

INTUBATION DIFFICILE EN OBSTÉTRIQUE

Toujours se poser la question : l'ALR est-elle possible ?

- **Checklist** : Equipements, Chariot d'urgence...
- **Boite d'intubation difficile** : Mandrin béquillé, guides, lames, Fastrach, Masques Laryngés, vidéolaryngoscope, fibroscope, kit cricothyroïdotomie...
- **Antiacides systématiques** : Citrate de Na⁺⁺⁺, à défaut Anti H₂
- **Choix des drogues** : Rocuronium 1,2 mg/kg + hypnotique, Sugammadex 16mg/kg (gardé au frigidaire si décision réveil)
- **Monitoring** (capno +++...)
- **Position** : Proclive 15° +++, snifing position, BURP, ...
- **Pré oxygénation** : 3 min à FetO₂ > 90% +/- O₂ par une canule nasal (10L/min)
- **Induction** : Séquence rapide avec manœuvre de Sellick
- **Laryngoscopie directe** si **1 critère** d'intubation difficile + maintenir une oxygénation passive apnéique (canule ou lunettes nasales) pendant la laryngoscopie
- **Vidéolaryngoscope** si au moins **2 critères** d'intubation difficile
- **Dans tous les cas** : Deux essais au maximum, exposition glottique optimisée, possibilité de mandrin béquillé

Intubation et ventilation non prévues difficiles Après bonne évaluation

Échec

Succès de l'intubation

Algorithme Intubation difficile

Maintenir Oxygénation par Ventilation Masque facial: P < 20 cmH₂O
Appeler l'Aide + Travail d'équipe
Dispositif Supra Glottique
(Masque laryngé : Préférer ML 2 voies, fastrach...)

Plan d'extubation

Succès

Échec

Stop
And
Think

Algorithme Oxygénation
Can not intubate
Can not ventilate

Déclaration CICO :
 Échec intubation
 Ventilation inefficace
 Approfondir l'Anesthésie selon état de la patiente
 Oxygénation Transtachéale
 Appeler l'Aide supplémentaire et l'ORL

- Chirurgie urgente ou instabilité maternelle : Sécuriser et continuer la chirurgie
- Chirurgie non urgente, stabilité maternelle et fœtale (évaluation multidisciplinaire) : Sécuriser et continuer ou Réveiller la patiente

Entamer une Cricothyroïdotomie
Scalpel - Bougie - Tube ...