

Intubation endotrachéale chez les patients atteints de COVID-19

Laura V. Duggan MD, George Mastoras MD, Gregory L. Bryson MD MSc

■ Citation : CMAJ 2020. doi : 10.1503/cmaj.200650; diffusion hâtive le 1^{er} mai 2020

1 Préparez-vous à l'extérieur de la chambre du patient : Attribuez leur rôle aux membres de l'équipe, vérifiez l'équipement et revoyez la stratégie d'intubation

Selon l'état du patient, limitez le nombre de membres de l'équipe présents dans la chambre et établissez une boucle de communication avec une personne à l'extérieur qui sera responsable de faire passer les fournitures et les médicaments supplémentaires. La personne chargée de l'intubation doit avoir suffisamment d'expérience pour réussir plus de 85% de ses intubations endotrachéales à la première tentative¹. La stratégie d'intubation inclut : préoxygénation, positionnement du patient, intubation endotrachéale en tant que telle et plan clair d'oxygénation/réanimation d'urgence². Utilisez une liste de vérification pour confirmer l'équipement et les médicaments disponibles dans la chambre ou à la porte de la chambre. Assemblez tout le matériel requis pour l'intubation dans une boîte ou un sac à cette fin (annexe 1, accessible en anglais ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.200650/-/DC1). L'état des patients atteints de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est « physiologiquement complexe »². Renseignez-vous à l'avance sur le statut de réanimation du patient et vérifiez qu'un chariot de réanimation est disponible².

2 Revêtez l'équipement de protection individuelle (EPI) et procédez à une vérification mutuelle entre membres de l'équipe³

Lors de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère, les médecins qui ont réalisé des intubations endotrachéales ont contracté l'infection 6 fois plus que leurs collègues⁴. L'intubation endotrachéale est une intervention médicale de haut risque qui génère des aérosols et requiert un EPI en conséquence, y compris un masque respirateur N95 ou l'équivalent³. Rappelez-vous que les sons peuvent être assourdis et la communication plus difficile après qu'on ait revêtu l'EPI³.

3 La vidéolaryngoscopie pourrait être plus utile que la laryngoscopie directe

Avec la vidéolaryngoscopie, les personnes expérimentées obtiennent un taux de réussite élevé à la première tentative. Un grand écran séparé permet à toute l'équipe de voir la laryngoscopie tout en restant à bonne distance des voies respiratoires⁵.

4 Durant l'intubation : Prévoyez un risque de désaturation rapide et les mesures d'urgence connexes

Utilisez les protocoles locaux en vigueur pour l'intubation. Surélevez la tête du patient à 30° et préoxygénez-le. La kétamine pourrait maintenir la stabilité cardiovasculaire comparativement à d'autres agents d'induction². Il faut avoir à portée de main des inotropes et des vasopresseurs. Utilisez du rocuronium à dose élevée (1,2–1,5 mg/kg) et assurez-vous que le blocage neuromusculaire est complet avant de tenter l'intubation endotrachéale². En raison de la génération d'aérosols, évitez la ventilation par ballon-masque, malgré la désaturation^{2,4}. Utilisez un tube endotrachéal avec mandrin et évitez la bougie d'Eschmann (mandrin long béquillé) afin de réduire les risques de contamination. Après l'intubation, placez un filtre antiviral sur le tube endotrachéal et gonflez le ballonnet pour prévenir toute fuite lors d'une ventilation à pression positive². La courbe de capnographie est extrêmement utile pour confirmer l'intubation endotrachéale, le retour de la circulation spontanée après un arrêt cardiaque ou le débranchement du circuit². Si le circuit est débranché, il faut clamper le tube endotrachéal². Deux situations d'urgence peuvent survenir : l'incapacité d'intuber et d'oxygéner et l'arrêt cardiaque. L'oxygénation d'urgence inclut la pose d'un dispositif supraglottique et l'intubation par cricothyrotomie à l'aide d'un scalpel-mandrin long béquillé 6.0.

5 Le retrait de l'EPI comporte un risque élevé d'autocontamination

Il est difficile de détecter l'autocontamination³. Utilisez une liste de vérification pour retirer l'EPI, lisez à voix haute chaque étape et retirez l'EPI en suivant les étapes devant un observateur³. Il faut minimiser les interruptions pendant ce processus.

Références : Voir www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200650

Intérêts concurrents : Laura Duggan est cofondatrice de The Airway App (www.airwaycollaboration.org/), une application pour téléphone intelligent qui collige l'issue des intubations, y compris dans les cas de COVID-19. Gregory Bryson est rédacteur en chef adjoint du *Journal canadien d'anesthésie*, pour lequel il reçoit un soutien de la Société canadienne des anesthésiologistes. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Départements d'anesthésiologie et de médecine de la douleur (Duggan, Bryson), et de médecine d'urgence (Mastoras), Université d'Ottawa; Programme d'épidémiologie clinique (Bryson), Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ont.

Correspondance : Laura Duggan, laduggan@toh.ca