

L'intubation retrograde geste salvateur par excellence

Par : H. KECHNA, N. JBILI, L. BIBICHE, A. DAIL, A. MAAROUFI, N. JEBBAR, S. M. HANAFI

Pôle d'anesthésie réanimation et urgences, Hôpital Moulay Ismail – Meknès
Faculté de médecine et de pharmacie- Fès- Université Sidi Mohamed Ben Abdellah- Fès- Maroc

Résumé :

L'intubation difficile tient le plus souvent à l'impossibilité d'exposer suffisamment l'orifice glottique. Bien que rare, cette éventualité reste une hantise pour l'anesthésiste. Lorsque la difficulté est attendue du fait de l'anamnèse et /ou de l'examen clinique, l'intubation avec fibroscope est une solution à la fois sûre et élégante, mais difficilement réalisable en urgence. Dans un certain nombre de cas, en effet, la difficulté d'intubation n'était pas prévue et le temps presse. Il faut alors avoir recours à d'autres techniques, en particulier l'intubation par voie rétrograde. Celle-ci, contrairement à l'intubation à l'aide d'un fibroscope, nécessite peu de matériel et pourrait être réalisée en principe dans presque toutes les circonstances. Elle a été décrite par Waters la première fois. Elle a fait l'objet de nombreuses publications. Nous rapportons une intubation rétrograde salvatrice en utilisant le guide de montée de sonde d'urologie chez une patiente admise au bloc des urgences pour cure d'un abcès dentaire.

Mots clés : intubation rétrograde, intubation difficile, ventilation difficile, abcès dentaire

Introduction :

L'intubation difficile tient le plus souvent à l'impossibilité d'exposer suffisamment l'orifice glottique. Bien que rare, cette éventualité reste une hantise pour tout anesthésiste réanimateur [1]. Lorsque la difficulté est attendue du fait de l'anamnèse et /ou l'examen clinique, l'intubation avec fibroscope est une solution à la fois sûre et élégante [2, 3,4], mais difficilement réalisable en urgence. Dans un certain nombre de cas, en effet, la difficulté d'intubation n'est pas prévue et pour faire face à un risque d'hypoxie devant des difficultés de ventilation au masque et/ou un risque d'inhalation potentiel, il faut alors avoir recours à d'autres techniques alternatives, en particulier l'intubation par voie rétrograde.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 29 ans, sans antécédents pathologiques notables, admise au bloc pour drainage chirurgicale d'un abcès de la deuxième molaire droite (figure 1 et 2). L'évaluation anesthésique et notamment celle des voies aériennes objective certes la limitation de l'ouverture buccale mais a été jugée secondaire à la douleur par l'anesthésiste responsable et devrait alors céder sous l'effet des analgésiques et surtout de la curarisation.

Après induction intraveineuse associant fentanyl, propofol et curarisation au rocuronium après test de ventilation manuelle. Au moment de l'introduction du laryngoscope pour l'exposition glottique le trismus n'a pas cédé comme en témoigne la photo réalisée ultérieurement (figure 7) et même l'introduction d'un masque laryngé s'avère impossible.

La non disponibilité du fibroscope nous a amené à chercher une alternative rapide et sûre. On décide alors de réaliser une intubation rétrograde à l'aide d'un guide d'urologie de sonde double j. On a repéré le deuxième anneau trachéal et on a ponctionné à l'aide d'un trocart 14 gauge.

La bonne position a été prouvée par un test d'aspiration. A travers le trocart on a introduit un guide métallique qu'on a récupéré à la narine droite. On a retiré le trocart et on laissé le guide avec deux bouts visibles et accessibles (au niveau de la narine et au niveau du point de ponction trachéal). On a glissé à travers le guide au niveau de l'orifice de Murphy une sonde d'intubation armée numéro 6. Lorsque la sonde butait on a retiré le guide en maintenant une légère pression sur la sonde d'intubation qui fut poussée au niveau de la trachée (figures 3,4, 5 et 6).

L'évolution a été favorable sans aucun incident et la patiente ne gardait qu'une petite cicatrice d'introduction du trocart (figure 7) et qui a disparu lors de la visite de contrôle une semaine plus tard.

Discussion :

Le contrôle de l'accès aux voies aériennes supérieures (VAS) est un problème quotidien pour un anesthésiste travaillant en chirurgie oto rhino laryngologie (ORL). Ces patients ont des modifications anatomiques telles que l'exécution des manœuvres d'intubation peut s'avérer délicate même pour un anesthésiste entraîné.

De part la fréquence de l'intubation difficile et l'importance des difficultés techniques, l'utilisation d'un algorithme personnalisé est indispensable pour l'oxygénation et pour l'intubation [5]. Ces algorithmes sont adaptés au contexte (chirurgie réglée ou urgence) et au niveau de maîtrise technique des équipes.

L'intubation rétrograde, contrairement à l'intubation à l'aide d'un fibroscope, nécessite peu de matériel et pourrait être réalisée en principe dans presque toutes les circonstances. Elle a été décrite par Waters [6], la première fois et depuis elle a fait l'objet de nombreuses publications.

L'intubation par voie rétrograde offre une alternative intéressante en cas d'intubation impossible inopinée.

L'intubation retrograde geste salvateur par excellence

Par : H. KECHNA, N. JBILI, L. BIBICHE, A. DAII, A. MAAROUFI, N. JEBBAR, S. M. HANAFI

Pôle d'anesthésie réanimation et urgences, Hôpital Moulay Ismail – Meknès
Faculté de médecine et de pharmacie- Fès- Université Sidi Mohamed Ben Abdellah- Fès- Maroc

La ponction sous-coracoïdienne associée à la sortie du cathéter par l'œilleton latéral de l'extrémité distale de la sonde d'intubation semblent des modifications utiles, facilitant le passage glottique à moins risque.

Cette technique, dont l'apprentissage est simple [7] ne nécessite qu'un matériel peu onéreux souvent disponible dans tous les blocs opératoires. Elle devrait être possédée par tout médecin anesthésiste.

Conclusion :

Les patients souffrant d'une pathologie stomatologique posent des problèmes particulièrement difficiles de gestion des voies aériennes supérieures. La maîtrise de plusieurs techniques d'oxygénation et d'intubation est indispensable. Pour pouvoir être utilisées en sécurité chez ces patients, elles doivent être appliquées en routine selon des algorithmes tenant compte de la spécificité des difficultés rencontrées.

Déclarations.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références :

1. Larro IR. Management of difficult intubation (pp. 99-128). In : *Difficulties in tracheal intubation*. IR Larro, M. Rosen eds Baillière Tindall, London, 1985.
2. Macintyre JWR. The difficult tracheal intubation. *Can Anaesth Soc J*, 34 : 204-213, 1987.
3. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B, Freiburger D, Liu PL. clinical sign to predict difficult tracheal intubation : a prospective study. *Can Anaesth Soc J*, 32 : 429-434, 1985.
4. Sabathie M et al. Intubations difficiles et solutions proposées : intubation par fibroscopie. *Ann Anesthésiol Fr*, 17 : 953-960, 1976.
5. Cros AM. Update on the consensus conference on difficult airway management : what about the future? *Ann Fr Anesth Reanim* 2008; 27:1-2.
6. Waters DJ. Guided blind endotracheal intubation. *Anaesthesia*, 18 : 158-162, 1963.
7. Guggenberger H, Lenz G. Training in retrograde intubation. *Anesthesiology*, 69: 292, 1980

L'intubation retrograde geste salvateur par excellence

Par : H. KECHNA, N. JBILI, L. BIBICHE, A. DAIL, A. MAAROUFI, N. JEBBAR, S. M. HANAFI

Pôle d'anesthésie réanimation et urgences, Hôpital Moulay Ismail – Meknès
Faculté de médecine et de pharmacie- Fès- Université Sidi Mohamed Ben Abdellah- Fès- Maroc

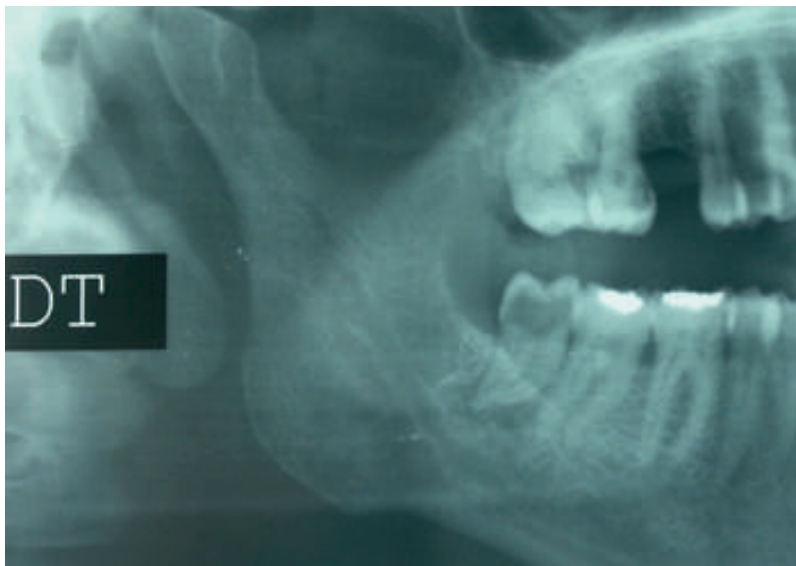
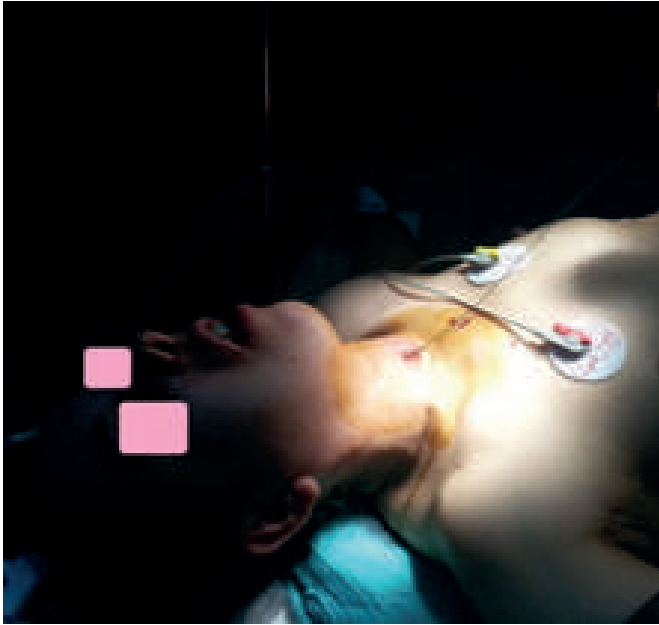


Figure 1 et 2 : Photos panoramiques dentaires montrant l'abcès de la deuxième molaire droite

L'intubation retrograde geste salvateur par excellence

Par : H. KECHNA, N. JBILI, L. BIBICHE, A. DAII, A. MAAROUFI, N. JEBBAR, S. M. HANAFI

Pôle d'anesthésie réanimation et urgences, Hôpital Moulay Ismail – Meknès
Faculté de médecine et de pharmacie- Fès- Université Sidi Mohamed Ben Abdellah- Fès- Maroc



Figures 3, 4, 5 et 6: Photos montrant les différentes étapes de la réalisation de l'intubation rétrograde

L'intubation retrograde geste salvateur par excellence

Par : H. KECHNA, N. JBILI, L. BIBICHE, A. DAII, A. MAAROUFI, N. JEBBAR, S. M. HANAFI

Pôle d'anesthésie réanimation et urgences, Hôpital Moulay Ismail – Meknès
Faculté de médecine et de pharmacie- Fès- Université Sidi Mohamed Ben Abdellah- Fès- Maroc



Figure 7: Photo montrant le trismus avec limitation invincible de l'ouverture buccale malgré la curarisation