

Intubation difficile (ID)			
CHRA Service Réanimation	<i>Classeur</i> <i>Pratique de soins infirmiers</i>	PEC-rea MO05 V1	
		16/02/2011	1/4
Rédaction : Y.COICAUD	Vérification : MF.BARBIER S.DUCHENE	Approbation : Dr A.LEVRAT	

1 - Objet

Cette procédure a pour but de décrire les différents matériels à utiliser en cas d'intubation difficile et leur lieu de rangement. La décision de les utiliser et leurs connaissances demeurent du domaine médical.

2 - Définitions

« Une intubation est difficile si elle nécessite plus de deux laryngoscopies et/ou la mise en oeuvre d'une technique alternative après optimisation de la position de la tête, avec ou sans manipulation laryngée externe. » conférence d'expert SFAR 2006

Il s'agit d'une urgence prioritaire pour assurer la protection des VAS et la ventilation du patient.

Cependant le dépistage des signes précurseurs d'une ID en situation d'urgence doit également être la préoccupation du personnel para médical dans le but d'anticiper.

Ces signes (non exhaustifs) sont : l'obésité, un tour de cou important (> 45 cm), une petite ouverture de bouche, une hémorragie nasale, un traumatisme facial et/ou cervico-facial, une pathologie ORL, des brûlures faciales et surtout le port d'un collier cervical, ce qui est le cas des patients traumatisés graves.

Toute intubation est facilitée par une installation adéquate du patient et une bonne connaissance de son matériel.

3 - Personnes concernées

- × Personnel du service de réanimation
- × Personnel du service du SMUR

4 - Matériels et rôle paramédical

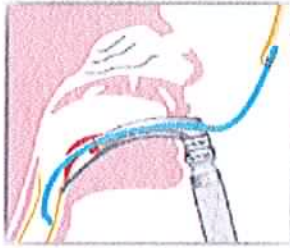
4.1 - Mandrin de Cook™

Leur particularité est d'être creux et long, ce qui permet d'oxygéner le patient par l'abouchement d'oxygène à l'extrémité.

Introduction par le côté becqué, et mandrinage de la sonde d'intubation.

Il est rangé dans le dernier tiroir du chariot d'intubation de réanimation et dans le troisième tiroir du déchochage.

Il doit être systématiquement sorti et à portée de main lors d'une intubation sans le déconditionner.

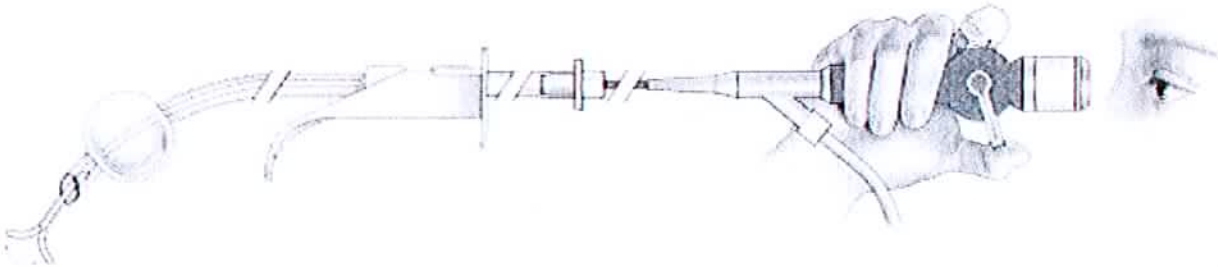


4.2 - Fibroscope

L'utilisation du fibroscope pour une ID concerne essentiellement les patients présentant une hémorragie de la sphère ORL importante risquant d'entraîner une inhalation de sang et de fait une détresse respiratoire majeure.

Le fibroscope est rangé dans la salle de décontamination.

Lors de l'intubation nasale ou orale, il est inséré à l'intérieur de la sonde d'intubation et permet de visualiser le trajet et l'élimination simultanée des différentes sécrétions (sang, salive...).



4.3 - Fastrach™

Une caisse contenant plusieurs Kits de fastrach™ se situe sur l'armoire à kits du déchocage.

Elle comprend 2 kits de tailles différentes. Chaque kit se compose d'un masque laryngé, d'une sonde d'intubation, et d'un prolongateur.

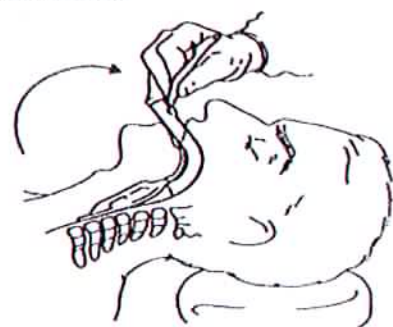
Le choix de la taille se fait en fonction de la taille de la personne :

Enfant de plus de 30 KG et moins de 50 = N°3

Adulte de taille < 170 cm = N°4

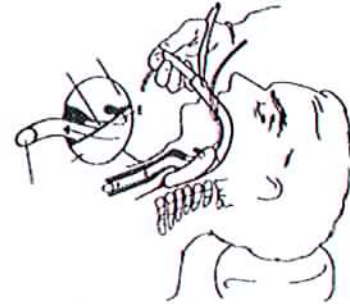
D'autres Kits (taille) sont disponibles au bloc opératoire

L'ID commence par le positionnement du masque laryngé et la vérification de son étanchéité. A cette étape, il est déjà possible de ventiler le patient si besoin



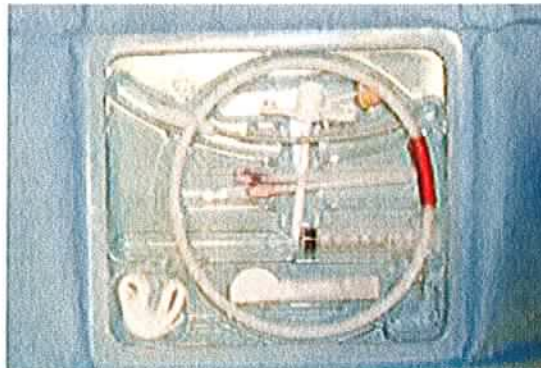


Ensuite, on procède au remplacement du masque par la sonde, en introduisant la sonde d'abord puis en la maintenant poussée avec le prolongateur lors du retrait du masque. Fixer l'embout permettant de ventiler le patient au ballon d'insufflation ou au respirateur. Fixer la sonde avec une lacette.



4.4 - Set de cricothyrotomie

En urgence, la cricothyrotomie permet d'éviter l'asphyxie en cas d'obstruction des voies aériennes supérieures si l'intubation est impossible. C'est le geste de dernier recours. Le set se situe dans le dernier tiroir du chariot d'intubation



4.5 - Rôle paramédical

4.5.1 Connaissances et vérifications

Le premier rôle du binôme de déchocage est de vérifier la présence et le fonctionnement de son matériel au déchocage (check list).

Pour gérer le stress d'une ID et participer à sa réussite, il est important de connaître l'ensemble de son matériel. Pour cela, il dispose du matériel d'entraînement dans le bureau de l'ASDET.

4.5.2 Organiser et servir l'ID

L'IDE définit les rôles de chacun (ASDE, IDE SMUR...), afin de ne pas laisser de place au désordre, néfaste à la réussite du geste.

4.5.3 Surveillances des paramètres

Le second rôle essentiel du binôme est de surveiller et prévenir le médecin de la dégradation des paramètres vitaux (désaturation, bradycardie...)

5 - Documents associés



- Bilan sanguin polytraumatisé (PEC-rea.MO02)
- Procédure d'appel au déchocage (PEC-rea.MO03)
- Gestion de l'hypothermie chez le polytraumatisé (PEC-rea.MO04)
- Rôle des intervenants au déchocage (PEC-rea.MO06)
- Utilisation du ballon d'occlusion intra aortique au déchocage (PEC-rea-usc.MO10)
- Mode d'emploi du réchauffeur accélérateur Fluido (PEC-rea-usc.MO11)
- Procédure d'utilisation et nettoyage du fibroscope

6 - Mots-clés

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| x Intubation | x cricothyrotomie |
| x Intubation difficile | x déchocage |
| x Fastrach | x fibroscope |
| x Mandrin cook, eschmann | x Chariot |

Diffusion

- Service de réanimation, SMUR

Rédaction	Y.COICAUD, IDE	
Vérification	MF. BARBIER, IDE S. DUCHENE, IDE	
Approbation	Dr A. LEVRAT, Réanimateur	