

ASPIRATION DE MUCOSITÉS

Nombre de sapeurs-pompiers : 1

Le **retrait des sécrétions** qui encombre les voies aériennes supérieures (VAS) d'une victime inconsciente permet d'**améliorer sa respiration** (spontanée ou en ventilation artificielle), ainsi que son oxygénation.

L'aspiration est réalisée chaque fois qu'une **victime inconsciente présente un encombrement des voies aériennes supérieures 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 supérieures.

Le sapeur-pompier identifie la présence de sécrétions dans les voies aériennes supérieures 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.

Matériel

- **Aspirateur de mucosité électrique** (éventuellement associé à un aspirateur de mucosités manuel en cas de panne) **1**
- **Sonde d'aspiration buccale** à usage unique **2**
- **Masque de protection** au minimum type FFP2 **3**
- **Paire de lunettes de protection** **4**
- **Paire de gants à usage unique** **5**



Risques et contraintes

- Pour limiter tout manque d'oxygène, **chaque manœuvre d'aspiration ne doit pas excéder dix secondes chez l'adulte et cinq dans les autres cas**.
- Réalisée **chez une personne consciente**, l'introduction d'une sonde d'aspiration au fond de la gorge **provoque le plus souvent un vomissement** et doit donc être **proscrite**.
- La présence d'une canule oropharyngée (**cf. fiche techniques M.05**) n'empêche pas l'aspiration. Toutefois, elle peut être retirée temporairement 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**.

Points-clés

- Un aspirateur à mucosité « **prêt à l'emploi** » est un **aspirateur testé** avec une sonde d'aspiration buccale connectée, positionné à la tête de la victime.
- Le sapeur-pompier **réalise une aspiration en se protégeant** (gants, masques au minimum FFP2, lunettes).
- L'aspiration est réalisée au moment du **retrait de la sonde** avec un **mouvement en spirales**.
- L'aspiration est de **courte durée**.
- Le **réceptacle de sécrétion** à usage unique doit être **conservé** afin d'être montré à un médecin.

Critère d'efficacité

À la fin de l'aspiration, la **respiration spontanée de la victime** ou les **insufflations manuelles** doivent devenir **silencieuses**.

Réalisation

Le matériel d'aspiration monté et prêt à fonctionner, est systématiquement positionné à côté de la **tête de toute victime** qui a perdu connaissance.

La dépression utilisée pour réaliser une aspiration doit être adaptée à l'âge de la victime (tableau 1).

Tableau 1 : diamètre des sondes d'aspiration et dépression d'aspiration.

	Diamètre (unité de canalière) 1 unité CH = 1/3 mm	Dépression (mmHg)
Adulte	18 à 26	350 à 500
Enfant	8 à 12	200 à 350
Nourrisson	6 à 8	200 à 250
Nouveau-né	4 (prématuré) à 6	120 à 150

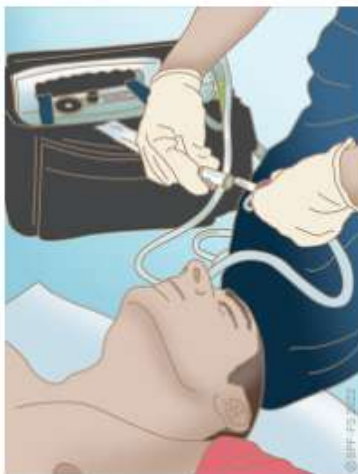
1

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



2

- Raccorder la sonde stérile au tuyau d'aspiration après l'avoir sortie de son emballage.
- Allumer l'appareil et régler l'aspiration.



3

- Ouvrir la bouche de la victime.
- Repérer la longueur de la sonde à introduire dans la bouche de la victime en mesurant l'espace séparant la commissure des lèvres à l'angle de la mandibule (même prise de mesure pour le choix de taille de la canule oropharyngée).
- 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 sonde de la bouche en réalisant des mouvements de spirales.
- Remettre la sonde dans son emballage d'origine, une fois l'aspiration terminée.
- Éteindre l'appareil.
- Renouveler plusieurs fois l'aspiration si nécessaire



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).
- Après le bilan primaire, l'aspiration des voies aériennes supérieures chez la victime inconsciente qui respire, sans indication d'immobilisation du rachis, est réalisée en position latérale de sécurité. Pour les victimes nécessitant une immobilisation du rachis, lors de vomissements, l'aspiration dans la bouche sera réalisée après bascule sur le côté (victime préalablement immobilisée).

