

Pour avoir des idées simples et claires sur ce qu'il faut savoir/préparer/anticiper lors d'une intubation en réanimation.

Cette fiche flash est valable pour les patients Covid -. Pour les patients Covid + se référer aux procédures d'établissements, notamment pour les mesures de protection.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

Il est souvent regroupé dans des chariots d'intubation contenant le matériel pour une intubation standard et celui pour une intubation difficile.

⇒ Laryngoscopes :

o Classique : avec lame en métal dans la majorité des centres (en plastique sinon), 2 tailles de lame (Mac 4 pour les hommes, Mac 3 pour les femmes, mais à la préférence de l'opérateur qui réalisera le geste), existe en manche long ou manche court (à préférer chez le sujet obèse)



o Vidéolaryngoscope (type McGrath®) : même technique que le laryngo précédent mais avec une caméra. 2 tailles de lames (plastiques), 3 et 4.



⇒ **Sonde intubation :**

Plusieurs tailles, usage unique. Chez les femmes, préférer une sonde de 7,0 ou 7,5 mm, et chez l'homme, préférer une sonde de 7,5 ou 8,0 mm

--> **prévoir la seringue pour gonfler le ballonnet ++**



⇒ **Un BAVU :**

branché à l'oxygène sous 15L (toujours gonfler la poche réserve avant de l'appliquer sur le visage d'un patient), avec un **filtre** entre le masque et le BAVU



⇒ **Une aspiration forte :**

en place et fonctionnelle, avec une sonde branchée, pour aspirer les sécrétions obstruant les voies aériennes lors de l'intubation.

⇒ **Un respirateur :** vérifié, et pré-réglé.

⇒ **Un capnographe (EtCO₂) :**

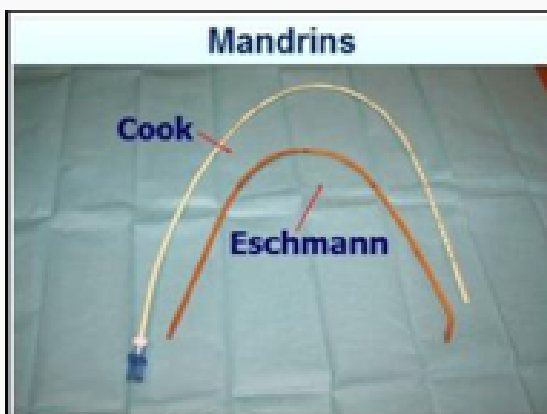
permet de mesurer le CO₂ expiré, et donc de savoir si l'on est « dans le bon trou » en fin d'intubation. En pratique, si l'intubation est réussie, apparition d'une courbe EtCO₂ régulière, en cas d'intubation œsophagienne, aplatissement rapide, voire pas de courbe d'EtCO₂. A brancher directement sur le tuyau du respirateur.

⇒ **Un lien/une attache :** pour la fixation de la sonde d'IOT après intubation

⇒ **Un stéthoscope :** pour vérifier que la sonde n'est pas sélective = trop basse, dans une bronche et non dans la trachée, avec un seul poumon ventilé

⇒ **Du personnel en nombre suffisant :** ni pas assez (pour permettre de gérer une situation critique comme une intubation difficile ou un arrêt cardio-respiratoire) ni trop (pour éviter le manque d'espace, le bruit...)

⇒ **Un chariot d'intubation difficile à porter de main :** quelques éléments à connaître (au cas où)



Mandrins :

permettent de « cathétériser » les voies aériennes, et de faire descendre une sonde d'intubation dans un second temps



Masque laryngé :

système de ventilation sus glottique, qui peut être utilisé en cas d'intubation difficile

DROGUES NÉCESSAIRES

⇒ Séquence rapide :

en réanimation, les inductions pour intubation sont réalisées dans la majorité des cas en séquence rapide = **un hypnotique et un curare d'action rapide** (pour prévenir un éventuel vomissement avec inhalation.)

- o **Hypnotique** : 3 principaux ETOMIDATE : 0,4mg/kg , KETAMINE : 2-3 mg/kg ; et PROPOFOL (moins utilisé car entraine une hypotension, donc problématique chez des patients parfois en état de choc : 2-3 mg/kg)
- o **Curare** : CELOCURINE (SUXAMETHOMIUM) : 1mg/kg (en l'absence d'hyperkaliémie) ou ESMERON (ROCURONIUM) : 1,2 mg/kg

⇒ **Relai sédation** : à prévoir avant le début de l'intubation. Sans rentrer dans les détails, il faut un hypnotique (MIDAZOLAM ou PROPOFOL) et un antalgique puissant (SUFENTANIL, FENTANIL...), administrés en continu au pousse-seringue électrique.

⇒ En cas de **SDRA**, une **curarisation** de longue durée doit être envisagée (ROCURONIUM ou TRACRIUM, en IVSE).

Une fois la décision d'intubation prise, il est important (dans la limite de la tolérance du patient) de préparer au mieux l'intubation, pour anticiper toutes les principales complications :

⇒ **Pré-oxygénation** : c'est la première chose à faire ! En particulier chez des patients fragiles avec une réserve en oxygène parfois quasi nulle. Plus votre durée de pré-oxygénation dure, mieux c'est. Au masque haute concentration à 15L/min dans un premier temps (permet d'avoir les mains libres, de préparer la suite) puis au BAVU branché à 15L d'O₂, 5 min avant l'induction (ne pas ventiler le patient en pré-induction, risque de vomissement), en gardant le masque le plus occlusif possible contre la tête du patient

⇒ **Remplissage vasculaire** : l'induction entraîne très souvent une diminution de la PA (médicaments, collapsus de reventilation), mettre avant l'induction un remplissage (RL ou sérum physiologique 500mL) permet souvent de prévenir cette complication. Chez un patient déjà précaire sur le plan hémodynamique, ne pas hésiter à mettre d'emblée de la NORADRENALINE, même sur VVP.

⇒ **Préparation du matériel** : cf ci-dessus

⇒ **Répartition des tâches entre les différents acteurs**

⇒ **Induction** : commencer par l'hypnotique puis le curare.

⇒ **Intubation**

⇒ **Ventilation mécanique**

⇒ Vérification du **bon positionnement de la sonde** : auscultation, capno et radiographie thoracique

⇒ **Fixation de la sonde d'intubation**

⇒ Vérification de la **pression du ballonnet** via un manomètre (prévient les fuites et les micro-inhalations)

⇒ **Introduction des sédations au pousse seringue électrique**

En cas d'intubation difficile, reventiler le patient au masque, l'objectif étant d'éviter la désaturation ; appeler un opérateur expérimenté à l'aide. Se rappeler que la CELOCURINE n'a qu'une durée d'action courte < 10 min.