

Généralités

Afin de faciliter l'intubation et d'en limiter les conséquences (laryngoscopie = stimulation + + +), celle-ci se pratique sur un patient endormi et relâché.

La relâchement musculaire est réalisé par l'administration d'un curare, qui bloque la transmission neuromusculaire, au niveau des récepteurs cholinergiques nicotiques post-synaptiques de la plaque motrice. Les premiers muscles atteints sont ceux des extrémités (doigts, yeux, langue), puis ceux des membres, du tronc, du cou, du pharynx et enfin le diaphragme. Le bloc neuromusculaire disparaît en sens inverse.

L'induction se pratique avec un curare à courte durée d'action, afin d'avoir rapidement une reprise de ventilation spontanée en cas d'échec d'intubation et de difficultés de ventilation au masque. Après l'intubation, pour éviter les risques d'extubation accidentelle et faciliter la ventilation au ballon, un curare de plus longue durée d'action est administré pour le transport.

NB: un patient curarisé doit toujours être sédaté.

Les curares se divisent en 2 catégories, en fonction de leur activité sur les récepteurs de la plaque motrice: les curares dépolarisants et non dépolarisants.

Curare dépolarisant: Succinylcholine

Agoniste non compétitif de l'acétylcholine. Se fixe au récepteur et stimule celui-ci, induisant une ouverture des canaux transmembranaires avec libération de potassium, et dépolarisation de la plaque motrice, ce qui entraîne les fasciculations observées. La persistance du curare sur le récepteur rend ensuite la fibre musculaire inexcitable. La succinylcholine est rapidement dégradée par des pseudocholinestérasés

Curare non dépolarisant: Rocuronium

Antagoniste compétitif de l'acétylcholine. Se fixe au récepteur sans le stimuler. Paralyse présente lorsque > 75% des récepteurs sont occupés. Possibilité d'accélérer la décurarisation en administrant des anticholinestérasiques (néostigmine) qui augmente la quantité d'acétylcholine disponible dans la jonction neuro-musculaire (seulement en cas de décurarisation incomplète, et sous monitoring du bloc neuro-musculaire)

Succinylcholine

Présentation	Lysthénon® 5% Ampoule 100 mg/2 ml
Préparation	Pur (50mg/ml) ou dilué dans 8 cc NaCl 0.9% -> 10 mg/ml
Posologie	1-1.5 mg/Kg
Délai d'action	30 sec
Durée d'action	5 min
Pharmacocinétique	
Métabolisme	Hydrolyse par pseudocholinestérase
Effets CV	Stimulation récepteurs muscariniques nœud sinusal -> bradycardie sinusale, échappement jonctionnel
Autres effets	↑P intra-oculaire
Indications	Induction séquence rapide
Contre-indications	ATCD d'hyperthermie maligne Risque d'hyperkaliémie : Myopathie, tétra-paraplégie J1 à 6 mois, alitement prolongé > 10j (up-regulation des récepteurs à l'acétylcholine), brûlures étendues de J10 à J60 Déficit en pseudocholinestérase Pas plus de 2 bolus itératifs (passage en bloc de phase II, de longue durée) Perforation globe oculaire
Effets secondaires	Augmentation kaliémie de 1 mmol/L Histamino-libération Myalgies Cf effets CV

Rocuronium

Présentation	Esméron® Ampoule 50 mg/5 ml
Préparation	Pur 10 mg/ml
Posologie	1 ^{ère} dose curarisation post induction séquence rapide: 0,3 mg/kg Entretien: 0.15 mg/Kg Induction standard: 0.6 mg/Kg Séquence rapide: 1 mg/Kg
Délai d'action	1-2 min
Durée d'action	20 min (35-45 min après dose d'induction 0.6 mg/Kg)
Pharmacocinétique	Redistribution, $\frac{1}{2}$ vie d'élimination 73 min
Métabolisme	Excrétion biliaire et rénale (20%) molécule inchangée
Effets CV	Pas d'effet sur FC et TA
Autres effets	
Indications	Maintien curarisation après induction séquence rapide pour transport L'utilisation pour l'induction en séquence rapide est réservée aux anesthésistes
Contre-indications	
Effets secondaires	