

PROTOCOLE D'INTUBATION EN SEQUENCE RAPIDE EN SMUR OU AUX URGENCES

Indications :

1. Scale Coma Glasgow < 9
2. Insuffisance respiratoire décompensée avec FR > 30/min et/ou SatO₂ < 90% avec 5l/min d'O₂
3. Douleur très importante
4. Indication chirurgicale certaine

Critères d'intubation difficile :

1. Malampati > 2
2. Ouverture de bouche < 2 travers de doigt
3. Distance thyro-mentonnaire < 3 TD
4. Mobilité du rachis limitée
5. Obésité

En présence d'un de ces critères la demande de renfort de l'anesthésiste doit être envisagée ainsi que les techniques alternatives spécifiques : Fast track, lame Mac Coy, bougies d'Eichmann, transcricoïdectomie, fibroscopie....

Intubation séquence rapide ou crash induction:

1. Installation en décubitus dorsal, billot sous la nuque, matériel prêt (aspiration , sondes d'IT, fixateurs, pince de Magyll, respirateur) et monitoring PNI, pouls , SatO₂, capnographie
2. Préoxygénation 3 à 5' au masque FIO₂=100%
3. Etomidate® 0,3 à 0,5 mg/kg ou Kétamine 2 mg/kg
4. Attendre PC puis Célocurine® 1 à 1,5 mg/kg ou Norcuron® 0,1 mg/kg
5. Attendre 1' la fin des fasciculation (suxaméthonium) puis retirer le masque facial
6. Intubation après manœuvre de Sellick (pression digitale maintenue sur le cartilage cricoïde) diamètre de la sonde adapté
7. Gonfler le ballonnet et relacher la manoeuvre de Sellick après contrôle capnographique
8. Fixer la sonde d'intubation pas la canule de Guedel

Entretien :

- Hypnovel® 0,1 mg/kg/h associé à
- Fentanyl 1 à 1,5 mcg/kg/min ou Sufenta 0,2 à 2 mcg/kg/min