

TECH. 6 Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE[®] et COMBITUBE[®] SA)

TECH. 6

Critères d'inclusion :

1. Installation du Combitube[®]

- a) Si la personne est traumatisée, la colonne cervicale doit être immobilisée avant l'insertion du Combitube[®];
- b) Préparer le Combitube[®] (vérifier l'étanchéité des ballonnets, les pilotes, le vérificateur de positionnement oesophagien (VPO), la succion et le ballon-masque);
- c) Appliquer du gel lubrifiant sur l'extrémité distale du Combitube[®];
- d) Positionner la tête en position neutre; soulever à la fois la langue et la mâchoire inférieure vers le haut, en s'assurant de maintenir la tête entre les genoux ou avec les deux mains d'un autre intervenant si immobilisation entre les genoux impossible;
- e) Insérer le Combitube[®] en suivant la courbe du pharynx;
- f) Cesser l'insertion lorsque la ligne d'arrêt sur le tube est approximativement au niveau des incisives;
- g) Gonfler le ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), puis gonfler le ballonnet distal (pilote # 2 blanc);
- h) Vérifier le positionnement du Combitube[®] :
 - o VPO sur tube blanc (conduit # 2) :
 - si VPO négatif : ventiler dans le conduit # 1 (bleu);
 - si VPO positif : ventiler dans le conduit # 2 (blanc).
 - o auscultation pulmonaire positive;
 - o absence de son et de distension gastrique

Remarques :

Ne pas utiliser le Combitube[®] si :

- o la personne a ingéré un agent caustique;
- o le patient est en obstruction des voies respiratoires par corps étranger;
- o le réflexe de déglutition est présent;
- o présence de trachéostomie fermée;
- o présence d'anaphylaxie au latex.

Si le VPO est négatif et s'il existe un doute important d'une absence de ventilation dans les poumons par le conduit # 1 (bleu), demander au TAP # 2 de ventiler le conduit # 2 (blanc) :

- o ausculter l'estomac et les poumons;
- o choisir le conduit adéquat;
- o si le doute persiste, retirer le Combitube[®].

Si fuite d'air par la bouche et que le pilote est bien gonflé : ajouter 20 cc d'air supplémentaire au ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), selon le tableau ci-dessous :

	Combitube[®] standard (41F)	Combitube[®] SA (37F)
Taille du patient	5'6" – 1,65 m et plus	4'0" - 1,22 m à 5'6" – 1,65m
Quantité d'air ballon proximal initial	100 cc	85 cc
Quantité d'air ballon proximal maximal	200 (ajout 20 cc X 5)	165 (ajout 20 cc X 4)
Quantité d'air distal	15 cc	12 cc

2. Retrait du Combitube[®]

- a) Vérifier la disponibilité des équipements requis : succion en marche, seringue 140 cc;
- b) Tourner le patient en décubitus latéral;
- c) Dégonfler complètement le ballonnet proximal par le pilote # 1 (Bleu);
- d) Dégonfler complètement le ballonnet distal par le pilote # 2 (Blanc);
- e) Retirer doucement le Combitube[®] en respectant sa courbure pour éviter de stimuler inutilement le pharynx;
- f) Succionner au besoin.

Remarques :

Intubation du patient vivant : l'utilisation de détecteur de CO₂ est requise dans la procédure de choix du tube de ventilation. Se référer au protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube[®] du patient en hypoventilation).

Indications de retrait du Combitube[®] : patient s'éveille, présence de réflexe de Gag, efforts de vomissements.

Lors de toute tentative d'intubation avec Combitube[®], le technicien ambulancier paramédic doit porter un masque chirurgical.

RÉA.6 Intubation au Combitube avec particularités MRSI

Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.

Généralités :

- Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention, incluant 2 paires de gants
- En situation d'ACR, cesser les compressions thoraciques pendant l'intubation et reprendre la RCR une fois l'intubation complétée.

Interventions à adapter :

1. Préparer le Combitube de la façon suivante :
 - Placer un filtre HEPA sur le tube bleu;
 - Placer un VPO (ou filtre HEPA) sur le tube blanc.
2. Procéder à l'intubation.
3. Retirer une paire de gants immédiatement après l'insertion du Combitube afin d'éviter de contaminer le matériel d'intervention.
4. Gonfler les ballonnets et valider la position du tube (capnographe ou VPO).
5. Après avoir confirmé le bon tube de ventilation, obturer le deuxième tube ne servant pas à la ventilation (filtre HEPA, pince hémostatique métallique, VPO déjà en place, etc.).
6. S'assurer de l'étanchéité du ballonnet proximal.
7. Faire un maximum de 2 tentatives d'intubation par le même intervenant (pour limiter la contamination) :
 - ACR médical : 2^e tentative lors de l'analyse subséquente
 - ACR traumatique : 2^e tentative après 2 minutes de compression thoracique
8. En cas d'extubation ou d'échec au Combitube, appliquer la technique de ventilation avec précautions de MRSI (TECH.15).