

	INTUBATION SEQUENCE RAPIDE DE L'ADULTE Site d'Etampes	PR-ULI-URG-PEC-N°117
		Version n°1
		Créé le 01-05-2011
DIFFUSION : Urgences site d'Etampes, SMUR		

➤ **OBJET ET DEFINITION**

- Protocoliser les modalités de l'intubation séquence rapide au SMUR et aux Urgences

➤ **DOMAINE D'APPLICATION ET RESPONSABILITES**

- Structure d'Urgence
- SMUR
- Tout personnel

➤ **DESCRIPTION**

L'intubation séquence rapide est la technique de choix de l'intubation du patient pris en charge au SMUR et aux URGENCES

MATERIEL NECESSAIRE

Manche de laryngoscope
Lames de laryngoscope jetables en métal taille 3 à 5
Sondes d'intubation taille 6 à 9
Système de fixation collier
Cordelette
Canule de Guedel
Pince de Magill
Manomètre de contrôle des pressions du ballonnet
Masque facial transparent à usage unique
BAVU avec système d'enrichissement en oxygène
Respirateur avec tuyaux patient et tuyaux O2
Seringue de 10 cc
Aspirateur de mucosités fonctionnel avec une sonde de gros calibre (N°18) montée sur raccord biconique
1 filtre antibactérien
Sonde gastrique et son sac de drainage
Seringue 60 cc à gros embout

Le matériel nécessaire comprend également le kit intubation difficile, les drogues nécessaires et le matériel de surveillance multi-paramétrique

Scope lifepack 15
Brassard à tension
Pince SpO
Raccord EtCO2

DROGUES

Les drogues utilisées pour l'ISR sont :

- pour l'induction :

-

	Nom commercial	Dose	Délai d'action	Durée d'action	Contre indications
ETOMIDATE	(Hypnomidate®)	0.3 à 0.5mg/kg	30 sec	4 à 6mn	Insurrénalienne Epilepsie Porphyrie
SUCCINYLBCHOLINE	(Célocurine®)	1mg/kg	60 à 90sec	5 à 10mn	Allergie Hyperkaliémie Hyperthermie maligne Myopathie Plaie globe oculaire

pour l'entretien Il faut que la sédation chez le patient ventilé en structure d'urgence débute immédiatement après la réalisation de l'intubation trachéale. La sédation peut débuter par un bolus si nécessaire, préférentiellement de morphiniques

	Nom commercial	Dose	Délai d'action	Durée d'action	Contre indications
MIDAZOLAM	(Hypnovel®)	2.5 à 15 mg/kg	2mn	10 à 20mn	Myasthenie
SUFENTANIL	(Sufenta®)	0.5 à 3 µg/kg/h	45 sec	20 à 30mn	IMAO

voir protocole sédation du malade ventilé

Alternatives à l'utilisation de ETOMIDATE/SUCCINYLCHOLINE

Situations cliniques	Modification du protocole	Dose	Délai d'action	Durée d'action	Contre indications
Contre indication à l'Etomidate Brûlés asthmatiques	KETAMINE à la place D'ETOMIDATE	2 à 3mg/kg IVL	15 à 60 sec	5 à 10mn	HTA, anévrisme, Coronarien instable TC HTIC Eclampsie
Contre indication Celocurine	ROCURONIUM (Esmeron®) remplace Celocurine	1.2 mg/kg IVL Nécessite de pouvoir antagoniser Par SUGAMMADEX (Bridion®) 16mg/kg IVL	1mn	30 à 40mn	Grossesse
Etat de mal épileptique	THIOPENTHAL Remplace Etomidate et Midazolam en entretien	5mg/kg entretien : 20 à 60mg/kg/24h PSE	30sec	10 à 15mn	Instabilité hémodynamique Asthme aigu grave Porphyrie
Intubation vigile	LIDOCAINE à 5% associé à MIDAZOLAM + MORPHINE	Pulvérisation de proche en proche mg par mg 2mg par 2mg			Opérateur non formé à la technique

DEROULEMENT DE L'ISR

Patient ayant une activité cardiaque

Vérification du matériel prêt à l'emploi :

- Matériel de ventilation manuelle
- Matériel d'aspiration
- Matériel d'intubation difficile immédiatement disponible
- Monitoring , oxymétrie, capnographie

Mise en condition du patient

- Voie veineuse et remplissage vasculaire préalable si nécessaire
- Ephédrine 30 mg dans 10ml prêt à l'emploi

Pré oxygénation en ventilation spontanée

Préparation des drogues pour l'induction et pour l'entretien

Injection de l'hypnotique immédiatement suivi du curare

Laryngoscopie 45 à 60 secondes après l'injection et intubation sous contrôle de la vue

Gonflage du ballonnet

Pression cricoïdienne débutée dès la perte de conscience et maintenue jusqu'à la vérification de la position endotrachéale de la sonde (à l'auscultation). La pression doit être levée en cas de vomissement actif

Mise en route de la sédation d'entretien

Branchement de l'EtCO2

Eventuellement injection titrée d'éphédrine par bolus de 3 à 6mg IVD, expansion volémique, discuter catécholamines en cas d'hypotension persistante .

Branchement du respirateur

Fixation de la sonde

Vérification de la pression du ballonnet (noter taille, position sonde et pression ballonnet sur la feuille de surveillance, noter les difficultés rencontrées lors de l'intubation)

Régler le respirateur et noter les constantes de ventilation sur la feuille de surveillance

Ne pas hésiter à injecter un bolus de morphinique et ou d'hypnotique en cas de sédation insuffisante après avoir vérifié l'absence de problème technique et la spirométrie du patient

Pose d'une sonde gastrique

Patient en Arrêt cardio respiratoire

Pas de vérification des dispositifs

Pas de pré oxygénation

Pas de drogues pour l'induction ou pour l'entretien sauf si reprise d'activité en fonction d'un réveil éventuel

➤ **SOURCES DOCUMENTAIRES**

- Recommandations Formalisées d'Experts 2010 :Sédation et Analgésie en Structure d'Urgence SFAR SFMU

➤ **MOTS CLEFS - CLASSEMENT**

Intubation, Sédation, Induction, Intubation séquence rapide, Urgences, SMUR

DATE DE REVISION PREVUE : 01/05/2013

REDIGE PAR : Dr Jean Marc PONE Responsable d'unité Service des Urgences Mai 2011	APPROUVE PAR : C. TARDY, Directrice Qualité- GDR S. OLLIVIER, Responsable Qualité Octobre 2011	VALIDE PAR : Dr Jean Marc PONE Responsable des Urgences
---	--	--