



VENTILATION AU MASQUE FACIAL DIFFICILE AU BLOC OPERATOIRE CHEZ UN ENFANT < 8 ANS

DEFINITION

- Ventilation au masque difficile : Pression d'insufflation élevée (> 25 cm H₂O), fuite, absence de soulèvement du thorax, désaturation

**OXYGENATION FiO₂ = 1 CPAP PEP = 5 cm H₂O
APPEL A L'AIDE - Chariot IOT difficile**

PREMIERE ETAPE :

VERIFIER

Liberté des voies aériennes :

- Anesthésiste expérimenté
- Subluxation de la mandibule
- Coussin sous les épaules < 10 kg
- Tête position neutre > 10 kg
- Ventilation circuit machine, contrôle des pressions
- Insérer canule oropharyngée ou nasopharyngée

Profondeur d'anesthésie :

- Approfondir ?
- Curariser ?
- Présence CPAP ?

Equipement :

- Circuit respirateur ?
- Masque ?
- Connecteurs ?
- Utiliser BAVU si doute

DEUXIEME ETAPE : EXCLURE LES CAUSES DE VENTILATION DIFFICILE / MAINTENIR CPAP

- Laryngospasme
 - Anesthésie trop légère } Propofol/curare → **Intubation**
 - Distension gastrique (pose SNG)
 - Bronchospasme/corps étranger
- Si ID difficile avec curare se référer à l'AC
intubation difficile en pédiatrie

Si échec TROISIEME ETAPE INSERER UN DISPOSITIF SUPRAGLOTTIQUE (DSG)

Ventilation sur DSG

3 essais
maximum

NON EFFICACE :

- Appel ORL expérimenté
- Poursuivre oxygénation et CPAP
- Si SpO₂ > 80%
 - Vérifier position DSG et taille
 - Eliminer Pneumothorax/Bronchospasme
- => réveiller l'enfant : antagonisation curare
- Si SpO₂ < 80% et chute de FC

EFFICACE:

- Chirurgie si possible avec un DSG
- Intubation fibro via le DSG
- Réveil

- Intubation par ORL si non fait
- Si échec technique de sauvetage:
 - Trachéotomie par ORL
 - Ou cricothyroïdotomie si absence d'ORL et enfant > 8 ans (abord cricothyroïdien avec cathéter court non recommandé avant 8 ans)

- Information des parents, remettre certificat de ventilation et intubation difficile.



Enfant < 10 kg : Ventilation optimisée coussin sous les épaules, sublucation de la mâchoire