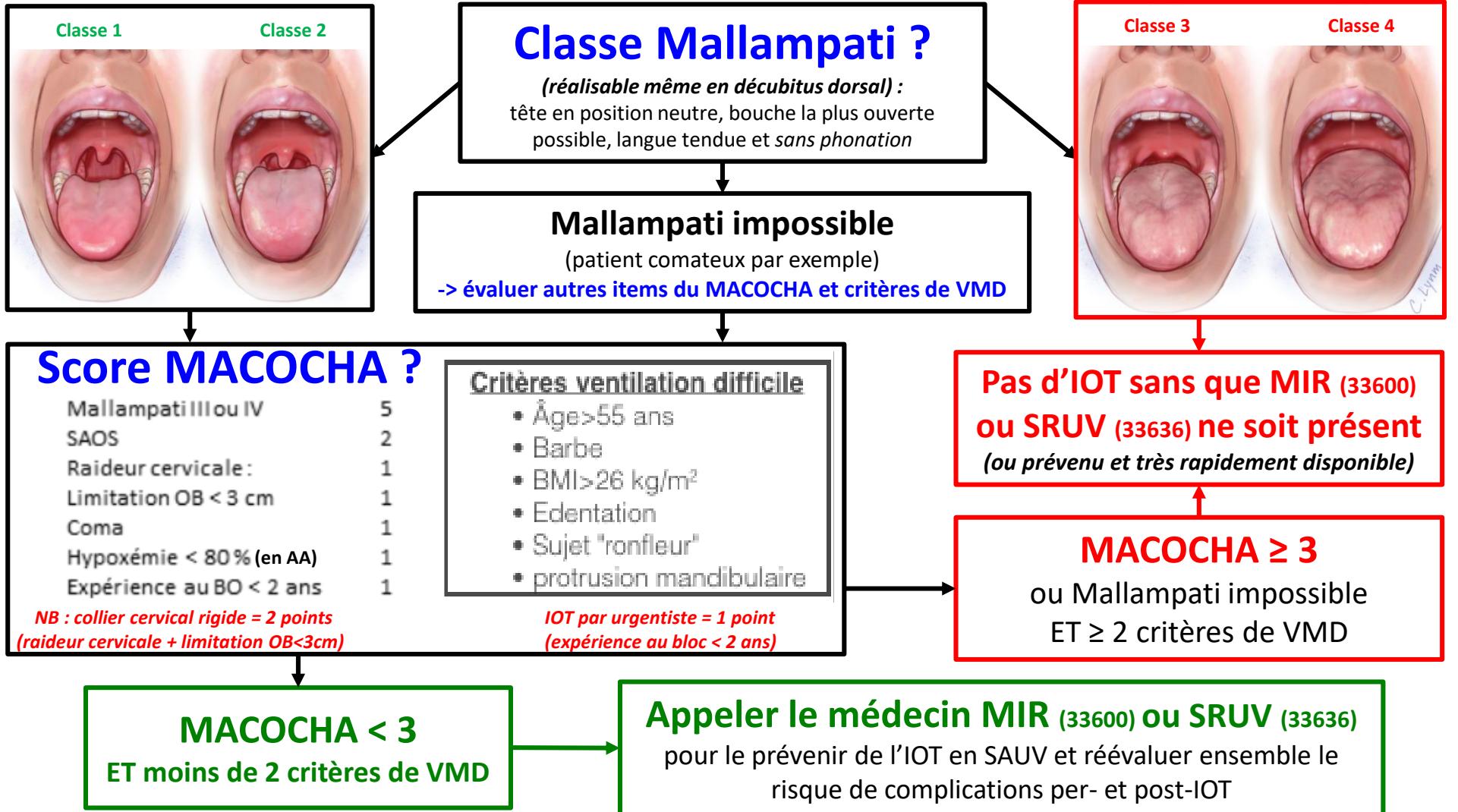


# INTUBATION OROTRACHÉALE EN SAUV

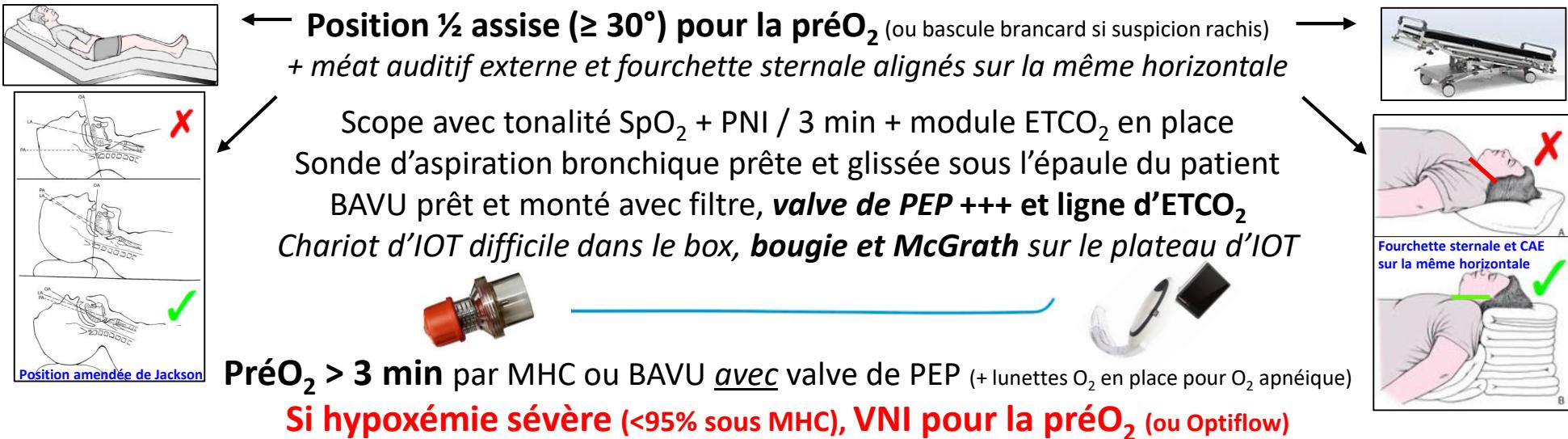
protocole et aide à la décision (v.2023)

médecin AR référent à appeler : si pathologie médicale = MIR 33600, si pathologie chirurgicale = SRUV 33636



Même si MACOCHA < 3, la présence de 2 médecins pour l'IOT est souhaitable, d'autant plus si le patient est instable

## POSITIONNEMENT DU PATIENT, PRÉPARATION DU MATÉRIEL ET DE L'ISR



**Position 1/2 assise (≥ 30°) pour la préO<sub>2</sub>** (ou bascule brancard si suspicion rachis)  
+ méat auditif externe et fourchette sternale alignés sur la même horizontale

Scope avec tonalité SpO<sub>2</sub> + PNI / 3 min + module ETCO<sub>2</sub> en place  
Sonde d'aspiration bronchique prête et glissée sous l'épaule du patient  
BAVU prêt et monté avec filtre, **valve de PEP +++** et ligne d'ETCO<sub>2</sub>  
Chariot d'IOT difficile dans le box, **bougie et McGrath** sur le plateau d'IOT

PréO<sub>2</sub> > 3 min par MHC ou BAVU avec valve de PEP (+ lunettes O<sub>2</sub> en place pour O<sub>2</sub> apnéique)  
**Si hypoxémie sévère (<95% sous MHC), VNI pour la préO<sub>2</sub>** (ou Optiflow)

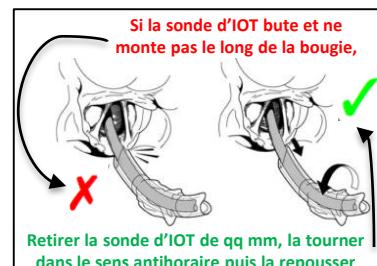
**Optimisation hémodynamique avant toute IOT** (indispensable si shock index SI ≥ 0,9 : SI = FC / systolique)

-> si shock index ≥ 0,9 : différer l'IOT, remplissage si pas de CI°, démarrage SAP norad +/- norad baby (bolus de 16 gamma / 2 min)



IOT par ISR (kétamine ou éto + succinylcholine 1 mg/kg ou rocuronium 1,5 mg/kg)  
**Oxygénation apnéique par lunettes O<sub>2</sub> à 15L ou Optiflow**  
Sellick, laryngoscopie directe ou McGrath, lame métallique

**IOT avec bougie d'emblée** (ou si mauvaise visualisation glottique au 1<sup>er</sup> essai)



**Contrôle du succès d'intubation avec la courbe de l'ETCO<sub>2</sub>**

**Si échec d'IOT avec la bougie -> rappeler immédiatement MIR ou SRUV**

-> prise au BAVU (avec valve PEP) à 4 mains si désaturation

-> reste de la gestion des voies aériennes par le médecin MIR ou SRUV

