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]**

[Vidéo si dispo] Laryngoscopie avec mandrin rigide

Intubation Repère 21-23 à la commissure labiale

Ballonet gonflé

Fixation lacette

Vérification

A

BASIC ?

Ballon
Aspiration
Sonde 7,5
Induction
Crico

O2

1

État dissociatif

Perte de conscience (≈)

2

Attendre la fin des fasciculations

(pas toujours visibles)

3

4

5

B ?

Pour O2

C ?

Pour ouvrir le cou

Au mieux 3 min | **Attendre 15 s** | **Attendre environ 60 s** | **+/- BURP, Mandrin Eschmann**

FeO2> 90%

Apnée pas constante

Apnée

Sellick 10 N 30 N

1. Si très hémorragique: Adrénaline [Ampoule de 2 ml=1 mg dans 10cc, cc par cc qsp TA] +/- transfusion préalable.
   Baisse dose max : 1,5 mg/kg pour éviter hypotension par perte du baroréflexe
   Ne pas réduire la dose de curares
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 choc hémorragique