

	FICHE REFLEXE IDE	Date d'application : Août 2022
	INDUCTION SÉQUENCE RAPIDE	SAUV
Rédacteur :	Vérificateurs :	Approbateur :
GALOPIN Geoffrey (IDE)	AUGIER Francis (FFCS) – BERTIN Frédéric (CS) Dr LAGHZAoui Samir	Dr LAGHZAoui Samir

Définitions	<p>L'intubation oro-trachéale (IOT) est un geste pouvant être effectué dans un contexte d'urgence ou de manière programmée. L'IOT en urgence est réalisée selon une procédure spécifique nommée induction en séquence rapide (ISR).</p> <p>En pratique : l'IOT par laryngoscopie est effectuée après administration d'un agent hypnotique suivi d'un curare (sauf cas particulier de l'ACR). Cette procédure spécifique se justifie par une probabilité forte d'inhalation du contenu gastrique chez le patient concerné.</p>
Thérapeutiques	<p>Hypnotiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etomidate (Hypnomidate®) : 0,3mg/kg Délai d'action : 30-60 sec Temps d'action : 4-6min CI : choc septique (provoque insuffisance surrénalienne) • Kétamine (Ketalar®) : 2mg/kg (intérêt dans la crise d'asthme pour l'effet bronchodilatateur) Délai d'action : 15-60 sec Temps d'action : 5-10 min CI : TC grave (risque HTIC) • Propofol (Diprivan®) : 1,5 à 2,5 mg/kg Délai d'action : 30-60 sec Temps d'action : 5-10 min Précautions : Hypotenseur, bradycardisant, peut provoquer une hyperkaliémie, une acidose métabolique <p>Curares :</p> <p>Dépolarisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Succinylcholine (Celocurine®) : 1mg/kg Délai d'action : 30-60 sec Temps d'action : 5-10 min CI : allergie, hyperkaliémie ou tout patient susceptible d'en présenter une (IRA, brûlé grave, traumatisé grave, etc...), paraplégie-tétraplégie < 6 mois <p>Non dépolarisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rocuronium (Esmeron®) : 1 à 1,2mg/kg Utilisation possible <u>si et seulement si</u> présence de Sugammadex (Bridion®) antidote : 16mg/kg Délai d'action : 90-120 sec Temps d'action : 50 min
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Chariot d'intubation avec kit d'intubation difficile prêt, +/- vidéolaryngoscope • Dispositif d'aspiration endo-buccale fonctionnel • Respirateur vérifié et prêt à la ventilation • BAVU à disposition • 1 VVP 18G avec octopus +/- 2^{ème} VVP • Casette pour monitoring EtCO₂ percuté • Occlusion palpébrale et vérification pression ballonnet après IOT
Surveillances	<ul style="list-style-type: none"> • Scope multiparamétrique (PNI, FC, SpO₂, FR, EtCO₂, conscience) • Repère sonde d'intubation (arcade supérieure et commissure labiale) • Traçabilité des paramètres du respirateur • Une alarme (respirateur ou scope) = une action
<p>Sources : Bases de données public du médicament – ANSM Actualité sur l'induction en séquence rapide – SFMU</p>	

	FICHE REFLEXE IDE	Date d'application : Août 2022
	ENTRETIEN SÉDATION	SAUV
Rédacteur :	Vérificateurs :	Approbateur :
GALOPIN Geoffrey (IDE)	AUGIER Francis (FFCS) Dr LAGHZAoui Samir	Dr LAGHZAoui Samir

Définition	<p>L'entretien de la sédation d'un patient intubé ventilé doit débiter rapidement après l'ISR, par voie IVSE.</p> <p>Cette sédation résulte d'une association d'un agent hypnotique et d'un agent analgésique. L'introduction de cette sédation peut parfois débiter par l'administration de bolus selon le prescripteur.</p>
Thérapeutiques	<p>Hypnotique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam (Hypnovel®) : 0,03 à 0,2 mg/kg/h <p>Délai d'action : 1-2min Temps d'action : 10-20 min Préparation : dilution avec NaCl 0,9%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propofol (Diprivan®) : 6 à 12mg/kg/h <p>Délai d'action : 30-60 sec Temps d'action : 5-10 min Préparation : administration pure Précautions : Hypotenseur, bradycardisant, peut provoquer une hyperkaliémie, une acidose métabolique.</p> <p>Analgésique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sufentanil® : 0,2 à 2 µg/kg/h <p>Délai d'action : 30sec Temps d'action : 40 min Préparation : administration pure CI : agoniste-antagoniste des morphiniques (Nalbuphine®, Buprénorphine®)</p>
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusion IVSE sur VVP dédiée, 18G avec octopus • Administration au plus proche du patient pour limiter les espaces morts liés à la tubulure. • PSE à la même hauteur que le patient pour limiter les variations de vitesse de perfusion.
Surveillances	<ul style="list-style-type: none"> • Scope multiparamétrique (PNI, FC, SpO₂, FR, EtCO₂, conscience) • Repère sonde d'intubation (arcade supérieure et commissure labiale) • Traçabilité des paramètres du respirateur et vitesse PSE • Évaluation de la sédation et du confort du patient (RASS : échelle de vigilance-agitation de Richmond) • Prévenir les points d'appuis (pansement, position de décharge) • Prévenir les PAVM (pneumopathies acquises sous ventilation mécanique) : soins de bouche, surveillance du ballonnet de la sonde d'intubation, aspiration. • Installation du patient en décubitus dorsal avec position 30° minimum. • Une alarme (respirateur ou scope) = une action. • Urines vertes : possible syndrome de perfusion par Propofol® : information médecin
<p>Sources : Bases de données publiques du médicament – ANSM Recommandations formalisées d'experts : sédation et analgésie en structure d'urgence – SFMU/SFAR</p>	