

### 5.1.8. Procédure d'intubation difficile avec algorithme — combitube, jet insufflation

HSE	HSJ	CMSSSSA	HML
√	√	√	√

Création	Révision	Adoption CECMDPSF
2013-11-06	2023-04-06	2025-01-20

#### 1. Objectif

Prévoir, lors de situations où une intubation pourrait être difficile, des solutions de rechange simples à cette complication appréhendée.

#### 2. Procédure et rôle des intervenants

##### 2.1. Le médecin de l'urgence

- Évalue, dès l'arrivée du traumatisé, la respiration, la perméabilité des voies respiratoires et les risques des traumatismes sur cette fonction vitale. Il évalue alors la pertinence d'une intubation et la possibilité d'une intubation difficile. S'il n'est pas déjà sur place, un deuxième inhalothérapeute est demandé.
- Note les antécédents pertinents de l'utilisateur :
  - Dernier repas ;
  - Allergies ;
  - Difficultés lors d'intubations précédentes ;
  - Maladies sous-jacentes pouvant compliquer l'intubation.
- Procède à l'évaluation physique de l'utilisateur.
- Demande l'assistance d'un collègue médecin d'urgence au besoin. Dans le cas d'une intubation présumée difficile, l'anesthésiste de garde est avisé précocement.
- Planifie le plan B et s'assure que l'équipement est disponible. Les aides à l'intubation peuvent être utilisées d'emblée à la première tentative selon la situation et l'expérience du médecin traitant :
  - Glidescope ;
  - Combitube ;
  - Masque laryngé ;
  - Fast track ;
  - Bougie d'Eschmann ;
  - Cricothyrotomie d'urgence.
- Prépare l'utilisateur, détache le collet tout en maintenant la tête en position neutre avec l'aide d'un assistant.
- Après deux tentatives d'intubation infructueuses, il faut appeler, s'il n'est pas déjà sur place, l'anesthésiste de garde et procéder au plan B ou faire appel à son collègue médecin d'urgence.
- La confirmation de l'intubation endotrachéale doit se faire obligatoirement par l'auscultation et la capnographie.

## 2.2. L'infirmière

- S'assure que le matériel demandé soit disponible.
- Installe le matériel nécessaire.
- Assure une surveillance cardiorespiratoire de l'usager.
- Installe les accès veineux.
- Prépare et administre la médication prescrite.
- Collabore aux interventions médicales.
- Consigne les interventions au dossier.
- S'assure que le chariot d'intubation difficile soit descendu du bloc opératoire en collaboration avec l'assistante infirmière chef et/ou le coordonnateur des activités.

## 2.3. L'inhalothérapeute ou l'ORL de garde pour cricothyrotomie

- S'assure que le matériel demandé soit disponible et prêt à être utilisé.
- Effectue la surveillance respiratoire de l'usager.
- Assiste le médecin lors de l'intubation endotrachéale.
- Vérifie la position endotrachéale du tube par la capnographie et le VPO.
- Ajuste les paramètres ventilatoires au besoin.

## 2.4. L'anesthésiste de garde

- Procède à l'intubation définitive en cas d'échec du plan B ou en cas d'intubation temporaire (Combitube, masque laryngé ou fibre optique).
- Le médecin d'urgence demeure le médecin traitant et il continue de superviser la prise en charge globale de l'usager.

## 2.5. Le chirurgien de garde

- Sécurise les voies respiratoires par technique chirurgicale en cas d'échec à l'intubation endotrachéale.

## 4. Référence sur la procédure d'intubation difficile du Collège des médecins

Une référence au document du Collège des médecins intitulé *Démarches en cas de difficultés imprévues à l'intubation*, est disponible à l'adresse : <http://www.cmq.org/> (Section Centre des médias, Publications, Lignes directrices).

Annexe — Algorithme procédure d'intubation difficile

