

Quelle prise en charge infirmier en phase de sevrage ventilatoire ?

Ludovic LESAGE
(Service de
Réanimation
CH Armentières)

Diapositive 1

LE SEVRAGE DE LA VENTILATION MECANIQUE

Centre hospitalier d'Armentières
Service de réanimation polyvalente

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 2

Un contexte à risque

L'hospitalisation en service de réanimation se traduit généralement par une période de ventilation mécanique invasive.

La ventilation mécanique invasive est une technique de suppléance de la détresse respiratoire. Celle-ci utilisée en continue expose le patient à plusieurs complications notamment la pneumonie nosocomiale, la dépendance au respirateur et donc un séjour prolongé dans le service.

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 3

**Comment conduire le sevrage:
Un projet d'équipe pluridisciplinaire**

- Dans ce contexte, le sevrage est un temps essentiel de la VMI. Il se prépare dès l'intubation.
- Le sevrage se fait non simplement sur l'expérience du médecin mais sur **un protocole** où sont impliqués tous les membres du service, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins...

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 4

**Présentation du protocole de
sevrage ventilatoire**

Il se présente sous la forme d'une double page qui réunit le contenu du protocole ainsi que la feuille de surveillance d'un test de ventilation spontanée sur tube.

Le protocole est composé de quatre étapes:

- 1- la vérification des critères de réalisation du sevrage
- 2- la préparation du patient au déroulement du test
- 3- la surveillance
- 4- les critères d'arrêt du test

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 5

La vérification des critères de réalisation du sevrage

- $FiO_2 \leq 50\%$ et $Peep \leq 5\text{cm H}_2\text{O}$
- Absence de curarisation, de sédation et une conscience normale
- Température corporelle ne dépassant pas les 38°C sur les dernières 24h
- Absence de traitement par adrénaline, noradrénaline, dopamine, dobutamine (si posologie $> 8\mu\text{g/Kg/min}$)

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 6

La préparation du patient au déroulement du test (1/2)

- Laisser le patient se reposer 15 à 20 min avant le test
- Si traitement par aérosol, en administrer un avant le test
- Vérifier au stéthoscope la symétrie de ventilation des poumons
- Mettre le patient en position assis, et lui expliquer en le rassurant le déroulement du test

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 7

La préparation du patient au déroulement du test (2/2)

- Mettre la sonde nasogastrique en drainage libre
- Faire une aspiration endotrachéale tout en dégonflant le ballonnet de la sonde d'intubation
- Adapter à la pièce en T un débit d'oxygène correspondant à la FiO₂ prescrite
- Débrancher le respirateur du patient et adapter la pièce en T

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 8

La surveillance

- Présence continue dans la chambre de l'IDE au moins les 15 premières min.
- Surveillance clinique:
 - Conscience
 - Cyanose
 - Flapping
 - Encombrement
 - Effort de toux
 - Sueurs
 - douleur

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 9

La surveillance

- Surveillance des paramètres:
 - Fréquence respiratoire
 - Pouls
 - Pression artérielle
 - Saturation en O₂
- Le test se déroule sur une durée maximale de 2 heures
- A la fin du test, un commentaire sera rédigé et une gazométrie artérielle pourra être prélevée sur prescription médicale
- Obligation d'argumenter si le test est interrompu
- Justification médicale si malgré la réussite du test, l'extubation n'est pas prescrite.

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 10

Les critères d'arrêt du test

- Cyanose et/ou SaO₂ < 88% avec pour les patients BPCO une plus grande tolérance
- Des troubles de la conscience
- Des troubles du rythme cardiaque
- Une fréquence respiratoire < 12 et > 35 /min
- Ne pas prendre en compte les 5 premières minutes rarement révélatrices

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Un protocole pour quel bénéfice?

- Une étude a été réalisée en 2007
- Les données recueillies:
 - Age / sexe
 - IGS
 - Antécédent BPCO ou non
 - Nombre de réintubation
 - durée de ventilation
 - mode de sortie (vivant ou décédé et éventuelle trachéotomie)
 - Comparaison de deux groupes « protocole + » et un groupe rétrospectif « protocole - »

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Comparaison des deux groupes

	Protocole +	Protocole -
Effectif	20	18
Sexe / ratio (H / F)	12 / 8	8 / 9
Age	84,4 ± 13	85,94 ± 13
IGS 2	44,5 ± 15,4	52 ± 16
Réintubation	5	3
Durée d'intubation	13,85	11,67
Mode de sortie	DCD 3	DCD 3
	Trachéo 0	Trachéo 3

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 13

Patient BPCO

	Protocole +	Protocole -
Effectif	5	3
IGS 2	35	45
Drée d'intubation (moyenne)	9,80	16
Trachéotomie	0	1
Décédé	1	0

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Diapositive 14

Patient non BPCO

	Protocole +	Protocole -
Effectif	15	15
IGS 2	47,6± 16.6	53,5± 16
Drée d'intubation	15,2 ± 12.2	10,8 ± 10,4
Trachéotomie	0	2
Décédé	2	3

28/03/2008 S.Lamblin & L.Lesage

Discussion (1/2)

- Nous constatons sur la population globale une tendance à l'allongement du sevrage dans le groupe « protocole + »
- Lorsqu'on analyse les sous-groupes en fonction de l'existence ou non d'une BPCO, on trouve une différence nette entre les patients BPCO et ceux sans antécédent respiratoire
- Chez les patients BPCO, la mise en place du protocole a permis de raccourcir le sevrage, ce qui était l'effet attendu

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Discussion (2/2)

- La tendance à l'allongement du sevrage dans le groupe sans antécédent respiratoire pose question:
 - L'analyse des feuilles de protocole, suggère que certains patients, réputés facile à extuber, n'ont été extubé qu'après X jours de sevrage alors que l'extubation aurait été possible dès le premier jour.
 - Effet pervers de l'introduction du protocole?

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Peut-on prévoir que le sevrage sera difficile (1/2)

- Un sevrage est défini par l'échec de la première VS ou la reprise de la ventilation dans les 48 heures suivant l'arrêt programmé
- Les facteurs de risque généraux sont :
 - La durée de la VM > 72h
 - Un score de gravité élevé
 - L'existence d'une BPCO, d'une pathologie neuromusculaire, d'une anxiété importante

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Peut-on prévoir que le sevrage sera difficile (2/2)

- Les facteurs de risque d'échec de l'extubation sont :
 - la toux inefficace
 - L'encombrement, les troubles de la déglutition
 - La suspicion d'œdème laryngé (absence de fuite quand le ballonnet est dégonflé)
- Important: la présence de ces facteurs de risque ne doit pas retarder la procédure de sevrage mais impose une vigilance accrue si l'extubation est décidée

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Un protocole: Quels intérêts pour les IDE ?

- Le protocole sert de guide et permet une prise en charge holistique du patient
- Amélioration des connaissances générale sur la ventilation et le sevrage
- Appropriation de la surveillance clinique spécifique au sevrage respiratoire
- Outil d'aide et de formation des étudiants et des nouveaux arrivants

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Quels enjeux pour l'IDE?

- Développement d'une expertise clinique et participation active dans les orientations de prise en charge du patient en collaboration avec l'équipe médicale
- Prise en charge de l'anxiété, savoir écouter, observer et rassurer le patient
- Le patient est stimulé. Il est acteur de sa prise en charge, condition sine qua non de la réussite du sevrage.

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Les risques d'un protocole

- Si l'existence du protocole n'est pas remise en question, il est important de ne pas s'enfermer dans le protocole qui reste un guide.
- Chaque acteur conserve son expertise clinique et joue de son art. Il faut accepter de sortir du protocole pour certains patients.

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Conclusion

- Ce protocole a permis d'améliorer globalement les compétences de l'équipe en, ventilation, et en sevrage ventilatoire.
- Il permet une amélioration des patients BPCO.
- Garder à l'esprit que le protocole ne reste qu'une aide à la décision.

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage

Avenir du protocole

- Intérêt d'une seconde évaluation statistique
- Amélioration progressive du protocole (couper la sonde si < à 5cm)
- Amélioration en parallèle des pratiques soignantes dans le cadre de l'alimentation et du respect du sommeil.
- Il ya un intérêt à conserver le protocole tant que nous ne sommes pas nuisible au patient. Il ya un gain en terme d'organisation pluridisciplinaire, de complémentarité et d'échanges médecin-IDE-Kiné:

une opportunité d'échange pluridisciplinaire

28/03/2008

S.Lamblin & L.Lesage