espacer de l'injection du propofol d'au moins 20 min.
<b>Kétamine</b>	<b>1 mg/kg en IVL (sur 30 à 60s)</b> +/- 0,5 mg/kg IVL après 5 min si besoin	Sédation dissociative apparaissant aux alentours de 0,8 à 1 mg/kg avec isolement sensoriel et nystagmus caractéristique (si dose moindre, risque de confusion anxieuse, de distorsions visuelles et auditives, donc de bad-trip)	<u>Absolues</u> : âge < 3 mois, schizophrénie <u>Relatives</u> : sténose ou chir. Trachéale, HTA ou coronaropathie sévères	Maintien réflexes de <b>protection des VAS</b> , maintien stabilité hémodynamique et respiratoire, <b>antalgie puissante</b>	Pas de myorelaxation (voire contracture), vomissements possibles, effets psychodysléptiques, <b>augmente TA et FC de 20%</b>	Adaptée pour les procédures moyennes à longues et douloureuses. A préférer si hypoTA et/ou dépression respi marquées seraient problématiques. <b>A éviter si le relâchement musculaire complet est indispensable.</b> <b>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	Réveil plus rapide et de meilleure qualité que sous kétamine	Celles des 2 molécules	Moins d'hypoTA que sous propofol, moins de nausées que sous kéta		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> +/- demi-dose 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, 20% de myoclonies (parfois gênantes), vomissements, insuffisance surrénalienne ?	<i>A réserver en dernière intention si propofol, kétamine ou kétofol contre-indiqués.</i> <b>Intérêt par exemple dans la sédation pour choc électrique externe</b> <i>(dans cette indication le propofol lentement titré manuellement est aussi possible bien que délicat, avec bolus de 0,3-0,4 mg/kg puis 1/2 dose si besoin)</i>

**Pour le patient ≥ 60 ans, ou ASA = 3, ou BMI = 30-40, ou ayant reçu beaucoup d'opiacés, utiliser la seringue de SIVOC (seringue Fresenius agilia SP TIVA) :**

- utiliser un **flacon de 50ml de propofol 1%** + seringue de 50ml + tubulure de SAP + valve antiretour
- allumer la seringue, sélectionner AIVOC, propofol, modèle **Schnider / effet, concentration 10 mg/ml**
- entrer les données du patient (âge, etc.) puis entrer **Cet à 2 µg/ml, noter l'heure T0 ci-dessous et appuyer sur 'perf'**, la seringue va injecter la quantité adaptée pour obtenir et maintenir une Ce de 2 µg/ml
- qd Ce arrivée à 2, si Ramsay < 5, passer la Cet à 2,5 µg/ml. Evaluer Ramsay qd Ce arrivée à 2,5 et ainsi de suite par paliers de 0,5 µg/ml jusqu'à Ramsay=5.
- entourer ci-dessous si apparition de complication(s), renseigner les 2 tableaux ci-dessous +++**



Ramsay 4 = malade endormi mais avec une réponse nette à la stimulation de la glabella ou à un bruit intense  
 Ramsay 5 = malade endormi répondant faiblement aux stimulations ci-dessus  
 Ramsay 6 = pas de réponse aux stimulations nociceptives

Complication ou intervention <b>MAJEURE</b> (entourer si apparue) :	collapsus, choc, ACR ; SpO2 < 75% (même brève) ; SpO2 < 90% prolongée (> 60s) ; apnée > 60s + SpO2 entre 90 et 95% même brève	IOT et/ou RCP ; mise sous vasopresseur
Complication ou intervention <b>MODEREE</b> (entourer si apparue) :	apnée > 60 s mais SpO2 > 95% ; SpO2 < 90% brève (< 60s) ; anaphylaxie avec atteinte respiratoire	stimulation tactile (apnée non obstructive) ; prise au BAVU ; remplissage rapide (> 250ml en < 10min)
Complication ou intervention <b>LEGERE</b> (entourer si apparue) :	nausées et/ou vomissements sans inhalation ; apnée obstructive (sans laryngospasme) ; modif TA, FC ou ETCO2 > 25% par rapport aux valeurs initiales	libération des VAS (subluxation mandibule, pas de guédel ! ) ; administration d'antiémétique ou d'antihistaminique

Etapes de la sédation		Ce (µg/ml)	Temps (hh:mm)	Quantité totale de propofol injectée en mg : _____
T0 (moment où le bouton 'perf' a été appuyé) = ____:____	Obtention de la sédation profonde Ramsay=5 :			
	Ouverture spontanée des yeux (sans stimulation) :			
	Réveil complet du patient :			