

Évaluation et réhabilitation précoce du patient ventilé — Comment prédire l'encombrement bronchique postextubation ?

Evaluation and early rehabilitation of ventilated patients — How can we forecast bronchial congestion after extubation?

C. Roux

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Introduction

L'encombrement bronchique postextubation reste la principale cause d'échec de l'extubation. Une toux insuffisante ne permet pas au patient d'éliminer l'excès de sécrétions. L'évaluation subjective de la toux préextubation est pratiquée régulièrement mais avec une spécificité faible, alors qu'une évaluation objective de cette toux, par une mesure du débit expiratoire de pointe à la toux (DEPT), prédit de manière fiable le succès de l'extubation.

Modalités d'évaluation de la toux en préextubation

Pour évaluer la toux, il existe des tests tels que la qualité de la toux lors des aspirations endotrachéales qui est décrite comme « toux adéquate lors des aspirations » ou bien par une cotation « toux faible, modérée ou normale », qui sont opérateur-dépendant renforçant la subjectivité. Le test dit de « la carte » est aussi utilisé : il consiste à placer une carte blanche à 1 ou 2 cm de l'extrémité proximale de la sonde d'intubation préalablement ouverte. Le test est considéré positif si des sécrétions viennent souiller la carte lors d'un effort de toux. Le test peut facilement être négatif due à la pauvreté des sécrétions avec une force de toux normale.

Dans notre service, nous avons mis au point une évaluation objective de la toux par l'intermédiaire d'un *peak flow* électronique placé à l'extrémité de la sonde et qui mesure le DEPT. Trente-cinq litres par minute est la valeur seuil que nous avons déterminé en dessous de laquelle le patient risque de ne pas gérer son encombrement. Il renseigne le médecin et le kinésithérapeute sur le risque d'échec ainsi que sur la conduite à tenir en postextubation.

Prise en charge de l'encombrement postextubation

Suite à notre étude, nous avons modifié notre protocole de sevrage de la ventilation en y intégrant ces nouvelles données. En plus des recommandations de la conférence de consensus de 2001 sur le sevrage de la ventilation, nous pratiquons la mesure du DEPT juste avant l'extubation. Si la valeur est au-dessus de 35 l/min, c'est une prise en charge classique que nous appliquons avec essentiellement de la kinésithérapie respiratoire manuelle aidée si besoin d'un support instrumental (relaxateur de pression, système à pression expiratoire positive). Si la valeur du DEPT est en dessous de 35 l/min, nous mettons en place une ventilation non invasive systématique avec kinésithérapie respiratoire manuelle et instrumentale. D'autres techniques sont utilisées, telles que l'aspiration nasotrachéale, les postures en décubitus latéral et les hyperinsufflations.

Conclusion

La prédiction de l'encombrement passe par une bonne évaluation des risques d'encombrement avant le sevrage de la sonde d'intubation. Les tests évaluant la toux de manière objective sont peu étudiés, alors qu'ils optimisent la prise en charge kinésithérapique. Nous pourrions étudier l'incidence de ce protocole modifié sur les échecs d'extubation.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

C. Roux (✉)

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Roanne,
28, rue de Charlieu, BP 511, F-42328 Roanne cedex, France
e-mail : caducee22@wanadoo.fr