



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Protocole N° 043

<i>Rédacteurs</i>	I. Guenot
<i>Date</i>	26/06/13
<i>Validation</i>	Pr M. Freysz .
<i>Approbation</i>	Commission protocole
<i>Bibliographie</i>	Sédation et analgésie en structure d'Urgence .Ré-actualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1995. Recommandations formalisées d'experts 10/2010.

Protocole de sédation aux Urgences utilisant le PROPOFOL chez l'adulte

I. Indication :

- Gestes douloureux réalisés au service des Urgences **par l'urgentiste** et nécessitant une antalgie supérieure à la titration morphinique simple associée ou non au MEOPA. (essentiellement Luxation de l'épaule ou du coude non compliquée de l'adulte).
- Tachycardie ventriculaire mal tolérée, nécessitant un CEE, hors choc cardiogénique.
-

II. Contre-indication :

- Celle du PROPOFOL : antécédent d'allergie au PROPOFOL, aux protéines de l'œuf, à l'arachide ou au soja
- Ivresse aiguë
- Patient instable sur le plan cardiorespiratoire (hypotension artérielle, hypoxémie)
- Tout geste devant être réalisé au Bloc Opératoire (Exemple : Luxation compliquée)
- Patient pour lequel le geste va être réalisé par un spécialiste autre que le médecin urgentiste.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : 26/06/2013	Réf.: CMUB-043	Pagination : 2 de 3

III. Lieu :

- Installation en SAUV

IV. Intervenants :

- Au moins deux personnes : un médecin et une IDE ou IADE
- Contact obligatoire avec l'anesthésiste (si présent dans l'établissement): la sédation sera réalisée par l'urgentiste si le Médecin Anesthésiste Réanimateur est indisponible.
- Chaque protocole d'établissement sera validé par le médecin anesthésiste réanimateur de l'établissement ou de l'établissement de référence.

V. Procédure :

- Installation du patient déshabillé en SAUV
- Le patient doit être informé du déroulement et des risques encourus lors de la procédure
- Vérification et mise en œuvre de l'environnement habituel propre à la sécurité anesthésique
- Monitoring : scope, oxymétrie, PNI
- Pose d'une voie veineuse périphérique avec 250 cl de NaCl
- Masque à O2 en place à 6L/min débuté 3 minutes avant la sédation et à poursuivre jusqu'au réveil.

VI. Matériel devant être disponible dans la salle :

- Aspiration prête
- Ventilation : guedel, masque, filtre, ambu
- Plateau d'intubation y compris drogues pour ISR au cas où.
- Ampoule d'Ephédrine

VII. Drogues :

- Injection IV lente et titrée (attention douleur à l'injection) de Propofol à faible posologie (1 à 1,5 mg/kg IV) à diminuer chez le sujet âgé et/ou fragile. (par ex, 20 mg toutes les min, à adapter selon âge et poids).
- Prudence si le patient a déjà eu une titration de morphine, +/- Midazolam et Kétamine avant le Propofol, **potentialisation des effets**.

VIII. Prise en charge en cas de complication :

- Appel à l'aide
- Ventilation au masque si désaturation
- Ephédrine en bolus répétés de 3 mg IVD si hypotension artérielle
- Aspiration et mise en décubitus latéral si régurgitation ou vomissement
- Intubation (ISR) si détresse persistante

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application : 26/06/2013	Réf.: CMUB-043	Pagination : 3 de 3

IX. Surveillance et critères de sortie :

- Par l'IDE ou l'IADE en charge du patient sous la responsabilité du médecin ayant effectué le geste de sédation
- Une surveillance scopée est nécessaire pendant environ une heure. Elle sera tracée (pouls, tension artérielle, saturation O2, fréquence respiratoire) toutes les 5 minutes pendant les 15 premières minutes.
- La radiographie de contrôle est possible à l'issue de cette surveillance étroite si les constantes sont normales et le patient parfaitement réveillé.

X. Sortie du patient :

- Le patient est autorisé à sortir 2h après la sédation s'il ne persiste pas :
 - de nausée ou vomissement
 - de douleur importante
 - de saignement
- Le patient ne doit pas conduire. Il ne doit pas rester seul durant les 12 heures suivant sa sortie.
- Il faut indiquer au patient qu'il doit soit revenir aux Urgences soit appeler le 15 en cas de malaise survenant après sa sortie.

XI. Conduite à tenir en cas d'échec de réalisation du geste aux Urgences :

- Le patient est **à réveiller**, la sédation ne peut être poursuivie au service des Urgences.
- Le geste doit être réalisé au bloc opératoire.

XII. Formation :

Une formation pratique préalable des médecins et des équipes paramédicales est nécessaire avec l'aide des médecins anesthésistes de leur établissement.