

	Département de Médecine d'Urgence - SAU	2051-DO-THE-02
	Protocole thérapeutique	
	Sédation Analgésie procédurale (SAP)	
		V1 15/10/2019
		Version initiale : 15/10/2019

Rédaction	Validation	Approbation
Dr B. Le Goff - Assistant - DMU Dr Q. Carraro - Assistant - DMU	Dr D. Savary - PH - Chef de service Urgences - DMU Dr G. Bouhours - PH - Anesthésie Dr L. Hubert - PH - Chirurgie orthopédique	Pr P.M. Roy - PU-PH Responsable du DMU

1) Protocole

1-1) Indications de la SAP selon degré d'urgence

La SAP est une **alternative aux techniques d'ALR, et d'anesthésie générale**. Avant toute SAP, se mettre en contact avec l'**anesthésiste/chirurgien orthopédique** afin d'en valider l'indication, la réalisation et le degré d'urgence :

- **En extrême urgence** : réduction avant radiographie (RX) de fracture fermée très déplacée et/ou luxation avec souffrance cutanée ou vasculaire
- **En urgence** : Réduction de fracture fermée déformée après RX
- **En semi-urgence** : réduction de luxation d'épaule surtout si 1^{er} épisode, luxation >4h, patient musclé, échec 1^{ere} tentative de réduction hors SAP, anxiété, hyperalgie, déficit sensitif après RX (vérifier absence de fracture ou refend)

1-2) Situations à vigilance particulière lors de la SAP par l'urgentiste

- **Patient non à jeun et/ou vomissements**
- **Facteurs de ventilation/intubation difficile** : rachis cervical raide ou court, barbe, micrognathie, macroglossie, trachéomalacie, obésité, syndrome d'apnée du sommeil, ouverture de bouche <3,5cm, distance thyro-mentonnière <6,5cm, score de Mallampati ≥3, ATCD IOT difficile

1-3) Contre-indications à la SAP par l'urgentiste

- **Comorbidités sévères** : Score ASA ≥ III (Cf. Annexe 2)
- **Obésité sévère et morbide** : IMC ≥ 35
- **Intoxications associées** : alcoolisation aigüe, prise de stupéfiant
- **Troubles de vigilance**
- **Grossesse quel que soit le terme**

1-4) Jeûne pré-procédure

Délais à respecter systématiquement en cas d'usage de propofol :

- Liquides : **2h**
- Boissons pulpées/lactées : **3h**
- Solides : **6h**

Ces délais sont à nuancer vis à vis de l'**heure du traumatisme qui entraîne un iléus réflexe**. Exemple, patient vu à 18h aux urgences, dernier repas solide à 12h et traumatisme à 14h, le patient sera considéré à jeun à partir de 20h.

Concernant le midazolam et la kétamine :

- Jeûne pré procédure non obligatoire
- Néanmoins, voire à la baisse les posologies en fonction de l'heure du dernier repas notamment si <3h

A jeun : Propofol ou Kétamine

Non à jeun : Ketamine

1-5) Molécules utilisées

Le propofol ne peut s'envisager que chez le **sujet jeune, sans comorbidités et à jeun**. Dans tous les autres cas préférer la kétamine.

TITRATION PROPOFOL (PPF) IVL	TITRATION KETAMINE IVL	
<ul style="list-style-type: none"> - 1 mg/Kg, attendre 3 min (puis 0,5 mg/kg toutes les 5 min si échec sédation) - Dose max : 2mg/kg au total - Allergies croisées : œufs/soja/arachides - Délai action : 3 min - Durée action : 5 min 	<ul style="list-style-type: none"> - Kétamine seule en IV très lente ou après titration morphinique préalable ≥10 mg : 0,5 mg/kg renouvelable à 5 min - Dose max : 1 à 1,5 mg/kg - Sinon Midazolam 0,015 à 0,03 mg/kg max puis Kétamine 0,5 mg/kg renouvelable à 5 min (Dose max : 1 à 1,5 mg/kg) - ½ dose chez le sujet âgé, ≥ 75 ans (titration par 0,25 mg/kg) 	
	Midazolam	Kétamine
Contre-indication	- Aucune	- Coronaropathie instable
Délai action	2 min	3 min
Durée action	10 min	15 min

2) Feuille de surveillance (à compléter et à scanner dans le dossier médical à la sortie du patient)

CHECK-LIST :

Scope SpO2 PA-intervalle Aspiration branchée/fonctionnelle VVP-NaCl 0.9%, x2 si PPF Oxygénation MHC 9L/min, BAVU si PPF Chariot de réa ouvert dans box Plateau IOT vérifié Frova à disposition Ephédrine à disposition portable urgentiste dans box

**ETIQUETTE
DU
PATIENT**

Sénior, Nom : _____ MRC, Nom : _____ IDE, Nom : _____

PATIENT :

-Poids : _____ Kg Taille : _____ cm
 -Score ASA*: I II III IV V (objectif < III)
 -Consentement : oui non
 -Score de Mallampati* : I II III IV (objectif < III)
 -Heure traumatisme : _____h____
 -Heure dernier repas : Liquide _____h____ Solide _____h____
 -Allergies (œufs/soja/arachide) : oui non

PROCEDURE :

Indication : _____
 Urgence de la procédure : _____
 Unité : U3 (SAUV)

* cf Annexe

EN PRATIQUE :

- 1) Evaluer l'urgence de la procédure (cf protocole 1-1)
- 2) Evaluer si contre-indication à la SAP par l'urgentiste (cf protocole 1-3, *déléguer à l'anesthésiste dans ce cas*)
- 3) Evaluer l'heure et la nature du dernier repas (cf protocole 1-4)

SURVEILLANCE :

Obligation médico-légale y compris en post-SAP (Obligation de recueil de constantes à 3 reprises en post SAP)

Temps (par 5 à 10 min)	Pré-SAP	h	h	h	h	h	h	h	Post-SAP	h	h	h
FC												
PA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
FR												
SpO2												
EtCO2 possible si PPF												
O2 (L/min)												
EN douleur												
Ramsay*												
Propofol (mg)												
Midazolam (mg)												
Kétamine (mg)												
Geste(s)												

*Annexe, Objectif Ramsay 5-6

COMPLICATIONS : Anesthésiste salle de réveil (41616)

- Ventilation au BAVU si désaturation sur apnée
- Aspiration/PLS si vomissements
- IOT si détresse respiratoire aigüe
- Expansion volémique voire bolus éphédrine 6mg si hypotension
- En cas d'échec de sédation ou de réduction, ne pas répéter la SAP et prévenir anesthésiste

CONDITIONS DE CONGÉ :

- Monitoring scopé 30 min après la dernière injection sédatif
- Aptitude à la rue et au service: Propofol 2h00 - Midazolam 2h00 - Kétamine 4h00 - Morphine 2h00
- Accompagné par un majeur si retour à domicile
- Retour à l'état de conscience de base
- Fonction cardio-vasculaire stable
- Voies respiratoires perméables et stables
- Capable de s'asseoir
- Garde les liquides, ne vomit pas

Heure de sortie : _____h____

- Instructions données En cas de réduction, examen clinique pré et post réduction notifié dans dossier médical.

3) Annexe, scores

Score ASA (American society of anesthesiology)

I	Bonne santé, bon état général
II	Une maladie traitée et bien compensée (ex : HTA)
III	Atteinte sévère d'un organe qui limite l'activité (ex : BPCO sévère)
IV	Affection invalidante mettant en danger la vie du patient (ex : insuffisance cardiaque décompensée)
V	Patient moribond, qui ne survivrait pas plus de 24h à sa maladie (ex : anévrisme de l'aorte rompu)

Score de RAMSAY

1	Anxieux, agité
2	Orienté, calme
3	Répondant aux ordres
4	Endormi, nette réponse à la stimulation de la glabella
5	Endormi, faible réponse à la stimulation de la glabella
6	Pas de réponse à la stimulation nociceptive

Score de Mallampati



4) Conseils de sortie, à remettre au patient

FICHE D'INFORMATION SUR LA SEDATION

Vous venez de bénéficier dans le cadre de votre passage aux urgences d'une sédation. Par conséquent **vous devez être vigilant sur différents points durant les 24 prochaines heures :**

1. Vous avez reçu un médicament susceptible d'induire **une somnolence**. Ce médicament peut être temporairement source de maladresse, de troubles de l'équilibre et peut affecter vos capacités de jugement. Ces effets peuvent durer 24h. **Il vous est formellement interdit de réaliser des activités potentiellement dangereuses dans les 12h :** le vélo, la conduite automobile, la natation, de prendre un bain, l'utilisation de machineries lourde ou encore les travaux en hauteur.
2. Il est possible que de façon passagère vous vous sentiez affaibli, étourdi. Il s'agit d'une **réaction normale** après une sédation. Certaines personnes peuvent également présenter des **vomissements** si elles s'alimentent trop. Essayer plutôt de reprendre dans un premier temps des boissons (sans alcool). Vous pouvez alors manger un repas léger s'il n'y a pas de nausées.
3. Vous devez éviter de prendre de l'alcool, des somnifères ou des médicaments pouvant causer une somnolence **pendant au moins 24h.**

Si vous avez des questions ou des inquiétudes vous pouvez contacter le **service des urgences** au : **02.41.35.37.12**