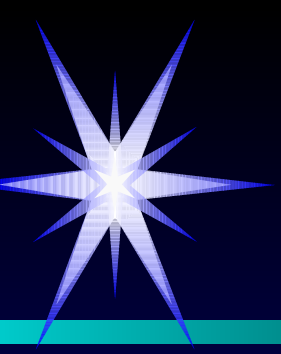


Dr Damien Bedague
CHU de Grenoble

L'intubation endotrachéale Facile

CMU
24 mars 2005



Plan

Le matériel

Les VAS

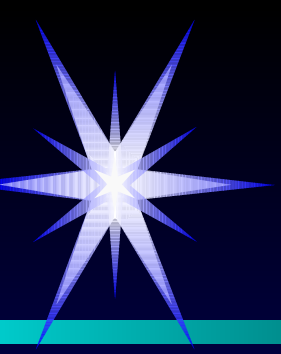
Objectifs et Stratégie

Intubation orale

Intubation Nasale

Causes d'échecs et
solutions

Anesthésie

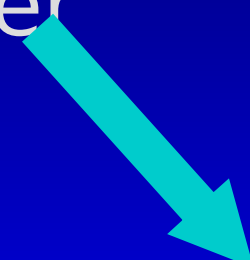


Introduction

Expérience du praticien

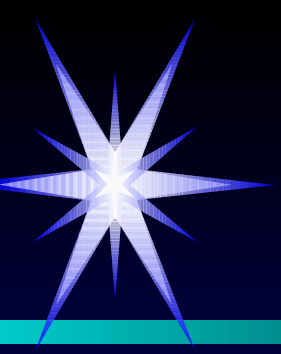
Ne pas être timoré

Savoir renoncer



Oxygène +

Aide

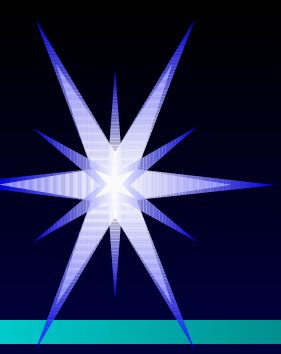


Objectifs

Ceux de l'indication d'intubation

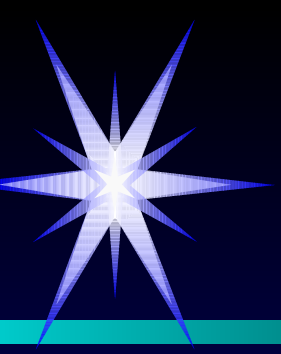
Éviter l'hypoxie

Atraumatique



Le matériel : check list

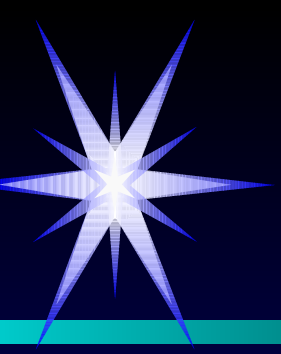




Description du matériel

Laryngoscope
standard



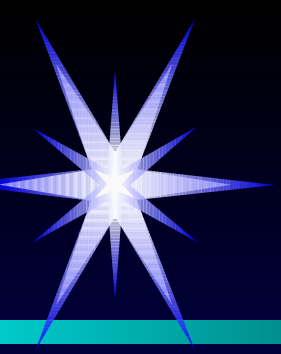


Description du matériel



Lame métallique
ou jetable
Tailles 2,3 et 4





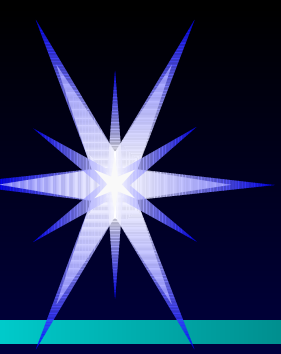
Description du matériel

Sonde
d'intubation

Homme : 8, 0

Femme : 7, 5

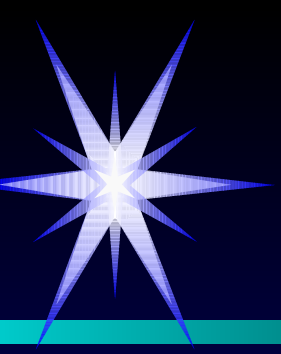




Description du matériel

Graduation
n



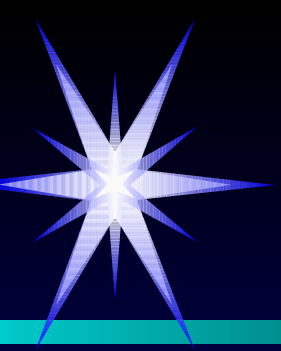


Description du matériel

Œil de Murphy

Ballonnet





Description du matériel

Guedel

Mandrin semi
rigide

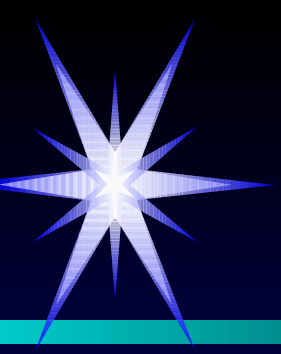
Pince de MagyII

Xylocaïne 5 %
spray

Scotch ou lacette

Protège dent





Description du matériel

Aspiration , gants

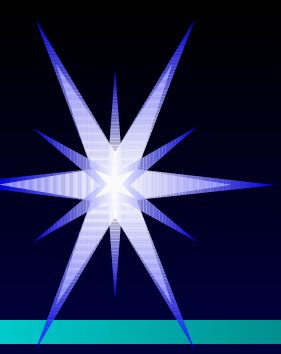
lunettes

Stéthoscope

O₂

Ambu , filtre, masque





Stratégie

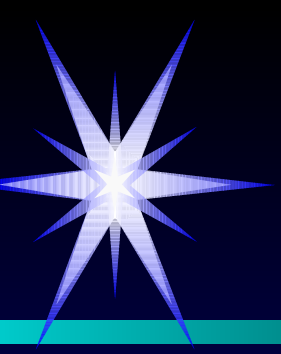
Oxygéner : VS ou VA masque

Positionner le patient + + +

Préparer le matériel : aide qui vérifie

Fonctionnement lampe laryngoscope

Étanchéité ballonnet et valve



Évaluation des VAS

Examen clinique rapide

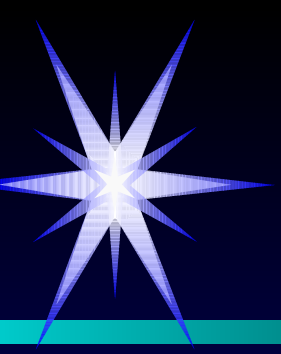
Ouverture de bouche

Distance thyro-mentonnaire

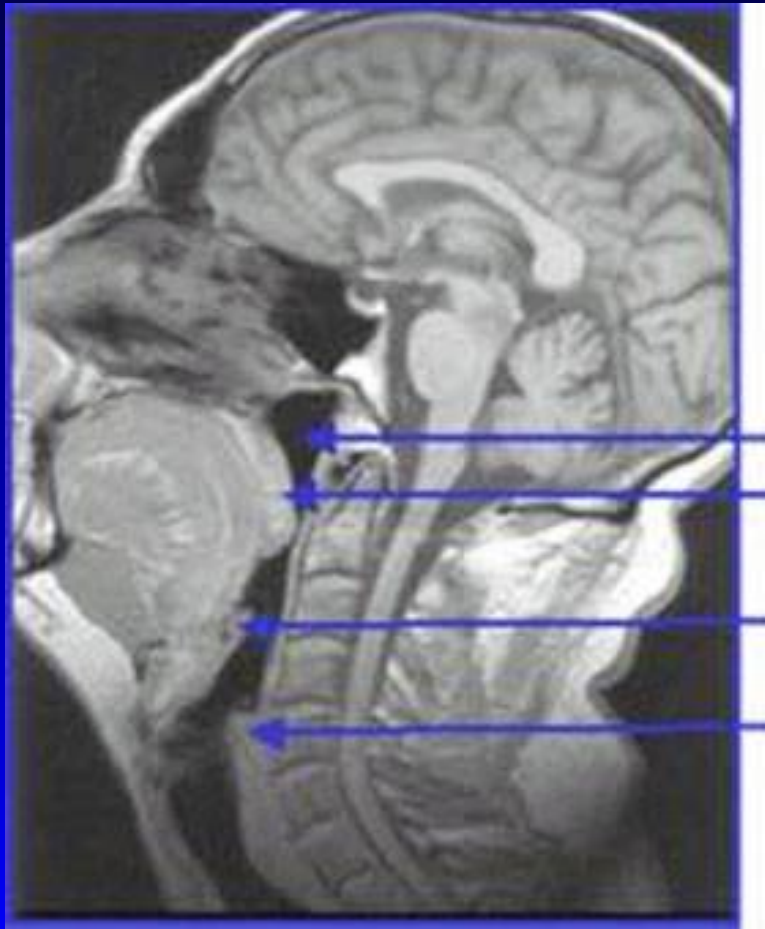
Dents , Aspect des maxillaires

Mallampati

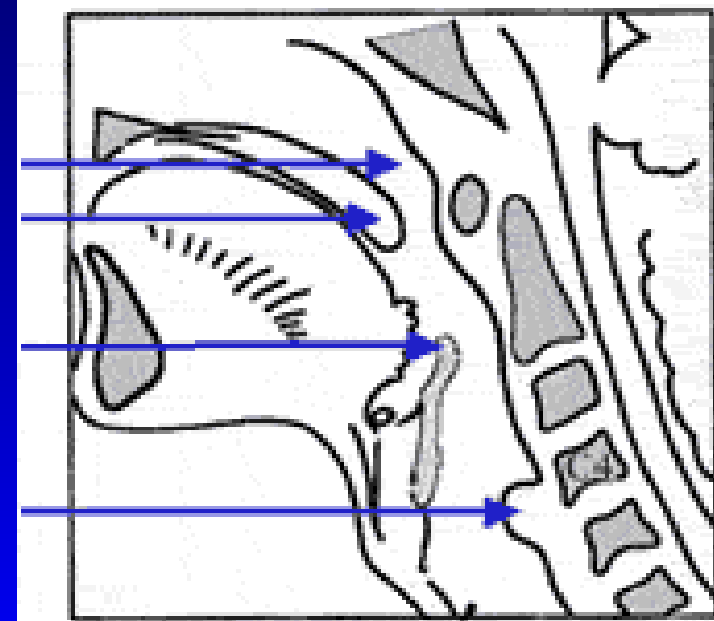
Contexte traumatique ou médical

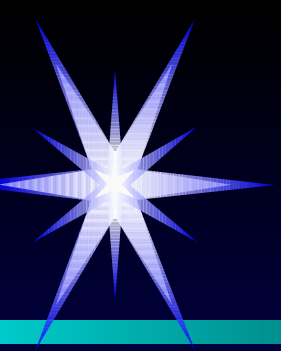


Anatomie des VAS



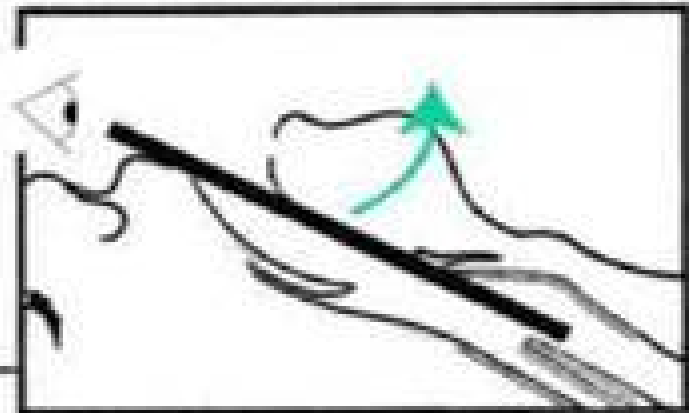
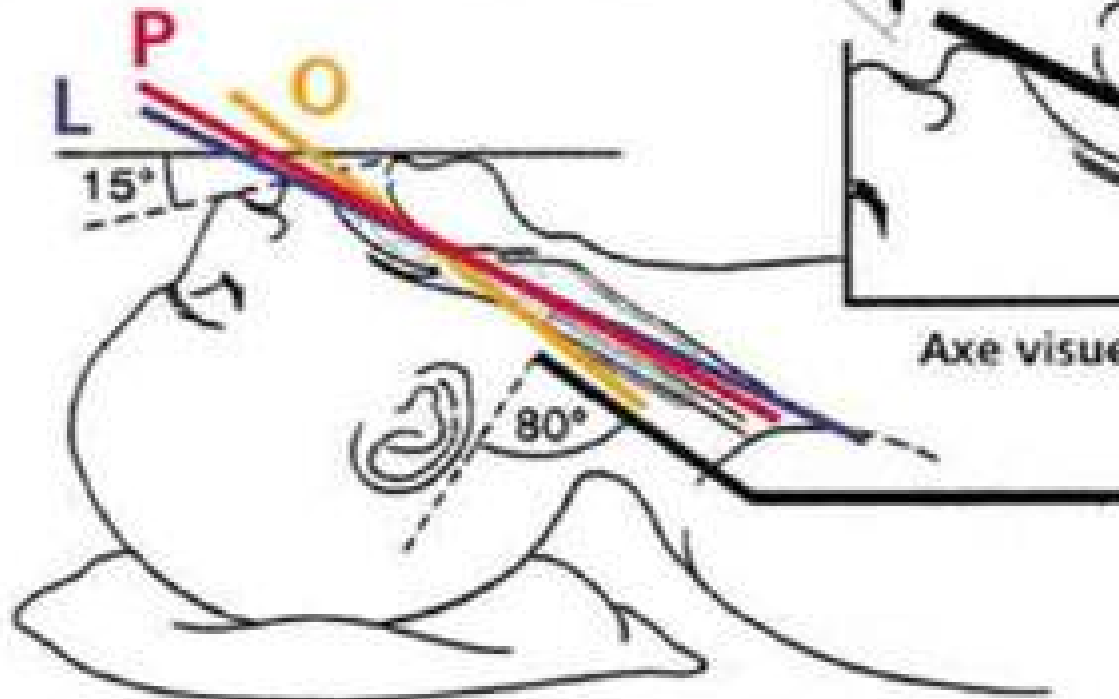
cavum
palais mou
épiglote
aryténoïdes





Positionnement

2-Tête en extension sur le rachis

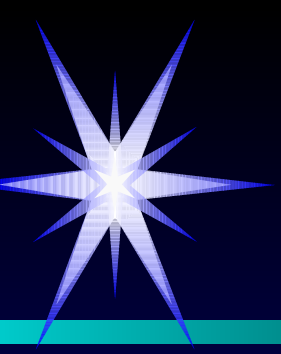


Axe visuel de l'opérateur

1-Flexion de la tête sur le thorax

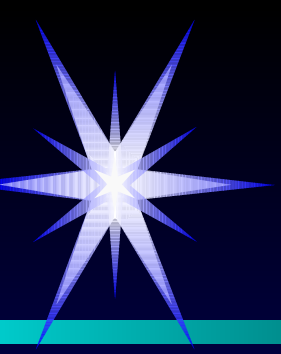


POSITION DE JACKSON CHEZ L'OBÈSE



Ventiler au masque





Intubation orale

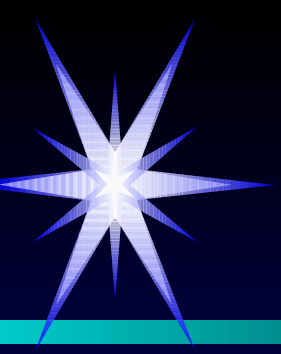
Tenir manche

laryngoscope

près de la lame

main gauche

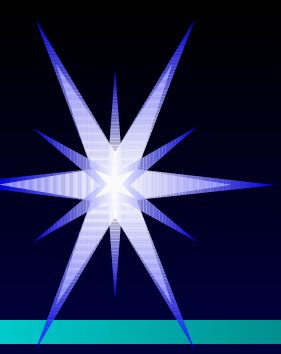




Intubation orale

Ouvrir
la bouche
avec 2 doigts
main droite

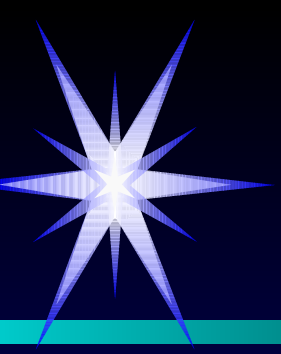




Intubation orale

Introduire
lame
perpendicu-
lairement





Intubation orale

Progresser

jusqu 'à

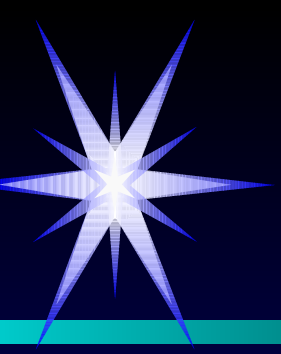
la paroi post du
Pharynx dans la
même direction

Refouler

Complètement la
langue

À gauche avec
la lame





Intubation orale

Traction du manche

vers le haut et

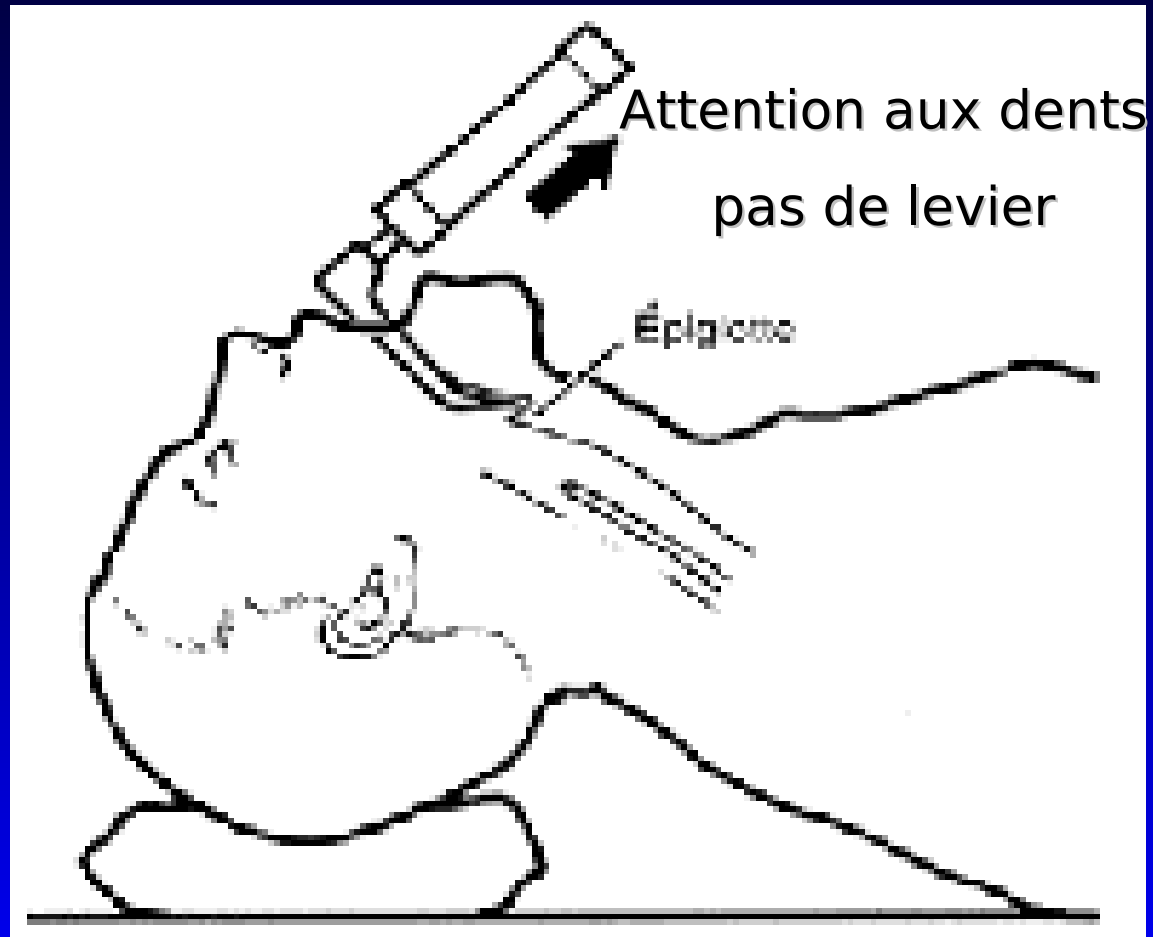
l'avant

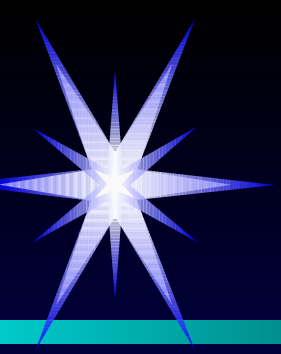
jusqu'au **sillon**

glosso-épiglottique

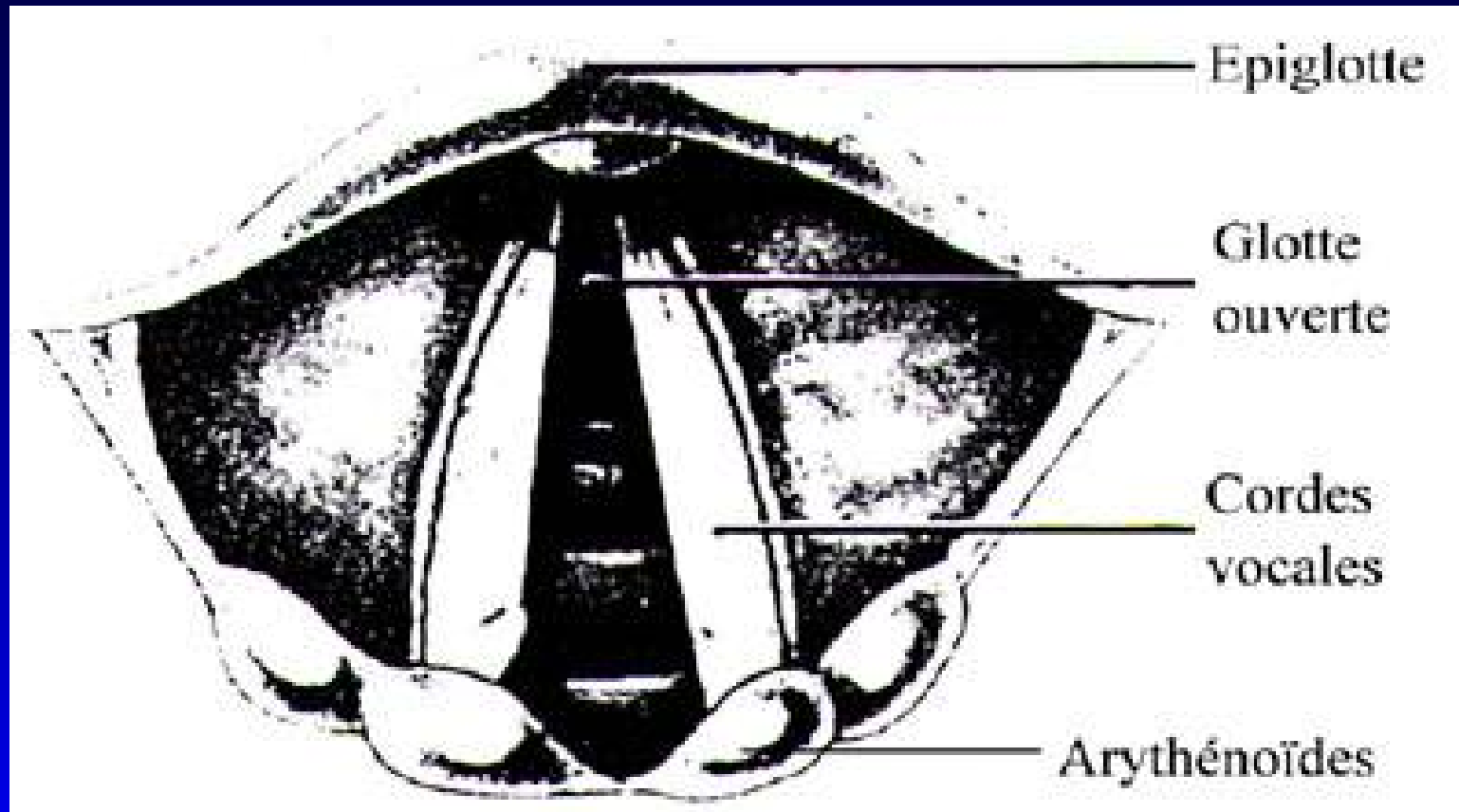
Bascule vers le haut

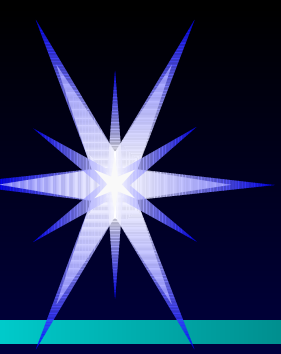
de l'épiglotte





Anatomie normale



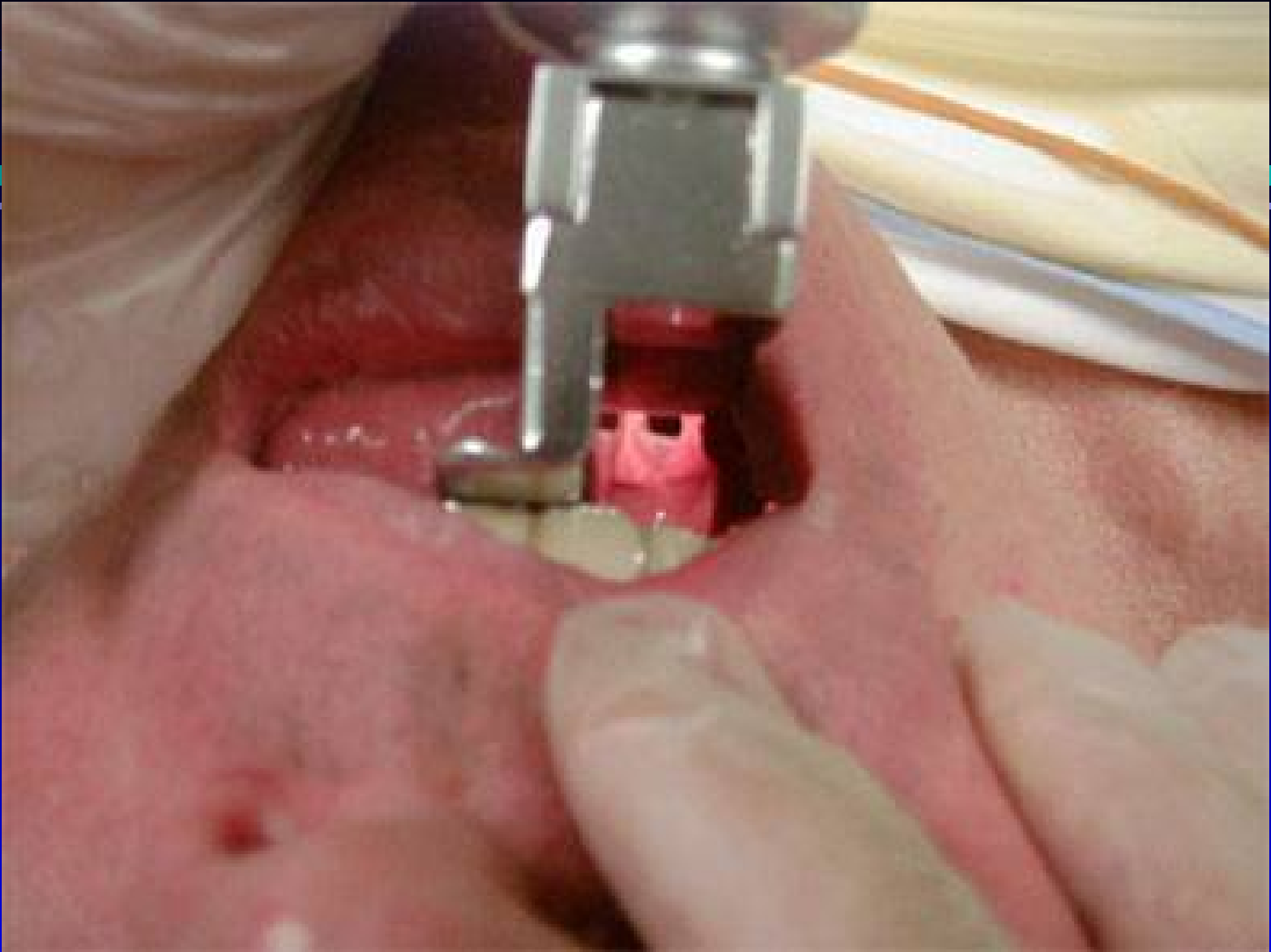
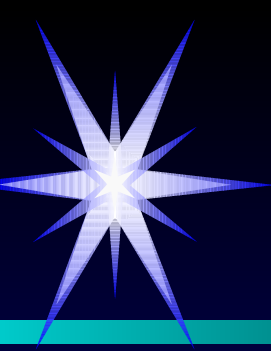


Anatomie normale

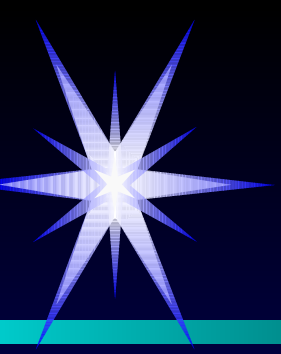


Epiglote
Bande
ventriculaire
Corde vocale
Repli ary
épiglottique
Commissure
postérieure

© airwaysud.com



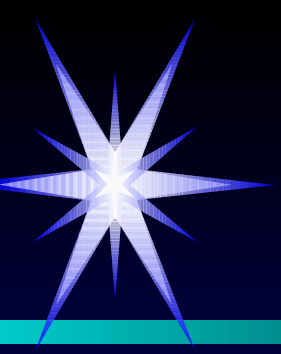
Exposition du larynx



Intubation orale

Aide à l'exposition :

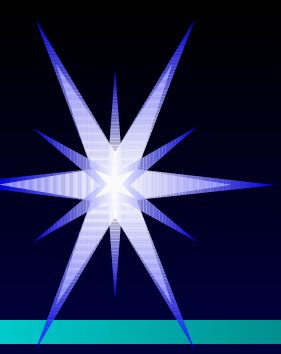
- Tirer sur lèvres droites
- Appuis laryngés
- Repositionner lame
- Positionnement rétro molaire
- Aspiration sécrétions



Intubation orale

Préhension sonde
comme un crayon

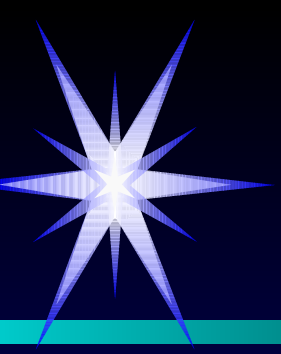




Intubation orale

Sonde introduite
dans la bouche
par le côté droit
Placée entre
les CV
sous contrôle
de la vue



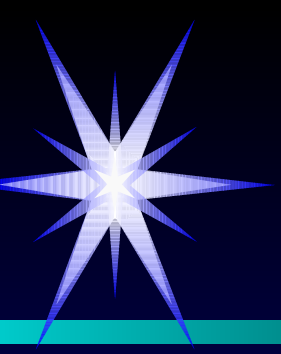


Intubation orale

Suivre des yeux la sonde

pendant tout son trajet

pharynx → larynx → trachée



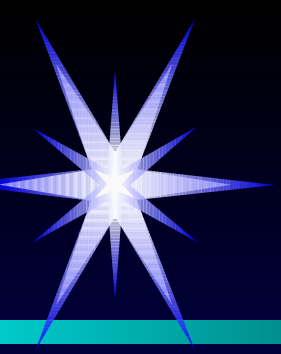
Intubation orale

- Cordes vocales

ouvertes → Intubation

- Cordes vocales

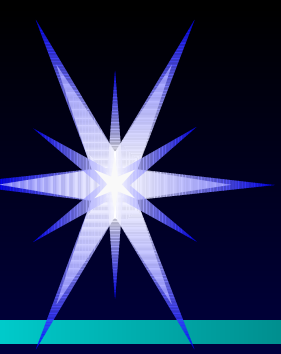
fermées → AL , hypnotique , curare



Intubation orale

Aide à l'introduction :

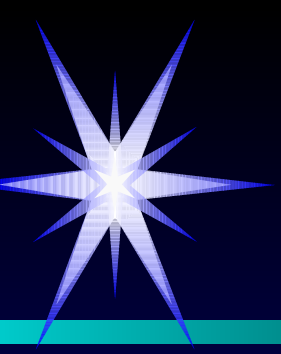
- Bonne exposition
- Rotation de la sonde
- Mandrin semi rigide
- Pince de Magyll



Intubation orale

Mandrin
Semi rigide



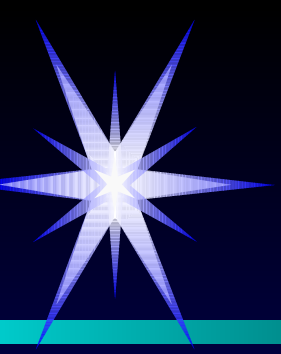


Intubation orale

Enfoncer la sonde

Le ballonnet disparaît

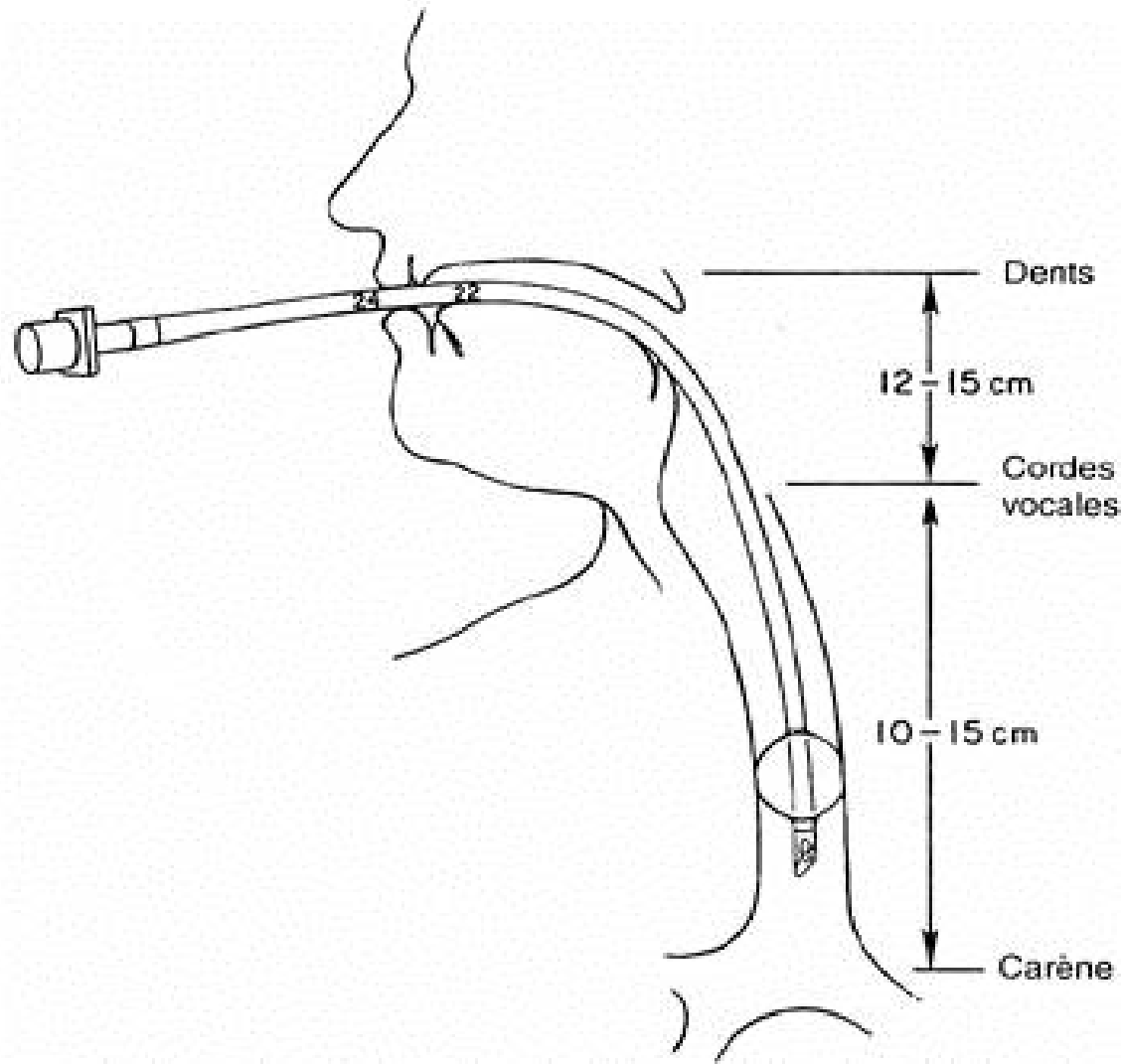
dans la trachée + 1 ou 2 cm

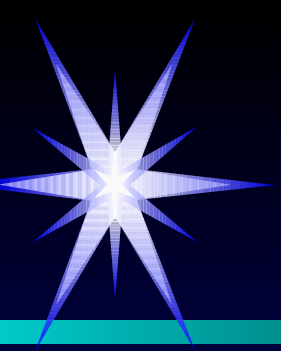


Intubation orale

Repères aux
arcades dentaires :

- hommes : 20 à 23 cm
- femmes : 18 à 21
- enfants : $12 + \frac{\text{âge}}{2}$
cm

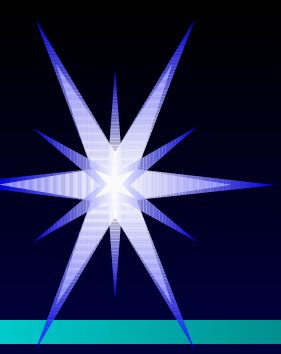




Intubation orale

Repères aux
Arcades
dentaires





Intubation orale

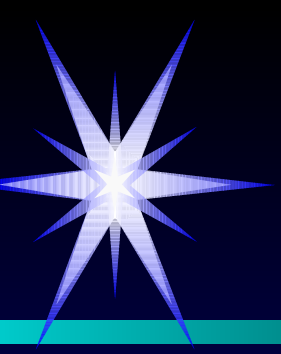
Gonfler

ballonnet QSP

Introduire

Guedel





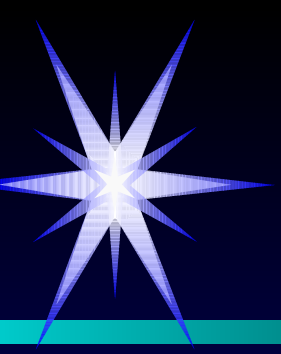
Intubation orale

Ventiler

Auscultation

4 champs





Intubation orale

Fixation

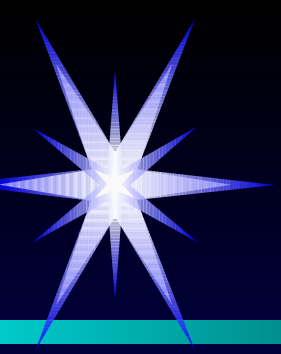
Sonde

Aspiration

trachéale

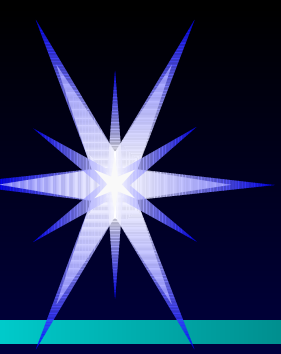
Ventiler





Intubation orale

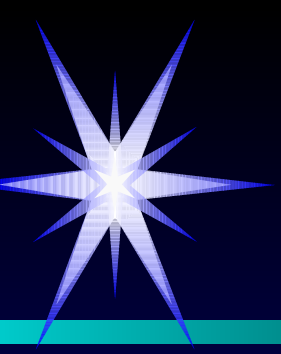




Intubation orale

Rechercher :

- Fuite liée au ballonnet
- Intubation sélective
- Intubation œsophagienne



Intubation nasale

Procédure

identique mais

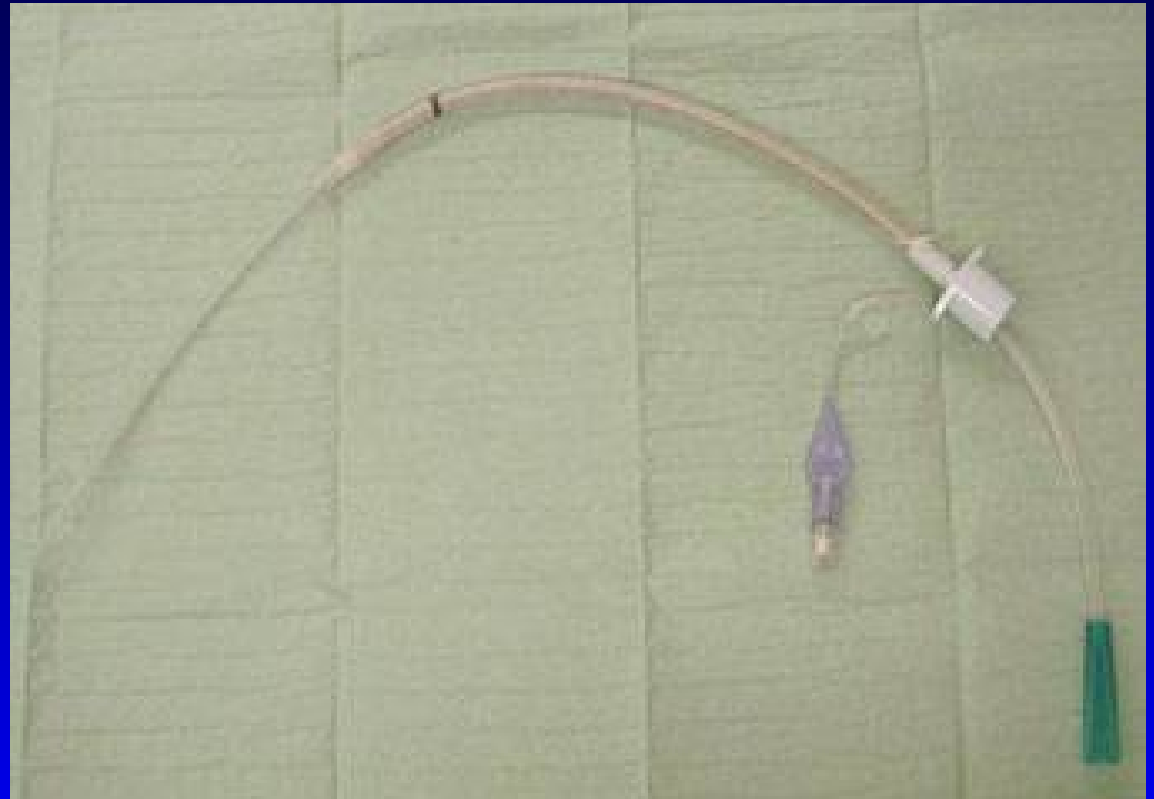
plus longue

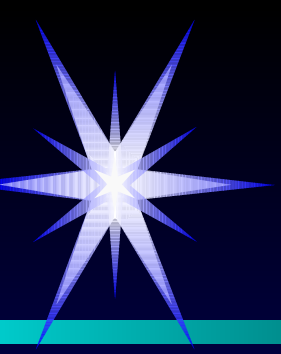
Introduction

sonde avant

laryngoscopie

Guide souple

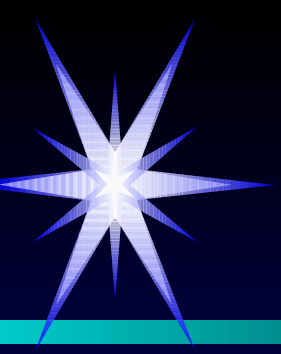




Intubation nasale

Guide introduit
en 1^{er}
Perpendiculaire
Au plan facial

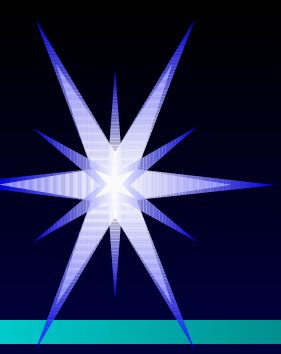




Intubation nasale

Glisser la sonde
jusqu'au
pharynx
Puis
laryngoscopie

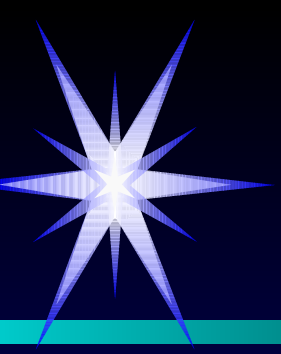




Intubation nasale

Introduction sonde
directement dans
larynx ou avec
pince de Magyll
Attention au
ballonnet





Intubation nasale

Repères à l'aile

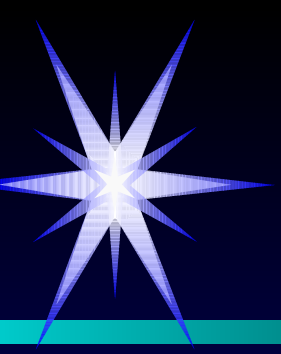
du nez :

hommes : 22 à 26 cm

- femmes : 20 à 24

- enfants : $15 + \frac{\text{âge}}{2}$
cm

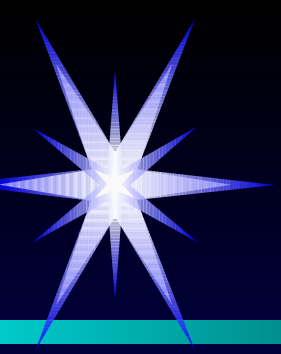




Intubation nasale

Fixation





Causes d 'échecs et solutions

Mauvaise exposition

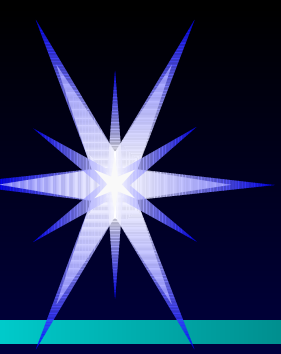
Lame inadaptée

Trop loin

Main droite !

Pas assez loin

Pas dans l 'axe du
larynx



Causes d 'échecs et solutions

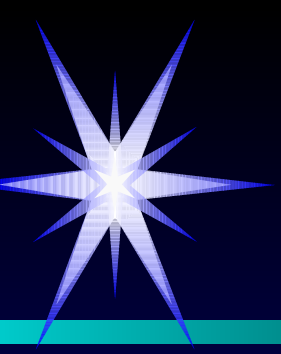
Difficulté d 'introduction

Cordes fermées : anesthésie

Sonde de \emptyset adapté

Rotation sonde

Mandrin + + + + +



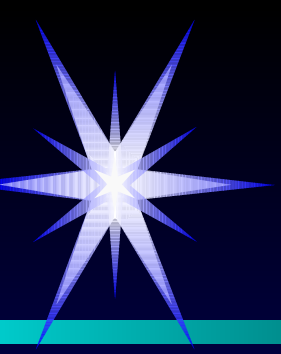
Anesthésie

ALR +++

Perte réflexe déglutition

Morphinique jamais indispensable

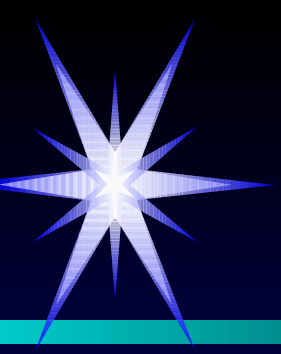
Apnée et hypotension



Anesthésie : ALR

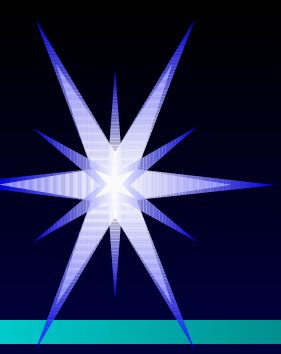
Xylocaïne 5 % spray

Sur base langue, hypopharynx
cordes vocales et trachée

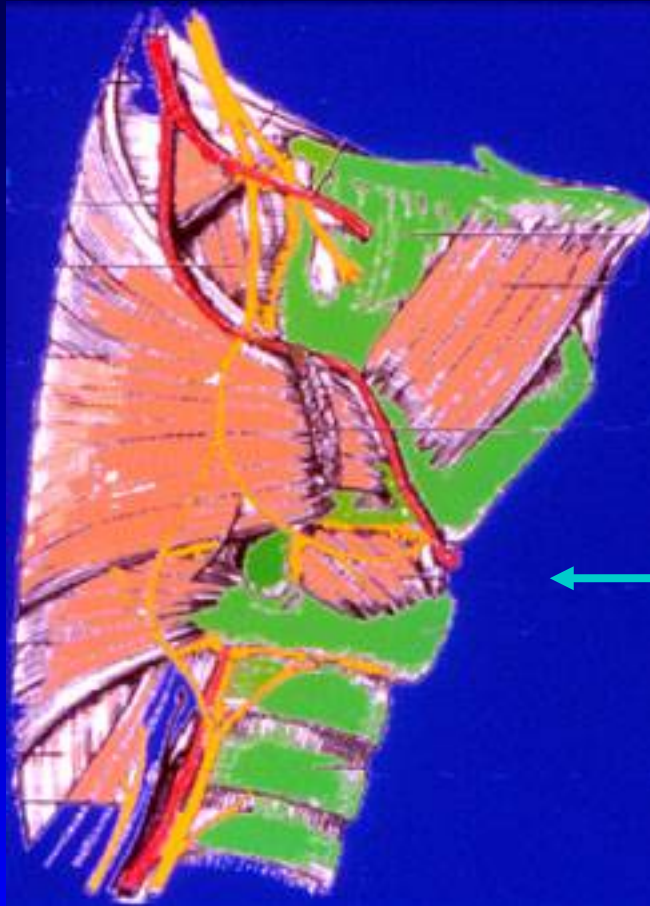


AL laryngée

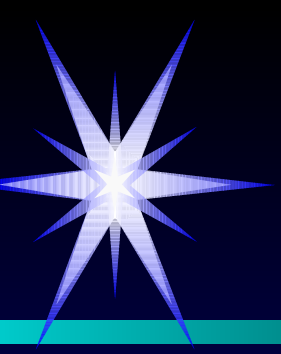




Anesthésie translaryngée



Membrane
Crico-
thyroïdienne



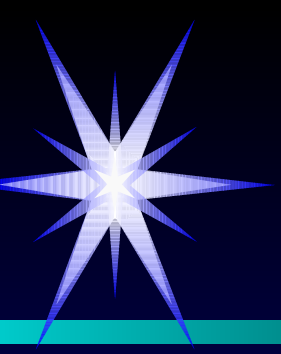
Anesthésie translaryngée

Matériel : seringue 5 ml, aiguille sous-cut

Trachée à 5 mm

Test d'aspiration : air +++

Xylocaïne 2 %



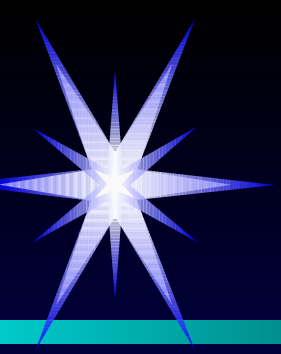
Anesthésie IV

HYPNOTIQUES

Hypnovel : 0,2 à 2 mg / kg IVD ?

Etomidate : 0,3 mg / kg IVD

Diprivan : 1 à 1,5 mg / kg IVD
très myorelaxant



Anesthésie IV

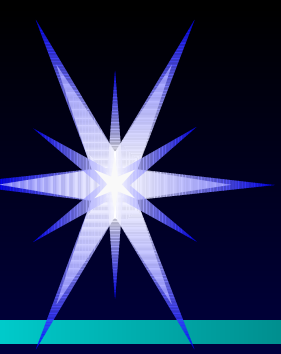
CURARE

Célocurine : 1,5 mg / kg

Drogue efficace

IM et intra linguale possibles

Attention : effets et CI

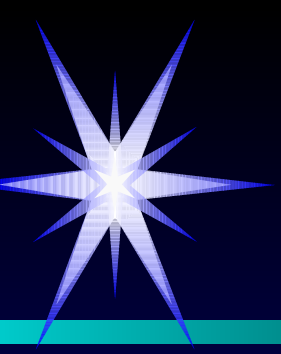


Anesthésie IV

Séquence rapide

Injection → Intubation

Manœuvre de Sellick ?



Et maintenant

Bravo ! Mais

Intubation intégrée à
la PEC médicale ++

+

Ventilation

