

Le but de cette fiche est de donner des principes de base pour l'entretien d'une sédation après l'induction d'un patient qui va rester sous ventilation invasive.

## Objectifs de la sédation :

- Adaptation du patient au respirateur => Amélioration de la compliance et de l'oxygénation
- Diminution de la VO<sub>2</sub> = la consommation d'oxygène par l'organisme
- Confort du patient

## Évaluation de la qualité de la sédation : l'échelle de sédation RASS

### En phase aiguë hypoxique :

Nécessité d'une sédation profonde

Objectif RASS [-4 ; -5]

Absence d'effort du patient visible sur le respirateur

### En phase d'amélioration :

Diminution des sédations pour un objectif RASS [-1 ; 0]

Autoriser les efforts inspiratoires du patient, passage en VSAI ou VCRP si bien toléré (Cf fiche ventilation)

Autoriser seulement en cas de diminution de l'hypoxie et en l'absence d'aggravation avec le réveil du patient.

Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)		
+4	Combative	violent, immediate danger to staff
+3	Very Agitated	Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movement, fights ventilator
+1	Restless	Anxious, apprehensive but movements not aggressive or vigorous
0	Alert & calm	
-1	Drowsy	Not fully alert, but has sustained awakening to voice (eye opening & contact ≥ 10 sec)
-2	Light sedation	Briefly awakens to voice (eye opening & contact < 10 sec)
-3	Moderate sedation	Movement or eye-opening to voice (but no eye contact)
-4	Deep sedation	No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation
-5	Unarousable	No response to voice or physical stimulation



# FICHE FLASH GESTION DES SÉDATIONS EN RÉANIMATION

Letord A; Gouzien L.

## PRINCIPES DE LA SÉDATION

- IVSE à la seringue électrique, associer un hypnotique et un morphinique (action synergique)
- En cas de tachyphylaxie (difficulté à endormir un patient avec des doses habituelles), 2 hypnotiques peuvent être associés.
- Il existe une vasoplégie systématique à la mise en place des sédations : un support par noradrénaline IVSE peut être nécessaire chez certains patients.
- En cas de désadaptation, des bolus d'hypnotique ou de morphinique peuvent être réalisés.

## PRINCIPES DE LA CURARISATION

- Nécessaire si SDRA ++
- Objectif : adaptation totale au respirateur, amélioration de la compliance thoracique
- Toujours associée à une sédation profonde (RASS -4 ; -5) sinon risque de mémorisation ++
  - ⇒ TOF : Train of Four => permet de mesurer l'efficacité de la curarisation par 4 stimulations d'un nerf moteur => objectif = 0/4 réponse motrice (idéal muscle sourcilier)

<u>Les drogues utilisées</u>		
H Y P N O T I Q U E S	<b>Propofol</b> 	Hypnotique puissant, demi vie faible <i>Dose habituelle</i> : entre 50 et 300mg/h <i>Risque</i> : syndrome de perfusion au propofol (PRIS) lors de perfusions prolongées à haute dose => urines vertes, hypertriglycémie et insuffisance hépatique
	<b>Hypnovel</b>	Hypnotique <i>Dose habituelle</i> : 5 à 20mg/h Durée d'élimination longue
M O R P H I N I Q U E S	<b>Sufentanil</b>	Morphinique, durée d'élimination longue <i>Dose habituelle</i> : 5 à 20 µg/h
	<b>Fentanyl</b>	Morphinique, 10 fois moins puissant que le Sufentanil, durée d'élimination plus longue <i>Dose habituelle</i> : 50 à 200 µg/h
C U R A R E S	<b>Atracurium (Tracrium)</b>	Curare non dépalorisant <i>Dose habituelle</i> : 10 à 50 mg/h
	<b>Cisatracurium (Nimbex)</b>	Curare non dépalorisant <i>Dose habituelle</i> : 10 à 40 mg/h