



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



NOTE TECHNIQUE

Fibro-intubation



Fiberoptic intubation

Jean-Christophe Favier^{a,*}, M. Da Conceicao^b,
A. Levron^a, V. Argo^a

^a Pôle E, centre hospitalier de Bretagne Sud, 5, avenue de Choiseul, 56322 Lorient cedex, France

^b Service de réanimation, centre hospitalier de Grasse, chemin de Clavary, 06130 Grasse, France

Disponible sur Internet le 23 janvier 2015

MOTS CLÉS

Fibrosopie ;
Fibrointubation ;
Intubation difficile

Résumé L'intubation sous contrôle fibroscopique est la technique de référence en cas d'intubation difficile prévue. Elle peut être effectuée sous anesthésie locale mais bénéficie le plus souvent d'une sédation. La sédation peut être effectuée par voie intraveineuse avec du propofol et/ou du remifentanil le plus souvent. L'emploi du sévoflurane est possible. Au cours de l'intubation, la ventilation peut être sécurisée par un masque de VNI muni d'un orifice d'introduction du fibroscope. La voie nasale est privilégiée car la voie orale demande plus de temps et nécessite un guide pour la sonde mais elle est moins traumatisante.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Fiberoptic
endoscopy;
Difficult intubation;
Fiberoptic intubation

Summary Fiberoptic intubation in the gold standard in case of predicted difficult intubation. It can be performed under local anaesthesia but most of the time it is done under sedation, using propofol, remifentanyl or even inhaled sevoflurane. During intubation, non-invasive ventilation can be performed through specific masks allowing the introduction of the fiberoptic. The nasal route is more frequently used than the oral route that requires more time, and has to be guided with an oral device, although it would be less traumatic.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jc.favier@hotmail.fr (J.-C. Favier).

L'intubation fibroscopique est la technique de référence chez l'adulte en cas d'intubation difficile programmée [1]. Dans ces cas, on recommande une anesthésie pharyngée locale, précédant l'intubation, ou une anesthésie générale respectant la ventilation spontanée [1]. Un des risques de l'anesthésie générale est l'hypoventilation ou la survenue d'apnée et le risque hypoxique afférent. Pour éviter les épisodes de désaturation, l'intubation fibroscopique peut être sécurisée par une ventilation non invasive (VNI) [1] ou par ventilation assistée au ballon, en employant dans chaque cas de figure un masque spécifique permettant l'endoscopie. Un masque d'endoscopie spécifique permet l'intubation fibroscopique tout en continuant l'assistance ventilatoire [2,3].

Anesthésie locale

La difficulté d'intubation n'implique pas obligatoirement une mauvaise circulation d'air dans les voies aériennes supérieures. Ce point plaide pour le maintien de la ventilation spontanée au cours de l'intubation difficile. Dans cet objectif, l'anesthésie locale semble être un choix sûr [1,4], mais cette technique est inconfortable, et entachée de mémorisation en cas de procédures itératives. Ce point revêt une particulière importance si des procédures itératives sont requises comme par exemple, chez les patients transplantés (greffés de moelle, de poumon).

Un autre point qui plaide contre le choix de l'anesthésie locale est le risque de laryngospasme bien décrit en particulier en pédiatrie [1].

En fait, le risque d'apnée n'est vital que lorsqu'il existe un obstacle sur les voies aériennes qui rend la ventilation assistée au masque difficile, voire impossible, et cette situation est en fait relativement rare, sauf en chirurgie ORL, trachéale et en traumatologie [1,4].

Propofol

La conférence d'experts de 2006 [5] concernant l'intubation difficile, recommande l'utilisation de propofol ou de rémifentanyl ou le sévoflurane pour assurer la sédation. Le propofol a l'avantage d'être maniable en particulier en cas d'anesthésie intraveineuse à objectif de concentration (AIVOC) [6]. En diminuant la réactivité pharyngolaryngée, il autorise une manipulation des voies aériennes sous anesthésie légère [6]. Cependant, si on respecte la ventilation spontanée, le temps moyen de réalisation de l'intubation reste long avec le propofol. Dans une étude, la durée du geste a varié de 11 à 25 min et une chute de pression artérielle supérieure à 50% est survenue chez 5 patients sur 40, malgré une titration prudente de l'anesthésie [6]. Même avec une AIVOC, le geste reste long et il apparaît fréquemment des désaturations sévères, et ce malgré une hémodynamique plus stable [7]. L'impact du propofol sur l'hémodynamique est une préoccupation encore plus importante pour les patients de réanimation.

Opiacés

Les opiacés limitent la douleur, mais comportent un risque élevé de mémorisation et d'apnée s'ils sont employés seuls.

On peut toutefois en administrer de faibles doses (sufentanyl 0,1 µg/kg par exemple) associées à un hypnotique ou utiliser le rémifentanyl seul. Ce dernier fait d'ailleurs partie des agents recommandés en 2006. Même si cet agent est assez maniable, le taux de mémorisation per procédure est très élevé : 70% dans une série récente [8].

Autres agents intraveineux

D'autres sédatifs sont utilisables pour l'intubation sous fibroscope : neuroleptiques, benzodiazépines, étomidate, kétamine [3]. Tous ont pour inconvénient un risque de mémorisation, et de désaturation ou d'hypersalivation qui peuvent gêner la procédure. Le seul agent paraissant intéressant est la dexmedetomidine pour laquelle plusieurs articles plaident. Néanmoins, elle n'est pas hémodynamiquement neutre et le risque de mémorisation reste élevé : 40% dans une série récente [8].

Sévoflurane

Les halogénés sont utilisables quand la ventilation au masque facial est possible [1]. Seul le sévoflurane est un agent d'induction intéressant pour la prise en charge d'une intubation difficile car il n'est pas irritant pour les voies aériennes et il permet une induction rapide [9,10], sans dépression respiratoire prolongée. Quelques expériences sont rapportées dans la littérature. Dans notre expérience [10], il s'agit d'un agent maniable et sûr. Les conditions de confort, tant pour l'opérateur que pour les patients, et la tolérance étaient bonnes, permettant dans chaque cas, sans anesthésie locale, le cathétérisme de la glotte avec le fibroscope puis l'intubation sans toux ni agitation. L'intérêt du sévoflurane tient à la simplicité de son administration et aux bonnes conditions qu'il offre pour l'intubation (3–4 min dans notre expérience). Toutefois, il faut disposer d'un ventilateur d'anesthésie. De plus, la mémorisation est plus fréquente sous sévoflurane que sous propofol : 10% proche de 0% avec le propofol (série personnelle, non publiée). En pratique, après une préoxygénation, l'induction commence par l'administration de sévoflurane à la concentration de 8% dans 100% O₂ (6 L/min). Après une minute, la concentration peut être abaissée à 5% et, si nécessaire, adaptée pour obtenir une profondeur adéquate d'anesthésie (score de Ramsay > 3).

Masque facial

Le premier masque d'endoscopie commercialisé était le masque de Patil et Syracuse, il y a maintenant 30 ans [2]. Le masque Fibroxy™ (Fig. 1) présente deux orifices : le premier, sur bas du masque, avec un tube annelé, permet la ventilation ; le second, au milieu du masque, permet l'insertion du fibroscope et du tube trachéal. Cet orifice central est équipé d'un diaphragme hermétique en silicone qui permet le passage de la sonde d'intubation et l'insertion du fibroscope sans fuite aérienne. La ventilation reste possible au cours du geste si nécessaire, avec un mélange homogène de gaz enrichi en O₂, sans fuites, ce qui garantit une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2611292>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2611292>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)