

Prise en charge standardisée des SDRA COVID-19

(hors contre-indication, allergie ou cas particulier)

I. Admission.....	2
II. Ventilation.....	2
A. Matériel, montage.....	2
B. Paramètres ventilatoires.....	2
C. Sevrage ventilatoire.....	3
D. Mobilisation.....	3
III. Sédatation.....	3
IV. Curarisation.....	3
V. Décubitus ventral.....	4
A. Indications.....	4
VI. Surveillance.....	5
A. Surveillance IDE.....	5
B. Surveillance biologique.....	5
C. En cas de dégradation clinique, avant réévaluation antibiotique.....	5
D. Prélèvements COVID-19.....	5
E. Imagerie.....	6
VII. Nutrition.....	6
VIII. Anticoagulation.....	6
IX. Antibiothérapie.....	8
X. Traitement spécifique.....	8
XI. Gestion des familles.....	8
XII. Tensions.....	8
Annexe 1. Protocole de limitation de l'utilisation des PSE.....	10
Annexe 2. Positionnement électrodes ECG du scope.....	11
Annexe 3. Posologies indicatives des molécules utilisables en sédatation au long cours, utiles en cas de pénurie de Midazolam.....	12
Annexe 4. Protocole Dexmédétomidine.....	14

I. ADMISSION

Si VNI, masque sans fuite.

Possibilité d'oxygénothérapie haut débit (Optiflow) jusqu'à 60 l/min avec masque chirurgical car les données semblent montrer moins d'aérosolisation avec l'Optiflow qu'avec le masque à O₂. Lors d'une intubation, à l'induction, arrêter l'Optiflow, retirer le masque chirurgical et exposer au laryngoscope quand l'Optiflow est arrêté (limiter l'exposition du personnel). Le BAVU doit être prêt à disposition sur O₂ à 15 l/min en cas de désaturation ou de nécessité d'une 2^e laryngoscopie.

Intubation séquence rapide, hypnotique et curare à la discrétion du médecin, relais sédation et curarisation continue.

Monitoring de réanimation en privilégiant si possible la voie veineuse centrale jugulaire interne gauche (garder la droite pour un éventuel cathéter de dialyse) avec un cathéter 4 voies et une artère radiale pour le cathétérisme artériel (idéalement du côté opposé au ventilateur en DD pour faciliter les mobilisations en DV).

Taille et poids à l'admission (puis poids/jour)

II. VENTILATION

A. Matériel, montage

Filtre anti bactérien à la sortie et à l'entrée du respirateur, filtre HME entre la pièce en Y et le système d'aspiration clos qui viendra se raccorder à la sonde d'intubation (cf. schéma). Filtre HME patient changé selon pratiques habituelles (/8 jours ou si souillé). Deux filtres du ventilateur changés en même temps que les tuyaux (théoriquement un set par patient pour tout le séjour) sauf complication mécanique.

Afin de limiter les déconnexions (exposition du personnel et de recrutement des patients) :

- système clos à changer uniquement en cas de dysfonctionnement (sinon changer en même temps que les circuits de ventilateur, pas plus fréquemment),
- pas d'aérosol,
- pas d'humidificateur chauffant.

B. Paramètres ventilatoires

Ventilation protectrice selon les recommandations SDRA actuelles :

- VT= 6 ml/kg de PIT,
- Fréquence respiratoire adaptée pour avoir un pH > 7,2, quitte à tolérer une hypercapnie permissive, l'objectif n'étant pas de normaliser la PaCO₂ à tout prix,
- PEP QSP P_{plat} < 28-30 cmH₂O tant que la compliance est constante ou s'améliore avec la montée de la PEP (driving pressure qui diminue avec delta P_{plat} < delta PEP sur deux paliers successifs),
- Cible SpO₂ ≥ 94% (cf. résultats étude LOCO2, NEJM 2020)

En cas de fuite (courbe de volume courant ne revenant pas à zéro à la fin de chaque cycle), vérifier la sonde d'IOT et son ballonnet, les tuyaux et les filtres, et pour les respirateurs Covidien le sac de recueil de la condensation sur la ligne expiratoire qui est fréquemment le siège de fissures (ne pas hésiter à le changer s'il n'y a pas de problème sur les tuyaux et la sonde d'IOT).

C. Sevrage ventilatoire

Il semble inefficace de tenter un arrêt de la sédation en présence des paramètres ventilatoires suivants : $FiO_2 > 40\%$ et $PEP \geq 10$

Pas de VNI avec masque à fuite.

Optiflow possible en post-extubation avec masque chirurgical.

Dans le cas d'un patient stabilisé, hors sédation et en échec de sevrage ventilatoire, une trachéotomie précoce pourrait s'envisager à partir de J15 de ventilation invasive (possibilité de ventilation sur des ventilateurs légers et gestion des flux en réanimation).

D. Mobilisation

$FiO_2 = 100\%$ avant toute mobilisation.

III. SÉDATION

Sédation par **Midazolam** (limiter les risques de rhabdomyolyse et les fréquences de changement de seringue) et **Sufentanil** (BIS 30 à 60) en première intention. Il convient de baisser le Midazolam au minimum efficace au pour éviter l'accumulation (idéalement $\leq 0,1 \text{ mg/kg/h}$), quitte à ajouter un second hypnotique de plus courte durée d'action (Propofol) sous couvert du RASS / 4h pour les patients non curarisés (selon protocole sédation thérapeutique du service) et du BIS / 4h si possible pour les patients curarisés (cible 30-60, baisse par palier de 2,5 mg/h soit 0,5 ml/h). Il est important de diminuer la posologie du Midazolam **à partir de la 48^e heure**.

Chez les patients non curarisés mais sédatisés avec RAS à -4 (protocole sédation « thérapeutique »), prévoir une curarisation ponctuelle avant les mobilisations pour limiter les risques de désadaptation du ventilateur et de dérecrutement.

Concernant le sevrage de la sédation après amélioration respiratoire, un relais par **Dexmédétomidine** selon protocole de service associé à un neuroleptique (**Loxapine** (Loxapac) 30 mg x 3/j ou **Tiapride** (Tiapridal) 25 mg x 3/j pour débiter, à adapter à l'évolution) serait l'option n°1 à envisager en respectant indications et contre-indications.

IV. CURARISATION

Essayer d'épargner le Cisatracurium en raison de la pénurie, si possible, de façon intermittente. En cas de curarisation continue, poursuivre minimum 24 h. Envisager un arrêt quotidien des curares IVSE le matin à la visite.

En 1^{ère} intention : Cisatracurium (Nimbex) 0,2 mg/kg/h (après un bolus de 0,2 mg/kg faisant suite immédiatement à une induction avec de la Succinylcholine (Celocurine) ou sans bolus supplémentaire en cas d'induction avec du Rocuronium (Esméron)).

Adaptation : selon TOF / 4h :

- si TOF = 0 : baisse de 2,5 mg/h
 - si TOF = 1 : laisser au même débit
 - si TOF > 1 : majorer de 2,5 mg/h
- ⇒ si patient désadapté du respirateur ou toux++ : bolus 10 mg et majorer de 2,5 mg /h

En 2^e intention si pénurie de Cisatracurium : Atracurium (Tracrium) 0,6 mg/kg/h (après une dose de charge de 0,6 mg/kg **en IVL sur 1 minute** faisant suite immédiatement à une induction avec de la Succinylcholine ou sans bolus supplémentaire en cas d'induction avec du Rocuronium)

Adaptation : selon TOF / 4h :

- si TOF = 0 : baisse de 10 mg/h
 - si TOF = 1 : laisser au même débit
 - si TOF > 1 : majorer de 10 mg/h
- ⇒ si patient désadapté du respirateur ou toux ++ : bolus 30 mg et majorer de 10 mg /h

En cas d'indisponibilité de TOF :

Adapter à la surveillance clinique avec pour objectif de ne pas voir de mouvement respiratoire spontané ni lors d'une manœuvre de pause expiratoire prolongée de 30 secondes. Rechercher alors la posologie minimale efficace IVSE par palier de 4h comme indiqué dans la procédure avec TOF.

En cas de mouvement respiratoire, remonter au palier supérieur comme dans la procédure avec TOF.

Si elle n'a pas été envisagée jusque-là, discuter une baisse du curare après 48 h.

En cas de levée de curarisation, prescrire le protocole de sédation cible thérapeutique.

V. DÉCUBITUS VENTRAL

A. Indications

Recours au décubitus ventral selon recommandation ($PaO_2/FiO_2 < 150$ mmHg), identifier les patients non répondeurs (absence d'amélioration du rapport PaO_2/FiO_2 en DV versus en DD) après la 2^e cure. Séances de minimum 16 h. Pour les patients présents depuis plus de 24 h, organiser les mises en DV entre 14 h et 17 h avec les médecins de permanence sur la base d'une gazométrie analysée au service en début d'après-midi vers 14 h. Résultats téléphonés au médecin.

VI. SURVEILLANCE

A. Surveillance IDE

Surveillance IDE / 4h

RASS / 4h pour les patients non curarisés (selon protocole sédation thérapeutique du service) et du BIS / 4h si possible pour les patients curarisés (BIS / 8h si manque de dispositifs)

Demander aux IDE de relever les compliances à côté des pressions de plateau sur la feuille de surveillance IDE.

Poids / j : Devant les fortes pertes insensibles des patients, les bilans entrée-sortie sont peu fiables. Réaliser une pesée quotidienne.

Quand le patient est en DD, vérifier la bonne position des électrodes et procéder à l'impression d'un ECG 12 dérivations du scope chaque jour. Les ECG sur papier millimétrés sont réservés sur prescription aux situations cliniques qui le justifient.

Le positionnement des électrodes en DV et en DD est expliqué sur le schéma en annexe 2.

Patient en DD : dossier à 45°.

B. Surveillance biologique

- En moyenne, hors cas particulier, les bilans seront réalisés autour de ces horaires : 7 h, 14 h, 20 h (avec mise en DD le matin et en DV l'après-midi).
- Bilans biologiques d'admission et de suivi : cf. le fichier [planning bilans.xlsx](#)
- Autres bilans selon nécessité ; respecter les bilans systématiques du protocole de dialyse en cas d'EER.

C. En cas de dégradation clinique, avant réévaluation antibiotique

- Faire hémocultures sur chaque cathéter, hémoculture fongique sur le KTA, ECBU, AT avec recherche bactérienne et mycologique, antigène sanguin Aspergillus,
- Discuter LBA si l'état le permet avec cyto-bactériologie, mycologie, recherche d'aspergillus, PCR multiplex virale, COVID.

D. Prélèvements COVID-19

- A J7 et J14 chez les patients confirmés positifs (contrôle rt-PCR SARS-CoV2 : sur les aspirations trachéales si possible ; Si les aspirations trachéales sont sèches, contrôle sur frottis naso-pharyngé),
- Chez les patients avec un tableau respiratoire compatible mais avec un frottis COVID-19 négatif, refaire un frottis COVID.

E. Imagerie

En cas de retard de réveil ou de volonté d'évaluer l'atteinte parenchymateuse pulmonaire (crainte d'évolution vers une fibrose ou discussion d'une indication de trachéotomie), un angioscanner cérébral et TAP doit être demandé pour éliminer une hémorragie ou une thrombose intracrânienne et une embolie pulmonaire.

VII. NUTRITION

À jeun les 72 premières heures

À J4, démarrer avec une nutrition parentérale faible volume SEULE (type Smofkabiven 986 mL avec 1 Suppliven, 1 Cernevit, 0,5 g B1 et 0,25 g B6 par jour ; folinate de calcium 25 mg lundi et jeudi ; vitamine K 10 mg vendredi).

À J8, envisager, le relais par voie entérale à dose croissante.

Quand le transit a repris, privilégier la voie entérale en ciblant aussi 25 kcal/kg/j.

La mesure des résidus gastriques n'est pas recommandée de façon systématique. Si elle est faite, réinjecter le résidu dans la SNG après mesure.

Les drips hypercaloriques sont réservés aux situations d'épargne volémique ou d'hypercatabolisme/dénutrition.

En cas d'acidose métabolique non lactique, faire une cétonémie capillaire et si positive majorer les apports glucosés.

Prophylaxie anti-ulcéreuse chez le patient à jeun ou avec facteur de risque (anticoagulation efficace, antiagrégation, élévation de l'urée).

VIII. ANTICOAGULATION

Pour les patients sous oxygénothérapie haut débit ou ventilation artificielle.

Anticoagulation efficace si situation à fort risque thrombotique :

- traitement anticoagulant au long cours,
- IMC ≥ 30 kg/m² et facteur de risque thromboembolique : antécédent, cancer actif...,
- thrombose avérée,
- syndrome inflammatoire marqué (fibrinogène > 8 g/l),
- hypercoagulabilité (D-dimères > 3000 µg/l),
- présence d'une ECMO.

Modalités :

- Si clairance > 50 ml/min, HBPM pour limiter la charge en soins et épargner les PSE : Enoxaparine (Lovenox) 100 UI/kg x 2/j SC, maximum 10000 UI x 2/j SC pour l'instauration du traitement.

L'injection doit se faire à 10 h et 22 h, avec un contrôle quotidien de l'activité antiXa à 14 h à partir de la 3^e injection à J2 (diminution en cas de surdosage, poursuite dans

le cas inverse, pas de majoration à ce stade). L'équilibre est atteint après la 7^e injection (entre J3-J4) à la même posologie. Les cibles retenues de pic d'antiXa à l'équilibre à H4 sont 0,6 à 1 UI/ml pour nos patients.

- Si clairance < 50 ml/min, HNF IVSE à 20 UI/kg/h.
- Cible antiXa = 0,5 à 0,7 UI/ml.

Anticoagulation préventive renforcée sinon :

- Si clairance > 50 ml/min, HBPM : Enoxaparine (Lovenox) 4000 UI x 2/j (ou 6000 UI x2/j si poids > 120 kg) SC. Surveillance de l'activité antiXa pour éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml)
- Si clairance < 50 ml/min, HNF IVSE à 200 UI/kg/24 h avec cible d'héparinémie selon objectif (0,3 à 0,5 UI/ml antiXa).

Rechercher les signes de phlébite tous les jours, échodoppler des MI si suspicion. En cas de dégradation respiratoire sans cause cardiaque prouvée, penser à l'échodoppler des MI, même en l'absence de signe clinique.

A la sortie du patient de réanimation :

- En cas de thrombose avérée, poursuivre le traitement anticoagulant efficace
- En l'absence de thrombose avérée, recommander dans les suites à donner en fin de rapport d'hospitalisation de stratifier le risque thrombotique selon les recommandations du GIHP-GFHT d'avril 2020 et d'appliquer l'anticoagulation préconisée dans le service d'aval.

Prévention et traitement des complications thrombotiques en cas d'infection par le COVID-19 hospitalisé

	Pas d'oxygénothérapie	Oxygénothérapie	Oxygénothérapie nasale à haut débit ou ventilation artificielle	Monitoring de l'anticoagulant
IMC <30 kg/m ²	HBPM dose prophylactique standard ou fondaparinux <i>(par ex : enoxaparine 4000 UI/24h SC; enoxaparine 2000 UI/24h SC si Clcr entre 15 et 30 ml/min; tinzaparine 3500 UI/24h SC si Clcr >20 ml/min; fondaparinux 2,5 mg/24h si Clcr >50 ml/min)</i>			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'énoxaparine) - HNF : objectif 0,3-0,5 UI/ml
IMC ≥30 kg/m ² sans FDR*	enoxaparine 4000 UI/12h SC enoxaparine 6000 UI/12h SC si poids >120 kg HNF: 200 UI/kg/24h, si Clcr < 30 ml/min			
IMC ≥30kg/m ² avec FDR*				
Thromboses itératives de cathéter ou de filtre d'EER Syndrome inflammatoire marqué (par ex: fibrinogène >8 g/L) Hypercoagulabilité (par ex: D-dimères >3 µg/ml) ECMO Traitement anticoagulant au long cours	HBPM à dose curative par ex. enoxaparine 100 UI/kg/12h SC (poids réel), sans dépasser 10 000 UI/12h. HNF 500 UI/kg/24h si Clcr <30 ml/min Réévaluer la dose en cas de défaillance multiviscérale ou de coagulopathie de consommation.			Surveillance de l'activité anti-Xa: - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'énoxaparine) - HNF : objectif 0,5-0,7 UI/ml

*Facteurs De Risque (FDR) thromboemboliques : cancer actif, antécédent personnel de thrombose...
 Clcr : Clairance de la créatinine; HBPM : héparine de bas poids moléculaire; HNF : héparine non fractionnée

NB: le risque faible n'est pas représenté

Source : Traitement anticoagulant pour la prévention du risque thrombotique chez un patient hospitalisé avec COVID-19 et surveillance de l'hémostase. Propositions du GIHP et du GFHT. 03/04/2020. <https://site.geht.org/app/uploads/2020/04/COVID-19-GIHP-GFHT-3-avril-final.pdf>

IX. ANTIBIOTHÉRAPIE

Traitement probabiliste par Céfotaxime 2g x3 et Spiramycine 3 MU x3 à l'admission, pour 7 jours.

Si antigène urinaire Legionelle négatif, poursuivre la Rovamycine à la même dose jusqu'à J5 à visée anti-inflammatoire.

En cas d'allergie : Lévofloxacine (Tavanic) 500 mg x2 seul pour 7 jours.

Associer du Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg x2 pendant 5 jours uniquement en cas de PCR grippe positive.

En cas de dégradation clinique ultérieure, discuter un LBA (contenu des analyses détaillées ci-dessus), hémocultures, ECBU et antibiothérapie large spectre par Pipéracilline-Tazobactam (Tazocilline) et Linézolide (Zyvoxid) pendant 7 jours (à adapter en cas de contre-indication éventuelle ou d'allergie).

En cas de présence de *Candida* dans un prélèvement respiratoire, un traitement par echinocandine (Caspofungine) est mis en place en première intention, adapté secondairement à l'antifongogramme

Mettre les antibiotiques en discontinu (manque de PSE).

X. TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Chez tous les patients, en l'absence de contre-indication, mise en place d'un traitement par Dexaméthasone 6 mg x1/j pendant 10 jours (résultats préliminaires RECOVERY).

XI. GESTION DES FAMILLES

Le MAR en charge du patient appel le référent de la famille au minimum une fois par jour (l'après-midi en générale) et lors de chaque évènement intercurrent modifiant de façon significative le pronostique, le niveau d'engagement thérapeutique ou la stratégie de prise en charge.

XII. TENSIONS

En cas de pénurie de pousse-seringues, merci de se référer à l'Annexe 1.

En cas de pénurie de Midazolam et autres anesthésiques généraux, se référer à l'annexe 3.

Les futurs amendements feront l'objet de compléments à ce document avec diffusion par mail.

Pour plus d'informations, visitez

- **Recommandations COVID19 SRLF**

<https://www.srlf.org/recommandations-dexperts-sars-cov2/>

- **Intubation**

<https://www.youtube.com/watch?v=ORIWS9BS9R8>

- **MOOC COVID19 (ventilation et soins infirmiers, habillage)**

https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:UPEC+169003+cv_01/courseware/5a15126011694e6cb3ab99267419f83e/46af22a141a84ab7bfda6801eda3e075/

- **Gestion des circuits de ventilateur :**

https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/Ventilation_gestion-des-circuits_réa_20032020_validé.pdf

- **Admission en réanimation SRLF et SFAR**

<https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/ARS-ETHIQUE-COVID-final.pdf>

<https://sfar.org/download/enjeux-ethiques-de-lacces-aux-soins-de-reanimation-et-autres-soins-critiques-sc-en-contexte-de-pandemie-covid-19/?wpdmdl=25401&refresh=5e75cb5a29cd11584778074>

Annexe 1. Protocole de limitation de l'utilisation des PSE

Sont exclus du protocole les catécholamines (noradrénaline, adrénaline, dobutamine) qui devront TOUJOURS être administrée par voie IVSE

SÉDATION

Sédation PSE :

- *Seringue 60 cc :*
 - midazolam 5 mg/cc : 20cc
 - sufentanil 5 µg/cc : 20cc
 - NaCl 0.9% : 20cc

Débit adapter à la prescription médicale (cf tableau débit/posologie en annexe)

Sédation PCA :

- *Miniflac de 100 ml NaCl 0,9 %:*
 - Retirer 60 ml de NaCl 0,9 %
 - midazolam 5 mg/ml : 40 ml
 - sufentanil 5 µg/ml : 40 ml
- *Réglage PCA :*
 - débit continu : adapter à la prescription médicale (cf tableau débit/posologie en annexe)
 - bolus : 0 ml
 - PR : 0 min
 - Dose max /4h : 50 mg

Tableau débit/posologie PSE et PCA

	1 ml/h	2 ml/h	3 ml/h	4 ml/h	5 ml/h	6 ml/h	9 ml/h	12 ml/h
Midazolam	1,6 mg/h	3,3 mg/h	5 mg/h	6,6 mg/h	8,3 mg/h	10 mg/h	15 mg/h	20 mg/h
Sufentanil	1.6 µg/h	3.3 µg/h	5 µg/h	6.6 µg/h	8.3 µg/h	10 µg/h	15 µg/h	20 µg/h

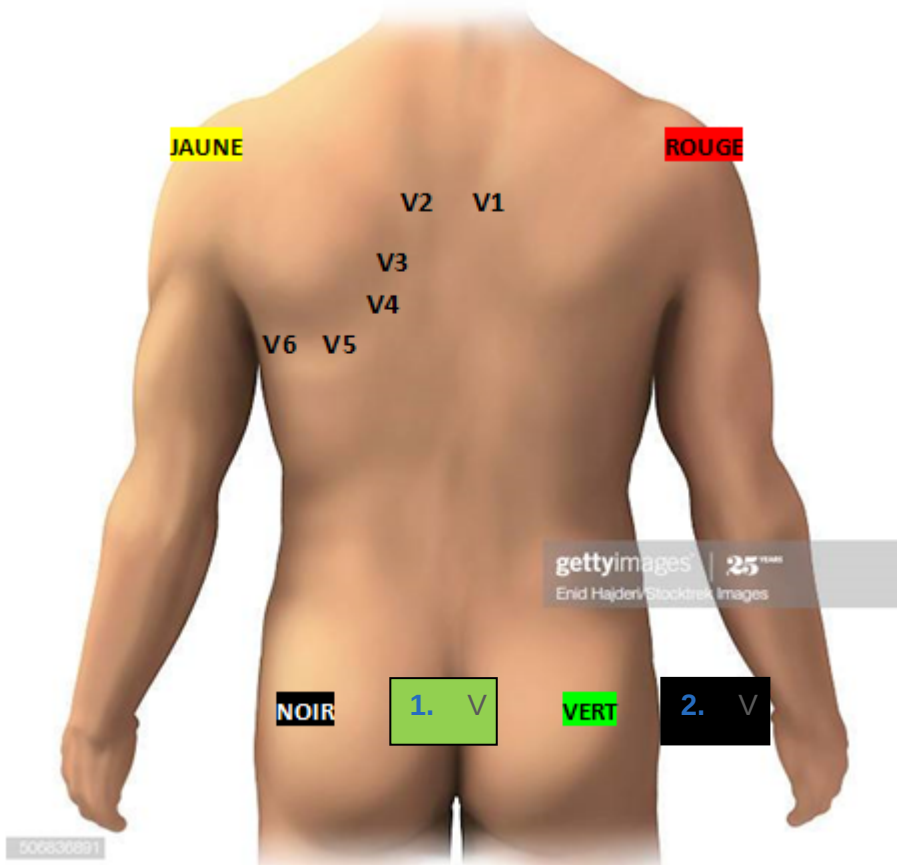
ANTICOAGULATION

Anticoagulation curative

Calciparine 250 UI/kg toutes les 12 h (= poids/100 ml x2/24h)

Surveillance par activité antiXa à réaliser 4 h après la deuxième injection ; objectif 0,4 – 0,6

Annexe 2. Positionnement électrodes ECG du scope



Annexe 3. Posologies indicatives des molécules utilisables en sédation au long cours, utiles en cas de pénurie de Midazolam.

Extrait de Conférence de consensus commune (SFAR-SRLF) en réanimation – Sédation – analgésie en réanimation (nouveau-né exclu)

Médicament	Dose de charge	Dose d'entretien	Seuil convulsivant	Accumulation	Métabolite actif	Effets secondaires
Propofol	A : 0,1–3 mg kg ⁻¹ E : 0,1–5 mg kg ⁻¹	A : < 5 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : C.I.	Augmenté	+	Non	Hypotension Hypertriglycémie PRIS
Midazolam	A : 0,05–0,2 mg kg ⁻¹ E : 0,02–0,1 mg kg ⁻¹	A : 0,10–0,15 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : 0,02–0,4 mg kg ⁻¹ h ⁻¹	Augmenté	+++	1-OH-MDZ	Hypotension Accumulation Effet plateau
Etomidate	A : 0,2–0,4 mg kg ⁻¹ E : C.I.	C.I.	Discuté	N.A.	N.A.	Dépression surrénalienne
Kétamine	A : 0,5–2 mg kg ⁻¹ E : 0,5–2 mg kg ⁻¹	A : 0,12–3 mg kg ⁻¹ h ⁻¹ E : 0,12–2 mg kg ⁻¹ h ⁻¹	Discuté	++	Norkétamine	Dissociatifs à fortes doses Hypersécrétion
Nesdonal	3–5 mg kg ⁻¹	Variable selon associations	Augmenté	+++	?	Hypotension Accumulation Dépression immunitaire
Clonidine	A : 0,5–3 µg kg ⁻¹ E : 1 µg kg ⁻¹	E : 0,2–2 µg kg ⁻¹ h ⁻¹	Inchangé	++	Non	Hypotension Bradycardie

A : adultes ; C.I. : contre-indiqué ; E : enfants ; N.A. : non applicable ; PRIS : propofol infusion syndrome.
Remarque : les doses sont indicatives, allant du bolus minimal pour un renforcement temporaire de la sédation-analgésie aux conditions d'intubation trachéale en association avec un curare

Le Thiopental nous semble à éviter autant que possible pour éviter les risques d'accumulation et l'instabilité hémodynamique. La Clonidine n'est pas recommandée en cas de nécessité de traitement vasopresseur. Ajoutons, dans les médicaments utilisables en cas de pénurie de sédatifs, le gamma-OH.

GAMMA-OH (cf. Vidal pour les détails)

- Voie intraveineuse
- Induction :
 - **chez l'adulte : 60 mg/kg (soit en moyenne 2 ampoules de 10 ml)**
 - chez l'enfant : 100 mg/ kg
- Entretien :
 - **20 à 50 mg/kg/h** (soit habituellement une ampoule de 10 ml toutes les 60 à 120 minutes pendant plusieurs jours)
 - Ou : deuxième injection égale à la moitié de la dose initiale toutes les 60 à 120 minutes
- Action : Après administration IV, son action intervient en 5 à 7 minutes

Effet durant 90 à 120 minutes à la posologie de 60 mg / kg

- Métabolisme :

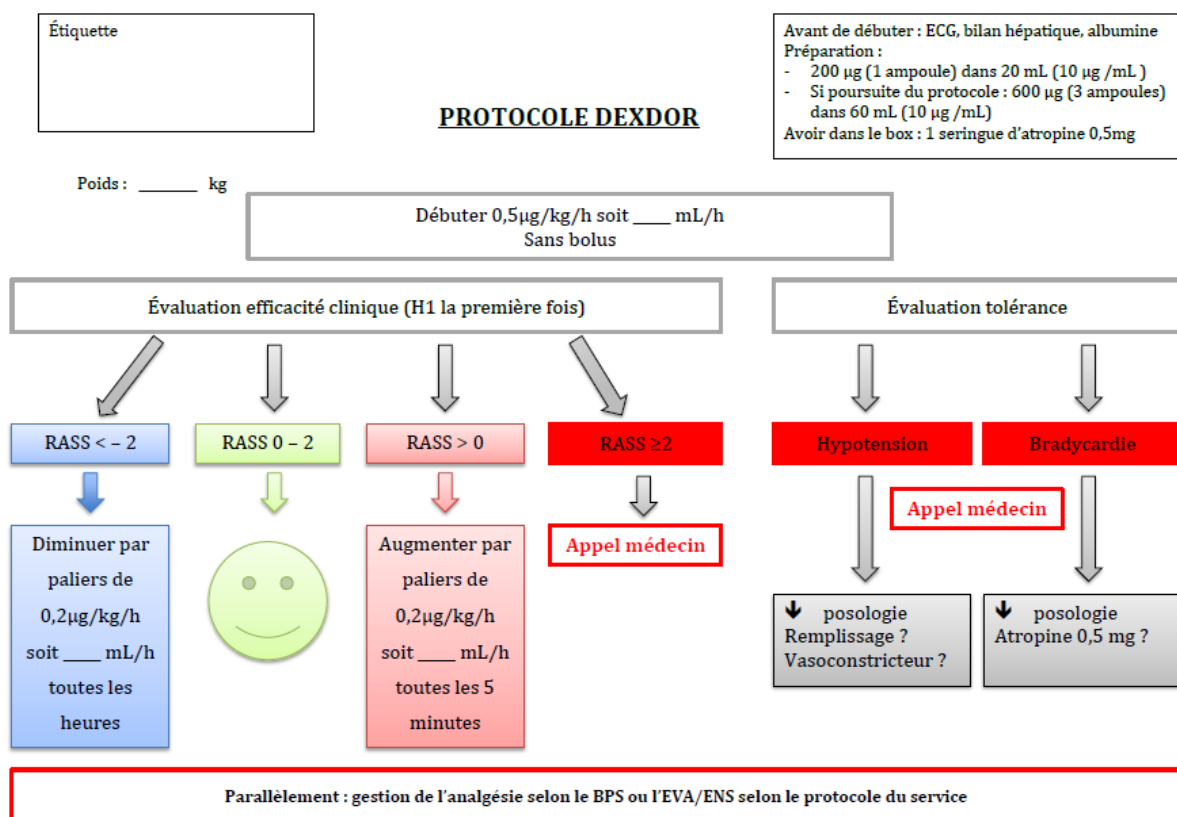
Traverse les barrières méningée et placentaire

Métabolisé principalement au niveau du foie.

Métabolites finaux : eau et gaz carbonique éliminé par voie respiratoire.

- Contre-indications : Hypersensibilité, HTA, bradycardie avec trouble de conduction, hypokaliémie, épilepsie non contrôlée sous traitement, éclampsie, grossesse
- Effets secondaires : **hypokaliémie**, hypernatrémie, myoclonies à l'induction, bradycardie, hypotension, nausées et vomissements au réveil

Annexe 4. Protocole Dexmédétomidine



Correspondance entre débit (en mL/h) et posologie de Dexdor en fonction du poids du patient

Posologie (µg/kg/h) \ Poids (kg)	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1	1,1	1,2	1,3	1,4
50	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7
60	1,2	1,8	2,4	3	3,6	4,2	4,8	5,4	6	6,6	7,2	7,8	8,4
70	1,4	2,1	2,8	3,5	4,2	4,9	5,6	6,3	7	7,7	8,4	9,1	9,8
80	1,6	2,4	3,2	4	4,8	5,6	6,4	7,2	8	8,8	9,6	10,4	11,2
90	1,8	2,7	3,6	4,5	5,4	6,3	7,2	8,1	9	9,9	10,8	11,7	12,6
100	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
110	2,2	3,3	4,4	5,5	6,6	7,7	8,8	9,9	11	12,1	13,2	14,3	15,4
120	2,4	3,6	4,8	6	7,2	8,4	9,6	10,8	12	13,2	14,4	15,6	16,8