

INHALATION :

Inhalation de sang ou aliments = risque de pneumopathie d'inhalation
Inhalation de liquide gastrique = syndrome de Mendelson

Passif (régurgitation) :

A l'intubation, n'importe quand a l'induction ou au réveil

Actif (vomissement) :

HTIC, Réflexe vagal (douleur, stress)
Morphiniques

Causes :

Baisse du réflexe glottique (= réflexe cornéen)

Coma
Sédation trop forte
A. locale de la glotte

Augmentation des vomissements :

Hypoxie (manque d'O₂, bas débit en ALR)
Hypoglycémie
Stimulation en stade 2

Augmentation des régurgitations

Position du patient déclive
Obésité, grossesse (augm pression intra
gastrique)

Facteur favorisants : douleur, syndrome vagal, irritation base de la langue (laryngoscopie), toux, certaines chirurgies (œil, thyroïde, oreille, anale, utérus), morphiniques

Facteurs de risque : Position déclive, obèse, grossesse, incompétence du sphincter (RGO, SNG ancienne, atropine...), ventilation au masque mal faite, absence de packing en ORL/CMF, anesthésie locale de glotte persistante au réveil

PREVENTION DE L'INHALATION

ALR

Attention au bas débit, facteur d'hypoxie et vomissements
Bloc interscalénique : hypoxie sur PNO possible

INTUBATION

Vidange gastrique (distension gastrique = stim vagale)
Tampon gastrique alcalin (TAGAMET®)

Intubation vigile

INDUCTION A SEQUENCE RAPIDE

PENTO-CELO-SELLICK

EN PRATIQUE (Aux urgences)

Interrogatoire le plus complet possible
Bon examen clinique (rech crit intub difficile, dentier...)
Pré-O²
Bonne VVP
Prémédication morphinique / benzos
Préremplissage
Vidange gastrique
Stabiliser état (atropine si malaise vagal, anti émétiques....)

INDUCTION A SEQUENCE RAPIDE = 2 personnes

Monitoring, installation, check list, VVP
Aspiration gros calibre prête, yankauer préférable
Dénitrogénéation complète (3 minutes en vs, ou 4 v max)

Proclive léger (glotte > estomac)

Pento (3 – 5 Mg/Kg)
Célocurine (1mg/Kg)
Sellick : des la perte de conscience jusqu'au gonflement du ballonnet
Ne pas ventiler manuellement (gonflage d'estomac)
Intubation rapide **des la fin des fasciculations**
Morphinique après intubation

Pose SNG

Alternative : intubation vigile
Relâcher Sellick si vomissements (risque rupture oesophagienne)

EXTUBATION

Après aspiration bronchique et vidange gastrique
Position ½ assise
Réflexe de déglutition +++

POINTS CLES

Aspiration de gros diamètre
Monitoring habituel
Installation en proclive léger
Pré oxygénation et dénitrogénéation complets

Pento/célo/Sellick (perte de conscience -> sonde vérifiée et
ballonnet gonflé)
Pas de ventilation manuelle
Intubation dès la fin des fasciculations
Morphinique après intubation
Pose SNG
Extubation après retour de tous les réflexes (déglutition ++)