Intubation trachéale en médecine d'urgence

Tracheal intubation in emergency medicine

F. Lenfant

© SFMU et Springer-Verlag France 2011

L'intubation trachéale en médecine d'urgence est un geste à risque et source de nombreuses complications. Dans une étude portant sur 3 423 intubations trachéales réalisées en urgence dans un centre hospitalier universitaire et dont les résultats ont été publiés récemment, l'incidence de l'intubation difficile était de 10,3 %, celle de l'inhalation bronchique de 2,8 %, celle de l'intubation œsophagienne de 1,3 %, celle des bris dentaires de 0,2 %, et l'intubation trachéale a été compliquée d'un pneumothorax dans quatre cas (0,1 %) [1].

Le cas clinique rapporté dans ce numéro des *Annales françaises de médecine d'urgence* par Danguy des Déserts et al. illustre parfaitement ces difficultés [2].

L'intubation trachéale en urgence, et a fortiori en médecine préhospitalière, est un geste difficile qui peut rapidement se compliquer. Ce point est aggravé par le fait que le nombre d'intubation trachéale en médecine d'urgence est rapporté aux nombres d'intervenants, faible, chaque médecin urgentiste réalisant en moyenne une quinzaine d'intubations trachéales par an dont une ou deux difficiles. Aussi, la faible pratique de ce geste pose le problème de l'acquisition et de l'entretien des compétences.

En 2008, des recommandations pour la prise en charge de l'intubation et de la ventilation difficiles ont été éditées et publiées [3]. Ces recommandations élaborées en collaboration avec la Société française de médecine d'urgence et Samu de France comportent pour chacune des sept questions traitées un chapitre adapté à l'urgence.

La publication de ce cas clinique offre l'occasion de rappeler certains points importants de cette conférence d'experts.

- L'intubation trachéale est le plus souvent réalisée dans de mauvaises conditions chez un patient présentant

une ou plusieurs détresses vitales, et dont l'évaluation est très limitée. La recherche des critères d'intubation difficile tels qu'ils sont recherchés en préanesthésie est illusoire [4]. Aussi, il convient de s'attacher à rechercher des situations à risque tels le traumatisme facial ou cervical, les pathologies ORL ou les brûlures de la face. Dans le cas clinique présenté, il apparaît que les critères prédictifs d'intubation difficile classiques doivent, toutefois, être connus de chacun et recherchés chaque fois que cela est possible afin d'adapter la stratégie aux difficultés prévues.

- La préoxygénation, bien que difficile, voire parfois impossible, en urgence est un temps important. De même, la réoxygénation des patients à chaque étape sans attendre la désaturation est indispensable. Dans le cas présent, la procédure a duré entre 15 et 20 minutes, la réalisation d'une ventilation au masque régulière a permis d'éviter des accès de désaturation.
- La qualité de l'anesthésie conditionne la réussite des manœuvres d'intubation de la trachée. En dehors de l'intubation trachéale pour arrêt cardiorespiratoire, il est recommandé de réaliser une induction en séquence rapide. Celle-ci associe l'injection d'un hypnotique et de succinylcholine, sauf contre-indications. Si nécessaire, l'anesthésie doit être entretenue afin de procurer un relâchement musculaire optimal nécessaire à l'intubation de la trachée. Cet entretien fait appel à la réinjection d'hypnotique et de curare. Dans le cas clinique proposé, la procédure a duré entre 15 et 20 minutes. On ne peut s'empêcher de penser que, le relâchement musculaire n'étant pas optimal, l'absence d'entretien de l'anesthésie a pu contribuer à rendre l'intubation de la trachée plus difficile.
- Une réflexion au sein de l'unité ou du service doit être menée afin qu'un algorithme pour le contrôle des voies aériennes supérieures soit adopté par tous. Cet algorithme peut être celui proposé par la Sfar ou être adapté en fonction des techniques maîtrisées, des possibilités de renfort et des pathologies rencontrées [5]. L'application de l'algorithme permet alors d'adapter la stratégie, intubation aidée par le mandrin long béquillé dans le cas présent.

F. Lenfant (✉)

Service d'anesthésie et de réanimation,
université Pierre-et-Marie-Curie,
université Paris-VI, groupe hospitalier Pitié Salpêtrière,
47-83, boulevard de l'Hôpital,
F-75013 Paris, France
e-mail : francois.lenfant@psl.aphp.fr

- Il est indispensable de ne pas répéter les tentatives de laryngoscopie et de ne pas insister avec une technique qui « ne marche pas ». La multiplication des tentatives de laryngoscopie est source de complications potentiellement graves, plus de deux laryngoscopies augmentant significativement la survenue d'une hypoxémie, d'une inhalation, d'une bradycardie ou d'un arrêt cardiaque [6].
- Le matériel pour l'intubation difficile doit être disponible et son fonctionnement connu de tous. Aussi, tous les intervenants doivent être formés aux différentes techniques proposées dans l'algorithme et un entretien des compétences doit être assuré.
- Les complications de l'intubation trachéale en urgence sont nombreuses comme le font remarquer les auteurs. Dans le cas clinique proposé, la preuve de l'imputabilité du mandrin long béquillé dans la survenue d'une plaie trachéale est difficile à faire. Toutefois, il est certain que les complications de l'intubation trachéale peuvent parfois être évitées, car liées à une mauvaise gestion ou une technique défailante. L'enseignement de ce cas clinique est que le respect de principes simples et de

procédures validées permet de ne pas rendre une situation plus difficile qu'elle ne l'est et de limiter le risque de complications.

Références

1. Martin LD, Mhyre JM, Shanks AM, et al (2011) 3,423 emergency tracheal intubations at a university hospital: airway outcomes and complications. *Anesthesiology* 114:42–8
2. Danguy des Déserts M, Commandeur D, Fourel D (2011) Intubation difficile préhospitalière compliquée d'une rupture trachéale. *Ann Fr Med Urg* 1:89–90
3. Intubation difficile. Conférence d'experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation (2008). *Ann Fr Anesth Reanim* 27:3–62
4. Levitan RM, Everett WW, Ochroch EA (2004) Limitations of difficult airway prediction in patients intubated in the emergency department. *Ann Emerg Med* 44:307–13
5. Combes X, Jabre P, Margenet A, et al (2011) Unanticipated difficult airway management in the prehospital emergency setting: prospective validation of an algorithm. *Anesthesiology* 114:105–10
6. Mort TC (2004) Emergency tracheal intubation: complications associated with repeated laryngoscopic attempts. *Anesth Analg* 99:607–13