

smiths medical

bringing technology to life

donner vie à la technologie

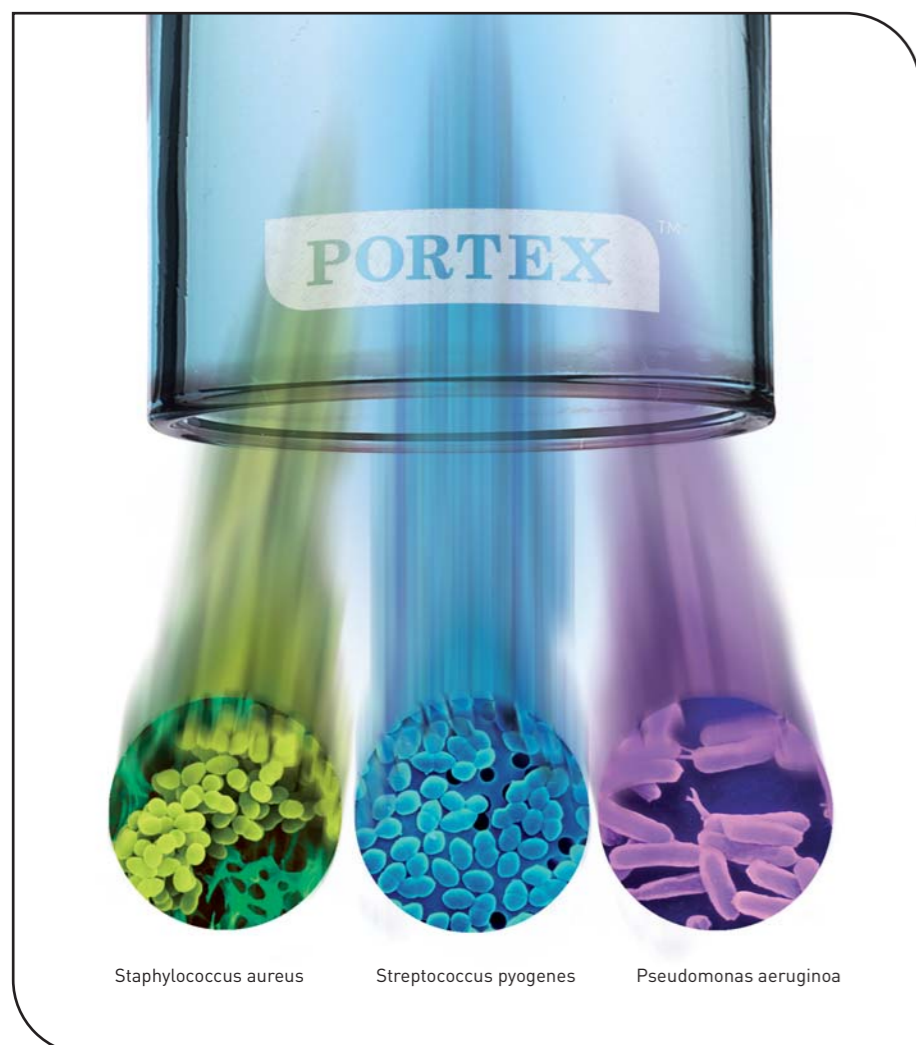
Sonde d'intubation avec aspiration au-dessus du ballonnet SACETT™
Une composante incontournable à votre protocole de prévention contre
les Pneumopathies Acquises sous Ventilation Mécanique (PAVM)



AIRWAY MANAGEMENT

PORTEX®

Compréhension du problème



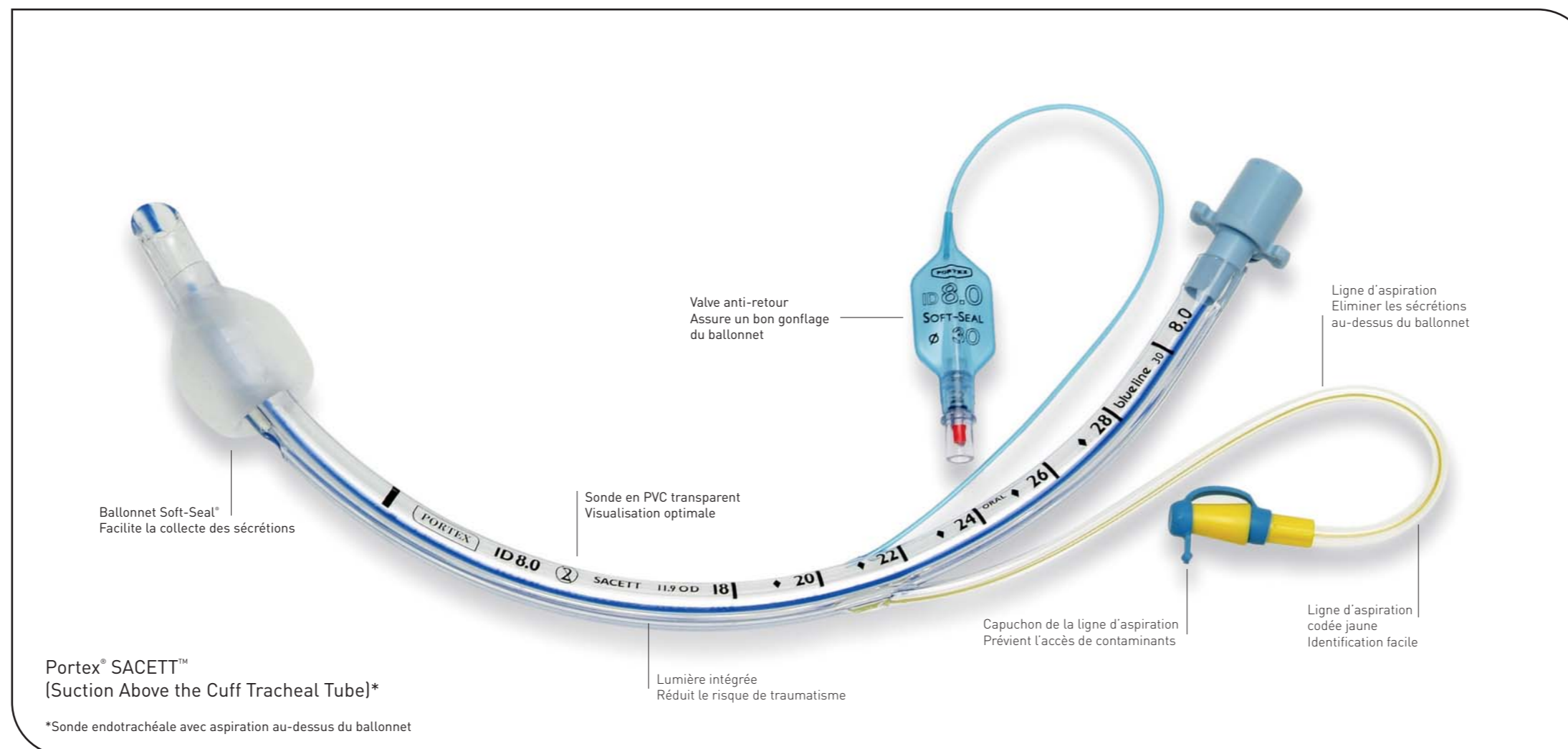
Compréhension de la problématique

La nécessité d'une assistance ventilatoire mécanique est très fréquemment la raison principale d'admission des patients en unité de Soins Intensifs ou de Réanimation. Bien que la ventilation dans ces situations soit essentielle afin de préserver les fonctions vitales, elle est accompagnée d'un facteur de risque. En effet, les patients de réanimation présentent un haut risque d'infections associées à un taux de morbidité et de mortalité élevés, engendrant des coûts d'hospitalisation non négligeables¹⁻³. Le taux d'infection chez les patients de réanimation avoisine les 40% et peut atteindre les 50% à 60% pour ceux qui séjournent en réanimation plus de 5 jours.

L'incidence de la pneumopathie acquise en réanimation varie de 10% à 65%¹⁰⁻¹¹. Les populations de patients à haut risque de PAVM sont les suivantes : les patients souffrant de maladies respiratoires obstructives

chroniques, de maladies neurologiques, de Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu (SDRA), les grands brûlés, et ceux qui présentent une inhalation étiquetée ; mais on retrouve également dans cette catégorie à haut risque, ceux qui ont dû être ré-intubés, ou sous agents paralytiques, ou sous nutrition entérale²⁻¹³.

La morbidité et mortalité directement imputables à la PAVM sont significatives du point de vue clinique. Dans une étude de cohorte prospective contrôlée, les patients atteints de PAV sont restés en réanimation 4,3 jours [95% CI, 1,5 à 7,0 jours] c'est à dire une durée de séjour plus longue que ceux ne présentant pas de PAV. Ces patients atteints de PAV étaient sujets à un risque associé de mortalité [le risque absolu de décès augmente de 5,8% (CI, 2,4% à 14,0%)¹⁴. Six autres études cliniques utilisant la même stratégie, ont fait apparaître que la contraction d'une PAV entraînait un plus long séjour en réanimation (moyenne 5 à 13 jours) et une mortalité d'un risque absolu allant de 0% à 50%¹⁵⁻²⁰.



Portex® SACETT™
[Suction Above the Cuff Tracheal Tube]*

*Sonde endotrachéale avec aspiration au-dessus du ballonnet

Safdar et al [2005]²¹, dans une étude d'évaluation sur l'impact clinique et financier des PAVM, ont conclu :

- Entre 10% et 20% des patients sous ventilation mécanique d'une durée >48 heures vont développer une PAV.
- Les patients de réanimation contractant une PAV sont susceptibles de décéder en comparaison avec ceux de groupe similaire ne souffrant pas de PAV (pooled odds ratio, 2.03 ; 95% intervalle de confiance, 1,16 – 3,56).
- Les patients avec une PAV restent beaucoup plus longtemps en réanimation (moyenne 6,10 jours ; 95% intervalle de confiance, 5.32-6.87 jours)
- Les patients développant une PAV engendrent un coût d'hospitalisation supplémentaire jusqu'à 10.019 \$.

Par conséquent, toutes les stratégies axées sur la diminution des PAVs devraient entraîner une baisse de morbidité et de mortalité, réduire les coûts d'hospitalisation et améliorer la sécurité du patient²².

Votre expertise

Il a été démontré que la prophylaxie de la PAV est la mieux atteinte par l'intermédiaire d'une combinaison de stratégies inscrites dans un protocole local. Les protocoles les plus courants comprennent les éléments suivants :

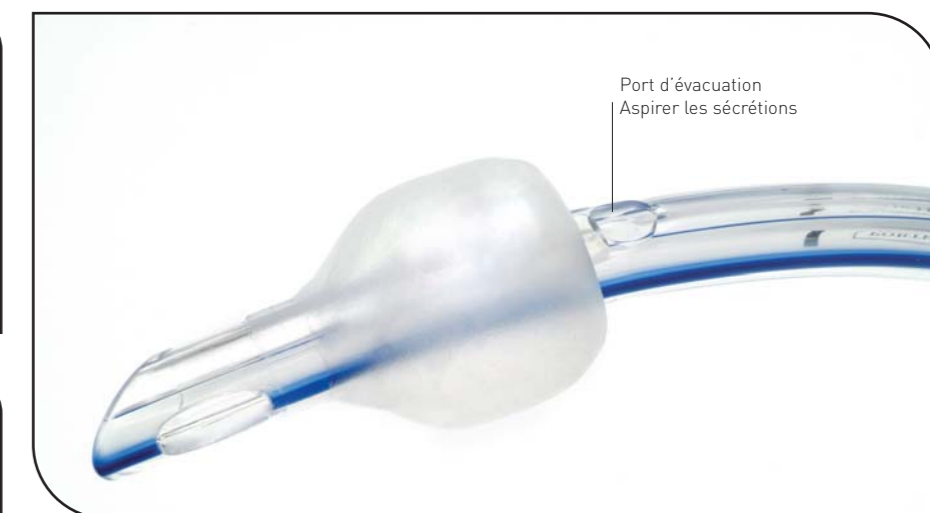
- L'identification des patients à risque.
- Un diagnostic précoce et précis.
- Une interruption de la sédation / une extubation le plus rapidement possible.
- Une mise en position semi assise.
- Une aspiration continue des sécrétions sous glottiques.
- L'utilisation des systèmes clos d'aspiration.
- Soins d'hygiène orale réalisés fréquemment.

- Minimisation du recours à l'intubation nasale / à l'extubation.
- Réduction du changement des circuits de ventilation.
- Prophylaxie accrue de l'ulcère de stress.
- Rotation latérale continue.

En travaillant en collaboration étroite avec votre laboratoire de microbiologie et les membres experts du CLIN, ces stratégies peuvent être combinées pour réduire l'incidence de la PAV au sein de votre établissement.

Notre expertise

L'aspiration sous glottique continue extrait les sécrétions oropharyngées et / ou gastriques au-dessus du ballonnet d'une sonde endotrachéale, ou d'une canule de trachéotomie ayant pu être contaminées par des agents pathogènes. La micro aspiration de ces sécrétions est considérée comme le facteur primaire dans le développement de la PAV. L'aspiration peut être réalisée dans le cadre d'une intervention programmée (avec le risque de traumatisme au niveau des cordes vocales ou l'introduction d'une infection), Smiths Medical bénéficie déjà d'une grande expérience acquise grâce à sa canule de trachéotomie BLU Suctionaid®. Ce qui lui a permis de développer la sonde endotrachéale SACETT™.



SACETT™

La sonde endotrachéale avec aspiration au-dessus du ballonnet SACETT™ de Portex™ est le dispositif dernier né de la gamme de sondes d'intubation. Cette sonde est spécialement conçue pour favoriser la réduction des PAVs. La sonde SACETT™ procure à la fois tous les bénéfices de la gamme Blue Line et la possibilité de retirer les sécrétions au-dessus du ballonnet lorsque la sonde endotrachéale est in situ. Ceci est obtenu grâce à la présence d'une lumière postérieure avec une ouverture d'évacuation située au-dessus du ballonnet, permettant ainsi l'aspiration continue des sécrétions sous glottiques.

La présence d'un ballonnet inversé basse pression grand volume de technologie Soft Seal® permet d'accroître le confort du patient intubé et lui confère un avantage unique. Le design spécifiquement élaboré du ballonnet agit pour optimiser la collecte des sécrétions autour de l'orifice d'évacuation.

Les bénéfices apportés par la SACETT™

- Tous ceux de la sonde endotrachéale à ballonnet de la gamme Blue Line de Portex™, avec un ballonnet basse pression grand volume inversé, de technologie Soft Seal®, plus confortable pour le patient et favorisant la collecte des sécrétions, pour une aspiration optimale de la stase.
- La valve anti-retour, à ressort, assure un bon gonflage du ballonnet. L'ergonomie du ballonnet témoin, suffisamment grand pour pouvoir objectiver rapidement toute perte d'air et d'étanchéité.
- La lumière supplémentaire avec un large orifice d'aspiration postérieur, est reliée à une ligne proximale se connectant à une source d'aspiration. La lumière intégrée réduit le risque potentiel de traumatisme et d'introduction d'infection habituellement associée à l'insertion de la sonde d'aspiration.
- Transparente pour permettre l'objectivisation de la condensation, témoin visuel garant de la bonne mise en place de la sonde endotrachéale.
- Ligne d'aspiration de code couleur jaune pour une identification aisée et éviter de couper celle-ci accidentellement, à la place de la ligne de gonflage du ballonnet.
- Capuchon d'intégrité au niveau du raccord de la ligne d'aspiration permet d'éviter l'ingression de contaminants par celle-ci jusqu'à la lumière d'aspiration, lorsque l'aspiration n'est pas réalisée (par exemple lors des transferts des patients).

Utilisée dans le cadre d'un protocole optimal de prévention, il a été démontré que l'aspiration continue contribue à la réduction de PAV²². La sonde endotrachéale avec aspiration au-dessus du ballonnet a été développée dans le cadre de la mise en place d'un protocole de prévention des PAV via l'aspiration continue.

Nos solutions pour la réduction des PAVs



Canule de trachéotomie Blue Line Ultra® Suctionaid®

Réduire le risque potentiel d'infection,
réduire le risque d'aspiration pulmonaire

La canule Blue Line Ultra® comporte une lumière d'aspiration intégrée permettant d'aspirer les sécrétions au-dessus du ballonnet.

Matériau en PVC thermosensible - confère une rigidité suffisante à la canule pour une insertion aisée ; puis une fois in situ s'assouplit pour se conformer à l'anatomie spécifique du patient.

- Angle du tube de la canule à 105° pour un confort optimal une fois in situ.

- Tube radio opaque pour un contrôle radiologique du bon positionnement du tube de la canule dans la trachée.
- Collerette souple et transparente pour le confort du patient.
- Obturateur conçu pour minimiser les risques de mouvement de la canule lors de son insertion.
- Chemise interne munie d'un anneau de préhension qui facilite sa mise en place comme son retrait.
- Taille de la chemise interne indiquée pour éliminer toute erreur de manipulation.



SuctionPro 72™

Réduit l'infection, réduit le séjour du patient à l'hôpital, réduit les coûts

Le système clos d'aspiration de ventilation Portex® SuctionPro 72™ est un dispositif à patient unique pour l'aspiration des sécrétions de l'arbre trachéo bronchique, pour le patient sous ventilation mécanique – pour une utilisation jusqu'à 72 heures.

- Jusqu'à 3 jours d'utilisation recommandée.
- Canal d'évacuation des sécrétions transparent.
- Système de verrouillage de la valve de contrôle d'aspiration.

- Etiquette patient avec adhésifs journaliers.
- Pièce en T transparente pour une parfaite visualisation de l'acheminement des sécrétions.
- Texture au touché lisse de la gaine de protection pour une bonne préhension.
- Découpleur Trach-Wedge™ pour un débranchement aisé du système clos à la sonde endotrachéale ou à la canule de trachéotomie du patient.
- Raccord à double rotule afin d'éviter toute torsion excessive lors de la manipulation du dispositif à la sonde d'aspiration.
- Stérile, à patient unique.



PressureEasy®

Système de régulation de pression du ballonnet pour un monitoring permanent de la pression du ballonnet. Sa chambre de visualisation confirme que la pression du ballonnet est correctement maintenue entre 20 et 30cm H2O. En outre, la pression du ballonnet est automatiquement régulée grâce à la pression positive délivrée par le respirateur, assurant ainsi une étanchéité optimale du ballonnet à la trachée.

- Monitoring de la pression instantanée du ballonnet (entre 20 et 30 cmH2O).
- Agit contre l'aspiration (ballonnet insuffisamment gonflé) et contre le risque de surpression de ballonnet (prévention de la sténose trachéale).
- Ligne de retour de pression afin d'éliminer les fuites de ballonnet lors de l'inspiration de crête.

Sonde endotrachéale Portex® avec aspiration au-dessus du ballonnet SACETT™

RÉFÉRENCE PRODUITS			
SACETT™	Diamètre Interne (mm)	Diamètre externe (mm)	Diamètre ballonnet gonflé (mm)
100/189/060	6.0	9.0	23.0
100/189/065	6.5	9.7	23.0
100/189/070	7.0	10.4	30.0
100/189/075	7.5	11.1	30.0
100/189/080	8.0	11.9	30.0
100/189/085	8.5	12.4	30.0
100/189/090	9.0	12.8	30.0



Références:

1. Girou E, Stephan F, Novara A, Safar M, Fagon JY. Risk factors and outcome of nosocomial infections: results of a matched case-control study of ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;157:1151-8. 2. Bueno-Cavanillas A, Delgado-Rodriguez M, Lopez-Luque A, Schaffino-Cano S, Galvez-Vargas R. Influence of nosocomial infection on mortality rate in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 1994;22:55-60. 3. de Clercq H, De Decker G, Alexander JP, Huyghens L. Cost evaluation of infections in intensive care. *Acta Anaesthesiol Belg.* 1983;34:179-89. 4. Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoine MH, et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. *JAMA.* 1995;274:639-44. 5. Potgieter PD, Linton DM, Oliver S, Forster AA. Nosocomial infections in a respiratory intensive care unit. *Crit Care Med.* 1987;15:495-8. 6. Kerker AJ, Rommes JH, Mevissen-Verhage EA, Hulstaert PF, Vos A, Verhoef J, et al. Colonization and infection in surgical intensive care patients—a prospective study. *Intensive Care Med.* 1987;13:347-51. 7. Rello J, Quintana E, Ausina V, Castella J, Luquin M, Net A, et al. Incidence, etiology, and outcome of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients. *Chest.* 1991;100:439-44. [PMID: 1864118] 8. Celis R, Torres A, Gatell JM, Almela M, Rodriguez-Roisin R, Agustí-Vidal A. Nosocomial pneumonia. A multivariate analysis of risk and prognosis. *Chest.* 1988;93:318-24. 9. Craven DE, Kunches LM, Lichtenberg DA, Kollisch NR, Barry MA, Heeren TC, et al. Nosocomial infection and fatality in medical and surgical intensive care unit patients. *Arch Intern Med.* 1988;148:1161-8. 10. Jimenez P, Torres A, Rodriguez-Roisin R, de la Bellacasa JP, Aznar R, Gatell JM, et al. Incidence and etiology of pneumonia acquired during mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 1989;17:882-5. 11. Fagon JY, Chastre J, Vuagnat A, Trouillet JL, Novara A, Gibert C. Nosocomial pneumonia and mortality among patients in intensive care units. *JAMA.* 1996;275:866-9. [PMID: 8594225] 12. Cook DJ, Kollef MH. Risk factors for ICU-acquired pneumonia. *JAMA.* 1998;279:1405-6. 13. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, et al. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Ann Intern Med.* 1998;129:433-40. 14. Heyland DK, Cook DJ, Griffith L, Keenan SP, Brun-Buisson C. The attributable morbidity and mortality of ventilator-associated pneumonia in the critically ill patient. *The Canadian Critical Trials Group. Am J Respir Crit Care Med.* 1999;159:1249-56. 15. Fagon JY, Chastre J, Hance AJ, Montravers P, Novara A, Gibert C. Nosocomial pneumonia in ventilated patients: a cohort study evaluating attributable mortality and hospital stay. *Am J Med.* 1993;94:281-8. 16. Baker AM, Meredith JW, Haponik EF. Pneumonia in intubated trauma patients. Microbiology and outcomes. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;153:343-9. 17. Cunnion KM, Weber DJ, Broadhead WE, Hanson LC, Pieper CF, Rutala WA. Risk factors for nosocomial pneumonia: comparing adult critical-care populations. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;153:158-62. 18. Craig CP, Connelly S. Effect of intensive care unit nosocomial pneumonia on duration of stay and mortality. *Am J Infect Control.* 1984;12:233-8. 19. Kappstein I, Schulgen G, Beyer U, Geiger K, Schumacher M, Daschner FD. Prolongation of hospital stay and extra costs due to ventilator-associated pneumonia in an intensive care unit. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1992;11:504-8. 20. Papazian L, Bregeon F, Thirion X, Gregoire R, Saux P, Denis JP, et al. Effect of ventilator-associated pneumonia on mortality and morbidity. *Crit Care Med.* 2005 Oct;33(10):2184-93. 21. Safdar N, Dezfulian C, Collard HR, Saint S. Clinical and economic consequences of ventilator-associated pneumonia: a systematic review. *Crit Care Med.* 2005 Oct;33(10):2184-93. 22. Dodek P, Keenan S, Cook D, Heyland D, Jacka M, Hand L, Muscedere J, Foster D, Mehta N, Hall R, Brun-Buisson C. Canadian Critical Care Trials Group. Canadian Critical Care Society. Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Ann Intern Med.* 2004 Aug 17;141(4):305-13. 23. Massanari RM, Wilkerson K, Streed SA, et al. Reliability of reporting nosocomial infections in the discharge abstract and implications for receipt of revenues under prospective reimbursement. *Am J Public Health* 1987; 77: 561-564. 24. Smulders K, van der Hoeven H, Weers-Pothoff I, Vandenbroucke-Grauls C. A randomized clinical trial of intermittent subglottic secretion drainage in patients receiving mechanical ventilation. *Chest.* 2002 Mar;121(3):858-62. 25. Kollef MH, Skubas NJ, Sundt TM. A randomized clinical trial of continuous aspiration of subglottic secretions in cardiac surgery patients. *Chest.* 1999 Nov;116(5):1339-46.

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS CETTE BROCHURE SONT CONFORMES AUX PRODUITS AU MOMENT DE L'IMPRESSION.
SMITHS SE RÉSERVE LE DROIT DE MODIFIER ULTÉRIEUREMENT LES PRODUITS PRÉSENTÉS.

Smiths Medical France

3, rue du Pont des Halles - 94656 RUNGIS Cedex

Tél : 01 58 42 50 00 - Fax : 01 58 42 50 30

e-mail : morl.info@smiths-medical.com

www.smiths-medical.fr

Smiths Medical - Une division de Smiths Group plc

SACETT, Soft-Seal, Blue Line Ultra, Suctionaid, SuctionPro 72, PressureEasy, Portex et Smiths Medical sont des marques déposées de Smiths Group plc.

GA194031FR-0110

smiths medical