



# Eskétamine utilisation pratique

19/04/2026

Protocoles proposés à titre indicatif par le Pr Mion

# Narcose

- ▶ Posologie IV pour une narcose de 10 minutes : 1 mg/kg  
une demi-dose peut-être réinjectée au bout des 10 minutes.
- ▶ Dose d'entretien pour les interventions prolongées :  
1,25 mg/kg/h en perfusion.
- ▶ En voie IM/IR : 3 à 5 mg/kg en association avec de l'atropine  
et de faibles doses de midazolam pour diminuer les effets psychiques.

## Précautions d'emploi

En cas d'instabilité hémodynamique, l'utilisation de l'eskétamine ne dispense pas d'un apport de vasopresseur et il ne faut pas dépasser 0,5 mg/kg sous peine de risquer un désamorçage brutal si les réserves en catécholamines sont épuisées.

# Analgésie périopératoire

- ▶ **Bolus initial** : soit immédiatement (15 sec) avant le propofol, dont il supprime la douleur à l'injection, soit avant l'incision : 0,2 à 0,35 mg/Kg en injection lente.
- ▶ **Relais au PSE** : 0,2 à 0,3 mg/Kg/h (dans la littérature jusqu'à 0,6 mg/Kg/h).
- ▶ Interrompre ou (mieux) diminuer par deux la vitesse de la perfusion **30 minutes** avant la fin du geste chirurgical.
- ▶ **Chez les patients les plus algiques, les gestes les plus agressifs**, continuer à administrer l'eskétamine les deux premiers jours postopératoires à la vitesse de 0,06 à 0,15 mg/kg/h (4 à 10 mg/h).  
Dose adaptée selon la clinique (douleur et effets secondaires).
- ▶ **L'alternative est l'administration dans une PCA morphine +++** (0,5 à 1 mg d'eskétamine par mg de morphine en bolus)

# Mélange lidocaïne + eskétamine

Lidocaïne (10 ml à 2%) : 2 ampoules soit 400 mg (20 ml)

Eskétamine (5 ml à 5 mg/ml) : 1 ampoule soit 25 mg (5 ml)

Ce mélange de 25 ml est complété avec 25 ml de sérum physiologique pour obtenir une préparation de 50 ml dans une seringue comprenant une concentration de lidocaïne de 8 mg/ml et d'eskétamine de 0,5 mg/ml.

Perfusion continue de cette préparation à la vitesse de 0,2 ml/kg/h ce qui correspond à 1,6 mg/kg/h de lidocaïne et 0,1 mg/kg/h d'eskétamine.

Arrêt de ces deux médicaments à la fin de l'anesthésie avant extubation (si applicable) précédé de la mise en route d'une analgésie multimodale en respectant les contre- indications :

Néfopam : 20 mg IVL

Paracétamol : 1g IVL

Kétoprofène : 100 mg IVL

# Traitement de la douleur aiguë en SSPI

- ▶ Pour des **douleurs aiguës résistantes à la morphine** en salle de surveillance post-interventionnelle ou dans les services d'urgence.
- ▶ Dans cette indication, il faut **éviter d'injecter un bolus**, mais plutôt prescrire une courte perfusion de 10 mg à 25 mg dans 100 mL de sérum salé pour un adulte à administrer en 10 à 30 minutes respectivement.

# Sédation en ventilation spontanée

- ▶ Dose IV initiale d'eskétamine **titrée avec précaution**, en débutant par 2 mg en bolus.
- ▶ Puis bolus de 5 mg **titrés toutes les minutes** en fonction de l'effet obtenu.
- ▶ **Quand l'administration du Propofol a débuté**,  
on peut augmenter les doses d'eskétamine sans dépasser 0,5 mg/kg pour une sédation,  
en fonction des réactions du patient ou des augmentations de fréquence cardiaque.  
Le propofol est titré en fonction de la réponse psychique et de la fréquence respiratoire,  
en se gardant d'une bradypnée (**viser une FR > 10 cycles/min**).
- ▶ Certains préfèrent associer un bolus de midazolam, de 1 à 5 mg IV  
selon l'âge et le poids du patient.

## Notes

L'eskétamine peut être avantageusement associée au propofol; leur association est additive (0,5 mg d'eskétamine équivaldrait à 1 mg de propofol). Certains l'utilisent dans une même seringue (skétofol). Le propofol atténue les effets hémodynamiques et surtout psychiques de la kétamine, la kétamine modère les effets hypotenseurs et déprimeurs respiratoires du seul propofol.

# Sédation en réanimation

- ▶ Des patients ventilés en aide inspiratoire pour infection au Covid-19 ont été sédatisés efficacement par une perfusion continue d'eskétamine de 0,2 à 0,4 mg/kg/h (jusqu'à 0,8 mg/kg/h).

## Notes

Toutefois, plusieurs études ont noté une corrélation entre les doses de kétamine et une **atteinte hépatique parfois grave** chez ce type de patients (ARDS). C'est pourquoi le bilan hépatique doit être très étroitement monitoré, la posologie et la durée de la sédation limitées au maximum,

# Conclusion

- ▶ **Plusieurs principes** doivent guider l'utilisation de l'eskétamine.
- ▶ **Chez un malade éveillé**, le principe fondamental est la titration.  
En effet, le principal effet indésirable de l'eskétamine reste l'effet psychédélique dû à des bolus qui donnent des concentrations plasmatiques trop élevées.  
Comme **l'eskétamine agit en moins d'une minute**, on peut rapidement converger des doses de départ vers le bolus idéal.
- ▶ **Chez un malade endormi**, c'est l'inverse : des doses insuffisantes expliquent une efficacité aléatoire. Il faut respecter des protocoles basés sur une perfusion continue de doses suffisantes pour atteindre une concentration analgésique.