



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



SESSION A43 : SITUATIONS DIFFICILES EN VENTILATION POUR LES PATIENTS
ATTEINTS DE MALADIES NEUROMUSCULAIRES

Patients totalement dépendants de la ventilation non invasive (gestion, déplacements, quand envisager la trachéotomie ?)

Ventilator-dependent patients
(respiratory care, tracheostomy, transfer...)

Présidents : A. Cuvelier (Rouen), H. Prigent (Garches)
Orateur : H. Prigent (Garches)*
Article rédigé par : H. Le Floch (Clamart)

**Service de Réanimation médicale, Hôpital Raymond Poincaré, 104, Boulevard Raymond Poincaré, 92380 Garches, France*

MOTS CLÉS

Maladies neuromusculaires ;
Patients dépendants de la ventilation ;
Assistance à la toux ;
Ventilation non invasive ;
Trachéotomie

Résumé

Les progrès techniques en ventilation ont conduit à l'augmentation du nombre des patients neuromusculaires très dépendants d'un respirateur. Outre un respirateur « support de vie » fourni en deux exemplaires, la ventilation peut requérir plusieurs interfaces permettant une ventilation optimale nocturne et diurne tout en maintenant une communication. Le désencombrement est une préoccupation permanente qui requiert l'aide des kinésithérapeutes et de dispositifs d'assistance à la toux dont l'utilisation doit être enseignée à l'entourage. Certains patients bénéficient d'une trachéotomie dont l'indication est discutée au cas par cas. Dans tous les cas, chaque problème devra être anticipé.

© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Correspondance.

Adresse e-mail : helene.prigent@rpc.aphp.fr (H. Prigent)

KEYWORDS

Neuromuscular diseases;
Ventilator-dependent patients;
Cough assistance;
Non invasive ventilation;
Tracheostomy

Summary

Ventilation improvements have led to an increased number of ventilator-dependent neuromuscular patients. In order to ensure adequate ventilation efficiency and security while maintaining quality of life, the check-list is large. Two « life support » ventilators are mandatory, while different interfaces may be required for nighttime and daytime ventilation, in order to maintain communication. Airways clearance is a major goal. It requires physiotherapists, cough assistance devices and the participation of the relatives. The decision of tracheostomy needs to be individually evaluated. Permanent anticipation is necessary.

© 2012 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La ventilation des patients atteints de maladies neuromusculaires évolutives a conduit à l'apparition d'une situation clinique nouvelle correspondant à une dépendance permanente ou quasi permanente à la ventilation. Il s'agit le plus souvent de patients souffrant de myopathie de Duchenne de Boulogne ou de Becker, de dystrophie myotonique de Steinert, de déficit en maltase acide, d'amyotrophie spinale et de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Principes de la ventilation prolongée à domicile

La ventilation a montré un bénéfice sur la survie chez les malades neuromusculaires [1-4]. Avec l'amélioration technologique des machines et des interfaces, la Ventilation Non Invasive (VNI) est devenue la modalité de ventilation privilégiée en première intention [5,6] même chez les patients très dépendants [7].

Au stade de dépendance ventilatoire, les patients sont habituellement très déficitaires sur le plan moteur et incapables de débiter ou d'interrompre eux-mêmes leur ventilation. L'atteinte globale des muscles respiratoires impose la prise en charge à la fois du déficit inspiratoire et expiratoire.

Les problèmes logistiques à résoudre pour mettre en œuvre une ventilation continue à domicile font l'objet de vastes « check-list » (Tableau I) [5]. La ventilation doit être assurée sans incident, en tentant de prévenir les décompensations de la maladie neuromusculaire et de préserver une autonomie extra respiratoire maximale.

Le respirateur

Lorsque plus de seize heures par jour de ventilation sont nécessaires, le patient doit disposer impérativement de deux respirateurs à domicile. Ces ventilateurs doivent répondre aux exigences de la norme « life support » avec notamment la présence de batteries internes et externes pour assurer une autonomie adaptée. Le patient devra

être signalé auprès d'Électricité de France afin de disposer d'un approvisionnement électrique prioritaire en cas de coupure.

Le mode ventilatoire doit être conforme aux particularités du patient en prenant en compte les habitudes d'équipe. Bien que le mode barométrique à deux niveaux de pression soit de plus en plus utilisé [8], aucun mode ventilatoire ne paraît supérieur aux autres [9]. La sécurité impose de fixer un volume de sécurité et de ne pas utiliser le mode S (Spontaneous). Les nouveaux modes de ventilation avec compensation de fuite n'ont pas encore été évalués dans cette indication.

Les malades neuromusculaires ont habituellement une compliance pulmonaire normale. La ventilation est donc habituellement facile, en dehors des atteintes bulbaires sévères des SLA avancées. De fait la ventilation recherchera l'obtention de volumes courants « normaux » (10-12 ml/kg) en choisissant une fréquence minimale élevée afin de stabiliser la ventilation pendant le sommeil et de compenser la faiblesse des capacités de déclenchement. Le trigger est réglé de façon empirique, en vue de limiter l'auto-triggering.

L'interface

Le choix de l'interface doit prendre en compte l'impossibilité du patient à interrompre seul la ventilation. Par conséquent, l'utilisation d'un masque nasal ou narinaire sera préféré en première intention. L'utilisation d'une mentonnière peut être utilisée pour limiter les fuites secondaires à une béance buccale. L'utilisation de plusieurs interfaces différentes chez un même patient peut permettre de réduire les complications locales, notamment cutanées.

L'embout buccal est proposé afin d'augmenter la ventilation diurne [10] et de permettre de reculer le recours à la trachéotomie. Il permet une ventilation intermittente tout en conservant les capacités de communication du patient. Son utilisation nécessite une préhension buccale efficace et un mode de fixation adapté. De plus, la ventilation doit être réglée en mode « Volume Assisté Contrôlé » (VAC) du fait des fuites maximales [11]. Les paramètres du respirateur seront établis avec le patient au cours d'une période d'adaptation.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215968>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215968>

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