

CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON		
REFERENCE : <b>UF3700/10.b</b>	TITRE : <b>Aspiration endotracheale en reanimation et en sauv</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page :1/7 Date d'émission : 05/05/2022 Date de révision :
<b>Rédaction :</b> Nom : Dr HOUCHE S. Fonction : MEDECIN	<b>Vérification :</b> Nom : Mme ROUFOSSE F. Fonction : CS	<b>Vérification :</b> Nom : Fonction :
<b>Approbation :</b> Nom : Pr KALLEL H. Fonction : Chef de service	<b>Approbation :</b> Nom : Mme RIBAC J. Fonction : FFCS	<b>Approbation :</b> Nom : Dr PUJO JM. Fonction : Chef de service
<b>Ont collaboré à la rédaction :</b> SOUSA T., DANVY A., SOARES E., THIBAULT A.- Mme FRANCOIS L.		<b>Visa qualité :</b>
<b>Domaine d'application :</b> REANIMATION POLYVALENTE – SAUV – SMUR		
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>		



## I - DEFINITION

Introduction d'une sonde d'aspiration dans la trachée par une canule de trachéotomie ou par une sonde d'intubation.

## II - PERSONNES CONCERNÉES

- Médecin,
- IDE (décret de compétence),
- Kinésithérapeute.

## III - OBJECTIFS

- Maintenir la liberté des voies aériennes supérieures,
- Drainer les sécrétions bronchiques,
- Prévenir l'infection et l'encombrement broncho-pulmonaire.

## IV - INDICATIONS

L'aspiration endotrachéale (AET) est un geste invasif, traumatique, douloureux et angoissant pour le patient. **Ce geste doit être efficace, aseptique et bref.**

***L'AET n'est pas systématique, la fréquence de l'aspiration doit être adaptée aux besoins du patient :***

- Modification de la fréquence respiratoire, mise en jeu des muscles accessoires, toux excessive, sueurs,
- Anxiété ou agitation du patient,
- Désaturation, élévation de la pression artérielle et/ou de la fréquence cardiaque,
- Présence de sécrétions visibles dans la sonde d'intubation,
- Désadaptation du ventilateur : diminution du volume minute, modification des courbes de débits ou augmentation du niveau de pression inspiratoire, aspect en "dents de scie" sur la courbe de débit.

Il est conseillé de réaliser une AET à chaque prise de poste.

REFERENCE : UF3700/10.b	TITRE : Aspiration endotracheale en reanimation et en sauv	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page :2/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 05/05/2022 Date de révision :

## V – AET sans système clos

### 1. MATERIEL

- Habillage de l'opérateur : tablier à usage unique, masque, lunettes (ou masque à visière), gants stériles ou non selon les sondes utilisées (cf déroulement du soin),
- Système d'aspiration : source de vide (dépression de 80 à 200 millibars), bocal d'aspiration hermétique pour recueil de sécrétions, tuyau d'aspiration et Stop Vide® à patient unique,
- Sonde d'aspiration stérile (gainée ou non gainée),
- Système de rinçage de la ligne d'aspiration (solution antiseptique),
- Sérum physiologique en monodose si besoin,
- Protection pour le patient (alèze, papier, etc.)

### 2. DEROULEMENT DU SOIN

Pour que le soin soit optimal et aseptique, il est recommandé d'utiliser des sondes d'aspiration gainées.

#### Déroulement du soin avec sonde d'aspiration gainée :

- Informer le patient de la nécessité du soin,
- Se frictionner les mains avec une solution hydro alcoolique (SHA),
- Mettre tablier jetable, masque, lunettes (ou masque à visière) et gants d'hygiène,
- Vérifier le bon fonctionnement du système d'aspiration,
- Pré-oxygénation systématique chez le patient hypoxémique,
- Connecter le bout de la sonde d'aspiration gainée au Stop Vide® puis la sortir de son emballage en la gardant stérile,
- Ouvrir le capuchon du cathéter de Mount avec la main libre ou déconnecter le sonde d'intubation/canule de trachéotomie du filtre (si patient en ventilation spontanée),
- Introduire stérilement la sonde par le capuchon du cathéter de Mount en descendant doucement sans aspirer jusqu'au carrefour des voies bronchiques.  
**Si toux ou butée, il est impératif de retirer la sonde d'aspiration de 1 cm avant de commencer à aspirer !**
- Appuyer sur le Stop Vide® et aspirer en remontant la sonde d'aspiration en effectuant des petits mouvements de rotation (afin d'éviter l'effet ventouse et permettant ainsi l'aspiration d'air et la progression des sécrétions dans le tuyau),
- Fermer le capuchon du cathéter de Mount,
- Effectuer une nouvelle aspiration si besoin, selon la même technique,
- Jeter la sonde et les gants dans la poubelle "déchets à risque",
- Rincer le système d'aspiration,
- Réinstaller le patient et le circuit du ventilateur,
- Se frictionner les mains avec une SHA,
- Noter le geste sur la feuille de surveillance du patient : aspect, quantité des sécrétions.

#### Déroulement du soin avec sonde d'aspiration non gainée :

Lors d'une AET avec sonde d'aspiration non gainée, l'utilisation de gants stériles est primordiale pour l'asepsie du soin. La manipulation de la sonde avec des compresses stériles est à proscrire (risque de contamination élevé).

REFERENCE : UF3700/10.b	TITRE : Aspiration endotracheale en reanimation et en sauv	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page :3/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 05/05/2022 Date de révision :

- Informer le patient de la nécessité du soin,
- Se frictionner les mains avec une solution hydro alcoolique (SHA),
- Mettre tablier jetable, masque, lunettes (ou masque à visière) et gants d'hygiène,
- Vérifier le bon fonctionnement du système d'aspiration,
- Pré-oxygénation systématique chez le patient hypoxémique,
- Connecter le bout de la sonde d'aspiration gainée au Stop Vide® en la maintenant dans son emballage stérile,
- Retirer les gants d'hygiène et se frictionner les mains avec une SHA,
- Mettre les gants stériles,
- Sortir stérilement la sonde d'aspiration de son emballage avec la main dominante et la maintenir stérile,
- Ouvrir le capuchon du cathéter de Mount avec la main non-dominante ou déconnecter le sonde d'intubation/canule de trachéotomie du filtre (si patient en ventilation spontanée),
- Introduire stérilement la sonde (main dominante) par le capuchon du cathéter de Mount en descendant doucement sans aspirer jusqu'au carrefour des voies bronchiques. **Si toux ou butée, il est impératif de retirer la sonde d'aspiration de 1 cm avant de commencer à aspirer !**
- Appuyer sur le Stop Vide® (main non dominante) et aspirer en remontant la sonde d'aspiration (main dominante) en effectuant des petits mouvements de rotation (afin d'éviter l'effet ventouse et permettant ainsi l'aspiration d'air et la progression des sécrétions dans le tuyau),
- Fermer le capuchon du cathéter de Mount,
- Effectuer une nouvelle aspiration si besoin, selon la même technique,
- Rincer le système d'aspiration,
- Réinstaller le patient et le circuit du ventilateur,
- Jeter la sonde et les gants dans la poubelle "déchets à risque",
- Se frictionner les mains avec une SHA,
- Noter le geste sur la feuille de surveillance du patient : aspect, quantité des sécrétions.

**Une aspiration traumatique est à l'origine de granulomes importants au carrefour des voies aériennes !**

**Attention** : penser à inhiber la ventilation d'apnée après le geste si le patient est en VS-AI-PEP.

## **VI – AET avec système clos**

L'utilisation d'un dispositif appelé **système clos** d'aspiration qui incorpore le cathéter d'aspiration dans le circuit du ventilateur, ce qui permet, par l'intermédiaire d'une bague rotative soit de placer le cathéter en continuité avec la sonde d'intubation, soit de l'exclure du circuit. Cette action ne nécessite pas l'ouverture du circuit, d'où son nom. Ce système présente l'avantage de réduire la chute de pression et la perte de volume pulmonaire au cours de l'aspiration trachéale minimisant ainsi les désaturations. Il permet également de réduire considérablement la contamination des professionnels de santé ainsi celle de l'environnement au cours de l'aspiration trachéale. Les inconvénients liés à ce système sont limités. Une diminution de l'efficacité de l'aspiration a été mise en avant, mais la seule étude ayant comparé précisément le volume des sécrétions aspirées avec les deux systèmes n'a trouvé aucune différence. Des coûts plus élevés ont également été avancés, mais il s'avère qu'ils peuvent être en fait réduits.

<b>REFERENCE : UF3700/10.b</b>	<b>TITRE : Aspiration endotracheale en reanimation et en sauv</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page :4/7 Date d'émission : 05/05/2022 Date de révision :

## 1. MONTAGE

<b>REFERENCE :</b> UF3700/10.b	<b>TITRE :</b> Aspiration endotracheale en reanimation et en sauv	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>  <b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Page :5/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 05/05/2022 Date de révision :

Sonde d'intubation

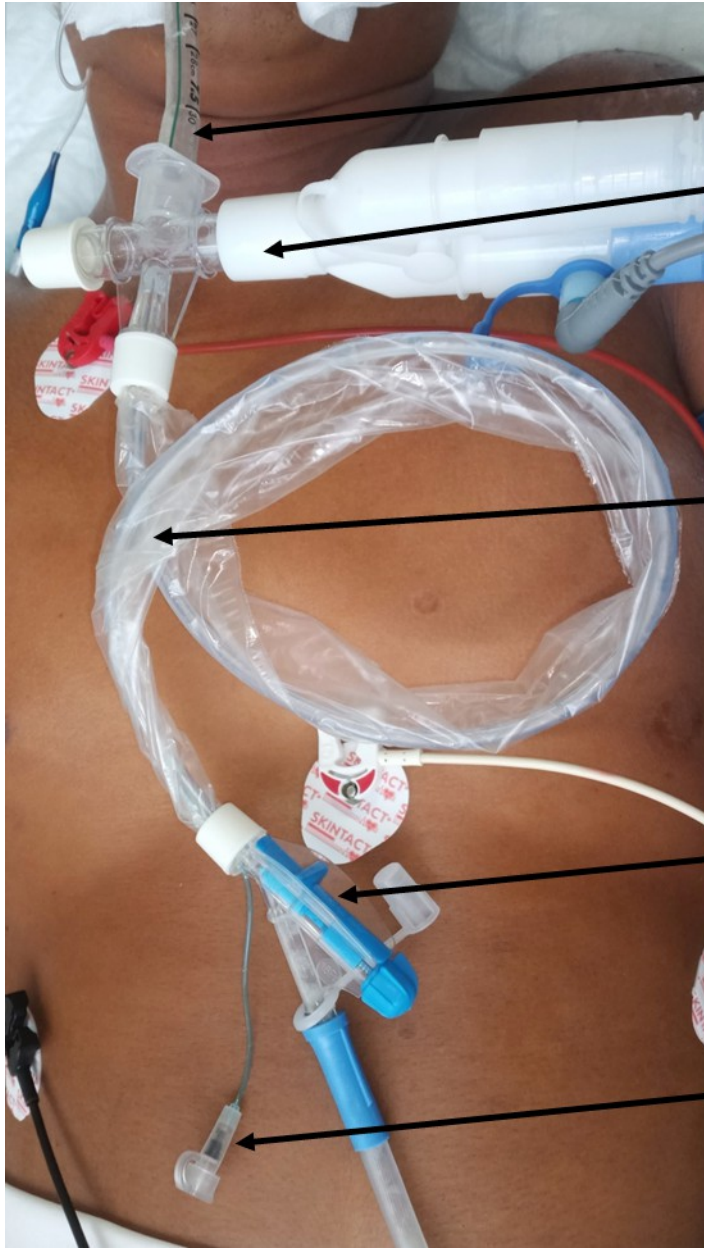
Pièce en T du circuit du ventilateur

Système d'aspiration clos

Stop vide

Embout pour instillation et rinçage  
de la sonde

REFERENCE : UF3700/10.b	TITRE : Aspiration endotracheale en reanimation et en sauv	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :	Page :6/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	REANIMATION POLYVALENTE	Date d'émission : 05/05/2022 Date de révision :



## 2. DEROULEMENT DU SOIN

- Informer le patient de la nécessité du soin,
- Se frictionner les mains avec une solution hydro alcoolique (SHA),
- Mettre tablier jetable, masque, lunettes (ou masque à visière) et gants d'hygiène,
- Vérifier le bon fonctionnement du système d'aspiration,
- Pré-oxygénation systématique chez le patient hypoxémique,
- Introduire la sonde du système clos en descendant doucement sans aspirer jusqu'au carrefour des voies bronchiques.

**Si toux ou butée, il est impératif de retirer la sonde d'aspiration de 1 cm avant de commencer à aspirer !**

<b>REFERENCE : UF3700/10.b</b>	<b>TITRE : Aspiration endotracheale en reanimation et en sauv</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b>	Page :7/7
	<b>REANIMATION POLYVALENTE</b>	Date d'émission : 05/05/2022 Date de révision :

- Appuyer sur le Stop Vide® et aspirer en remontant la sonde d'aspiration en effectuant des petits mouvements de rotation (afin d'éviter l'effet ventouse et permettant ainsi l'aspiration d'air et la progression des sécrétions dans le tuyau),
- Remonter la sonde jusqu'à sortir de la sonde d'intubation (ou repère),
- Effectuer une nouvelle aspiration si besoin, selon la même technique,
- Rincer le système d'aspiration en adaptant une seringue de 10 ml de sérum physiologique au niveau de l'embout de rinçage.
- Réinstaller le patient et le circuit du ventilateur,
- Se frictionner les mains avec une SHA,
- Noter le geste sur la feuille de surveillance du patient : aspect, quantité des sécrétions.

## VII - SURVEILLANCE

- Avant le soin :
  - Etat général du patient (coloration, tirage, sueur, agitation),
  - Constantes du ventilateur (pressions et volumes),
  - Augmentation de la FiO<sub>2</sub> si nécessaire.
- Pendant le soin :
  - Etre vigilant aux bradycardies,
  - Surveillance de la SpO<sub>2</sub>,
  - Coloration du patient.
- Après le soin :
  - Vérifier la stabilité des constantes hémodynamiques et respiratoires,
  - Contrôler la SpO<sub>2</sub>,
  - Evaluer l'état général du patient,
  - Vérifier la bonne ventilation et les constantes du ventilateur (pressions, spirométrie, FiO<sub>2</sub>).

## VIII – COMPLICATIONS

- Bradycardie, tachycardie, troubles du rythme, dysautonomie,
- Désaturation,
- Bronchospasme,
- Risque infectieux,
- Risque hémorragique et traumatique,
- Vomissements, inhalation,
- Augmentation de la pression intracrânienne.