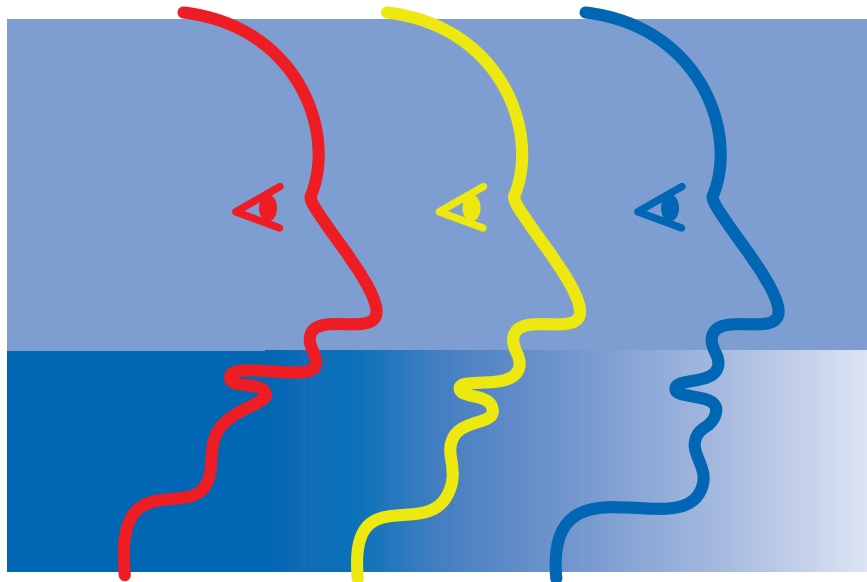




## Les voies aériennes: un accès difficile?

L'intubation n'est pas possible chez tous les patients!

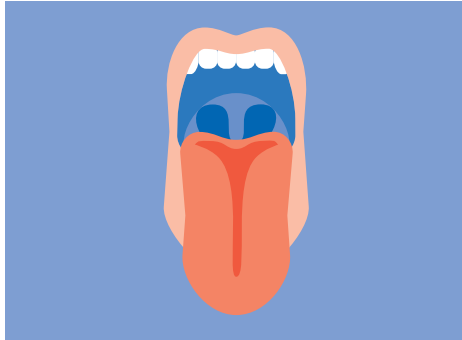


**L'accès difficile** aux voies aériennes et ses trois types de problèmes (l'intubation de l'œsophage, les déconnexions de circuit et l'intubation difficile) est toujours d'actualité! Les deux premiers problèmes peuvent être détectés facilement grâce à la capnographie. Quant à l'intubation difficile elle reste une cause fréquente d'incidents majeurs.

La fréquence de l'intubation difficile est de 1,5 – 8,5 % dans la littérature.

#### Référence:

- Cheney F.W.: The American Society of Anesthesiologists closed claims project: What have we learned, how has it affected practice, and how will it affect practice in future? *Anesthesiology* (1999) 91: 552
- Crosby E.T., Cooper R.M., Douglas M.J., Doyle D.J., Hung O.R., Labrecque P., Muir H., Murphy M.F. Preston R.P., Rose D.K. Roy L.: The unanticipated difficult airway with recommendations for management. *Can J Anaesth* (1998) 45: 757



**Les critères prédictifs ne permettant pas de reconnaître une intubation difficile à l'avance dans tous les cas; celui qui pratique l'anesthésie doit être préparé à tout moment à se trouver face à une intubation difficile.**

Référence:

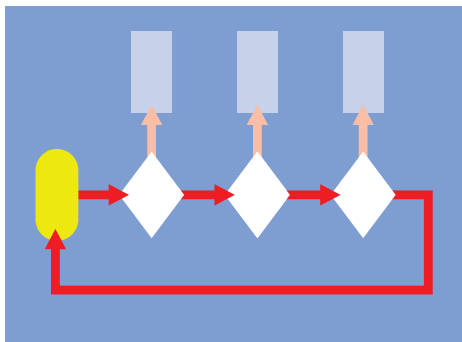
- Yentis S.M.: Predicting difficult intubation – worthwhile exercise or pointless ritual? *Anaesthesia* (2002) 57: 105



**Le masque laryngé est une alternative valable au contrôle des voies aériennes mais il ne résout pas tous les problèmes. Le masque laryngé a aussi ses contre-indications et ses problèmes: il est de ce fait dangereux de se reposer seulement sur cette alternative.**

Référence:

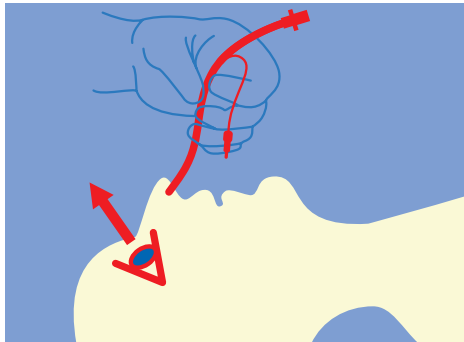
- Keller C.: (2002) Review Standard-Larynxmaske. *Anaesthesiologische Intensive Care (Journal der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin)*, S-Print, Wien Nr.49, Dezember



**Chaque service d'anesthésie a besoin d'algorithmes simples et obligatoires concernant la sécurisation des voies aériennes difficiles. Chaque collaborateur doit maîtriser ces algorithmes comme il maîtrise ceux de la réanimation. Ces mesures d'urgence doivent être répétées dans la routine journalière.**

Référence:

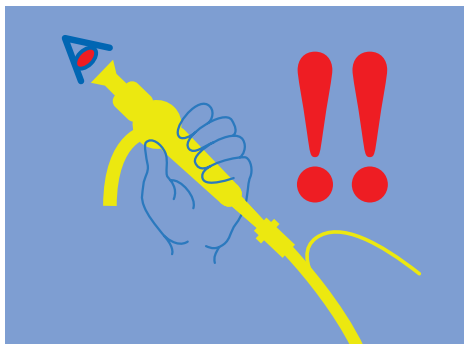
- Heidegger T., Gerig H.J., Ulrich B., Kreienbühl G.: Validation of a simple algorithm for tracheal intubation: Daily practice is the key to success in emergencies – An analysis of 13'248 intubations. *Anesth Analg* (2001) 92: 517
- Heidegger T., Gerig H.J., Keller C.: Vergleich von Algorithmen für das Management des schwierigen Atemweges. *Anaesthesist* (2003) 52: 381
- ASA Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/Difficult%20Airway.pdf>



**Il existe un consensus concernant l'intubation difficile prévisible: une intubation vigile est obligatoire. La respiration spontanée évite une hypoxie dans maintes situations.**

Référence:

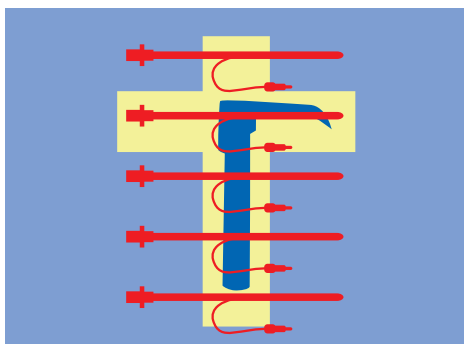
- Practice guidelines for management of the difficult airway. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult airway. *Anesthesiology* (2003) 98: 1269



**La fibre optique est un des instruments primordiaux pour assurer l'accès aux voies aériennes; elle fait donc partie de l'équipement standard d'un service d'anesthésie. La maîtrise de son maniement est absolument nécessaire à chaque anesthésiste.**

Référence:

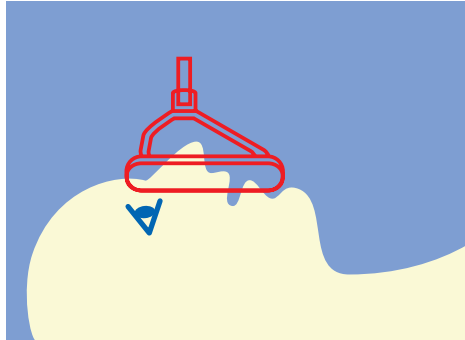
- Ovassapian A.: *Fiberoptic endoscopy on the difficult airway* (2nd edition) Lippincott-Raven, Philadelphia-New York (1996)
- Popat M.: *Practical fibreoptic intubation* Butterworth Heinemann, Oxford (2001)



**Aussi longtemps que la ventilation au masque est possible, l'intubation des voies aériennes ne constitue pas une urgence. Chaque essai d'intubation conventionnelle entraîne un certain traumatisme et des tentatives multiples sont à éviter. «Les patients ne meurent pas du fait d'être difficiles à intuber en soi mais du fait que l'on n'arrête pas d'essayer de les intuber...».**

Référence:

- Scott D.B.: Endotracheal intubation: friend or foe? *BMJ* (1986) 292: 157

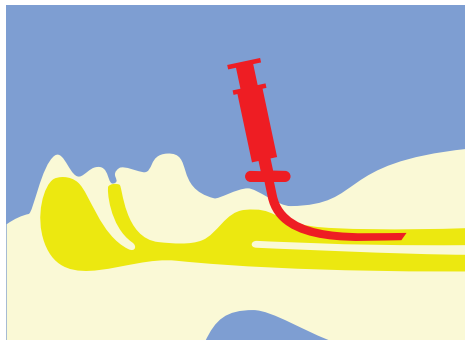


**La pré-oxygénation fait partie de la «bonne pratique».**

**Elle augmente la protection contre l'hypoxie de manière significative.**

Référence:

- Mertzlufft F; Krier C: Präoxygenierung – ein Muss! Aber wie? Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther (2001 Aug) 36(8): 451–3
- Herriger A; Frascarolo P; Spahn DR; Magnusson L: The effect of positive airway pressure during pre-oxygenation and induction of anaesthesia upon duration of non-hypoxic apnoea. Anaesthesia (2004, Mar) 59(3): 243–7



**La situation extrême du «cannot intubate, cannot ventilate» doit être traitée clairement dans les algorithmes: dans ce cas particulier, un accès transtrachéal doit être mise en place avant qu'une hypoxie ne s'installe.**

Référence:

- Gerig H.J., Heidegger T, Ulrich B., Grossenbacher R., Kreienbuehl G.: Fiberoptically-guided insertion of transtracheal catheters. Anesth Analg (2001) 93: 663
- Bourgain J.L., Desruennes E., Fischler M., Ravussin P: Transtracheal highfrequency jet ventilation for endoscopic airway surgery: a multicentre study. Br J Anaesth (2001) 87 (6) 870

## Soutiens à la Fondation et Sponsors



### Impressum

Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie c/o SGAR, Postfach, CH-3000 BERN 25, <http://www.sgar-ssar.ch/patientensicherheit/>  
Die vorliegende Ausgabe wurde von Dr. Hansjörg Gerig und Dr. Thomas Heidegger auf Anregung der Kommission zur Analyse von abgeschlossenen Haftpflichtfällen erarbeitet, von Dr. Thomas Lippuner zusammengestellt und von der Kommission im August 2004 verabschiedet. Die Kommission setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen: Dr. Sven Staender, Männedorf, Vorsitz; Prof. Francois Clergue, Genf; Prof. Dick Thomson, St. Prex; Prof. Thomas Pasch, Zürich, Prof. Karl Skarvan, Basel; Prof. Hansjürg Schaer, Männedorf; Dr. Beat Meister, Bern. Grafische Gestaltung: Lorenz Jaggi, [www.consign.ch](http://www.consign.ch)