



Quick-Alert®

CIRRNET®

« Fixation de canules oropharyngées (Guedel), nasopharyngées (Wendel) et endotrachéales »

Signalements originaux d'erreurs notifiées au CIRRNET®

Cas 1

«Le patient a présenté une insuffisance respiratoire. J'ai pensé qu'il avait fait une fausse route en mangeant et j'ai appelé le médecin en urgence. La bronchoscopie effectuée immédiatement a permis de découvrir une canule de Wendel derrière la langue, dans la trachée. La canule a été retirée et le patient a pu à nouveau respirer librement. Il s'agissait d'une canule de Wendel sans embout pour fixation. Lors de la transmission du patient, aucune information concernant la présence d'une Wendel ne m'a été donnée, ou alors je n'y ai pas prêté attention. Je n'ai vu que plus tard dans la documentation que le patient avait une Wendel. Les canules de Wendel sans embout pour la fixation ne sont plus utilisées. Une canule de Wendel doit toujours être fixée. »

Cas 2

«Le patient arrive à la salle de réveil avec une canule de Wendel 6,0, parce que sa langue obture légèrement les voies respiratoires. La canule le dérange et il essaie continuellement de se gratter le nez. Nous lui tenions les mains constamment, mais il a tout de même réussi par à-coups à se toucher le visage, à se gratter le nez et, tout à coup, la canule avait disparu. Un autre soignant appelé à la ressource a pu localiser la canule grâce à une lampe de poche et il a été possible de la récupérer au moyen d'une pince Péan. Heureusement, le patient ne s'est pas défendu lorsqu'on lui maintenait la tête pendant cette intervention. Nous allons discuter avec la direction infirmière pour savoir s'il existe d'autres types de Wendel et si les modèles utilisés actuellement devraient être remplacés, ou alors pour déterminer la manière de fixer les Wendel à l'avenir → 28.10.11. Les canules de Wendel dangereuses ont été retirées de l'assortiment et remplacées par des modèles comportant un embout plus large, de manière à ce que la canule ne puisse plus glisser par le nez. »

Cas 3

« Glissement de la canule : l'électrode de la canule à spirale a été fixée par un scotch Transpore. La fixation de la canule a été posée par-dessus. Le scotch de la canule s'est légèrement décollé, de sorte que la canule était mal fixée et qu'elle s'est déplacée. La canule à spirale est faite d'un autre matériau qu'une canule normale. »

Commentaire des experts

Dans les cas d'urgence vitale en médecine, on utilise fréquemment des moyens auxiliaires mécaniques pour maintenir les voies respiratoires libres ou pour assurer leur ouverture. Tandis que les systèmes d'aide à la respiration oropharyngés (= canules de Guedel) destinés à faciliter la ventilation au moyen du masque ne peuvent être utilisés que chez les patients ne présentant pas de réflexes de déglutition ni de vomissement (autrement dit chez les patients inconscients), les aides à la respiration nasopharyngées (= canules de Wendel) peuvent également être employées chez les patients ayant conservé leurs réflexes et respirant de façon spontanée. Les canules endotrachéales ne sont posées que lorsque l'ouverture des voies respiratoires doit être soutenue de façon définitive et à long terme, à savoir en règle générale en cas de ventilation mécanique de longue durée.

Les systèmes oropharyngés et nasopharyngés d'aide à la respiration sont des « corps étrangers » qui, suite à un déplacement, sont susceptibles de causer une obstruction des voies respiratoires supérieures. Un déplacement peut aussi provoquer la fermeture d'une voie respiratoire.

Les canules de Guedel s'introduisent par la bouche et ont pour but d'empêcher l'affaissement de la langue. Elles sont le plus souvent utilisées chez les patients inconscients ou comme protection contre la morsure chez les patients intubés. Les patients porteurs d'une Guedel nécessitent une surveillance !



Les canules de Wendel sont introduites par le nez, leur pointe arrivant dans le pharynx. Elles empêchent également le basculement de la base de la langue vers l'arrière et évitent ainsi l'obstruction des voies aériennes oropharyngées en assurant le passage de l'air par la voie nasopharyngée. Les patients porteurs d'une Wendel nécessitent eux aussi une surveillance !



Qu'elles soient oropharyngées ou nasopharyngées, les canules d'aide à la respiration ne peuvent pas empêcher une aspiration bronchopulmonaire, car leur partie distale se situe au dessus de la glotte.

Les canules endotrachéales sont munies à leur extrémité distale d'un ballonnet gonflable (= cuff) que l'on bloque en le remplissant d'air de manière contrôlée grâce à un tuyau le long de la paroi de la canule. Le blocage du ballonnet a pour but d'assurer l'étanchéité contre la paroi de la trachée. Sur la partie supérieure de la canule se trouve un embout de plastique pour le raccordement aux tuyaux respiratoires ou à l'insufflateur (connecteur). Les patients porteurs de canules endotrachéales doivent être placés sous la surveillance exclusive de professionnels formés à cette tâche, autrement dit en principe d'experts en soins d'anesthésie ou soins intensifs diplômés EPD ES et/ ou de médecins spécialisés.



La mise en place de canules de Guedel et de Wendel n'est de loin pas une intervention banale. Comme l'illustrent les trois cas présentés plus haut, une canule nasopharyngée qui glisse peut être aspirée par le patient, ce qui constitue un risque vital pour lui. C'est pourquoi le bon choix du système d'aide à la respiration (canule de Guedel ou de Wendel), sa taille et son mode de fixation sont des points essentiels à prendre en considération lors de l'utilisation de ces canules. Le mode de fixation utilisé par le passé pour les Wendel, qui consistait à placer une épingle de sûreté à l'extrémité proximale, est aujourd'hui obsolète, car il n'empêche pas le glissement de la canule. Il comporte en outre des risques supplémentaires pour le patient et les soignants en cas d'ouverture accidentelle de l'épingle de sûreté. Toutes les canules, oropharyngées, nasopharyngées ou endotrachéales, doivent être régulièrement contrôlées et leur sécurité vérifiée.

Une bonne fixation doit satisfaire aux critères suivants :

- permettre d'éviter avec la plus grande fiabilité possible un déplacement de la voie aérienne artificielle/du système d'aide à la respiration
- être simple à mettre en place, aussi bien sur la canule que sur la personne du patient (peau)
- ne pas causer chez le patient de points de pression ou autres lésions (tiraillement, pression)
- ne pas provoquer de compression ni de coude (le passage de l'air doit être garanti en tout temps)
- pouvoir être détachée/retirée de façon simple et rapide en cas de problème vital chez le patient



Commentaire des experts

Outre l'attention portée à la fixation de la canule, le personnel médical et infirmier doit veiller à consigner de façon claire et compréhensible dans le dossier du patient toute pose de canule, qu'elle soit oropharyngée, nasopharyngée ou endotrachéale. Doivent figurer dans cette documentation le type et la taille de la canule – le cas échéant canule spéciale – ainsi qu'une indication précise en cas de fixation s'écartant de la routine (p. ex. fixation par fil, suture). Il va sans dire que la communication orale entre groupes professionnels concernant les canules utilisées (y compris spéci-

ficités, voir ci-dessus) est également importante lors de tout changement d'équipe médicale et infirmière.

Les hôpitaux portent la responsabilité de garantir que les canules oropharyngées, nasopharyngées et endotrachéales soient posées exclusivement par des professionnels formés à cette tâche (infirmières comme médecins) et que les patients concernés soient placés sous surveillance continue.

Recommandations

- Pose de canules de Guedel, de Wendel et de canules endotrachéales effectuée exclusivement par des professionnels formés à cette tâche
- Schriftliche Dokumentation der Grösse (Nummer, I-Dokumentation écrite des données concernant les canules et aides à la respiration posées – taille (numéro, diamètre intérieur [ID]) et type, p. ex. :
 - canule de Wendel ou de Guedel
 - canule endotrachéale
 - canule trachéale (avec ou sans canule interne)
 - canule spéciale
 - autres aides à la respiration
- Communication sur les canules posées, en particulier lors de la transmission du patient (p. ex. salle de réveil).
- Fixation de canules de Wendel au moyen d'une épingle de sûreté proscrite, car obsolète !
- Utilisation de canules de Guedel et de Wendel dont l'extrémité proximale est nettement plus large que l'orifice par lequel celles-ci sont introduites → la canule ne doit pas pouvoir se déplacer dans la cavité buccale ou nasale.
- Utilisation de canules de Guedel et de Wendel dont l'extrémité proximale ne peut pas se détacher du reste de la canule.
- En cas de pose en cours de narcose, utilisation si possible de gel comprenant un anesthésique local afin d'éviter une réaction de défense du patient au moment de son réveil et de réduire ainsi le risque de mauvaise manipulation.
- Protection des canules contre un déplacement, autrement dit fixation fiable au moyen du matériel adéquat !

Références

1. Dornberger I. Maskenbeatmung und Intubation. In : Schwieriges Atemwegsmanagement bei Erwachsenen und Kindern. © 2013 Georg Thieme Verlag KG.
2. Roberts K, Whalley H, Bleetman A. The nasopharyngeal airway : dispelling myths and establishing the facts. Emerg Med J 2005;22:394–396. doi: 10.1136/emj.2004.021402.
3. Sicherung der Atemwege. 04/2006 - © Spitta Verlag. http://www.spitta.de/fileadmin/tt_news/shop/pdf/95440/Sicherung%20der%20Atemwege.pdf (Zugriff: 11.04.2016)

Auteurs et experts ayant participé à l'élaboration de ce document

- Frank Olga, Dr sc. hum., Sécurité des patients Suisse
- Fröhlich Martin R., diplômé en sciences des soins et de la santé, responsable des experts pour le domaine soins d'anesthésie / soins intensifs / management OP, Hôpital universitaire de Zurich
- Herion Christian, expert en soins d'anesthésie dipl. EPD ES, MME Unibe, Hôpital cantonal d'Aarau, FSIA
- Karde Carmen, experte en soins infirmiers MScN, Hôpital universitaire de Zurich
- Dr Paganoni Reto, médecin-chef de médecine intensive, Hôpital cantonal d'Oltén
- Prof. Schnider Thomas, médecin-chef de la clinique d'anesthésiologie, de médecine intensive, de médecine du sauvetage et de médecine de la douleur, Hôpital cantonal de St-Gall
- Dr Schumacher Philippe, médecin-chef d'anesthésiologie et de médecine intensive, Hôpital des bourgeois de Soleure
- PD Dr Staender Sven, médecin-chef de l'Institut d'anesthésiologie et de médecine intensive, Hôpital de Männedorf
- Vonmoos Roland, direction des soins d'anesthésie, Hôpital cantonal d'Aarau, FSIA

Document adopté par les associations professionnelles / organismes suivants

1. FSIA
2. SSAR

Remarque

Cette problématique a une importance qui dépasse le cadre régional. Merci d'en examiner la portée pour votre établissement et de veiller, le cas échéant en accord avec les organismes dont vous relevez, à ce qu'elle soit diffusée de manière ciblée et, si nécessaire, à un large public.

Les présentes recommandations visent à sensibiliser et à soutenir les institutions de santé et les professionnels actifs dans le domaine de la santé pour l'élaboration de directives internes à leur établissement. Il incombe aux fournisseurs de prestations d'examiner les recommandations dans leur contexte local et de décider si elles revêtent un caractère obligatoire ou si elles doivent être modifiées ou rejetées. La forme spécifique et l'application à chaque cas selon les mesures de précaution applicables (en fonction des conditions locales sur le plan technique, entrepreneurial, légal, personnel et de la situation) relèvent exclusivement de la responsabilité des prestataires compétents.

Photos :

Fotolia, www.radecker-notfallmedizin.de, www.notfall-set.de