

ASPIRATIONS BRONCHIQUES & TRACHÉALES CHEZ LE MALADE INTUBÉ OU TRACHÉOTOMISÉ LORS D'UNE INTERVENTION SMUR

7 mai 1999

Définition

Libération par succion des sécrétions stagnantes dans les voies aériennes supérieures, la trachée et les bronches à l'aide d'un dispositif adéquat branché à une source de vide.

L'aspiration est un geste qui doit être noté sur la feuille de surveillance ou les documents infirmiers.

Personnes autorisées

- Médecin
- Infirmier

Ce geste doit être réalisé par un personnel entraîné et conscient des risques :

L'aspiration doit être efficace, atraumatique et aseptique.

Objectifs

Désencombrer les bronches, la trachée et les voies aériennes supérieures des sécrétions qui sont produites normalement ou en excès en cas d'infection et qui ne peuvent plus être éliminées par la toux chez le patient intubé et souvent sédaté, afin d'assurer une bonne oxygénothérapie du patient.

Indications

- Chez un patient intubé ou non.
- Hypersécrétions bronchiques
- Obstruction des voies aériennes basses par un bouchon, corps étranger (inhalation, sang...) augmentation des pressions de ventilation, sécrétions dans les tuyaux, toux productive, patient désadapté du respirateur, sueurs, agitation.
- Avant de dégonfler un ballonnet

Matériel

- Système d'aspiration portable (poche et tuyaux à usage unique)
- Sondes d'aspirations jetables
- Compresses stériles
- Gants non stériles

- Monodoses de sérum physiologique
- Poubelle ou sac à déchets d'activités de soins

Technique d'aspiration

Aspiration trachéale

Préparation du soignant

- Lavage des mains (cf. protocole SMUR)
- Port des gants jetables.

Préparation du patient

- Avertir le patient: en effet, ce geste représente une stimulation nociceptive important
- Mettre le respirateur hors alarme
- Surveiller l'oxygénation du patient avec un saturomètre
- Prévoir une augmentation de la FiO₂ si nécessaire et une instillation éventuelle avec une monodose de sérum physiologique

Déroulement de l'aspiration

- Débrancher, si il y a lieu, le patient du respirateur
- Adapter une sonde d'aspiration stérile sur le tuyau d'aspiration
- Descendre la sonde, avec douceur dans la trachée, de 30 à 35 cm en arrêtant la dépression
- Quand la sonde est en butée ne pas forcer la progression. En cas de progression difficile de la sonde à travers la canule d'intubation, il peut être nécessaire de lubrifier la sonde (silicone)
- Aspirer tout en retirant la sonde d'aspiration en lui faisant faire de petits mouvements de rotation pour éviter l'effet ventouse et permettre la progression des sécrétions dans les tuyaux
- Essuyer la sonde avec une compresse stérile
- En cas d'instillation, reventiler le patient quelques secondes avant l'aspiration
- En cas de patient très hypoxique, la FiO₂ doit être réglée à 100 % quelques minutes avant l'aspiration
- Après l'aspiration et si tolérance du geste est satisfaisante, la FiO₂ est remise à son niveau habituel
- L'aspiration trachéale est réalisée de la même manière au travers d'un orifice de trachéotomie

Cette opération doit être faite

- Une fois dans la bronche droite en faisant tourner la tête du malade à gauche
- Une fois dans la bronche gauche en faisant tourner la tête du malade à droite

Aspiration naso-buccale

- Adapter une sonde au système d'aspiration
- Aspirer dans la bouche, puis le nez
- L'aspiration nasale doit être particulièrement prudente et atraumatique pour éviter un passage sous muqueux de la sonde d'aspiration
- Jeter la sonde.
- En aucun cas la sonde ayant servi à l'aspiration naso-buccale sera utilisée pour pratiquer l'aspiration trachéale
- Lavage des mains en fin de geste après retrait des gants