

EXTUBATION



Réanimation

[TYPE DE DOCUMENT]

[P_SignetProcessus]

[code] V[version]

1 - Objet

Ce document décrit la conduite à observer pour la préparation et la réalisation d'une extubation

2 - Personnes concernées

- Médecins du service,
- IDE (article 5 Décret n°93.345 du 15 mars 1993)
- Aide soignants,
- Kinésithérapeutes

3 - Prérequis (1) / Définition

Action qui consiste à retirer la sonde d'intubation oro (plus rarement naso)-trachéale placé dans la trachée du patient, dès lors que toutes les conditions requises sont réunies ; il peut respirer alors seul. La question de l'extubation se pose dès l'intubation et implique une dynamique de sevrage de la sédation et du niveau d'assistance mécanique.

- La recherche au quotidien de critères simples occasionnant la réalisation d'une épreuve de sevrage tient du travail infirmier
- de sevrabilité et l'évaluation clinique, voire gazométrique, du succès ou de l'échec d'une épreuve de sevrage en ventilation spontanée (VS), représentent le « gold standard » de toute stratégie de sevrage/extubation. Cette évaluation est de la responsabilité du médecin en concertation avec le binôme soignant et l'équipe de kinésithérapie., laquelle doit être idéalement protocolisée, en intégrant parallèlement la désédation.
-
- Il faut probablement rechercher dans ce cadre les causes et facteurs de risque plus spécifiques d'échec incluant l'inefficacité de la toux, l'abondance des sécrétions bronchiques, l'inefficacité de la déglutition, le déficit moteur global et les troubles de la conscience.
- Il faut probablement mettre en œuvre des mesures limitant les lésions laryngées au cours de la ventilation mécanique (il y aura une fiche pour ça ?)
- Il faut probablement effectuer un test de fuite avant l'extubation pour prédire la survenue d'un œdème laryngé
Il faut réaliser le test de fuite chez les patients de réanimation ayant au moins un facteur de risque de dyspnée laryngée afin de réduire les échecs d'extubation en rapport avec l'œdème laryngé (le sexe féminin, l'intubation par voie nasale, l'utilisation d'une sonde d'intubation de gros calibre par rapport à la taille du patient, des pressions de gonflage du ballonnet élevées, l'intubation difficile, traumatique ou prolongée).

- Il faut probablement mettre en œuvre des mesures limitant les lésions laryngées au cours de la ventilation mécanique
- Si le volume de fuite est faible ou nul, il faut probablement prescrire une corticothérapie pour prévenir les échecs d'extubation en rapport avec l'œdème laryngé
Lorsqu'elle est décidée, la corticothérapie doit être débutée au moins 6 heures avant l'extubation pour être efficace.

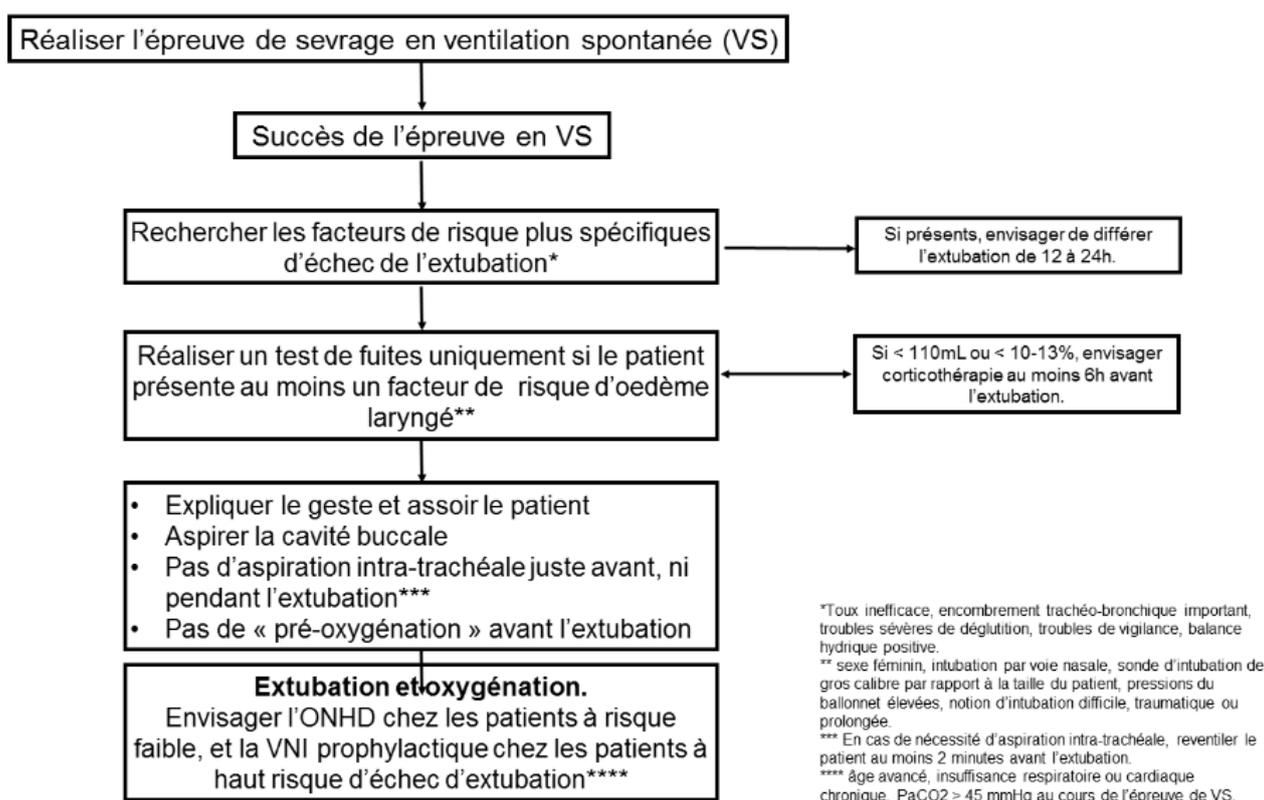
Action qui consiste à retirer la sonde d'intubation oro (plus rarement naso)-trachéale placée dans la trachée du patient, dès lors que toutes les conditions requises sont réunies ; il peut respirer alors seul.

5-4 - Indication

- Patient ne nécessitant plus d'assistance respiratoire
- Décision médicale

Exemple :

Algorithme d'extubation en Réanimation



6-5 - Matériel

- Masque
- Gants à usage unique
- Solution hydro alcoolique
- Seringue de 20cc
- Un système d'aspiration fonctionnel

- Sondes d'aspiration N°14, N°16, N°18
- Sonde à crépine
- Manomètre d'oxygène
- Humidificateur (respiflow) (tiroir)
- Lunettes à oxygène, Masque moyenne concentration, Masque haute concentration, VNI, Optiflow (en fonction de la situation et demande médicale)
- Chariot d'urgence disponible et opérationnel
- Sac DASRI.

7-6 - Epreuve de VS (1)

Il faut réaliser une épreuve de sevrage en VS avant toute extubation chez le patient de réanimation ventilé depuis plus de 48h afin de réduire le risque d'échec d'extubation. (Grade 1+) Accord FORT

Pour diminuer ce risque, il faut rechercher les causes et facteurs de risque d'échec : (Grade 2+) Accord FORT

- Inefficacité de la toux
- Abondance des sécrétions bronchiques
- Inefficacité de la déglutition
- Troubles de la conscience

Ainsi, malgré le succès de l'épreuve de sevrage, l'échec de l'extubation programmée (réintubation) peut survenir en moyenne **dans 10 à 20% des cas.**

Rôle propre IDE :

Réalisation : ***Cf Procédure organigramme décisionnel due Sevrage ventilatoire***

Sur prescription :

- VSAI avec PEP ou non, VS sur nez avec adjonction d'O₂ possible
- Durée selon prescription

Dans tous les cas, dépistage des signes de mauvaise tolérance

- Fréquence > 35 cycles/min
- SpO₂ < 90%
- Variation > de 20% de la Fc et/ou PaS
- Sueurs, agitation, troubles de la vigilance

10-7 - Test de fuite

Il faut réaliser le test de fuite chez les patients de réanimation ayant au moins un facteur de risque de dyspnée laryngée afin de réduire les échecs d'extubation en rapport avec l'oedème laryngé. (Grade 1+) Accord FORT (1)

Dans le service, afin de bien maîtriser le geste, le test est effectué chez tous les patients intubés sauf contre-indication médicale.

Les facteurs de risque de dyspnée (œdème) laryngée sont :

- Le sexe féminin
- L'intubation par voie nasale
- L'utilisation d'une sonde d'intubation de gros calibre par rapport à la taille du patient (femme 7,5 homme 8)
- Des pressions de gonflage du ballonnet élevées (30 mm/mg)
- L'intubation difficile, traumatique ou prolongée

Réalisation :

Test qualitatif : recherche absence d'audition de fuites lors de l'occlusion par le doigt de la sonde trachéale

- Installer le patient à 45 °(sauf contre-indication)
 - Informer le patient
 - Procéder à une aspiration endo trachéale, dans le but de désencombrer le patient
 - Aspirer en sous glottique
 - Désadapter le raccord Mount
 - Dégonfler le ballonnet d'occlusion avec une seringue de 20cc
 - Obturer l'orifice de la sonde avec son pouce (gant)
 - Rechercher les bruits d'air autour de la sonde au cours de 3 cycles respiratoire minimum
 - Présence de bruit = extubation possible après accord du médecin
 - L'absence de bruit et/ou la difficulté respiratoire implique un rebranchement rapide du respirateur et programmer un nouveau test après l'introduction d'un traitement (corticoïde iv)
- Une fois le test réaliser rebrancher le patient avant de démarrer la procédure d'extubation.

Procédure en cours d'écriture.

14-8 - Techniques

Il faut probablement faire intervenir un kinésithérapeute avant et après l'extubation chez les patients ventilés plus de 48h afin de diminuer la durée de sevrage et limiter le risque de réintubation
Il faut probablement faire intervenir un kinésithérapeute au cours du geste de l'extubation, afin de limiter les complications immédiates liées au surencombrement chez les patients à risque. (1).

- Sur prescription médicale, médecin présent dans l'unité.
- Explication du soin au patient.

- Procéder à une aspiration endo trachéale, dans le but de désencombrer le patient et ce, à distance de l'extubation (au moins 2 minutes) pour éviter le dé-recrutement du patient. (Geste réaliser avant test de fuite donc plus d'interet ?)
Il est nécessaire de re-ventiler le patient au moins 2 minutes avant de l'extuber.
- Préparer le matériel d'oxygénothérapie nécessaire.
- Préparer la seringue de 20cc
- Mettre le patient en position demi-assise à 45° (sauf contre-indication).
- Mettre un masque.
- Faire un lavage simple des mains.
- Mettre des gants à UU
- Désolidariser la SOG de la sonde d'intubation.
- Sauf contre-indication, aspirer le contenu de l'estomac, et retirer la SOG.
- Aspirer le contenu de la bouche avec la sonde à crépine.
- Réaliser **une aspiration sous glottique** avec une seringue de 10cc, si la sonde d'intubation le permet.
- Détacher la fixation de sonde.
- Dégonfler complètement le ballonnet de la sonde AVEC UNE SERINGUE DE 20cc.
- Retirer la sonde d'intubation.
- Mettre en place l'oxygénothérapie si besoin.
- Demander au patient d'avaler sa salive, l'encourager à Stimuler le patient pour qu'il tousser et cracher, ; dans le meilleur des cas, le kKinésithérapeute est présent.
- Noter le soin sur la pancarte et le diagramme.
- Surveiller les différents signes d'aggravations : encombrement, coma, possession démoniaque, nécrose brutale des deux yeux,...yeux, ...

15-9 - Références

- (1) Recommandations Formalisées d'Experts ; INTUBATION ET EXTUBATION DU PATIENT DE REANIMATION ; RFE commune SFAR-SRLF Société Française d'Anesthésie et de Réanimation ; Société de Réanimation de Langue Française ; 2016
- (1) L'exorciste

Diffusion
- Services concernés : Réanimation – Unité de Surveillance Continue - Déchocage

Rédaction	Aurélié PHILIPPEAU, IDE ; Julien DESSEROIR, IDE ; Yann COICAUD IDEC J BADARD IDEC	[Date de signature]
Vérification	Y COICAUD Marlène MILLET IDEC, Julien BADARD IDEC	[Date de signature]
Approbation	Dr Michel MULLER ; Dr Michel SIRODOT	[Date de signature]