

Aspiration endo-trachéale en Réanimation et USC



CHANGE\Site Annecy

Mode opératoire
4-Réanimation et surveillance continue

GH-MO-1717 V01

Date d'application : 01/04/2019

Page : 1/3

1 - Objet

Ce protocole permet d'expliquer la mise en œuvre de l'aspiration endo-trachéale. Elle a pour but de :

- maintenir la liberté des voies aériennes supérieures
- drainer les sécrétions bronchiques
- prévenir l'infection et l'encombrement broncho-pulmonaire

Indications : Hypersécrétion bronchique, obstruction des voies aériennes, toux, patient désadapté du respirateur, agitation, désaturation (4)

2 - Personnes concernées

- × Infirmiers
- × Réanimateurs
- × Kinésithérapeutes

3 - Définition

L'aspiration endotrachéale est une technique consistant à évacuer les sécrétions bronchiques au travers d'une sonde d'intubation ou d'une canule de trachéotomie, à l'aide d'une sonde d'aspiration à usage unique par aspiration et prévenir la formation d'un bouchon muqueux, favoriser la ventilation et l'hématose.

Ce geste doit répondre à trois critères : rapide, efficace et atraumatique.

4 - Réalisation

Les aspirations endotrachéales (AET) chez le patient intubé font partie des gestes couramment utilisés en réanimation. Ces manoeuvres sont parfois banalisées. Pourtant, les risques potentiels sont nombreux (1) : hypoxémie, désynchronisation patient-ventilateur, bronchospasme, augmentation de la pression artérielle moyenne, bradycardie vagale ou autres arythmies cardiaques, diminution du débit cardiaque, augmentation de la pression intra-crânienne, syndrome de Mendelson, douleur, anxiété.

4.1 Recommandations (2, 3)

Toute sonde d'intubation doit être muni d'une aspiration sous glottique

La sonde d'aspiration est stérile et à usage unique

Le geste s'effectue **uniquement quand les sécrétions sont présentes et non par habitude**

Le patient est évalué (clinique, hémodynamique et autre monitoring) avant

Le patient est informé du geste

La pré-oxygénation doit être envisagée si le patient subit une baisse de la saturation lors du geste

La longueur d'insertion doit-être évaluée, comme pour une gastrique

L'aspiration ne se fait pas en descendant

L'aspiration se fait en remontant de manière continue avec mouvement de rotation

La durée du geste dure moins de 15 secondes

Sans débrancher le patient du ventilateur

La sonde d'aspiration ne doit dépasser la sonde endo-trachéale que de un à deux cm

Recommandation de **ne pas faire** d'instillation de NaCl 0,9% lors des AET

4.2 Organisation / déroulement (4)

4.2.1 Matériel

- habillage de l'opérateur : masque, lunettes (ou masque à visière) gants non stériles
- source de vide (dépression de 80 à 200 millibars)
- bocal d'aspiration hermétique pour recueil de sécrétions
- tuyau d'aspiration et Stop Vide® à patient unique
- sondes à jupettes CH14 stérile longue pour la sonde d'intubation (SIT), courte pour la trachéotomie
- système de rinçage de la ligne d'aspiration

4.2.2 Déroulement du soin

- se frictionner les mains avec une solution hydro alcoolique (SHA)
- vérifier le bon fonctionnement du système d'aspiration
- connecter la sonde d'aspiration au Stop Vide®
- déconnecter l'opercule du raccord Mount® ou court
- introduire stérilement la sonde en descendant doucement sans aspirer d'une longueur équivalente à la sonde endotrachéale; **si toux ou butée, il est impératif de retirer la sonde d'aspiration de 1 cm avant de commencer à aspirer**
- appuyer sur le Stop Vide® et aspirer, **en continu**, en remontant la sonde d'aspiration en effectuant des petits mouvements de rotation (afin d'éviter l'effet ventouse et permettant ainsi l'aspiration d'air et la progression des sécrétions dans le tuyau)
- reconnecter l'opercule
- effectuer une nouvelle aspiration si besoin, selon la même technique
- jeter la sonde et les gants dans la poubelle « déchets à risque »
- rincer le système d'aspiration

Noter le geste dans le dossier de soin du patient : aspect, quantité des sécrétions

Une aspiration traumatique est à l'origine de granulomes importants au carrefour des voies peut être responsable d'une ulcération voir perforation de la carène.

NB : l'instillation de NaCl 0.9% n'a aucun intérêt pour la fluidification des sécrétions

4.3 Aspiration sous glottique

- Selon prescription, toutes les 2 à 4 heures, avec une seringue de 10cc (quantité notée)
- Après tout soin de bouches
- Avant mobilisation de sonde, test de fuite ou extubation

5 - Documents associés

- ✓ N/A

6 - Documents de référence

- ✓ (1) 10 points to remember for endotracheal suctioning in patients intubated
F Duprez... Service de réanimation médico chirurgicale, CH Epicura, site Hornu, Belgique ; Laboratoire de l'effort et du mouvement, Condorcet, Tournai, Belgique ; octobre 2013
- ✓ (2) Suctioning an Adult ICU Patient with an Artificial Airway: A Clinical Practice Guideline, 2014
- ✓ (3) AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010
- ✓ (4) www.srlf.org/metier-dide-reanimation/fiches-techniques/fiche-n4-aspiration-endo-tracheale (aout 2011)

Diffusion
- Services concernés : Réanimation, déchocage, Unité de Surveillance Continue

Rédaction	Yann COICAUD (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - IDE)	13/09/2018
Vérification	Julien BADARD (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - IDE), Marlene MILLET (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - IDE)	22/11/2018, 01/04/2019
Approbation	Michel MULLER (Pôle Soins critiques - Annecy - REA/USC - Médecin)	01/04/2019