

Rôle du binôme
infirmier(ère) / **kinésithérapeute**
dans le succès de l'extubation
(hors sevrage ventilatoire)

Anne Freynet, Nicolas Rougier, Matthieu Guicheney

Service de réanimation thoracique et digestive

Groupe Hospitalier Sud - Pessac

1. Introduction

Une extubation réussie tient à plusieurs facteurs, propres aux patients, mais aussi à des évaluations et interventions des professionnels de santé. Les infirmiers et les kinésithérapeutes interviennent auprès du patient de façon complémentaire, pour optimiser l'état du patient avant ce geste. Une mise au point sur l'extubation est présentée ici, à travers une revue de la littérature.

2. Matériels et méthode

Une revue de littérature a été réalisée à partir des bases de données Pubmed, Pascal et Pedro, de 1994 à 2014. Les MESH termes de Pubmed ont été utilisés afin de cibler précisément la recherche. Parmi les nombreux articles retrouvés, 56 ont été sélectionnés et analysés.

Les domaines de recherche concernaient à la fois la période pré-extubation, l'extubation, et la période post-extubation.

Des validations scientifiques ont alors été exprimées, en lien avec la littérature (forte, moyenne, faible).

#

3. Résultats

3.1. Avant l'extubation

Evaluation :

Plusieurs éléments doivent être évalués et quantifiés pour que l'extubation soit possible avec un faible taux d'échec. Le test de fuite et l'évaluation de la force de toux sont prédicteurs d'un échec d'extubation (validation moyenne), tandis que l'évaluation de l'encombrement et de la déglutition chez le patient intubé ne font pas l'unanimité (validation faible).

Moyens utilisés :

La mobilisation précoce permettrait une durée de sevrage moindre (validation forte). L'utilisation de sonde d'intubation avec aspiration sous-glottique permettrait de limiter l'apparition des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM), et réduirait aussi la durée du sevrage ventilatoire (validation forte).

Le désencombrement sous ventilation mécanique permettrait quant à lui une amélioration de la compliance pulmonaire (validation moyenne), et le renforcement des muscles inspireurs une diminution de la durée de sevrage ventilatoire.

3.2. Pendant l'extubation

- Libération des voies aériennes supérieures.
- Aspiration endotrachéale.
- Aspiration sous-glottique (ballonnet dégonflé sonde d'aspiration en place) ou aspiration avec sonde d'intubation avec aspiration sous-glottique.
- SNG en siphonage (vérifier stases gastriques).
- Position demi-assise.
- Oxygénothérapie préparée: 6L/min au masque simple.
- Ballonnet dégonflé et extubation en début expiration.
- Pas aspiration en extubant (risque dérecrutement et atélectasie).
- Récupération des sécrétions par aspiration buccale.
- Si œdème laryngé : aérosols corticoïdes ; Aérosols adrénaline.

3.3. Après l'extubation

La VNI / VNI Nava permettent de limiter les échecs d'extubation (validation forte). Les troubles de déglutition pénalisent aussi l'extubation (validation forte). La gestion de l'oxygénothérapie et le désencombrement instrumental permettent de limiter les complications après extubation (validation moyenne).

Enfin, le positionnement et le désencombrement manuel limitent aussi les complications (atélectasies), mais avec une validation scientifique faible.

4. Conclusion

Avant extubation	Sevrage
	<u>Evaluation</u> : Force de toux ++ / Cuff-leak test ++ / Sécrétions bronchiques +/ Déglutition +
	<u>Interventions</u> : Mob Précoce +++/ Aspi sous – glottique +++/ Désencombrement sous VM ++/ Muscles inspireurs++
	Préparation +++
Extubation	Pas aspiration concomitante
	Aérosols œdème laryngé
Après extubation	VNI +++ / Déglutition +++
	Oxygénation ++ / Désencombmt instrumental ++
	Désencombrement +/positionnement +
	Travail pluridisciplinaire +++

#