

Drainage bronchique sous ventilation mécanique chez le patient intubé

Guillaume Gobaille

Réanimation digestive, hôpital Haut-Lévêque (CHU Bordeaux)

La ventilation mécanique chez le patient intubé a pour effet indésirable la baisse de la clearance muco ciliaire. Elle induit aussi une baisse des volumes inspirés ainsi que leur variabilité. Ceci associé à l'incapacité pour le patient de tousser efficacement, il peut en résulter une obstruction bronchique et une gêne à la ventilation liées à l'encombrement.

La méthode la plus couramment utilisée afin d'y remédier est l'aspiration endotrachéale.

A celle-ci peuvent être ajoutées des techniques de désencombrement bronchique réalisées la plupart du temps par des kinésithérapeutes ou des thérapeutes respiratoires suivant les pays. Il existe de fait une grande variété de techniques utilisées qui ont parfois peu de points communs.

La littérature en est donc assez contradictoire dans ses résultats et il en est difficile d'en tirer des conclusions quant à la pertinence d'une méthode par rapport aux autres.

Nous avons donc cherché à évaluer une méthode de kinésithérapie respiratoire francophone qui fait largement consensus chez le patient non intubé mais qui est aussi couramment utilisé chez l'intubé : Augmentation du Flux Expiratoire (AFE).

Cette technique a donc été évaluée chez le patient sédaté en ventilation en volume contrôlé.

Il ressort de cette étude que cette technique permet un recueil de sécrétions supérieur de manière significative par rapport à une aspiration simple (210 [80-545] vs. 120 [40-255] mg, $p=0.02$) tout en diminuant les pressions de ventilation au cours du traitement ($p<0.004$) sans modification de la compliance dynamique et de la résistance.

Ainsi, l'AFE appliquée au patient intubé conserve les mêmes caractéristiques que celles décrites pour le patient en respiration spontanée avec une efficacité significative et sans présenter de risque ventilatoire pour le patient.