Procédure de soin

Aspiration endotrachéale et bronchique par voie oro/naso-pharyngée

Adulte

Généralités

Avertissement

La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu au CHUV. L'adoption de ces techniques de soins par une autre institution relève de la responsabilité de sa direction. Tout soin nécessite des connaissances appropriées et ne peut donc être exécuté que par des professionnels qualifiés. La forme et le contenu de ce document peuvent faire l'objet d'amélioration continue ou d'évolution dans les versions futures. Seule la version électronique fait foi.

Cadre de référence

Précautions Standard / Hygiène des mains
Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCi)
REFMED
Catalogue des examens
Tableau des antiseptiques au CHUV
Tableau des désinfectants au CHUV

Directive institutionnelle : Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV
Directive institutionnelle : Identitovigilance et port du bracelet d'identification des patients (BIP)
Directive institutionnelle : Gestion de la douleur
Directive institutionnelle : Gestion des médicaments : Préparation, double-contrôle et administration des médicaments

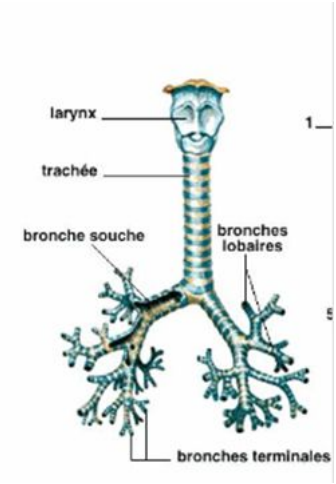
Contexte

Définition

L'aspiration par voie oro/naso-pharyngée des sécrétions de la trachée et des bronches lors de toux inefficace ou inexistante (volume inspiratoire insuffisant, fermeture de la glotte inefficace, faiblesse des muscles abdominaux/expiratoires) est appelée aussi « aspiration à l'aveugle ».

L'aspiration endotrachéale et bronchique est un acte invasif, anxiogène. Le passage de la sonde par voie nasale, limitant les réflexes pharyngés, est choisi de manière prioritaire. Ce soin doit être réalisé par une **personne expérimentée** ou en sa présence.

-



But

- Maintenir la perméabilité des voies aériennes
- Eviter les atélectasies associées aux bouchons muqueux
- Améliorer les échanges gazeux
- Eviter l'épuisement du patient lié à des efforts de toux inefficaces
- Prélever des sécrétions à fin d'analyses

Contre-indications

Dans certaines situations, liste ci-dessous non exhaustive, une prescription médicale écrite est impérativement requise:

- Fractures de la base du crâne
- Hypertension intracrânienne (anévrisme)
- Lésion instable de la colonne vertébrale
- Pneumothorax non drainé et emphysème
- Bronchospasme
- Tumeur des voies aériennes
- Problème d'anticoagulation (troubles de la crase)
- Traumatisme facial, malformation des voies aériennes supérieures, épistaxis récent
- Chirurgie récente de la sphère ORL, des voies respiratoires et digestives hautes
- Chirurgie récente des voies respiratoires et digestives hautes

Recommandations de pratique

- Demander la présence d'un deuxième soignant si nécessaire
- L'instillation de NaCl 0,9% est d'une manière générale inefficace et contre-indiquée, sauf dans de rares situations afin de stimuler la toux

Risques

Inconfort, anxiété, douleurs

Réflexe vagal

Signes et symptômes

- nausées
- vomissements
- bronchospasme
- bradycardie

- hypotension
- arrêt cardio-respiratoire

Arythmies

Respiratoire

Signes et symptômes

- Broncho-aspiration
- atélectasies
- désaturation
- hypoxémie
- Contamination des voies aériennes
- Augmentation des sécrétions bronchiques due à des aspirations fréquentes

Hypertension systémique et augmentation de la pression intracrânienne

Lésions traumatiques des muqueuses et saignements

Inefficacité du geste par passage inadéquat de la sonde (œsophage, arrière-gorge)

Technique de soin

Matériel

1 Protection pour le lit
1 Solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains
1 Boite de gants non stériles
1 Paire de gants stériles
1 Lunettes de protection
1 Boite de masques de protection
1 Sac à déchets urbains
1 Chariot de soins
1 Fiole de NaCl 0.9% 10ml
1 Aiguille 18G
1 Seringue 10ml
1 Container pour objets piquants/tranchants
1 Gel lubrifiant stérile (Type : KY®)
1 Saturomètre
1 Système d'aspiration murale réglé entre -8 et -15 kPA (-80 et -150 mbar)
1 Système de ventilation non-invasive (VNI)
1 Système de ventilation manuel relié à une source d'oxygène
1 Tube à aspiration (Type : LUKI) ou Pot stérile à bouchon gris vissant, pour prélèvement des sécrétions bronchiques, étiquettes et bon d'examen

- Sondes d'aspiration
  - Droite
  - Béquillée
  - Atraumatique
  - Taille CH10 ou CH12

Canule de Guedel/Mayo ou de Wendel (si patient inconscient ou non-collaborant)

Déroulement du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

Cette aspiration est précédée si besoin d'une séance d'aérosol et/ou de physiothérapie et de soins de bouche

- Vérifier l'indication à l'aspiration et les prescriptions médicales
- Informer le patient, requérir son accord et sa collaboration
- Installer le patient de préférence en position assise ou semi-assise, avec la tête en légère extension, genoux en flexion, sauf contre-indications
- Assurer une antalgie efficace si nécessaire et selon prescription médicale
- Instaurer une pré-oxygénation sur prescription médicale
- Installer le saturomètre
- Ouvrir la source d'aspiration murale et vérifier le réglage de la force d'aspiration
- Stopper la nutrition entérale si besoin
- Mettre un masque et lunettes de protection
- mettre des gants non stériles
- Faire un résidu gastrique si le patient est porteur d'une sonde gastrique
- Enlever les gants
- Choisir une sonde de calibre adapté au patient (droite, béquillée pour orienter la sonde plus facilement pour entrer dans une bronche souche, atraumatique chez les patients particulièrement à risque de lésions
- Pré-ouvrir l'emballage de la sonde et du gant stérile (préparer plusieurs sondes et plusieurs gants si nécessaire)
- Préparer une seringue de NaCl 0,9% si nécessaire
- Mettre le gel sur l'emballage interne du gant stérile
- Mettre en place l'alèze de protection sur le thorax du patient
- Demander au patient de respirer profondément à quelques reprises
- Limiter le temps d'aspiration au maximum (10 à 15 sec.), au vu de l'inconfort, des risques de désaturation et de troubles du rythme
- mettre des gants non stériles
- Se ganter la MAIN DOMINANTE avec un gant stérile
- Fixer la sonde au tuyau d'aspiration au moyen du raccord en Y ou en T et y intégrer le tube d'examen si prélèvement prescrit
- Passer l'extrémité de la sonde dans le gel
- Déplacer le système d'oxygénation afin de libérer le nez
- Demander au patient de tirer la langue en avant, cela fait avancer l'épiglotte et facilite l'entrée de la sonde dans les voies aériennes
- Introduire la sonde au niveau nasal ou buccal au moyen de la MAIN GANTEE **sans aspirer,** et, dès que la toux est présente (ouverture de la glotte), pousser lentement la sonde de 2 à 3 cm dans la trachée
- Instiller le NaCl 0,9% au travers de la lumière de la sonde (seulement si **impérativement** nécessaire, cf. Remarques)
- Remonter progressivement la sonde en aspirant en continu (ne pas "ramoner") tout en surveillant les réactions du patient
  - Si le patient se cyanose, arrêter d'aspirer, laisser la sonde en place, remettre l'oxygène, et attendre la récupération du patient avant de reprendre l'aspiration ou d'abandonner le soin
  - En cas de troubles du rythme cardiaque (si monitoré) retirer la sonde, remettre de l'oxygène et avertir le médecin
- Jeter la sonde et enlever le gant stérile

- Réinstaller le système d'oxygénation, vérifier son débit et demander au patient de respirer profondément (hyperinflation afin d'éviter les micro-atélectasies)
- Installer la VNI si requis
- Contrôler l'efficacité du geste (saturation, auscultation, amélioration de la respiration)
- Recommencer l'aspiration si nécessaire et selon l'état du patient, avec du matériel stérile (nouvelle sonde et nouveau gant)
- Réinstaller le patient
- Rincer le tuyau d'aspiration et le raccord en T ou en Y
- Enlever les gants non stériles
- Désinfecter et ranger le matériel

Suivi du patient

Surveillances

- Douleurs et plaintes du patient
- Fréquence respiratoire et saturation en O2
- Rythme cardiaque (si patient monitoré)
- Qualité et quantité des sécrétions

Documentation du dossier de soins informatisé

Noter dans le dossier du patient le soin, les observations (qualité et quantité des sécrétions, réactions du patient) et les examens réalisés

Références

1. Nouveaux Cahiers de l'infirmière : Symptômes et pratiques infirmières : Fiches de soins, Masson 2004
2. Les techniques de soins infirmiers : A.Huber, B.Karasek-Kreutzinger, U.Jobin-Howald, 2e édition 1992, Editions Universitaires Fribourg
3. Groupe de Référence en soins infirmiers (GRESI), Techniques de soins, Aspiration bronchique
4. L'aspiration endotrachéale, Formation post-diplôme d'infirmière en soins intensifs, Danielle Rutschmann, mai 91
5. AARC clinical practice guidelines; Respiratory Care; January 2009 vol 44 No 1
6. Oropharyngeal, tracheal and endotracheal suctioning, Chapitre 7
7. Pedersen CM et al: Intensive Critical Care nurs.2009; 25:21-30.
8. Recommandations pour les aspirations endotrachéales chez un patient intubé, Groupe respiration, Marie-José Roulin, HUG, Genève, 2007

Date de validation	Auteurs	Experts
13.01.2011	Méthodes de soins, Direction des soins, Lausanne, CHUV Groupe de physiothérapie respiratoire DC et DM	