

Induction / Intubation en séquence rapide

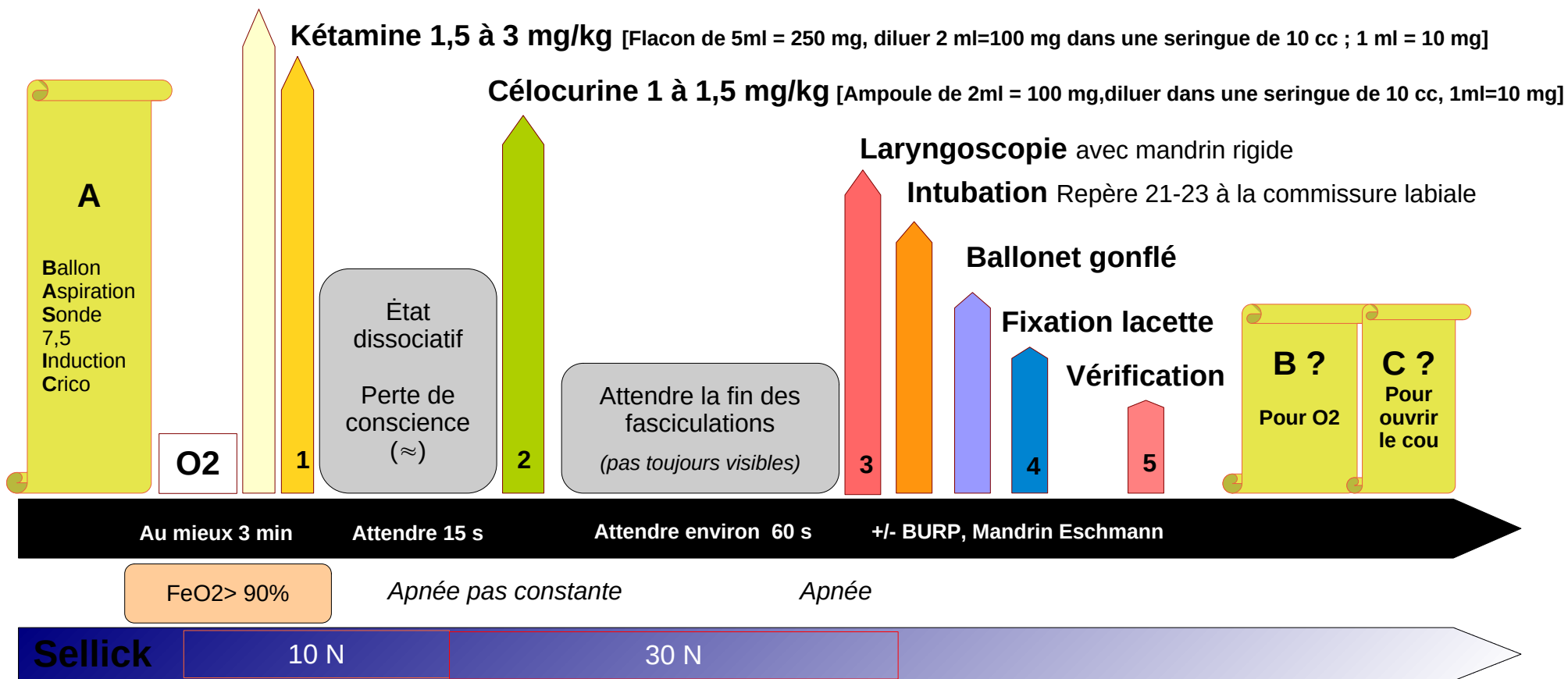
[On est mieux si on a appris et on s'entraîne]
 [On est mieux à plusieurs]
 [On traite avant tout une obstruction des VAS]
 [On sait ne pas s'acharner]



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]



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= 5ml/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/ù, 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 choc hémorragique