

Intérêt des aspirations des voies aériennes

Ces recommandations ont été écrites par :

Responsables du thème : L. FOURRIER (Lille) ; P. GRANDET (Bordeaux).

Jury : L. HOLZAPFEL (Pdt, Bourg-en-Bresse) ; D. BILLET (Lyon) ; A. BISSERIER (Paris) ; P. GRANDET (Bordeaux) ; Ph. HUBERT (Paris).

Experts : C. VINCON, Ch. FAUSSER (Paris) ; JP. LINOSSIER (Lyon) ; D. PESSEY (Paris) ; C.H. MARQUETTE (Lille)

INTERET DES ASPIRATIONS NASO-PHARYNGEES DANS LE DESEMCOMBREMMENT DU NOUVEAU-NE ET DU NOURISSON

Il s'agit en fait d'une aspiration nasale et non pas naso-pharyngée. La sonde ne doit pas aller plus loin que la cavité nasale et ne doit pas pénétrer dans le pharynx. L'aspiration des sécrétions au niveau du pharynx peut être responsable de régurgitations, d'un traumatisme local et d'une bradycardie réflexe (II₂).

INTERET (Niveau III)

Prévenir la détresse respiratoire, les troubles du sommeil et de l'alimentation chez le nouveau-né et le petit nourrisson.

INDICATION (Niveau III)

Une aspiration nasale peut être pratiquée lorsqu'il existe une obstruction nasale gênant l'alimentation. Le nez qui coule ne représente pas une indication.

Les aspirations sont répétées selon l'encombrement et leur fréquence doit être la plus limitée possible.

CONTRE-INDICATIONS (Niveau III)

Il ne faut pas pratiquer d'aspiration nasale en cas de prédisposition aux épistaxis : antécédents familiaux de maladie de Rendu-Osler, troubles de la coagulation.

MODALITES (Niveau III)

Cette procédure doit se faire à distance d'un repas (1h30 à 2h).

L'opérateur se lave les mains et met des gants non stériles. Il immobilise la tête de l'enfant.

Une sonde d'aspiration CH 7 ou 8 est utilisée. Celle-ci est introduite dans une narine sans aspirer et en se dirigeant en bas et en arrière, lentement jusqu'au carrefour rhino-pharyngé puis

l'opérateur aspire en remontant. La même manœuvre est répétée dans l'autre narine. La longueur à enfoncer est égale à la distance qu'il existe entre l'aile du nez et le coin externe de l'œil.

ACCIDENTS (Niveau III)

L'aspiration nasale peut se compliquer d'un épistaxis, d'un œdème de la muqueuse et d'un trajet sous-muqueux.

LES ASPIRATIONS TRACHEALES ET BRONCHIQUES CHEZ L'ADULTE INTUBE

INDICATIONS

L'aspiration des sécrétions bronchiques peut se compliquer d'un traumatisme de la muqueuse trachéo-bronchique, d'une hypoxie, de troubles hémodynamiques, d'un bronchospasme et de l'aggravation d'une hypertension intracrânienne (niveau II₂). Les aspirations ne doivent donc pas être systématiques et doivent être réalisées selon l'évaluation de l'encombrement bronchique (niveau III).

MODALITES

Il convient de pratiquer un drainage des sécrétions avant l'aspiration (niveau III).

Un malade conscient doit être averti la procédure.

Les sondes utilisées sont de taille CH 12 ou 14, à usage unique, stériles, en PVC souple et satiné, munies de deux œillets latéraux près de l'extrémité et d'une ouverture terminale à bout émoussé (niveau II₂).

Les sondes devraient être graduées et de longueur inférieure à 50 cm chez le patient intubé par voie translaryngée et inférieure à 30 cm chez le patient trachéotomisé (niveau III).

En cas d'usage d'une sonde sans gaine de protection, il faut utiliser des gants non stériles (niveau II₂).

La durée d'une aspiration est de 10 à 15 secondes et de 30 secondes maximum. La dépression employée doit être la plus faible possible pour être efficace. Les valeurs recommandées sont de 80 à 150 mmHg et ne doivent pas dépasser 200 mmHg. L'usage d'un « stop-vide » permet de descendre la sonde dans les voies aériennes sans aspirer puis d'aspirer en remontant la sonde. L'usage d'un raccord de fibroscope au niveau de l'extrémité de la sonde trachéale permet de ne pas interrompre la ventilation mécanique pendant la procédure et d'utiliser

l'auto-déclenchement du respirateur. La FIO₂ doit être réglée sur 100% une minute avant et pendant l'aspiration. Des aspirations en séries rapprochées ne doivent pas être pratiquées.

Si une lubrification est réalisée, il faut employer un gel aqueux (niveau II₂).

Des hyperinsufflations manuelles ou avec le respirateur peuvent être pratiquées avant et après l'aspiration (absence de consensus).

Après la réalisation de l'aspiration, il faut s'assurer de la stabilité hémodynamique et respiratoire du patient (niveau III).

La procédure suivante peut être employée : la sonde est enfoncée doucement dans les voies aériennes jusqu'à rencontrer une légère résistance. Elle est alors retirée de 2 à 3 cm et le vide est mis en service. La sonde est retirée en la tournant doucement sans va et vient (niveau III).

Un système clos d'aspiration endotrachéal peut être utilisé. Il doit être changé après 24 heures d'utilisation. Il ne dispense pas de pratiquer une pré- oxygénation. Il permet de maintenir une oxygénation correcte et diminue la durée d'interruption de la ventilation et de l'application de la PEP. Ce système est efficace sur les contaminations croisées mais ne permet pas de diminuer l'incidence des pneumopathies nosocomiales (niveau II₂).

LES ASPIRATIONS TRACHEALES ET BRONCHIQUES CHEZ L'ADULTE NON INTUBE

Les masseur-kinésithérapeutes ne sont pas autorisés à pratiquer une aspiration naso-trachéale (décret du 8 octobre 1996).

Une aspiration naso-trachéale peut être effectuée par un masseur-kinésithérapeute sur délégation médicale, selon une procédure écrite et signée par le chef de service à l'hôpital ou le médecin prescripteur pour un patient à domicile (niveau III).

Cette procédure peut être réalisée en urgence, en l'absence d'un médecin et en attendant son intervention, pour rétablir la perméabilité des voies aériennes obstruées par des sécrétions ou un corps étranger. Les complications de cette procédure sont nombreuses avec en particulier l'arrêt cardiaque et le bronchospasme (niveau II₂).

L'aspiration naso-trachéale doit être réalisée sous surveillance monitorée de l'électrocardiogramme et de la saturation transcutanée. Un matériel de ventilation manuel doit être à proximité, pouvant être branché sur l'oxygène (niveau III).

PLACE DE L'ENDOSCOPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES OBSTRUCTIONS TRACHEOBRONCHIQUES

L'endoscopie bronchique n'a pas d'avantage démontré par rapport à la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge des atélectasies (niveau I).

En présence d'une atélectasie, la kinésithérapie respiratoire doit être pratiquée chaque fois que possible. La fibroscopie ne sera pratiquée d'emblée que dans les cas suivants (niveau III) :

- Traumatisme rachidien non stabilisé
- Volet thoracique
- Membre en traction
- Instabilité hémodynamique
- Saignement endobronchique
- Suspicion de tumeur, de corps étranger ou d'anomalies de la segmentation bronchique
- Surveillance d'une suture bronchique
- En cas de bouchons de suie ou de caillots sanguins volumineux
- En l'absence de kinésithérapeute