



INTUBATION DIFFICILE NON PREVUE * AU BLOC OPERATOIRE CHEZ UN ENFANT < 8 ANS

* Les dysmorphies faciales sont les principales causes d'intubation difficile prévue en pédiatrie

DEFINITION

- Echec après 2 laryngoscopies directes par un médecin anesthésiste

OXYGENATION $FiO_2 = 1$ - CPAP/PEP 5 cm H₂O

APPEL A L'AIDE

Chariot IOT difficile

VERIFIER

- La ventilation au masque facial sur circuit principal : ventilation en pression positive en limitant les pressions (< 25 cm H₂O) (*si ventilation difficile, se reporter à l'AC ventilation au masque difficile en pédiatrie*)
- Profondeur de l'anesthésie : si insuffisante => injection propofol +/- curare
- L'insufflation gastrique +/- décompression par sonde gastrique

PREMIERE ETAPE : UTILISER LES MOYENS COMPLEMENTAIRES pour l'intubation

- Changer d'opérateur sénior en anesthésie
 - Manipulation externe du larynx (BURP)
 - Améliorer la position de la tête (< 10 kg : coussin sous les épaules)
 - Mandrin long béquillé } Privilégier la technique
 - Vidéolaryngoscope } la mieux maîtrisée
- (si ouverture de bouche limitée ne permettant pas l'insertion d'un vidéolaryngoscope ou dispositif supraglottique => IOT avec fibroscope ou réveil)

2 essais maximum par sénior

Si échec DEUXIEME ETAPE : MISE EN PLACE DISPOSITIF SUPRAGLOTTIQUE (DSG)

Ventilation sur le DSG

3 essais maximum

NON EFFICACE = échec DSG

- Envisager de changer de taille (plus grande)
- Revenir à la ventilation au masque facial
- Réveil du patient

EFFICACE

- Chirurgie possible avec DSG ?
- Intubation fibroscopique via le DSG (1 essai)
- Envisager le réveil

Si ventilation au masque facial difficile
Cf. AC « ventilation au masque difficile en pédiatrie »

- Après IOT difficile, anticiper extubation difficile, envisager traumatisme laryngé
- Informer les parents, remettre un certificat d'intubation difficile.

