

## Induction / Intubation en séquence rapide

[On est mieux si on a appris et on s'entraîne]

[On est mieux à plusieurs]

[On traite avant tout une obstruction des VAS]

[On sait ne pas s'acharner]



## **Atropine / Midazolam 1 mg**

**Kétamine 1,5 à 3 mg/kg** [Flacon de 5ml = 250 mg, diluer 2 ml=100 mg dans une seringue de 10 cc ; 1 ml = 10 mg]

**Célocurine 1 à 1,5 mg/kg** [Ampoule de 2ml = 100 mg, diluer dans une seringue de 10 cc, 1ml=10 mg]

## Laryngoscopie avec mandrin rigide

## **Intubation** Repère 21-23 à la commissure labiale

## Ballonet gonflé

## Exposition lacette

## Vérification

## Verification

B ?

C ?

## Pour O2

A

**Ballon  
Aspiration  
Sonde  
7,5  
Induction  
Crico**

02

Etat dissociatif  
Perte de conscience  
(≈)

## Attendre la fin des fasciculations (*pas toujours visibles*)

3

$\pm$ - BURP: Mandrin Eschmann

FeO2> 90%

### *Apnée pas constante*

## Apnée

## Sellick

10 N

30 N

1. Si très hémorragique: Adrénaline +/- transfusion préalable. Baisse dose max : 1,5 mg/kg pour éviter hypotension par perte du baroréflexe
  2. Si hypoTA post induction: Penser au choc allergique – Adrénaline [Ampoule de 2 ml=1 mg dans 10cc, cc par cc qsp TA]
  3. Ne pas s'acharner surtout oxygéner. Eschmann facile. Envisager précocement la cricothyrotomie
  4. Fixer la sonde d'intubation avec soin
  5. Être sûr d'être dans la trachée et non sélectif: Auscultation, CO2 et Echo +++
  6. Initier une ventilation contrôlée (VT=5mg/kg, FR= 20, PEP=0 FIO2=1 ) Objectifs : SpO2>90 % - EtCO2 : 30-35 mmHg
  7. Adapter la ventilation contrôlée (VT=5-6 ml/kg,FR=15 à 20/ùi, I/E=1/2 qsp EtCO2= 30-35 mmHg, Pmax < 35 cm H2O, , FiO2 qsp SpO2 >90 %,
  8. Mettre en route et adapter une sédation– Kétamine (10 mg titré) ou GammaOH (2 g IVD pour 90 min) + Sufentanil 5 µg titré
  9. Savoir différer une ISR – Savoir Intuber sous AL – Un CGS<8 peut être une indication d'ISR sauf en cas de chox hémorragique