

تنبيب القصبة الهوائية الإختياري

A. EL MASSLOUT, M .CAIDI, A.S . AL AZIZ, A. BENOSMAN

ملخص : من أجل التنبيب الإختياري لإحدى القصبتين في جراحة الصدر، نستعمل أنبوبا رغاماويا عاديا ذي كوية. لتنبيب القصبة الهوائية اليمنى، يدفع الأنبوب في وضعه العادي (قثاتير الكوية إلى أعلى). لتنبيب القصبة الهوائية اليسرى، يقلب الأنبوب بـ 180° (قثاتير الكوية إلى أسفل) ثم يدفع ليدخل القصبة. وضعية الأنبوب تعرف من خلال الإصغاء بالمسماع.

Résumé : Pour l'intubation bronchique sélective en chirurgie thoracique, nous utilisons une sonde trachéale à ballonnet ordinaire. Pour intuber la bronche droite, la sonde est poussée en position normale (tube du ballonnet vers le haut). Pour intuber la bronche gauche, la sonde est tournée de 180° (tube de ballonnet vers le bas) et poussée dans la bronche. L'exclusion est vérifiée à l'auscultation.

Mots-clés : intubation sélective.

Abstract : For selective intubation in thoracic surgery, we use a standard tracheal single-lumen cuffed tube. To intube the right main bronchus, the right main bronchus, the probe is pushed forwards in ordinary position (cuff. Catheter upwards). To intube the left main bronchus the probe is turned of 180° (cuff-catheter down) and pushed in the bronchus. The ventilatory exclusion is checked by auscultation.

Key-words : selective intubation .

INTRODUCTION

En chirurgie thoracique de l'hôpital Ibn Sina, nous utilisons rarement l'intubation sélective. Des milliers de patients ont été opérés à poumon ventilé. Mais ceci impose un surcroît de travail et de vigilance pour l'anesthésiste qui doit aspirer les bronches fréquemment et adapter sa ventilation au travail du chirurgien.

Les accidents d'inondation contro-latérale sont rares. Mais parfois l'intubation sélective se produit à droite à l'insu du chirurgien et de l'anesthésiste (1). Ceci peut causer des hypoxies lorsqu'on opère à droite, et qu'on appuie sur le poumon, ou que l'on clampe la bronche souche du poumon droit uniquement ventilé. De volumineuses fuites bronchiques, des lésions secrétantes ou hémorragiques, des fragments de membrane hydatique, voire de tumeur peuvent causer une hypoxie per-opératoire. Pour éviter ces inconvénients, on peut préférer une intubation sélective excluant le poumon opéré. Celle-ci facilite le travail du chirurgien qui n'est plus gêné par le volume du poumon ventilé. Les brides se tendent entre la paroi et le poumon, et sont plus faciles à sectionner. L'inondation contro-latérale est évitée par l'exclusion. Mais c'est surtout en chirurgie vidéo-assistée que l'intubation sélective est le plus nécessaire (2). Pour ce faire, plusieurs modèles de sondes sont décrits. (3), dont la classique sonde à ergot de Carlens. Ses inconvénients sont bien connus pour nous éviter d'insister. Mais surtout, on peut ne pas en disposer. Notre but est de décrire l'intubation sélective avec une sonde ordinaire trachéale à ballonnet (à lumière unique), telle que nous l'avons utilisée une trentaine de fois.

TECHNIQUE

Une sonde trachéale à ballonnet ordinaire, de calibre approprié (7 à 8 mm) est introduite par intubation sous laryngoscopie. Quand on veut intuber la bronche droite, la sonde est poussée à l'endroit (tube du ballonnet vers le haut) et passe dans la bronche droite, qui est dans le prolongement de la trachée. Quand on veut intuber sélectivement la bronche gauche pour exclure le côté droit, la sonde est introduite à l'envers, ou bien après introduction dans la trachée, tournée à l'envers de 180° (tube du ballonnet vers le bas). La sonde se positionne alors dans la bronche

souche gauche. L'exclusion ventilatoire est vérifiée à l'auscultation. L'oxygénation du patient est surveillée au monitoring (saturomètre, cardioscope, capnographe). Le positionnement est facilité en tournant du côté opposé à celui qu'on veut intuber, et en tournant la sonde dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

RÉSULTATS

Trente patients ont été ainsi intubés sélectivement par sonde trachéale ordinaire. L'exclusion (plutôt l'absence de ventilation) est constatée à thorax ouvert. A la fin de l'acte d'exérèse, le chirurgien aspire les bronches avec son aspirateur. La sonde d'intubation est retirée de quelques centimètres (ballonnet dégonflé) et revient dans la trachée. De fortes insufflations au ballon remettant le poumon exclu en circuit. L'aspiration trachéale est réalisée par l'anesthésiste à la demande. Cependant, l'intubation de la bronche gauche est plus difficile. Nous avons rencontré deux échecs au début de notre expérience. Nous n'avons plus connu que des succès en tournant la sonde dans le sens anti-horaire.

COMMENTAIRES

La collaboration chirurgien-anesthésiste est indispensable en chirurgie thoracique. Le chirurgien doit être très vigilant pour l'hématose, et avoir constamment en vue les appareils de monitoring. Son travail et celui de l'anesthésiste sont facilités par l'intubation sélective qui évite l'encombrement et les fuites volumineuses. On peut ainsi de même éviter l'inondation par un pyothorax fistulisé dans les bronches.

CONCLUSION

L'intubation sélective est possible avec une sonde trachéale ordinaire à ballonnet. Nous l'avons réalisée trente fois à notre satisfaction avec deux échecs pour l'intubation gauche. Nous estimons que le monitoring est indispensable, sous peine d'accidents dramatiques. La position de la sonde est vérifiée à l'auscultation. L'usage du fibroscope peut faciliter la mise en place, mais n'est pas indispensable. Pour positionner la sonde, on peut tourner la tête du côté opposé à celui qu'on veut intuber.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Artz et Hardy** Les complications en chirurgie et leur traitement Maloine S.A. 1968, pp 196-200
2. **Gindicelli, P.Thomas, J. Ragni, Ch. Brunet, M. Noircherc.** Vidéothoroscopie chirurgicale. Encycle. Med. Chir. (Paris, France) Techniques chirurgicales-Thorax 42-450 1995, 12p
3. **J.A. Kaplan** Thoracic anesthésia-second édition Churchill Livingstone.1991. pp 371-388
4. **C. Personne; Ph. Kleinmann ; A. Bissou et L. Toty.** Les déchirures trachéo-bronchites par tube de Carlens. Ann. Chir. Thor. et Cardiovasc. Vol 41- n°6 – 1987 – pg 494 – 497.