

D. Quelques précisions

> le laryngospasme

Il s'agit d'une occlusion de la glotte par un réflexe musculaire protecteur.

Le risque : L'hypoxie, l'anoxie (car la ventilation est impossible) pouvant induire un arrêt circulatoire en quelques minutes.

Le traitement : Oxygénation du patient en pression positive au masque facial à FiO₂ 100% avec pour objectif de garder les cordes vocales ouvertes si le laryngospasme est partiel.

Si inefficace : approfondir l'anesthésie avec du propofol (0,25 à 1 mg/kg) +/- curarisation avec succinylcholine(0,1 mg/kg).

> obstruction des voies aériennes supérieures

Par chute de la langue, pose d'une canule oropharyngée puis translation de la mandibule (= subluxation)

> détresse respiratoire

Le risque : hypoxémie

Le traitement : Ventilation instrumentale au masque facial suivi d'une réintubation en urgence si nécessaire.

> chirurgie céphalique

Les risques : Obstruction des voies aériennes supérieures par hématome compressif, œdème, inhalation passive par atteinte des nerfs récurrents, détresse respiratoire aigue par atteinte des racines nerveuses du diaphragme C3C4C5 (lésion ou hématorachis).

En cas de suspicion d'une compression sur la trachée :il peut être nécessaire de laisser respirer le patient sur une sonde d'intubation dont le ballonnet aura été dégonflé pour pouvoir estimer s'il y a ou non une étanchéité autour de la sonde liée à une complication compressive

N.B. : Toutes ces complications nécessitent l'appel en urgence d'un médecin anesthésiste réanimateur.

✓ Références bibliographiques :

Pr Olivier Langeron , Extubation trachéale en anesthésie, Le Congrès SFAR 2013.

Pr A-M Cros, Gestion de l'extubation trachéale en anesthésie, congrès national anesthésie réanimation 2008.

Atelier présenté par l'AIDARA

JARCA 2014

extubation en SSPI

A. Équipement ou matériel nécessaire

➤ Matériel d'aspiration

Dispositif mural d'aspiration vérifié et fonctionnel
Sondes d'aspiration endotrachéales
Sondes buccales d'aspiration de type Yankauer

➤ Matériel d'oxygénation

Masque O2
Lunettes O2

➤ Matériel de ventilation

BAVU
Masque
Canule oropharyngée
Filtre
Raccord annelé
Ballon souple d'anesthésie muni de ses valves de surpression et unidirectionnelle
Raccords pour débitmètre à O2 et air
Respirateur à disposition

➤ Matériel de surveillance

Scope, TA, FC, saturomètre
Capnomètre
Thermomètre
Curaromètre

➤ Autres

Chariot d'urgence (intubation, drogues d'anesthésie et d'urgence)
Gants à usage unique
Couverture chauffante...

B. Critères d'extubation ou quand peut-on extuber ?

➤ Neuromusculaires :

Ouverture des yeux
Réponse aux ordres simples
Décurarisation obtenue T4/T1 >90%
Réflexe de déglutition récupéré

➤ Respiratoires :

Ventilation spontanée, régulière, sans tirage
Auscultation des deux champs pulmonaires symétrique
Absence de cyanose, de sueurs
FR > 10/min.
SpO2 > 95%
EtCO2 < 50 mmHg
Toux à la mobilisation de la sonde ou spontanée

➤ Cardiovasculaires :

PA et FC +/- 20 % de leurs valeurs initiales
Absence de vasopresseur ou d'inotrope
Absence de frisson
Pas d'hémorragie anormale active

➤ Généraux :

Température centrale > 36° C
Absence de complication chirurgicale
Contrôle de l'analgésie débutée
Antécédents médicaux et protocole d'anesthésie

C. Technique d'extubation

1. Installation du patient en décubitus dorsal ou en demi assis
2. Aspirations anticipées : endobuccale et pharyngée prudente voire endotrachéale, si patient encombré (patient encore sous effet anesthésique si possible)
3. Dégonfler lentement le ballonnet à la seringue
4. Aspiration endobuccale simultanée du geste d'extubation
5. Extubation en fin d'inspiration ou en pression positive en pédiatrie
6. Éviter l'aspiration dans la sonde trachéale car cela favorise le laryngospasme et/ou les efforts de toux préjudiciables à certains types de chirurgies
7. Maintenir en place la canule oropharyngée si sa présence est bien tolérée
8. Relais O2 masque ou lunettes
9. Puis surveillance clinique associée à une surveillance paraclinique du patient