



• Préparation à l'extubation : • Prise en charge pluridisciplinaire • Médecin • IDE • Kiné <i>Marelich & coll. (2000)</i> \ durée du sevrage <i>Vignaux L (2005)</i> : Habitude d'un Binôme au moment de l'extubation	
--	--

Repérer les patients à risque d'échec d'extubation • Réintubation / taux de mortalité • Échec de l'extubation : 3 à 19% • Difficulté du processus de sevrage/extubation • Fonction de la pathologie • 50% chez les patients BPCO • 40% patients avec affections neurologiques	
---	--

Préparation de l'extubation 1) liberté des voies aériennes au moment de l'extubation • Lutte contre l'encombrement bronchique • Liberté des voies aériennes sup. (ORL) 2) Evaluation des capacités du patient • Prédire des complications en post-extubation • Retarder l'extubation • Apporter une réponse plus rapide au risque prédit 3) Information, installation du patient, assistance...	
--	--

Liberté des V.A.S. • L'encombrement bronchique représente un risque majeur de complication en post- extubation ↓ • Désencombrer le patient avant l'extubation représente une priorité	
---	--

Stratégies de désencombrement bronchique • Élimination des sécrétions est perturbée chez le patient I/V • \ clairance muco-ciliaire • Expectoration impossible • Broncho-aspiration • Fibro-aspiration • Kiné respiratoire + broncho aspiration	
---	--

Lutter contre l'encombrement

- Toilette bronchique

Ventilation mécanique

+

AFE
+
BRONCHO ASPI

- Changement de position

- Décubitus dorsal
- Décubitus ventral
- Décubitus latéral

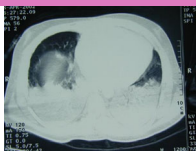
Lutter contre l'encombrement



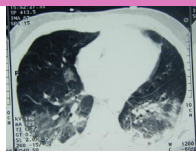
Inspiration

Expiration

Positionnement en décubitus ventral



Scanner
EN DECUBITUS DORSAL



Scanner APRES 12h EN
DECUBITUS VENTRAL

- Désobstruction des zones postérieures
- Reventilation des zones postérieures : ↗ PaO2

Préparation autour du geste d'extubation

- Position ½ assise
- Pré-oxygénation
- Information du patient
- Aspiration pulmonaire, buccale et **sous glottique**
- Chariot d'intubation préparé, voie veineuse vérifiée, masque ventilation...

Extubation

- **Extubation en fin inspiration**
- Ablation de la sonde d'intubation sans broncho-aspiration associée
 - Sinon risque de collapsus
 - Diminution de la CRF
 - Risque d'atélectasie

En résumé au moment de l'extubation :

- Préparer un patient à l'extubation est un travail d'équipe
- Désencombrer le patient avant l'extubation et pas en post extubation immédiat
- Tenter de prédire les complications à venir

Après l'extubation

PLACE DE LA KINESITHERAPIE DEVANT L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUË (I.R.A).

Insuffisance Respiratoire Aigue : IRA

DEFINITION: Il y a défaillance respiratoire aiguë lorsque le poumon devient incapable d'assurer une oxygénation correcte du sang artériel et/ou de prévenir une rétention en CO_2 .

Tirage
Dyspnée

Hypoventilation
alvéolaire

Fatigue muscles
respiratoires

Hypoxie

hypercapnie

Problématiques post-extubation

- Le surencombrement bronchique **ASPIRER**
- Trouble de la mécanique ventilatoire (hypoventilation) **VENTILER**
- L'œdème laryngé **AEROSOLISER**
- Trouble de déglutition **PROTÉGER**

C.A.T. sur encombrement secondaire:

• Kinésithérapie +++

- Manœuvre manuelle de désencombrement.
- VNI comme aide au désencombrement :
 - L'augmentation du volume d'air mobilisé permet de mieux mobiliser les sécrétions
 - En particulier au niveau des bases pulmonaires
 - Intérêt +++ en chir. Abdo. (diaphragme sidéré)
 - Intérêt +++ de la VNI avec patient fatigué ou non coopérant
- Aide à la toux +/- aspiration

• Fibroscopie après échec de la kiné

- Geste agressif / risque de décompensation
- Ne désencombre que les gros troncs

- Aérosols/Humidification
- Techniques de modulation de flux expiratoire (AFE...)
- Expectoration / ECBC
- Aspiration buccale autonome
- Aspiration naso-pharyngée
- Aspiration naso-trachéale (...)
- Techniques instrumentales : in/exsufflator ...
- Positionnement (atélectasie)



C.A.T EN CAS DE FATIGABILITÉ DE LA MÉCANIQUE VENTILATOIRE

• CAUSES :

- Dénutrition
- Situations métaboliques
- Conditions mécanique

• SOLUTIONS :

- Apport nutritionnel
- En cas d 'hypoxie isolée $\Rightarrow$ V.S + Pep
- En cas d 'hypercapnie couplée à une hypoxie
 $\Rightarrow$ V.S +A.I avec ou sans Pep

C.A.T EN CAS DE TIRAGE LARYNGÉ I

- Aérosol de corticoïdes
- Corticothérapie en I. V.
- Rechercher la position qui limite le tirage
 - Installation
 - +/- traction cervicale maintenue (kiné) +/- CPap
- Réintubation $\Rightarrow$ Précautions avt 2nd extubation
 - Aérosol immédiat en post-extubation.
 - Corticothérapie en I. V. 48h avt. nlle extubation

C.A.T EN CAS DE TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

• ÉVALUATION DES TROUBLES

- Avant et après extubation
- Patient qui déglutit « parfois »
- Patient qui ne déglutit pas avant mais après extubation

• SOLUTIONS ET C.A.T $\Rightarrow$ Protéger la fonction respi.

- Améliorer la ventilation et l 'oxygénation
 - Kinésithérapie de désencombrement +++
 - Manœuvre de désencombrement AFE
 - aspiration.+++
 - Aspiration sus glottique en continue +++
- Position de tête facilitant la déglutition
- Eviter l 'alimentation per os.