

Intubation / Intubation difficile

Auteur(s) : Angéline BARRAGE

Contexte

- L'intubation oro-trachéale (IOT) est un geste fréquent en réanimation
- Souvent réalisée en urgence
- Considérée à haut risque de complications (hypoxémie, collapsus, troubles du rythme, arrêt cardiorespiratoire...)
- Permet la ventilation mécanique et la protection des voies aériennes
- Existent également des intubations naso-trachéales, sélectives (ventilation uni-pulmonaire)

Matériel

- Plateau d'intubation
 - Laryngoscope + piles
 - Lames plastique/métalliques de calibre adapté (Mac 3 ou 4)
 - Sondes d'IOT de différents calibres
 - Seringue 10cc, testeur ballonnet
 - Pince de Magyll
 - Mandrin d'Eschmann
 - lien de fixation
 - canules de Guedel
- Il existe différents calibres de sonde (2,5 à 9 ; les sondes 7 à 8 étant les plus utilisées chez l'adulte), des sondes armées, préformées, sans ballonnet.
- Aspiration murale avec sondes de calibre adapté
- Ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) / masque de ventilation non invasive (VNI)
- Stéthoscope
- Capnographe ++
- Habillage des opérateurs : masque, lunettes, gants (stériles ou non selon protocole de service)
- Médicaments pour l'anesthésie / sédation, remplissage vasculaire, drogues vasoactives

Mise en œuvre pratique

- Idéalement un(e) infirmier (e) pour deux médecins
- Information et installation du patient
- **Vérification** du matériel :
 - plateau d'intubation
 - aspiration
 - masque VNI / BAVU
 - voie veineuse de bon calibre (au moins 18 Ga)
 - surveillance scopique
- **Préoxygénation** en VNI (FiO₂ 100%) ou au BAVU (O₂ à 15L/min)
- **Induction séquence rapide** (ISR) le plus souvent en contexte d'urgence, selon prescription médicale
- Intubation avec + / - manœuvre de Sellick
- Branchement du capnographe / contrôle au stéthoscope : éliminer une intubation oesophagienne ou sélective à droite
- Gonfler le ballonnet (entre 25 et 30 cmH₂O), noter le repère, fixer la sonde
- Pose d'une sonde gastrique
- Radio pulmonaire de contrôle

Intubation difficile

- L'IOT se dit difficile après deux tentatives de laryngoscopies directes et /ou après mise en œuvre de technique alternative
- Score prédictif : **MACOCHA** (Intubation difficile) codé de 0 à 12
- Matériel spécifique : vidéolaryngoscopie, dispositif supra-glottique (masque laryngé Fastrach*), fibroscope, kit de cricothyroïdotomie

Surveillance

- Constantes hémodynamiques et ventilatoires du patient
- Levée de la curarisation
- Paramètres du ventilateur selon prescription médicale et réglages des alarmes en fonction du patient et du mode ventilatoire

Pièges à éviter / à ne pas oublier

- Enlever les prothèses dentaires
- Haut risque de **complications** : catécholamines, remplissage vasculaire, chariot d'urgence et matériel pour IOT difficile à disposition pour palier à celles-ci
- Repère de la sonde d'IOT pris au niveau de l'arcade dentaire supérieure (non mobile)
- Contrôle au moins journalier de la bonne position de la sonde d'IOT et de la pression du ballonnet

Références

1. Quintard H, L'Her E, Pottecher J, Adnet F, Constantin JM, Dejong A et al. Intubation et extubation du patient de réanimation : RFE commune SFAR-SRLF. Paris ; 2016, 40p.
2. SRLF, Société de réanimation de langue française. Le métier d'IDE en réanimation. [en ligne] <http://www.srlf.org/metier-dide-reanimation/fiches-techniques/> consulté le 2 septembre 2016.
3. Bertholet-Goudin E, Lombardo V, Clec'h C. Livret infirmier au chevet du patient de réanimation : de la connaissance à la pratique. Paris : Springer ; 2014, 247p.