

## RÉA. 7 Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation

### RÉA. 7

---

#### Critères d'inclusion spécifiques:

---

Inconscience « U ».

**ET**

Fréquence respiratoire < 8/min.

**ET**

Absence de réflexe de Gag.

**ET**

Présence de pouls carotidien

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Confirmer la présence des critères d'inclusion.**
3. **Débuter l'assistance ventilatoire avec masque de poche et oxygène à haute concentration sauf si contre-indication en lien avec la sécurité du technicien ambulancier paramédics (TAP); dans ces situations, l'utilisation du ballon-masque ou de l'Oxylator™ est requise.**
4. **Prendre la saturométrie aussitôt que possible. Maintenir la surveillance en continu de celle-ci.**
5. **Installer les électrodes de défibrillation et préparer l'Oxylator™, débiter le support ventilatoire avec Oxylator™, puis préparer et vérifier le Combitube®.**
6. **Pendant la préparation de l'équipement nécessaire à l'intubation, préoxygéner le patient pour une durée de 3 à 5 minutes dans le but d'atteindre une saturation  $\geq 96$  % ou de la meilleure saturation obtenue précédemment.**
7. **Lorsque l'équipement est prêt, procéder à l'intubation avec le Combitube® et valider le tube de ventilation selon TECH. 6.**
8. **Si la tentative d'intubation est non réussie, reconfirmer la présence du pouls et effectuer l'assistance ventilatoire avec oxygène à haute concentration jusqu'à stabilisation du statut respiratoire (minimum 2 minutes), puis tenter l'insertion à nouveau. Deux essais par le TAP #2 et un essai par le TAP #1 sont nécessaires avant d'abandonner les tentatives.**
9. **Ventiler le patient selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.**
10. **La surveillance du patient suite à une intubation pour insuffisance respiratoire doit toujours comporter tous les éléments suivants :**
  - a) **Capnographie en continu;**
  - b) **Prise de pouls à toutes les minutes;**
  - c) **Monitoring cardiaque en continu;**
  - d) **Saturométrie en continu ;**
  - e) **État de conscience.**

## **RÉA. 7 Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation (suite)**

- 11. Si l'état de conscience du patient s'améliore avec présence de Gag ou d'efforts, de vomissements ou d'agitation, procéder à l'extubation du patient, se référer à TECH. 6 .**
- 12. Réévaluer l'ABC et procéder au support ventilatoire nécessaire.**
- 13. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale avec un collet cervical (et immobilisateurs de tête) pour l'évacuation.**
- 14. Transport URGENT au centre désigné par les services préhospitaliers d'urgence (SPU).**
- 15. Maintenir la ventilation du patient et la surveillance continue; réévaluation sériee des DèS vitaux, si possible.**

---

### **Remarques :**

La préoxygénation est applicable dans les cas médicaux seulement. L'intubation du patient hypoventilé demeure applicable ainsi que l'utilisation de l'EtCO<sub>2</sub> chez les patients traumatisés.

Il faut être vigilant lors de l'évaluation du patient en hypoventilation (RR < 8/min), car il pourrait s'agir d'un patient en arrêt cardiorespiratoire (ACR) avec respiration agonale qui demande à être défibrillé.

Le patient réanimé post ACR dont l'ACR a été confirmé par les TAP, peut être intubé par Combitube® s'il répond aux critères d'inclusion et d'exclusion, même si son rythme respiratoire est supérieur ou égal à 8.

**Le TAP doit être CERTAIN qu'il a un pouls pour continuer le protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation). Dans le doute, se référer au protocole de réanimation approprié.**

Les critères d'inclusion et d'exclusion habituels pour le Combitube® sont applicables, voir TECH. 6 (Tube orotrachéal à double voie - COMBITUBE® et COMBITUBE® SA).

La stabilisation du statut respiratoire fait référence à l'atteinte d'une saturation  $\geq 96\%$  ou de la meilleure saturation obtenue précédemment.

Le collet cervical doit être installé avant le déplacement du patient sur la planche. La tête du patient devra ensuite être immobilisée sur celle-ci pour le déplacement.

## **RÉA. 7 Intubation au Combitude du patient en hypoventilation avec particularités MRSI**

***Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.***

### **Généralités :**

- Revêtir les équipements de protection individuelle (EPI) appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
- Aviser le centre hospitalier si MRSI suspectée ou confirmée et respecter les directives de l'établissement.

### **Interventions à adapter:**

- Effectuer l'assistance ventilatoire selon la technique de ventilation avec précautions de MRSI (TECH. 15). Ne pas utiliser le masque de poche.
- Procéder à la préoxygénation (si applicable) selon la technique de ventilation avec précautions de MRSI (TECH. 15).
- Si l'interruption de l'assistance ventilatoire est nécessaire face à un patient non-intubé, lui couvrir le visage (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Procéder à l'intubation avec précautions de MRSI (TECH. 6).
- Faire un maximum de 2 tentatives d'intubation au total, par le même intervenant, afin de limiter la contamination. La 2e tentative d'intubation s'effectue après 2 minutes de ventilation.
- En cas d'extubation, de contre-indication ou d'échec au Combitube®, poursuivre la ventilation avec précautions de MRSI (TECH. 15).