

## L'intubation

### **Définition :**

Mise en place endotrachéale d'une sonde d'intubation introduite par le nez ou la bouche

### **Législation :**

L'intubation est un acte lourd, pouvant être réalisé par un médecin, un infirmier anesthésiste, une sage femme.

Dans aucun cas l'infirmier DE n'est habilité à pratiquer une intubation, ce, même dans le cadre d'une urgence vitale. L'infirmier assurera une ventilation au BAVU (Ballon Auto remplisseur à Valve Unidirectionnelle) dans l'attente d'une intervention d'un personnel qualifié compétent. Cette fiche détaille sommairement l'acte médical auquel **l'infirmier doit apporter assistance** au médecin.

### **Matériel :**

- Chariot d'urgence
- Gants non stériles à usage unique.
- Matériel d'aspiration endotrachéal en place et fonctionnel
- Sondes d'intubation de différentes tailles
- Moniteur cardiaque avec saturomètre digital, tracé EGC, PNI
- Capnomètre
- Raccord annelé (catheter mount) et tuyau connecteur au ventilateur mécanique et ou circuit d'oxygénation type Mapelson C
- Canules de Guedel
- Pinces de Maggyl
- Un laryngoscope
- Des lames courbes et droites
- Ampoules et piles de rechange
- Seringue pour gonfler le ballonnet
- Manomètre pour la vérification de la pression de gonflage
- Liens de fixation
- Penser à retirer toute prothèse dentaire éventuelle chez le patient.
- Lunettes de protection pour le médecin

### **Déroulement :**

Monitorer le patient

Généralement, crush induction lors de l'intubation, communément admis lors d'une intubation en urgence (*protocole national sfum*) avec un séquençage étomidate/célocurine (sauf pour les ACR). Précisons que la Crush induction se fait en IV, donc chez un patient disposant d'une voie veineuse fonctionnelle (chose que l'infirmier est habilité à poser dans le cadre d'une urgence).

Assembler la lame adaptée à la taille du patient, et vérifier le bon fonctionnement du laryngoscope

Lubrifier la sonde l'intubation à l'aide d'un corps lubrifiant, ou d'un spray de lidocaïne prévu à cet effet. Fournir les lunettes de protection au médecin.

Le médecin procède à l'introduction de la sonde (par la bouche, ou plus rarement par les voies nasales). Aspiration si besoin, le sang et la salive empêchant une bonne visualisation.

- Dans le cadre d'une induction séquence rapide (Crush Induction), l'aide exerce dès l'injection des drogues, une compression cricoïdienne (manoeuvre de Sellick)d'une force de 30 newton (force nécessaire pour comprimer 17ml d'air dans une seringue de 50ml bouchée), qui sera maintenue tout le temps de l'acte, jusqu'a confirmation de la bonne mise en place de la sonde d'intubation.
- Ouvrir largement la bouche en maintenant la tête en hyper extension
- L'opérateur introduit la lame de laryngoscope en repoussant la langue vers la gauche,
- Soulève en bloc la langue et le maxillaire inférieur sans effectuer de mouvement de bascule (risque de casser les dents)
- Avance la sonde progressivement en ayant l'épiglotte parfaitement en vue et pousse doucement la sonde jusqu'au dépassement par le repère, des cordes vocales.
- Gonfler le ballonnet.
- Le médecin vérifie le bon positionnement de la sonde en observant le soulèvement thoracique à chaque insufflation , mais également en percevant au stéthoscope le murmure vésiculaire bilatéral au stéthoscope, enfin par la production d'au moins 6 cycles de capnographie de morphologie normale. La manœuvre de Sellick pourra alors être levée
- Fixer la sonde.
- Si besoin, aspiration trachéale en notant aspect et quantité, si besoin.
- Brancher le patient au ventilateur mécanique en vérifiant alarmes, fuites sur le circuit, interposer un filtre antibactérien de type "Pall". Les réglages du ventilateur seront réalisés par le médecin et/ou l'IADE.

### **Surveillance :**

De l'état de sédation du patient

Les paramètres vitaux : SaO2, Fc,Fr, TA, PetCO2, FiO2, FetO2, morphologie du capnogramme

Rechercher des signes de cyanose, de lutte

Vérification de la pression du ballonnet de la SIOT, ne devant pas dépasser le seuil de perfusion de la muqueuse trachéale. Au mieux, pression minimale n'autorisant pas de fuite (par personnel formé et compétent). En cas d'utilisation de protoxyde d'azote, cette pression devra être monitorée et vérifiée régulièrement, le N2O y diffusant et y augmentant la pression.

*Mis en ligne le 23/11/04*

*Dernière MAJ le 04/01/08*