

## MISE EN CONDITION

**Monitoring continu** : ECG, TA, SpO<sub>2</sub> +/- EtCO<sub>2</sub> etc.

**Position DEMI-ASSISE**

**O<sub>2</sub>** : QSP SpO<sub>2</sub> 88-92% Pas de débit maximum, DC par hypoxie bien avant le DC par hypercapnie !

**2 VVP** de bon calibre

**Facteur déclenchant ?** : Infection respiratoire, défaillance cardiaque associée, EP, pneumothorax etc.

## MENACE VITALE IMMEDIATE

*Apnée, pause ou épuisement respiratoire extrême, agitation extrême ne permettant pas d'initier une VNI, collapsus, TDR sévères*

### OUI : VENTILATION MECANIQUE

**ISR par KETAMINE/CELOCURINE Cf. ISR et Intubation de l'adulte**

**PUIS VENTILATION MECANIQUE Cf. Ventilation mécanique de l'adulte**

FiO<sub>2</sub> QSP SpO<sub>2</sub> 90-92%, PEP 0-3cmH<sub>2</sub>O (risque hyperinflation), FR 8-14/min, Vt 6ml/kg de poids théorique, I/E de 1/3 à 1/5, Sédation profonde ± curare

NON

## CRITERES DE GRAVITE ?

FR > 35/min ou < 14/min sur épuisement, SpO<sub>2</sub> < 90% sous MHC, Impossibilité ou difficultés à parler, Signes de lutte respiratoire, Troubles de conscience

*ATTENTION : LA CARBONARCOSE NE CI PAS LA VNI +++*

OUI

NON

## SUPPORT VENTILATOIRE

Concomitamment au traitement médicamenteux ci-contre

### VNI : A PRIVILEGIER +++

**Cf. Ventilation non invasive**

VS-AI-PEP (ou VS-PEP)

PEP initiée à 5 cmH<sub>2</sub>O

OBJECTIF : Compenser l'auto-PEP

AI initiée à 6 cmH<sub>2</sub>O

OBJECTIF : Vt à 6-8ml/kg

FiO<sub>2</sub> : QSP SpO<sub>2</sub> > 88-92%

Trigger inspiratoire : 1-3 l/min

OBJECTIF : Pas d'auto-déclenchement

Trigger expiratoire : 50%

### ECHEC DE VNI

DISCUTER VENTILATION MECANIQUE INVASIVE

**Cf. ISR et Intubation de l'adulte**

**Cf. Ventilation mécanique de l'adulte**

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

### AEROSOLTHERAPIE

CONTINUE la première heure via 6-8L/min

β<sup>2+</sup> type

TERBUTALINE (Bricanyl®)

5mg/20'

ASSOCIE A

α<sup>1</sup> type

BROMURE D'IPRATROPIUM Atrovent® :

0,5 mg/20'

### CORTICOTHERAPIE

NON SYSTEMATIQUE au cas par cas

PREDNISONNE 30-40mg IV ou PO

### TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- Exsufflation PNT si compressif

**Cf. Drainage d'un pneumothorax compressif**

- Antibiothérapie à discuter

Etc.