

## TECH. 6 Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE® et COMBITUBE® SA)

### TECH. 6

#### 1. Installation du Combitube®:

- a) Si la personne est traumatisée, la colonne cervicale doit être immobilisée avant l'insertion du Combitube®
- b) Préparer le Combitube®:
  - o Si utilisation de la capnographie, brancher le capnographe, activer la fonction « CO<sub>2</sub> » et valider la valeur de « 0 » au MDSA.
  - o Vérifier l'étanchéité des ballonnets et les pilotes du Combitube®, la succion et le ballon-masque.
- c) Appliquer du gel lubrifiant sur l'extrémité distale du Combitube®;
- d) Positionner la tête en position neutre; soulever à la fois la langue et la mâchoire inférieure vers le haut, en s'assurant de maintenir la tête entre les genoux ou avec les deux mains d'un autre intervenant si immobilisation entre les genoux impossible;
- e) Insérer le Combitube® en suivant la courbe du pharynx;
- f) Cesser l'insertion lorsque la ligne d'arrêt sur le tube est approximativement au niveau des incisives;
- g) Gonfler le ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), puis gonfler immédiatement le ballonnet distal (pilote # 2 blanc) et vérifier le positionnement du Combitube® :

#### Si utilisation de la capnographie :

- o Placer l'EtCO<sub>2</sub> et le ballon-masque sur le conduit bleu et ventiler 4 à 6 ventilations;
- o Si le capnographe indique une valeur de CO<sub>2</sub> supérieure à 0 en mm Hg avec une onde de capno, ventiler par ce conduit ;
- o Si le capnographe indique une valeur de CO<sub>2</sub> continue de 0 sans onde de capno (ligne plate), déplacer l'ETCO<sub>2</sub> et le ballon-masque sur l'autre conduit et tenter 4 à 6 ventilations par ce conduit ;
- o Si la valeur demeure à 0 sans onde de capno (ligne plate), faire un VPO et ventiler par le conduit indiqué en confirmant par une auscultation.

## TECH. 6 Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE<sup>®</sup> et COMBITUBE<sup>®</sup> SA) (suite)

### Si non-utilisation de la capnographie :

- Effectuer un VPO sur tube blanc (conduit # 2) :
  - Si VPO négatif : ventiler dans le conduit # 1 (bleu);
  - Si VPO positif : ventiler dans le conduit # 2 (blanc).
- S'assurer d'une ventilation pulmonaire à l'auscultation;
- Valider l'absence de son et de distension gastrique;
- Chez le patient avec pouls, installer l'ETCO<sup>2</sup> colorimétrique.

Si le VPO est négatif et s'il existe un doute important d'une absence de ventilation dans les poumons par le conduit # 1 (bleu), demander au technicien ambulancier paramédic (TAP) # 2 de ventiler le conduit # 2 (blanc) :

- Ausculter l'estomac et les poumons;
- Choisir le conduit adéquat;
- Si le doute persiste, retirer le Combitube<sup>®</sup>.

---

### Remarques

Ne pas utiliser le Combitube<sup>®</sup> si :

- La personne a ingéré un agent caustique;
- Le patient est en obstruction des voies respiratoires par corps étranger;
- Le réflexe de déglutition est présent;
- Présence de trachéostomie fermée
- Présence d'anaphylaxie au latex.

Si fuite d'air par la bouche et que le pilote est bien gonflé : ajouter 20 cc d'air supplémentaire au ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), selon le tableau ci-dessous :

	<b>Combitube<sup>®</sup> SA (37F)</b>	<b>Combitube<sup>®</sup> standard (41F)</b>
<b>Taille du patient</b>	4'0" (1,22m) à 6'0" (1,83m)	5'0" (1,52m) et plus
<b>Quantité d'air ballon proximal initial</b>	85 cc	100 cc
<b>Quantité d'air ballon proximal maximal</b>	165 (ajout 20 cc X 4)	200 (ajout 20 cc X 5)
<b>Quantité d'air distal</b>	12 cc	15 cc

Les spécifications du tableau réfèrent aux recommandations du fabricant.

Chez le patient mesurant entre 5'0" (1,52m) et 6'0" (1,83m), favoriser l'utilisation du 37F.

## **TECH. 6 Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE<sup>®</sup> et COMBITUBE<sup>®</sup> SA) (suite)**

### **2. Retrait du Combitube<sup>®</sup>:**

- a) Vérifier la disponibilité des équipements requis : succion en marche, seringue 140 cc;
- b) Tourner le patient en décubitus latéral;
- c) Dégonfler complètement le ballonnet proximal par le pilote # 1 (Bleu);
- d) Dégonfler complètement le ballonnet distal par le pilote # 2 (Blanc);
- e) Retirer doucement le Combitube<sup>®</sup> en respectant sa courbure pour éviter de stimuler inutilement le pharynx;
- f) Succionner au besoin.

---

### **Remarques :**

Indications de retrait du Combitube<sup>®</sup> : patient s'éveille, présence de réflexe de Gag, efforts de vomissements.

Si la tentative d'intubation est non réussie, effectuer deux essais par le TAP # 2 et un essai par le TAP # 1 avant d'abandonner les tentatives (total de 3 tentatives maximum):

- ACR médical : 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> tentatives suite aux analyses subséquentes.
- ACR traumatique : 2 minutes de RCR entre les tentatives d'intubation
- Hypoventilation: 2 minutes de ventilations entre les tentatives d'intubation

Lors de toute tentative d'intubation avec Combitube<sup>®</sup>, le TAP doit porter un masque procédure.

## **TECH.6 Intubation au Combitube® avec particularités MRSI**

***Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.***

### **Généralités :**

- Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention, incluant 2 paires de gants en situation d'ACR, cesser les compressions thoraciques pendant l'intubation et reprendre la RCR une fois l'intubation complétée.

### **Interventions à adapter :**

1. Préparer le Combitube de la façon suivante :
  - Placer un filtre HEPA sur le tube bleu;
  - Placer filtre HEPA ou un VPO sur le tube blanc.
2. Procéder à l'intubation.
3. Retirer une paire de gants immédiatement après l'insertion du Combitube afin d'éviter de contaminer le matériel d'intervention.
4. Gonfler les ballonnets et valider la position du tube (capnographe ou VPO).
5. Après avoir confirmé le bon tube de ventilation, obturer le deuxième tube ne servant pas à la ventilation (filtre HEPA ou VPO déjà en place, pince hémostatique métallique, etc.).
6. S'assurer de l'étanchéité du ballonnet proximal.
7. Faire un maximum de 2 tentatives d'intubation au total, par le même intervenant, afin de limiter la contamination.
  - ACR médical : 2e tentative **suite à l'analyse subséquente**
  - ACR traumatique : 2e tentative après 2 minutes de compressions thoraciques **chez l'adulte ou de RCR en pédiatrie**
  - Hypoventilation : 2e tentative après 2 minutes de ventilation
8. En cas d'extubation, **de contre-indication** ou d'échec au Combitube, appliquer la technique de ventilation avec précautions de MRSI (TECH.15).