

Petits rappels spécifiques au SMUR concernant la prise en charge d'un SDRA :

Cadre = patient intubé/ ventilé

1°) du côté du respirateur :

- Mode VAC
 - VT = **6mL/kg de poids théorique**
 - *Calcul simple = taille X 2 pour femme ou taille X2 + 30 mL pour hommes*
 - *Ex : une dame de 100kgs mesurant 1.50m → Vt= 300mL !*
 - Fréquence : 20-25 (selon capnie) max 30.
 - **Pplateau toujours < 30 cmH2O et à noter++**
 - PEP à titrer (difficile en SMUR) donc la plus haute possible selon Pplat et tolérance hémodynamique
 - **FiO2 à baisser le plus possible pour objectif SpO2 85-90% (NON aux SpO2 > 95% !)**

- Montage respi = filtre habituel + 1 filtre sur valve expiratoire + raccord à rotule pour aspirations



- Aspirations : **on ne déconnecte pas le patient++++**
 - Procédure (avec Elysé 350 et monnal T60) = introduire la sonde d'aspiration dans le raccord et la descendre comme d'habitude puis faire pause inspiratoire (appuyer le temps nécessaire) sur le respirateur pendant l'aspiration +++. Quand aspiration terminée, arrêter la pause et retirer classiquement la sonde d'aspiration. Pour l'Elysé 250 (pas de pause inspiratoire dispo) : faire une aspiration normale sans déconnecter le patient.



- Décubitus ventral à ne pas oublier pour les cas les plus hypoxiques

2°) sédation :

Patient en SDRA à la phase initiale = sédation profonde + curarisation.

- Si le nombre de voies d'abord le permet et pour anticiper la poursuite en réa = midazolam + suf à la SAP + curares en bolus (à renouveler si besoin et pour éviter SAP supplémentaire)- Nimbex rajouté dans dotation (bolus 0.2 à 0.4mg/Kg)
- gammaOH + suf + curares possibles en cas de limitation du nombre de voies.

3°) hémodynamique :

Sédation + Pinrathoracique augmentée = baisse PAM → NAD à la SAP à privilégier

A anticiper avec le nombre de voies d'abord suffisantes :si hypno/suf à la SAP sur 1 voie + 1 voie « injection » + 1 pour la NAD = 3 voies nécessaires...

Ce ne sont que des petits rappels qui peuvent être utiles dans ce contexte difficile (et pour la suite). Le principe de base est de ne pas aggraver le patient par nos procédures (ventilation ou aspiration inadaptées)

Eric Ezingard

Nicolas Desseigne

Version 1 le 21 mars 2020