

INTUBATION TRACHEALE

(fiche longue médecin et infirmière)

Principe de soin : mise en place dans la trachée d'une sonde d'intubation introduite par le nez ou la bouche

Les personnes habilitées

- médecin
- infirmier(e) anesthésiste
- sage-femme

Le décret relatif aux actes professionnels

- infirmier(e) anesthésiste : décret n° 93-345 du 15/03/93 : article 7 : *« l'IADE est habilitée à participer à l'application d'une réanimation per-opératoire »*
- sage-femme : décret n° 716 902 du 08/11/71 - arrêté du 03/10/88 : article 2 : *« assurer la réanimation du nouveau-né en cas de nécessité »*

Objectifs : Assurer une ventilation efficace et/ou protéger les voies respiratoires chez tout patient en détresse vitale ou à risque de l'être

Contre indication relative

- fracas de la face empêchant l'intubation par les voies aériennes supérieures

Le personnel nécessaire

- un médecin
- une infirmière + une aide (autre infirmière ou auxiliaire de soins)

Le matériel

- chariot d'urgence
- cardioscope, oxymètre de pouls branchés, reliés au patient, seuils d'alarmes vérifiés
- gants stériles de taille adaptée à l'opérateur
- ballon avec tuyau annelé et tuyau connecteur relié à un débitmètre d'oxygène
- masque adapté à la taille du patient
- le matériel d'aspiration complet et en état de marche
- des sondes d'aspiration trachéale et naso-pharyngée:

n° sonde aspiration trachéale = 2 fois n° sonde intubation
--
- une sonde d'aspiration de plus gros diamètre pour aspiration buccale
- une sonde gastrique + une seringue pour vider l'estomac
- des canules de Mayo
- boîte ou plateau d'intubation comprenant :
 - * un laryngoscope en état de bon fonctionnement
 - * des lames courbes et droites de taille adaptée à la bouche du patient
 - * une pince de Magill adaptée à la taille de la bouche du patient
- 2 sondes d'intubation : 1 de la taille théorique et 1 d'une demi-taille inférieure

taille de la sonde d'intubation : < 2 ans < 4
--

$> 2 \text{ ans } \dots\dots\dots \frac{\text{âge en année}}{4} + 4$
--

choix de la sonde d'intubation :

- sonde souple sans ballonnet : * ventilation courte durée
 * 1/2 taille inférieure si oedème laryngé (réintubation)
sonde avec ballonnet : * ventilation sans fuite (asthme, curarisation)

- un flacon de sérum physiologique ou eau stérile
- 2 moustaches ou autre moyen de fixation
- un mètre ruban
- une seringue si sonde à ballonnet + régulateur de pression du ballonnet

Préparation du patient

Une intubation ne doit jamais être traumatique, une immobilisation ne devrait pas être nécessaire

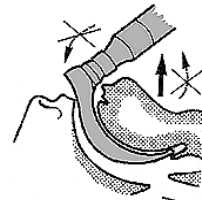
- au préalable, le respirateur est vérifié et réglé
- expliquer simplement le geste à l'enfant ainsi que l'intérêt du soin en fonction de l'âge et du déroulement du soin
- sédaté, analgésier, ± atropiniser,
- positionner en décubitus dorsal (sauf épiglottite en position demi-assise), petit billot sous les épaules, tête légèrement défléchie;
- poser la sonde gastrique, vider l'estomac puis retirer la sonde
- désobstruer le rhino-pharynx par aspiration
- ventiler au masque en oxygène pur pendant quelques minutes sous surveillance cardio-respiratoire et de la saturation en oxygène.

l'aide positionne l'enfant, l'infirmière aspire et aide l'opérateur

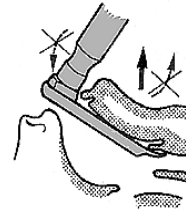
Déroulement

- procéder à un lavage des mains au savon liquide
- retirer la blouse de box, ajuster le masque, enfiler les gants
- assembler la lame adaptée à la taille du patient et le laryngoscope et vérifier le bon fonctionnement de l'ensemble, installer le matériel à portée de main
- prendre la sonde d'intubation et la plonger dans le flacon de sérum physiologique stérile pour la lubrifier
- pour les sondes de gros calibre, prévoir lubrification à l'aérosol d'huile silicone
- introduire la sonde dans la narine et l'enfoncer jusqu'au franchissement des choanes (si intubation nasale)
- ouvrir largement la bouche en maintenant la tête en hyper extension
- introduire la lame de laryngoscope en repoussant la langue vers le haut, protéger les dents avec 1 ou 2 compresses entre le menton et la mâchoire
- le laryngoscope doit soulever en bloc langue et maxillaire inférieur sans mouvement de bascule pour ne pas abîmer les dents
- avancer progressivement : l'épiglotte doit être parfaitement vue

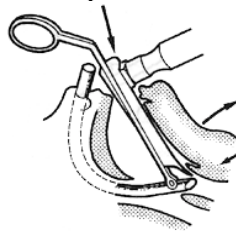
* la lame courbe ne doit pas charger l'épiglotte (grand enfant et adulte)



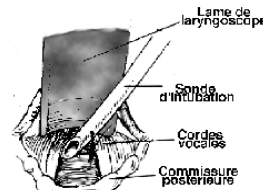
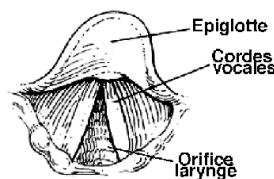
* il est préférable avec la lame droite de ne pas charger l'épiglotte



- pousser la sonde au besoin en la faisant rouler sur son axe propre
- s'aider de la pince de Magill glissée par voie buccale le long de la lame

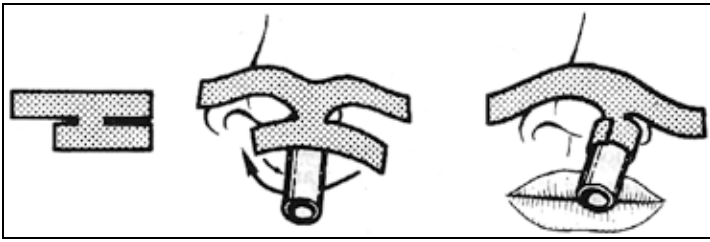


- attendre l'ouverture des cordes vocales et pousser doucement le tube

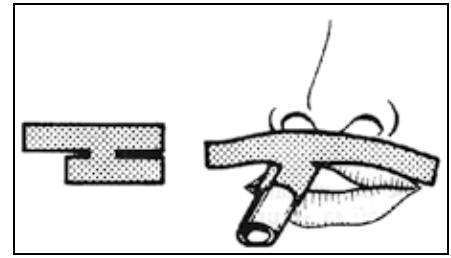


vue de face par l'opérateur

- il peut être intéressant de fléchir légèrement la tête au moment où la sonde rejoint l'orifice glottique car ce geste fait venir l'orifice à la sonde
- relier le raccord de Cobb au ballon d'oxygène et vérifier la bonne position de la sonde:
 - 1) en observant le soulèvement du thorax à chaque pression sur le ballon
 - 2) en percevant le murmure vésiculaire bilatéral au stéthoscope
 - 3) en mesurant la longueur externe de la sonde :
 (aile du nez / bout de la sonde ou commissure labiale / bout de la sonde):
 nouveau-né = 7 cm + 1 cm /kg
 enfant = $(\text{Ø sonde intubation} \times 3) + 3 \text{ cm}$
 - 4) en contrôlant par radiographie que l'extrémité de la sonde est au dessus de la carène (au niveau de la courbe inférieure des clavicules)
- après vérification, fixer la sonde au moyen d'une Ç moustache à découper dans un sparadrap adapté (type Tarpal) ± benjoin



fixation nasale



fixation buccale

- gonfler éventuellement le ballonnet et le connecter au régulateur de pression, en choisissant la pression la plus basse pour qu'il n'y ait pas de fuites
- pratiquer une aspiration trachéale, noter aspect et quantité
- brancher le malade au respirateur, contrôler les constantes et alarmes
- reposer une sonde gastrique en siphonnage
- réinstaller confortablement le patient :
 - *attacher les membres
 - * caler la tête entre 2 sacs de sable ou équivalent
 - * fixer les tuyaux du respirateur
- décontaminer laryngoscope, lame et pince de Magill et ranger ce matériel
- éliminer les déchets dans la poubelle
- enlever les gants et la blouse de box
- procéder à un lavage des mains au savon liquide
- vérifier, compléter et ranger le chariot d'urgences

Surveillance

- des paramètres vitaux tout au long du geste : SpO₂, FC, FR
- de la coloration
- de la sédation

Transmission

Écriture

- noter sur la pancarte de l'enfant : la date de l'intubation, le diamètre de la sonde d'intubation, la présence ou l'absence d'un ballonnet
- noter la longueur externe du tube
- noter sur le dossier de soins : les réactions du patient, la surveillance (aspect des sécrétions, ventilation...), les éventuels incidents ou accidents (désaturation, bradycardie, hémorragie...)

orale

- informer dès que possible les parents du geste et des indications qui ont amené à le réaliser, les accompagner auprès de leur enfant et leur expliquer la ventilation et ses moyens de surveillance, la machine, l'absence de phonation et la nécessité de contention des membres.