

CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON		
REFERENCE : UF3700/27.a	TITRE : Extubation en réanimation	
Document organisationnel : ☐ Document opérationnel : ☒	SECTEUR EMETTEUR : REANIMATION POLYVALENTE	Page :1/2 Date d'émission : 06/05/2022 Date de révision :
Rédaction : Nom : HOUCKE S. Fonction : MEDECIN	Vérification : Nom : M MARION P. Fonction : CS	Vérification : Nom : Fonction :
Approbation : Nom : Pr KALLEL H. Fonction : Chef de service	Approbation : Nom : Mme ROUFOSSE Fonction : CS	Approbation : Nom : Fonction :
Ont collaboré à la rédaction : Mme JEAN-CHARLES L., RINGUET N., SILVA I., GUERITAUT AF.		Visa qualité : 
Domaine d'application : Réanimation		
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi		

I - INDICATION

La sonde d'intubation est l'interface pour la ventilation mécanique entre le patient et le ventilateur. Elle permet également de protéger les voies aériennes et d'aspirer les sécrétions trachéales du patient.

II - PERSONNES CONCERNÉES

- Médecin,
- IDE,
- AS,
- Kinésithérapeute.

III - DEFINITION

Il s'agit de l'ablation de la sonde d'intubation.

Ce geste est réalisé sur prescription médicale.

Lorsque le patient remplit les critères de sevrage ventilatoire, il peut être extubé après l'épreuve de sevrage.

IV - DESCRIPTION

1. Matériel :

- Habillage de l'opérateur : masque, lunettes (ou masque à visière), gants non stériles,
- Ballon Auto remplisseur à Valve Unidirectionnelle (BAVU) branché sur l'oxygène et masque adapté,
- Système d'aspiration fonctionnel et sonde adaptée,
- Une seringue de 10ml,
- Système d'humidification (Aquapack) et/ ou d'oxygénothérapie selon prescription,
- Dispositif pour aérosolthérapie et molécules à administrer selon prescription,
- Prévoir le chariot d'urgence avec le kit d'intubation.

REFERENCE : UF3700/27.a	TITRE : Extubation en réanimation	
Document organisationnel : ☐	SECTEUR EMETTEUR : REANIMATION POLYVALENTE	Page :2/2
Document opérationnel : ☒		Date d'émission : 06/05/2022 Date de révision :

2. Déroulement du soin :

- Réalisation du test de fuite par le médecin si nécessaire,
- Présence du kinésithérapeute dans la chambre si possible,
- Expliquer le soin au patient,
- Patient à jeun (arrêt de l'alimentation entérale, mettre la SG en déclive ou aspirer les résidus gastriques dans la SG),
- Installer le patient demi assis,
- Réaliser une aspiration endobuccale si nécessaire,
- Enlever le système de fixation de la sonde d'intubation,
- Dégonfler le ballonnet,
- Retirer la sonde d'intubation rapidement (sans forcer) et si possible lors de l'inspiration du patient (ouverture des cordes vocales),
- Ne pas aspirer en endo-trachéale au cours de l'extubation,
- Mettre le dispositif d'oxygénation +/- aérosols.

Noter le geste et l'heure sur la feuille de surveillance et dans le dossier de soins.

3. Surveillance :

L'IDE doit être présent dans la chambre pendant les 15 minutes qui suivent.

Il doit surveiller :

- Respiratoire : signe de détresse respiratoire, SpO2, FR, sueurs, stridor,
- Hémodynamique : PA, FC,
- Neurologique : somnolence, agitation.

V - COMPLICATIONS

- Œdème laryngé,
- Insuffisance Respiratoire aigüe,
- Trouble de la déglutition.



CONDUITE A TENIR EN CAS D'EXTUBATION ACCIDENTELLE

- Mettre un masque à haute concentration avec oxygène à 15l/min et position demi-assise du patient,
- Appeler ou faire appeler le médecin,
- Brancher le BAVU et retirer la tête du lit,
- Rapprocher le chariot d'urgence et le KIT d'intubation,
- Arrêter l'alimentation entérale et aspirer le contenu gastrique dans la SG.

Traçabilité sur la feuille de surveillance et dans le dossier patient (indice de qualité).