



FIBRO-INTUBATION VIGILE pour IOT difficile prévue

ETAPE 1 : PREPARATION ET COMMUNICATION D'EQUIPE

RECHERCHER critères de difficulté

- Si dyspnée laryngée **STOP** envisager trachéotomie sous AL
- Risque d'obstruction des VAS ⚠ désaturation
- Pathologie cervico-faciale ⚠ voir TDM / nasofibro ORL
- ATCD Radiothérapie cervicale ou chirurgie VAS
- Rachis bloqué en flexion
- Ouverture de bouche < 25 mm
- Obésité morbide

VERIFIER

- Repérage membrane crico-thyroïdienne (écho)
- Personnels compétents en salle
- Chariot IOT difficile disponible
- Présence chirurgicale pour trachéo éventuelle
- Acceptation / coopération du patient

ETAPE 2 : REALISATION DE LA FIBROINTUBATION VIGILE avec oxygénation systématique

Stratégie d'anesthésie

- Patient assis, opérateur en face et écran déporté
- Maintien VS et tonus musculaire oropharynx
- AL des VAS indispensable
- Sédation par titration AIVOC propofol ou remifentanyl
- (autre choix = sévoflurane)
- Ne pas associer hypnotique et morphinique: risque apnée

Stratégie d'oxygénation

- Sonde pharyngée 6 l/min
- MHC 12 l/min
- OHD (Optiflow™) 30 à 70 l/min
- Mode VSAI sur respirateur d'anesthésie avec PEP (masque type Fibroxy™)
- Surveillance FR, SpO₂

Critères de réussite de la fibro

- Visualisation anneaux trachéaux / carène
- Visualiser courbe EtCO₂

Appel d'un aide supplémentaire

ETAPE 3 : GESTION DES DIFFICULTES

Sédation inadaptée

- Trop profonde** : risque apnée / obstruction VAS
 - Solliciter le patient si conscient
 - Subluxer la mandibule
 - Moduler la titration
 - VNI / PEP
- Insuffisante**
 - Titration AIVOC progressive
 - ⚠ Bolus propofol contre-indiqué
 - Pulvérisation d'AL dans VAS

Désaturation

- Si ventilation spontanée**
 - Optimiser débit d'O₂
 - Modifier stratégie d'oxygénation (cf. étape 2)
- Si apnée**
 - Solliciter le patient si conscient
 - Subluxer la mandibule
 - Moduler la titration
 - VNI / PEP
- Si SpO₂ < 90 %**
 - Stop et retrait fibroscope
 - Restaurer l'oxygénation :
Dispositif supra glottique (masque laryngé ou Fastrach™)
Cricothyrotomie / Jet ventilation
Trachéotomie chirurgicale
 - Envisager le réveil

Défaut de visualisation glottique

- Manque entraînement / expérience de l'opérateur :
 - changer d'opérateur
- Positionnement du fibroscope
 - Progression pendant l'inspiration du patient
 - Insertion avec vidéo-laryngoscope si OB > 25 mm
- Sécrétions / sang / buée
 - retrait, aspiration, antibuée
- Epiglotte large, rigide
 - Subluxation mandibule, traction linguale
- Déviation glotte
 - chercher repère anatomique
- Défaut de glissement sonde
 - lubrification, rotation horaire sonde, taille sonde / fibroscope

L'anesthésie locale des VAS (ou anesthésie de contact au niveau des muqueuses), le bloc trachéal et le bloc bilatéral du nerf laryngé supérieur sont utilisables isolément ou en association.

Anesthésie locale des VAS :

Lidocaïne à 5 % en sprays successifs, ou gargarismes ou simple dépôt, ou aérosol, ou instillation à travers le canal opérateur du fibroscope.

Risque de toxicité systémique par résorption: un spray de lidocaïne 5 % = 8 mg de lidocaïne donc ne pas dépasser une dose maximale de 4 à 6 mg/kg chez l'adulte et 3 mg/kg chez l'enfant.

La sédation par titration AIVOC est adaptée (AFAR 2008;27:26-32.) :

exemple pour le **réfifentanil seul** (modèle de Minto-Schnider)

débuter avec concentration cible au site d'action de 1,5 ng/ml,
puis augmenter par pallier pour la fibroscopie à 1,9 +/- 0,4 ng/ml
et l'intubation trachéale à 2,5 +/- 0,9 ng/ml

exemple, pour le **propofol seul** (modèle de Schnider)

débuter avec concentration cible au site d'action de 2 µg/ml,
puis augmenter par pallier pour la fibroscopie à 3,5 +/- 1,0 µg/ml
et l'intubation trachéale à 4,2 +/- 0,9 µg/ml

L'anesthésie par inhalation avec le sévoflurane seul est la méthode de référence chez l'enfant, et une alternative chez l'adulte.

Titrer la fraction télé-expiratoire en fonction de l'effet recherché.