

COMPLICATIONS RESPI PEROPERATOIRES

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

I – LARYNGOSPASME

Fermeture réflexe des cordes vocales avec obstruction partielle ou totale de la glotte

Causes :

Secrétions, vomissements, stimulation ou irritation en stade 2, mouvements tête et cou en stade 2

Signes :

Hypercapnie
Hypoxie
Acidose
Troubles HDM
TDR
ACR
Dyspnée inspiratoire

TTT :

Stop stimulations, O2 pur en hyperpression, approfondir AG, curarisation pour IOT -> trachéo si IOT impossible

II – BRONCHOSPASME

Diminution du calibre des bronches, d'origine centrale (asthme), ou locale, liée a une irritation (sécrétions, vomissements, sang, aspiration)

Terrain : fumeur, BPCO

Signes :

Dyspnée expiratoire (sibilants), hypercapnie, hypoxie, acidose
VS : tachypnée, petits volumes
VC : pression augmentent
Troubles HDM, TDR, AC

TTT :

Stop stimuli, contrôle auscultation
Approfondir + O2 pur
B2 mimétique (Ventoline, Salbutamol)
Adrénaline : titration par 0,1mg

Facteurs aggravants :

BB, décurarisation

III – PNEUMOTHORAX

Air dans l'espace pleural, +/- compression médiastinale

Signes : Augmentation des pressions du ventilateur (en VC)

Cyanose, désaturation
Poumon muet a l'auscultation

Respiration asymétrique

TTT : stop N2O, Stop AAA
O2 pur
Drainage ou ponction pleurale

IV – DEBRANCHEMENT

Désaturation
Hypoxémie, hypercapnie
Trbl HDM, TDR, AC hypoxique

V – OBSTRUCTION CIRCUIT PATIENT

Coudure tuyau
Sonde bouchée
Blocage de valve

Désaturation, hypoxie, hypercapnie, augmentation pressions respi, trbl
HDM, TDR, AC

VI – INTUBATION OESOPHAGIENNE

Silence a l'auscultation
Pas de courbe de capnographe
Troubles HDM, TDR, AC

VII – INHALATION DE LIQUIDE GASTRIQUE

Plus fréquemment a droite (anatomie)

Actif : vomissement

Passif : régurgitation

Patient endormi = pas de réflexe de toux

MENDELSON : Ph acide (liquide pur), risque mortel ++ (brulures...)

INHALATION ESTOMAC PLEIN : risque septique

Signes :

Wheezing – sibilants (plutôt a droite)
Trbl HDM, TDR, AC

Csq :

Laryngospasme
Bronchospasme
OAP lésionnel
Oedeme de la glotte

TTT :

Intubation, O2 pur
Aspiration
Décubitus latéral droit pour éviter la contamination du coté gauche

ATB
Corticoïdes + broncho-dilatateurs

Si déjà intubé :

O2 pur
contrôle ballonnet
Aspiration
ATB
DL
Corticoïdes + broncho-dilatateurs