M.O SUAP
FT 04 A 02

ASPIRATION DE MUCOSITÉS

Le retrait des sécrétions qui encombrent les voies aériennes d'une victime inconsciente permet d'améliorer sa respiration spontanée ou la ventilation artificielle et ainsi son oxygénation.
L'aspiration est réalisée chaque fois qu'une victime inconsciente présente un encombrement des voies aériennes par des liquides ou des particules solides qu'elle ne peut expulser. Les vomissures, l'eau chez le noyé, le sang et les sécrétions des poumons sont les principales sources d'un encombrement des voies aériennes.

Le sauveteur identifie la présence de sécrétions dans les voies aériennes car :

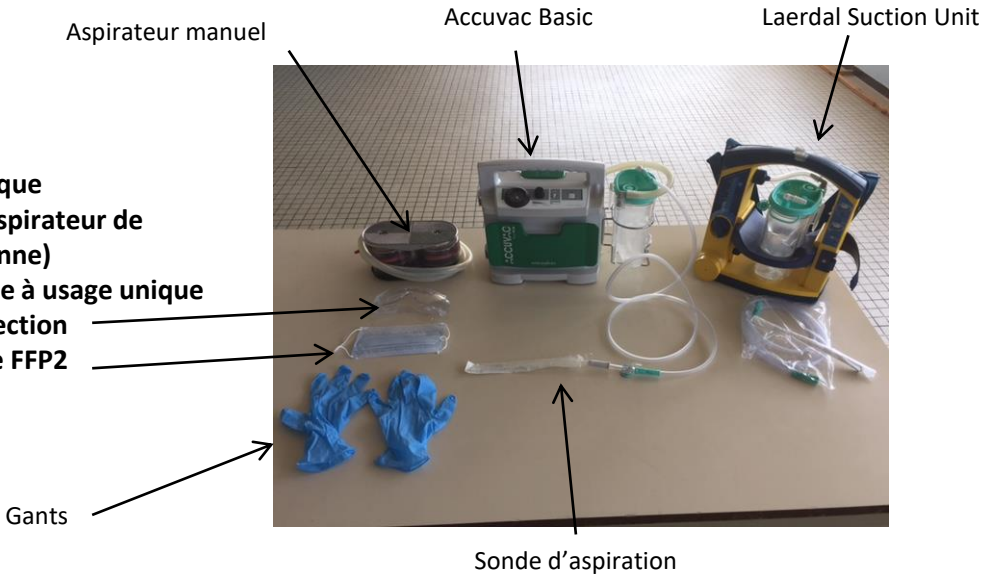
• il entend des gargouillements au cours des mouvements respiratoires si la victime respire encore;
• il entend des gargouillements au cours des insufflations manuelles si la victime ne respire plus ;
• il voit des vomissures dans la bouche ou sortir par le nez de la victime.
Si la victime est en arrêt cardiaque, l'aspiration des sécrétions est réalisée uniquement lors des compressions thoraciques.

Le matériel d'aspiration, positionné à côté de la tête de la victime, doit être monté et prêt à l'emploi devant toute victime inconsciente.

Personnels : 1 secouriste.

Matériels :

L'aspirateur de mucosité électrique (éventuellement associé à un aspirateur de mucosités manuel en cas de panne)
• Une sonde d'aspiration buccale à usage unique
• Une paire de lunettes de protection
• Un masque de protection type FFP2



•ACCUVAC BASIC

0,15b chez le nourrisson, 0,45b adulte et enfant

•LAERDAL SUCTION UNIT

•Nourrisson: entre 80 ou 120 mmHg (100)
•Adulte et enfant :350 mmHg (300 à 400)

Risques & contraintes:

•Pour limiter tout manque d'oxygène, chaque manœuvre d'aspiration ne doit pas durer plus de 10 secondes chez l'adulte et 5 secondes chez l'enfant et le nourrisson.
• Chez une personne consciente, introduire, une canule d'aspiration au fond de la gorge provoque le plus souvent un vomissement et doit donc être proscrite.
• La présence d'une canule oro-pharyngée n'empêche pas l'aspiration toutefois elle peut être retirée temporairement en cas de difficultés pour faciliter la manœuvre.
• Pour ne créer aucune lésion dans la cavité buccale et au niveau du pharynx de la victime, il faut éviter les phénomènes de ventouse au niveau des muqueuses en ouvrant ponctuellement la prise d'air.

Réalisation:

1.

S'équiper de gants de protection à usage unique, de lunettes et d'un masque de protection (FFP2).

2.

Raccorder la sonde d'aspiration stérile à la tubulure puis la sortir de son emballage.

Allumer l'appareil et régler l'aspiration à l'aide de la mollette de réglage ou du clavier tactile en fonction du modèle d'aspirateur.

3.

Ouvrir la bouche de la victime.

Introduire délicatement la sonde d'aspiration au fond de sa bouche.

4.

- Obturer l'orifice de la prise d'air.
- Aspirer les sécrétions en ressortant progressivement la canule de la bouche.
- Remettre la sonde dans son emballage d'origine, une fois l'aspiration terminée.
- Éteindre l'appareil.
- Renouveler plusieurs fois l'aspiration si nécessaire.

Remarques:

En cas de dysfonctionnement de l'aspirateur de mucosités électrique, il doit être couplé à un aspirateur manuel branché au bocal au moyen de la tubulure qui le relie normalement à l'aspirateur de mucosités électrique.

Cas particuliers:

Si le patient présente des sécrétions ou des débris alimentaires qui ne peuvent être aspirés, essayer de les retirer avec les doigts (désobstruction digitale).

Chez la victime inconsciente qui respire, l'aspiration des sécrétions est réalisée après avoir installé la victime en position latérale de sécurité.