

# Aspiration EndoTrachéale

**Auteur(s) : David HUARD**

## Contexte

- L'aspiration endotrachéale (AET) est un geste invasif, réalisé plusieurs fois par jour chez les patients intubés (ou trachéotomisés) en service de réanimation.
- L'AET est réalisée par des infirmières, des médecins ou des kinésithérapeutes (après mise en œuvre de techniques de désencombrement).
- Le but de l'AET est de libérer les voies aériennes des sécrétions bronchiques.

## Indications

**La fréquence de réalisation de l'AET est guidée par la clinique.**

**En l'absence d'encombrement excessif, l'AET est réalisée toutes les 4 à 8 heures**

### Signes cliniques d'encombrement bronchique :

- Toux, sécrétions visibles dans la sonde, bruits auscultatoires anormaux.
- Elévation de la fréquence respiratoire, signes de lutte.
- Agitation, sueurs.
- Elévation de la pression artérielle (PA), de la fréquence cardiaque (FC).
- Diminution de la saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>).
- Modification des courbes du ventilateur :
  - Aspect en « dents de scie ».
  - Augmentation de la pression de crête en ventilation à débit contrôlé comme la ventilation contrôlée (VC/VAC).
  - Diminution de la ventilation minute ou des volumes courants en ventilation à pression contrôlée comme la ventilation spontanée avec aide inspiratoire (VSAI).

## Matériel

- Disposer d'un système d'aspiration fonctionnel, propre, préalablement testé.
- Utiliser un manomètre permettant de délivrer une pression négative de 100 à 250 cmH<sub>2</sub>O (Idéalement  $\leq 150$  mmHg).
- Disposer d'un Ballon Auto remplisseur à Valve unidirectionnelle (BAVU) fonctionnel, et d'un masque dont la taille est adaptée au patient, en cas d'extubation accidentelle.
- S'équiper de :
  - Gants
  - Tablier de protection
  - Lunettes, masque chirurgical
  - Solution Hydro-Alcoolique (SHA)
- Utiliser une sonde d'AET stérile, idéalement gainée (chemise externe).
- **Utiliser un système clos d'aspiration chez les patients :**
  - En isolement de type gouttelette.
  - Présentant un Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe (SDRA), afin de limiter le dérecrutement alvéolaire.
  - Nécessitant une FiO<sub>2</sub> ou une Pression Expiratoire Positive élevées.
- Disposer de sondes d'AET de tailles différentes, en quantité suffisante.
- Préparer avant la réalisation du geste :
  - Spray lubrifiant siliconé
  - Compresses stériles
  - Manomètre de mesure de la pression du ballonnet
  - Système de rinçage à utiliser après réalisation de l'AET

## Mise en œuvre pratique

- Réaliser une désinfection des mains par SHA et s'habiller.
- Maintenir le patient en position proclive (au moins  $\geq 30^\circ$ ).
- Réaliser une pré-oxygénation de 30 à 60 secondes, chez les patients hypoxémiques.
- Expliquer le geste au patient et le rassurer, si ce dernier est vigile.
- Ne pas instiller de sérum physiologique.
- Utiliser une sonde d'AET adaptée au diamètre de la sonde d'intubation :

### **Ø sonde AET $\leq$ ½ Ø sonde d'intubation**

- Utiliser une compresse stérile pour saisir la sonde d'AET (si sonde AET non gainée).

- **Réaliser l'AET de manière rapide et continue.**
  - Ne pas effectuer d'aspiration lors de la descente de la sonde d'AET.
  - Descendre la sonde d'AET, en douceur, maximum 1 à 2 cm au-dessus de la carène, en utilisant un repère sur la sonde d'AET ou en retirant la sonde d'AET en cas de butée

### **L'AET N'EST PAS UNE ASPIRATION BRONCHIQUE !**

- Effectuer l'AET en remontant la sonde, en réalisant des mouvements de rotation.
- Aspirer de manière continue.
- N'utiliser la sonde d'AET qu'une seule fois
- Ne pas déconnecter le circuit du ventilateur.
- Maintenir la sonde d'intubation lors de la réalisation de la technique.
- Rincer le circuit d'aspiration.
- Réaliser l'hygiène des mains par SHA.
- Noter l'aspect et la quantité de sécrétions recueillies dans le dossier du patient.

### **Effets secondaires possibles**

- Inconfort, douleurs, anxiété
- Risques infectieux, traumatiques, hémorragiques.
- Vomissements, inhalation.
- Hypoxie.
- Risque d'effets hémodynamiques et/ou cardiaques.
- Majoration de la pression intra-crânienne

### **Surveillance**

- Surveiller la FC, la PA et la SpO2.
- Surveiller l'état clinique du patient.
- Vérifier la pression du ballonnet de la sonde d'intubation (entre 20 et 25 cmH2O).
- Porter une attention particulière chez le traumatisé crânien.
- Surveiller l'aspect des courbes du ventilateur après réalisation de l'AET

### **Références**

- Heluain, P., Demailly, A., Fourrier, L. et al. Réanimation (2011) 20 ; 62-67
- AARC Clinical Practice Guidelines (2010) Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. Respiratory Care 55 ; 758-64