

DÉSATURATION BRUTALE INATTENDUE EN RÉANIMATION CHEZ UN PATIENT SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

INITIER

- Mettre en FiO2 1
- Vérifier qualité signal de pulsoxymétrie
- Test d'aspiration trachéale
- Vérifier ECRAN VENTILATEUR et REVISION CIRCUIT
 - panne ? Fuite (circuit, ballonnet) ?
 - panne alimentation O2 mural? si oui : brancher bouteille secours
- Mise en place d'un CAPNOGRAMME si non présent.
- Vérification hémodynamique

APPEL RENFORT MEDICAL

- Tel
- CHARIOT D'URGENCE

CAPNOGRAMME ABSENT

- Auscultation
- ACR ? Cf
- Ventilation manuelle sur sonde au BAVU à FiO2 1 avec bouteille de secours
- Si inefficace (capno -):** Problème sonde
 - Extubation accidentelle ?
 - Intubation œsophagienne ?
 - Obstruction complète de sonde ?REINTUBER
- Si efficace (capno + puis resaturation):** rechercher / corriger problème respirateur ou circuit

CAPNOGRAMME PRESENT

- Auscultation
- Analyse courbes spirométrie et pression
- Auscultation asymétrique: Imagerie Thoracique**
 - Atélectasie → Fibroaspiration
 - Epanchement pleural → Drainage
 - Intubation sélective → Mobilisation
- Auscultation symétrique / Pressions élevées**
 - Désadaptation respirateur
 - Bronchospasme
 - Morsure de sonde
 - Rigidité thoracique
 - Obstruction partielle de sondeSédation
Bronchodilatateurs
(Fibro)aspiration
Réintubation
- Auscultation symétrique / Pressions non élevées**
Rechercher et traiter une cause hémodynamique
 - Embolie gazeuse, fibrinocruorique, autre
 - Cardiogénique: IDM, tamponnade, IVG, IVD
 - Hypovolémique ou Septique ou Anaphylactique
- Aggravation maladie initiale (ex:SDRA)**
traitement causal ± manœuvre de recrutement

Référentiels: Operating Room Crisis Checklists (<http://www.projectcheck.org/crisis-checklistsregistration.html>)

Réalisée en 2016 par le CAMR Validation CAMR & Comité Réanimation 2018