

Intubation Orotrachéale Difficile



DECHOCAGE

Classeur protocoles et procédures du Déchocage

7950 V[version]

Date d'application : [xx/xx/xx]

Page : 5

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.**

Leur rangement est situé :

- au déchocage dans le chariot d'intubation côté fenêtre regroupé dans le tiroir intitulé « intubation difficile »
- en réanimation, secteur « chamois », dans le tiroir intitulé « intubation difficile » (sans le Fast track).

2 - Personnes concernées

* Personnel du service de réanimation, unité de surveillance continue et déchocage

3 - Définition

« Une intubation est difficile si elle nécessite plus de deux laryngoscopies et/ou la mise en œuvre 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.

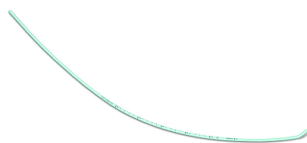
Cependant le dépistage des signes précurseurs d'une ID en situation d'urgence doit également être la préoccupation du personnel para médical dans le but d'anticiper.

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, une bonne organisation et une connaissance préalable du matériel.

4 - Matériels

4.1 Mandrin semi rigide court



L'utilisation d'un mandrin semi rigide dans la sonde d'intubation afin de la préformée est recommandé en réanimation. Il est également très utile lors de l'utilisation de vidéo-laryngoscope

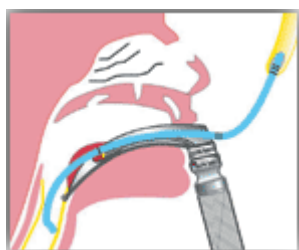
4.2 Mandrin d'Eschmann (Cook)

Particularité : creux et long, ce qui permet d'oxygéner le patient par l'abouchement d'oxygène à l'extrémité grâce au raccord « Rapifit ».

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

Rangé dans le **dernier tiroir du chariot d'intubation** de réanimation et au niveau des sondes d'aspiration sur les **bras mobiles au DCA**

Systématiquement sorti (non ouvert), à portée de main lors d'une intubation sans le déconditionner. Si ouvert il doit être lubrifié au Silicospray avant utilisation.



4.3 Vidéo-laryngoscope

Définition :

Le **vidéo-laryngoscope** est un dispositif médical facilitant l'intubation et permettant de visualiser facilement la glotte. Il est composé de deux parties :

- Une lame à usage unique, dotée d'une lumière à son extrémité pour mieux voir, et qui sert à dégager la langue, le palais mou et l'épiglotte.
- Un manche sur lequel repose la lame et servant à manipuler l'instrument. C'est dans le manche que sont placées les batteries et la source lumineuse.

Type **MAC GRATH** au déchocage. ou tiroir d'intubation difficile en réanimation.

Les vidéo-laryngoscopes optimisent la réussite de l'intubation dès la première tentative par rapport un laryngoscope classique tout en contribuant à minimiser l'exposition du médecin.



**Son utilisation est recommandée en
systématique au déchocage**

MAC GRATH

4.4 **Fastrach™**

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

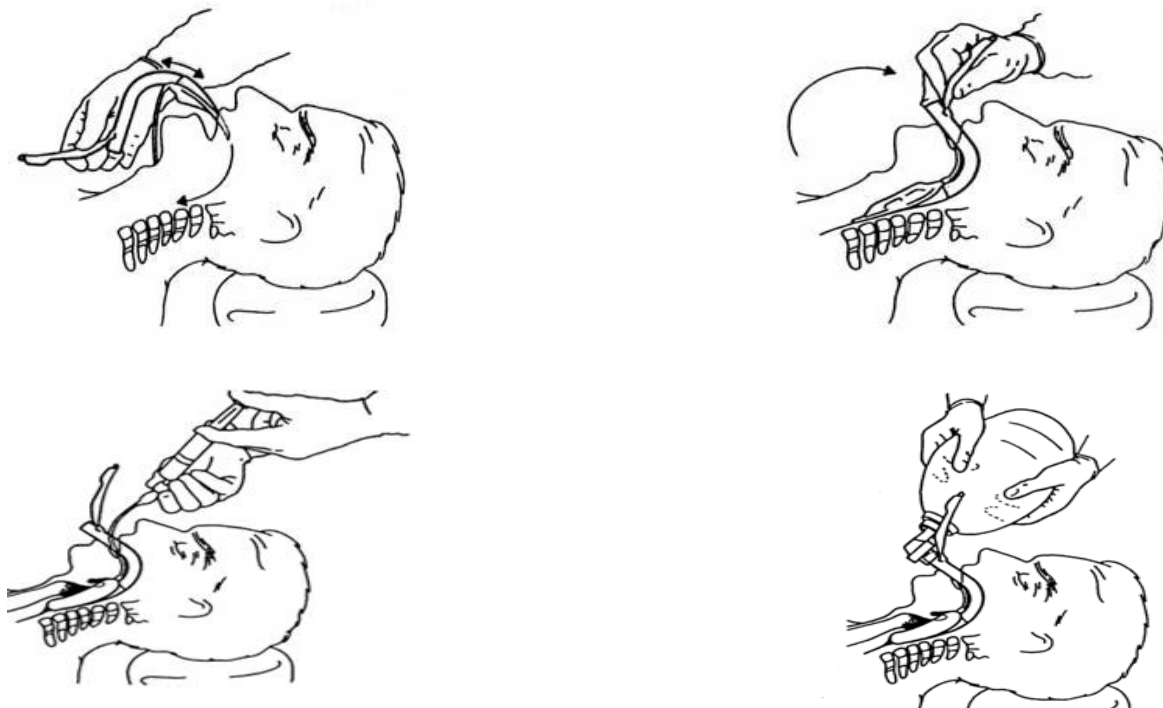
Le choix de la taille se fait en fonction de la taille de la personne :

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

Adulte de taille < 170 cm = N°4

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

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



Ensuite, 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.

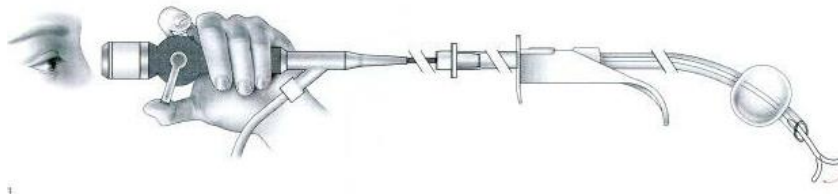


4.5 Fibroscope

L'utilisation du fibroscope pour une intubation difficile 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 de la réanimation.

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...).

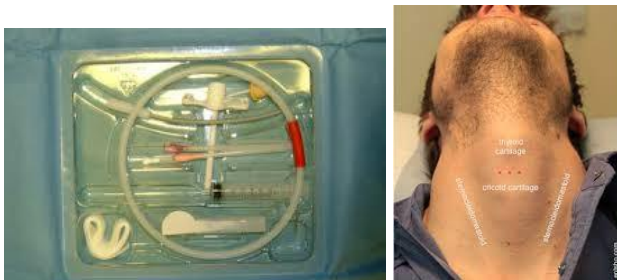


4.6 Set de Cricothyroïdotomie

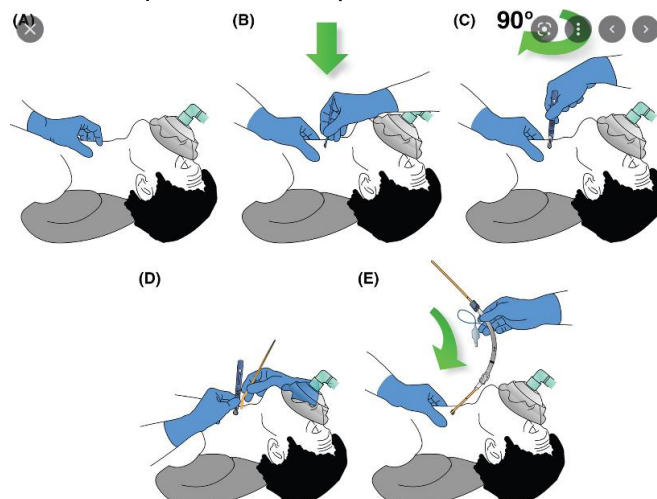
En urgence, la cricothyroïdotomie permet d'éviter l'asphyxie en cas d'obstruction des voies aériennes supérieures si l'intubation est impossible.

C'est le geste de dernier recours.

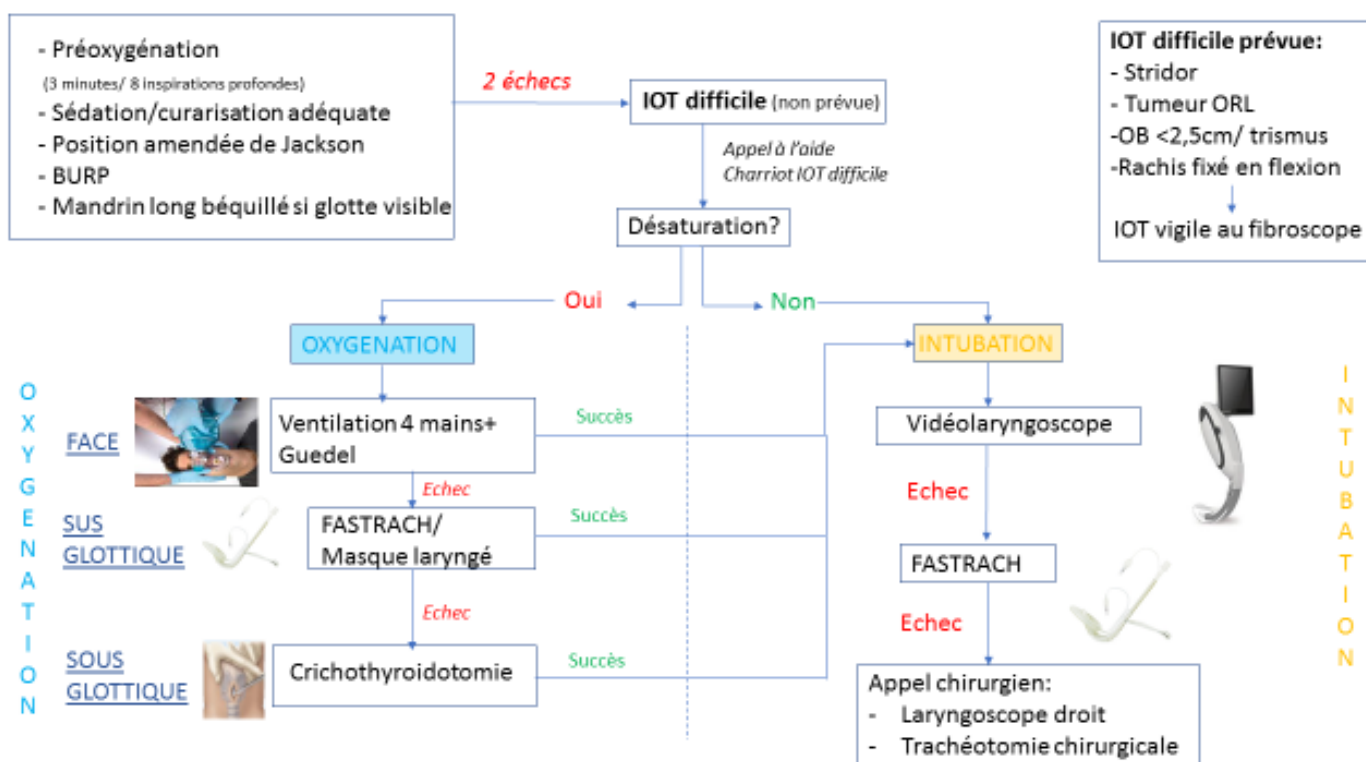
Le set se situe dans le dernier tiroir du chariot d'intubation difficile au déchochage.



En l'absence de matériel la technique SMS ; Scalpel Mandrin Sonde doit être utilisée



5 - Fiche reflexe intubation difficile



6 - Documents de référence

- Procédure d'utilisation et nettoyage du fibroscope
- **2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway**

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

Rédaction	Marie Emonet, IDE	01/03/2022
Vérification	Julien BADARD, IDEC Julie COTTET, IDEC Docteur LEVRAT Albrice Docteur ESCUDIER Etienne	17/06/2022
Approbation	Docteur GAY Samuel Yann COICAUD, FF CDS	17/06/2022