

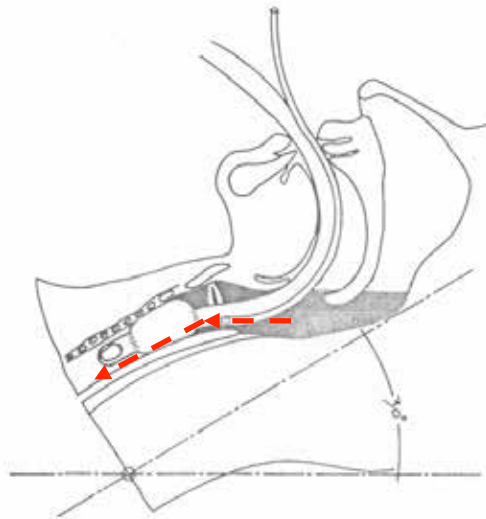
PROCEDURE DE SEVRAGE ET D'EXTUBATION

Dr P. Beuret / C. Fortes

Réanimation polyvalente - Centre Hospitalier - Roanne

ENJEUX

Tant que le patient reste intubé il est exposé au risque de pneumopathie nosocomiale



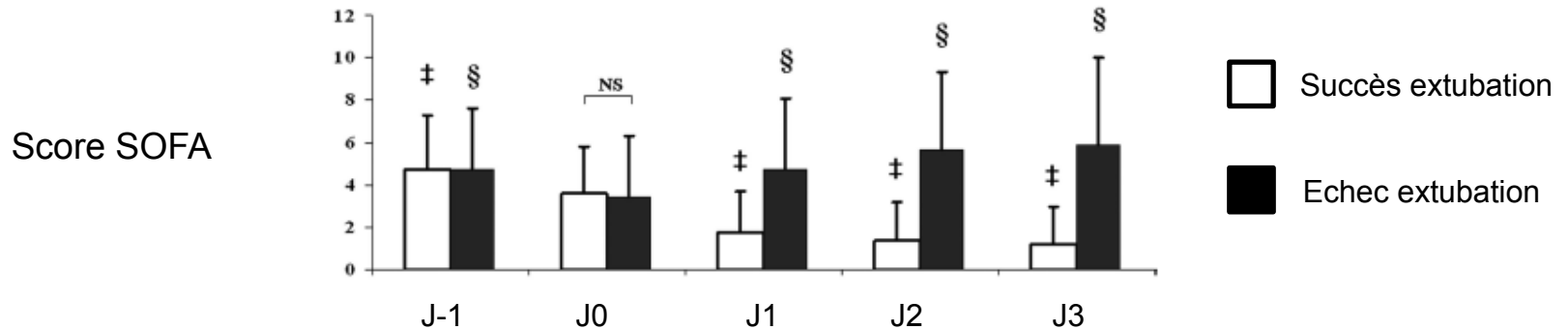
↪ Il faut extuber le patient le plus tôt possible

ENJEUX

Mais il faut dans le même temps éviter la réintubation:

-Risque propre du geste d'intubation

-Détérioration clinique après réintubation => impact pronostique



Thille AW CCM 2011

-« Coup dur » psychologique pour le patient

IL FAUT DES L'INTUBATION ET TOUS LES JOURS EVALUER SI LE PATIENT EST « SEVRABLE »

Recherche quotidienne des pré-requis

- Absence d'inotropes et vasopresseurs
 - Absence de sédation
- Réponse cohérente aux ordres simples
 - $FIO_2 \leq 50\%$ et $PEP \leq 5$ cm H₂O
- Pas de chirurgie prévue dans les 72 heures



Si extubation sur ces critères: 37% de réintubation !!!

Recherche quotidienne des pré-requis

- Absence d'inotropes et vasopresseurs
 - Absence de sédation
- Réponse cohérente aux ordres simples
 - $FIO_2 \leq 50\%$ et $PEP \leq 5$ cm H₂O
- Pas de chirurgie prévue dans les 72 heures



EPREUVE DE VENTILATION SPONTANEE

« Sur pièce en T »



VS + O₂

Avec une aide minimale



ou

Recherche quotidienne des pré-requis

- Absence d'inotropes et vasopresseurs
- Absence de sédation
- Réponse cohérente aux ordres simples
- $FIO_2 \leq 50\%$ et $PEP \leq 5$ cm H₂O
- Pas de chirurgie prévue dans les 72 heures



EPREUVE DE VENTILATION SPONTANEE

Echec

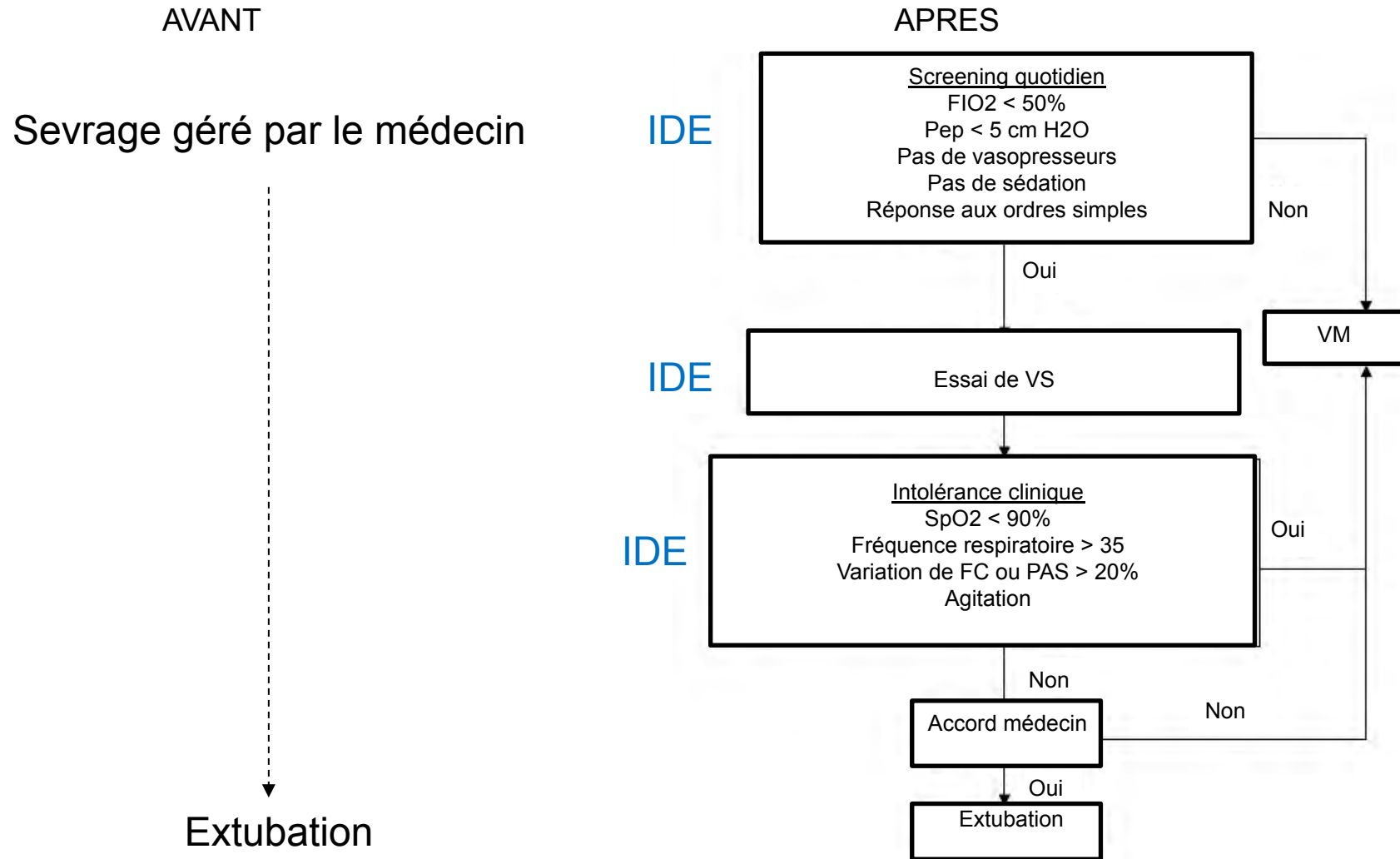
Reventilation

Succès

Extubation

10 à 20% de réintubation

IL FAUT ETRE SYSTEMATIQUE !



Diminution de la durée de ventilation

SUCCES DE L'EPREUVE DE VS => EXTUBATION ???

Le succès de l'épreuve de VS signifie que le patient est capable de respirer sans assistance

Ceci ne veut pas dire qu'il est capable de respirer sans le tube !!!!!

Trois situations où le patient va échouer l'extubation alors qu'il avait réussi l'épreuve de VS:

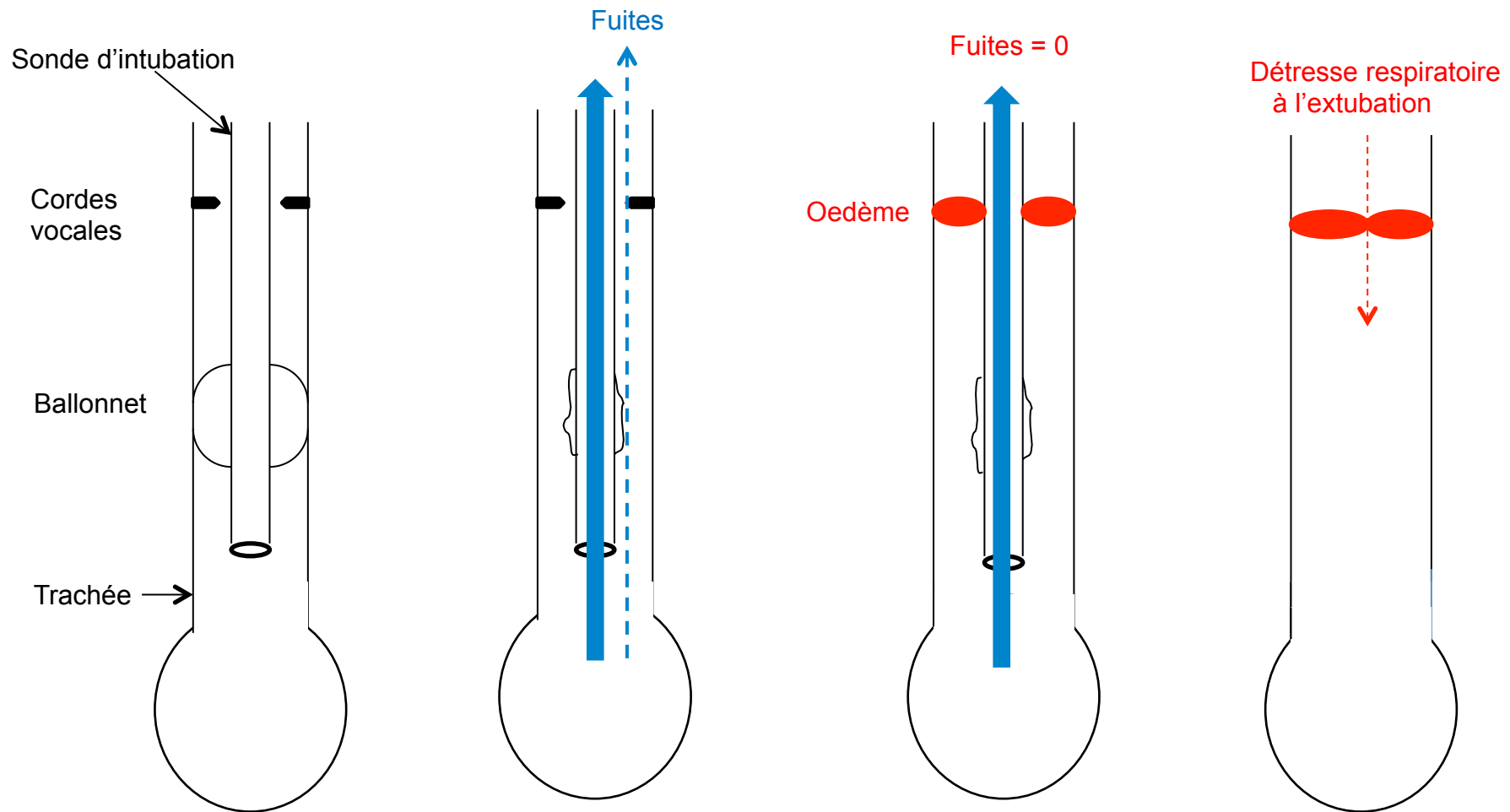
- Oedème laryngé

- Toux inefficace / Encombrement important

- Troubles de déglutition

Il faut essayer de détecter ces facteurs avant d'extuber le patient

Si ils sont absents, le risque d'échec d'extubation est « minimal »: 5-10% de réintubation



↳ Faire un test de fuite quand risque d'œdème laryngé (femme, intubation difficile ou traumatique)

Si absence de fuites, corticothérapie 24 heures avant extubation.

Trois situations où le patient va échouer l'extubation alors qu'il avait réussi l'épreuve de VS:

Oedème laryngé

Toux inefficace / Encombrement important

Troubles de déglutition

Si encombrement important + toux inefficace: haut risque d'échec d'extubation

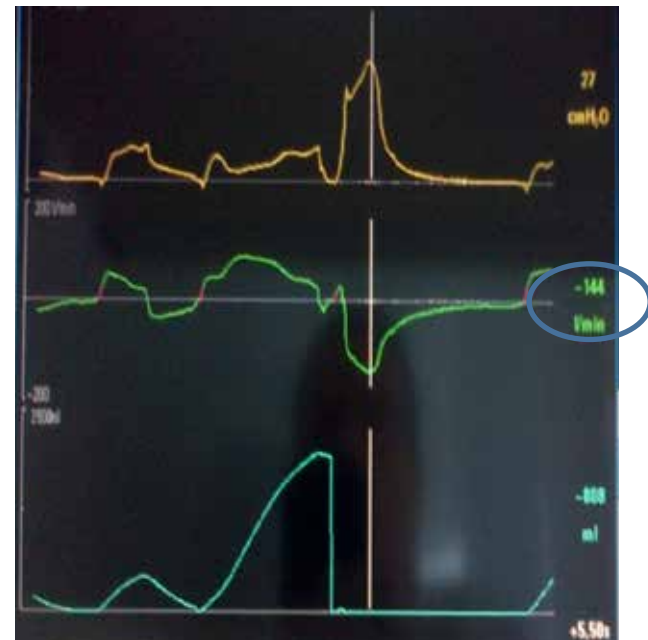
ENCOMBREMENT:

nécessité d'aspiration au minimum toutes les deux heures

EVALUATION DE LA TOUX

- Demander au patient de tousser sur son tube
- Mesure objective du débit expiratoire à la toux avec un spiromètre ou sur le respirateur:

*Toux jugée efficace s'il est capable
de ramener les sécrétions à l'extrémité du tube*



Toux faible si débit mesuré < 60 l/min

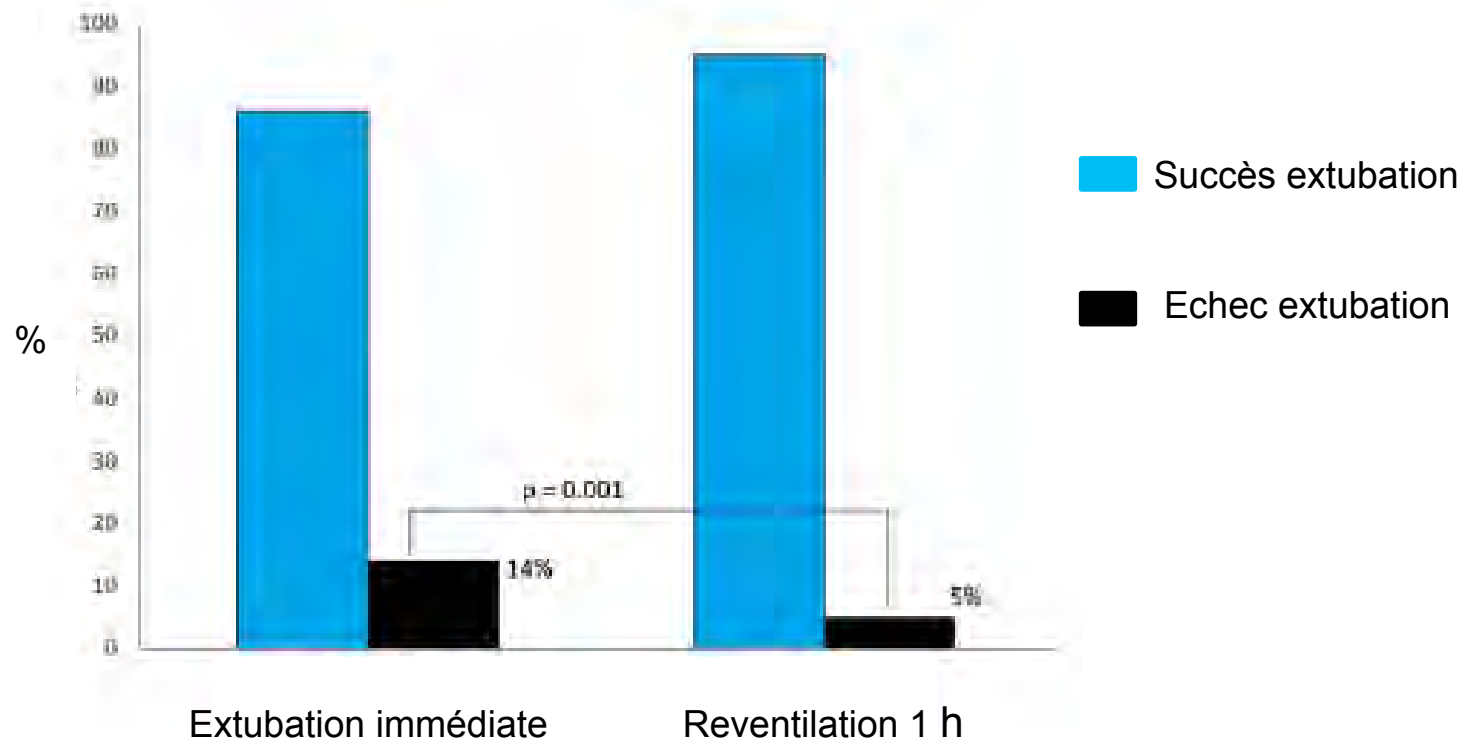
Trois situations où le patient va échouer l'extubation alors qu'il avait réussi l'épreuve de VS:

Oedème laryngé

Toux inefficace / Encombrement important

Troubles de déglutition

A ce stade on est prêt à extuber le patient



MM Fernandez ICM 2017

Donc il paraît judicieux de reventiler le patient 1 heure avant de l'extuber

L'EXTUBATION ELLE-MEME

Etapes à respecter:

- Patient:

- . Installation demi-assis
- . Expliquer la procédure

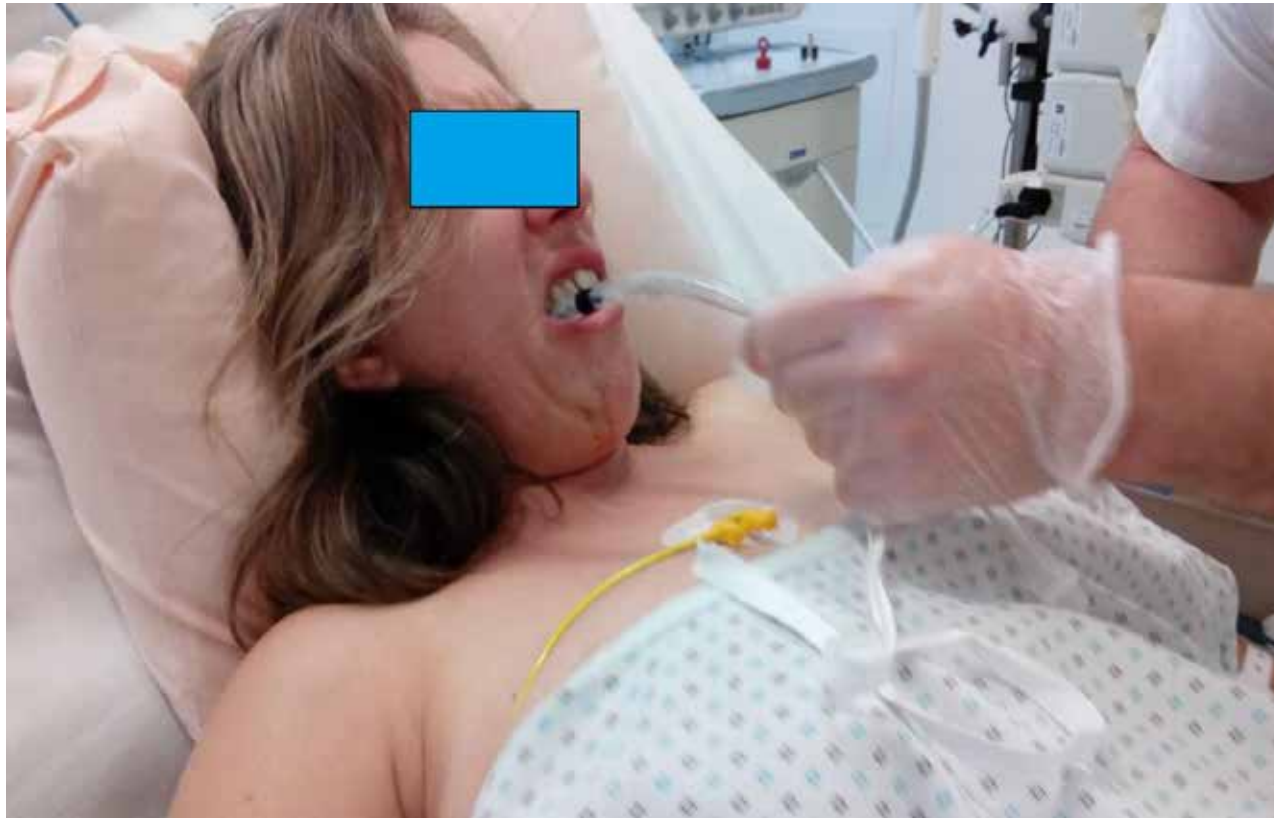
} *Veiller toujours au confort du patient
et surveiller les paramètres vitaux*

- Sonde gastrique:

- . Evacuer l'estomac
- . Enlever la sonde (si oro-gastrique)

- Puis enlever la sonde d'intubation:

PROCEDURE D'EXTUBATION



** Pas d'aspiration intra-trachéale pendant le geste d'extubation*

APRES L'EXTUBATION...EVITER LA REINTUBATION

ROLE DU KINESITHERAPEUTE

Recommandations Formalisées d'Experts

INTUBATION ET EXTUBATION DU PATIENT DE REANIMATION

RFE commune SFAR- SRLF

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
Société de Réanimation de Langue Française

2016

R7.7 - Il faut probablement faire intervenir un kinésithérapeute au cours du geste de l'extubation, afin de limiter les complications immédiates liées au sur-encombrement chez les patients à risque.

(Grade 2+) Accord FORT

APRES L'EXTUBATION...EVITER LA REINTUBATION

↳ VNI PREVENTIVE CHEZ LES PATIENTS LES PLUS « FRAGILES »



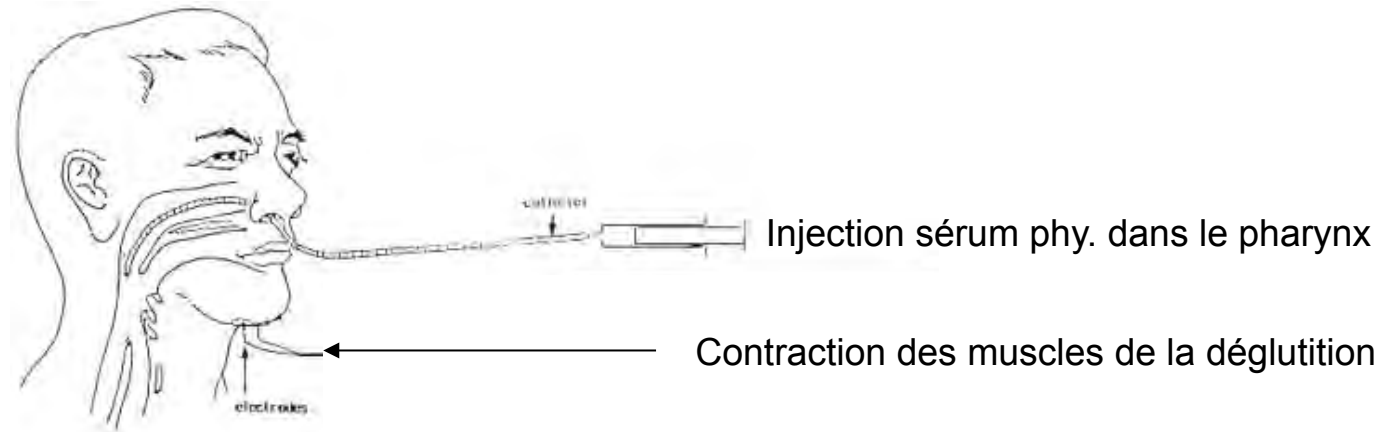
Age avancé

Insuffisance respiratoire ou cardiaque chronique

Hypercapnie ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mm Hg}$) à la fin de l'épreuve de VS

APRES L'EXTUBATION...EVITER LA REINTUBATION

↳ PRUDENCE A LA REPRISE DE L'ALIMENTATION ORALE



Le temps entre l'injection dans le pharynx et le début de contraction des muscles de la déglutition est x 3 après extubation chez des patients intubés > 24 heures par rapport à un sujet sain

=> Retard au réflexe de déglutition, qui se normalise en 7 jours



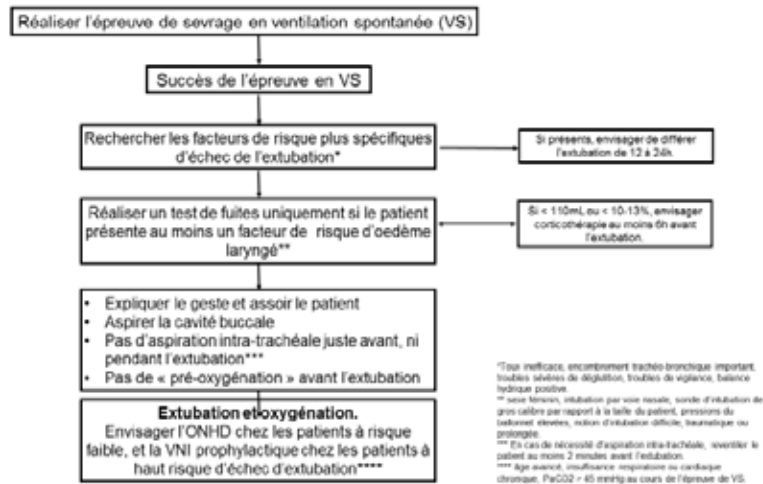
Il paraît prudent de ne débuter les essais alimentaires que:

- si le patient est suffisamment vigile
- au moins 24 heures après l' extubation
- si l' état respiratoire est stable, sans VNI.

CONCLUSIONS

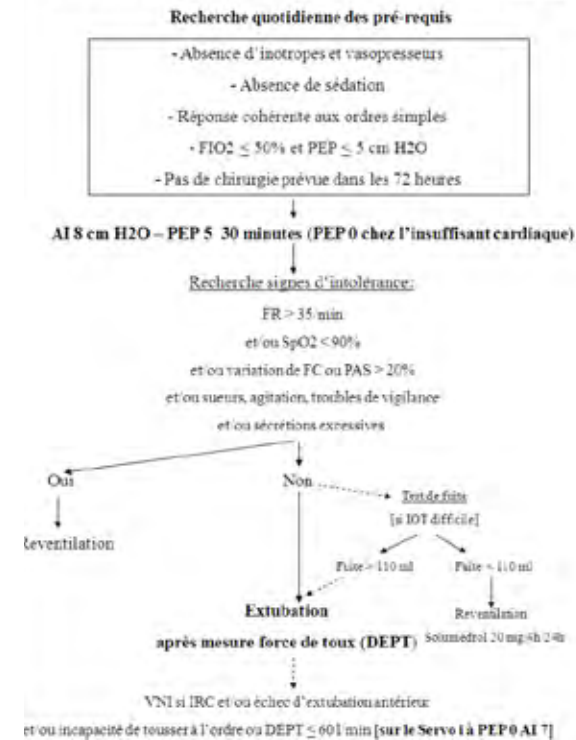
- Toute cette procédure doit être pluridisciplinaire: IDE / Kinésithérapeute / Médecin
- Il faut avoir une procédure rigoureuse et écrite

Algorithme d'extubation en Réanimation



RFE SFAR-SRLF 2016

PROTOCOLE DE SEVRAGE VENTILATOIRE



REA CH ROANNE