

Voies aériennes : Epidémiologie

ID: 375

Évolution du délai d'intubation oro-trachéale par dispositif : revue systématique de 2000 à 2018

A. Simiand*(1), A.Vivot(2), F.Berthier(3), S.Pili floury(4), E.Samain(4), B.Guillaume(4), D.Ferreira(4)

(1) Anesthésie-réanimation, CHRU Jean Minjoz, Besançon, France , (2) Département d'information médicale, Centre Hospitalier Côte de Lumière, Les sables d'olonne, France , (3) Anesthésie-réanimation chirurgicale, CRHU Jean Minjoz, Besançon, France , (4) Anesthésie-réanimation chirurgicale, CHRU Jean Minjoz, Besançon, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

De nombreux dispositifs visant à faciliter l'intubation oro-trachéale (IOT) ont été créés et évalués dans des essais cliniques randomisés (ECR) ces 20 dernières années. L'objectif de cette étude était de décrire l'évolution du délai total d'IOT selon les dispositifs utilisés de 2000 à 2018.

Matériel et méthodes:

Une revue de la littérature de novo a été réalisée dans les bases de données Cochrane CENTRAL, MEDLINE et EMBASE afin d'identifier les essais cliniques randomisés comparant des dispositifs d'IOT, chez des adultes, selon les recommandations PRISMA. Quatre périodes ont été déterminées a priori: période 1(P1) = 2000-2004, période 2(P2) = 2005-2009, période 3(P3) = 2010-2014 et période 4(P4) = 2015-2018. Les dispositifs étudiés ont été regroupés en 5 catégories en fonction de leur type et de leur angularité : laryngoscopie directe, fibroscopie, vidéolaryngoscopie (VDL) classique, VDL hyperangulaire, optique. Le critère de jugement principal était le délai d'intubation en seconde, exprimé en moyenne (Intervalle de confiance à 95%).

Résultats & Discussion:

Sur les 15837 titres et résumés identifiés, 591 articles ont été analysés, représentant un total de 76 623 patients. Le délai d'intubation était le critère de jugement le plus souvent rapporté (dans 391 études (66.2%)). Les définitions des délais d'intubation oro-trachéales étaient variables selon les études sans évolution entre les périodes. Sur les 4 périodes, le délai d'intubation diminuait progressivement pour la vidéolaryngoscopie classique (P2 :45.6(26.8-46.5) à P4 :34.8(26.1-43.4) et les optiques (P1 : 49.9(34.9-64.8) à P4:36.9(30.8-43.0) alors qu'elle ne différait pas de façon significative pour la laryngoscopie directe (P2:36.7(26.8-46.5) à P4(34.8(26.2-13.5). En revanche, le temps total d'intubation en fibroscopie s'allongeait progressivement au cours du temps (P1:40.6(29.3-52.4) à P4(134.2(77.1-191.3).

Conclusion:

Le critère de jugement le plus utilisé dans les essais cliniques randomisés est le délai d'intubation. Il est pertinent puisqu'il est corrélé au risque d'inhalation. Cependant sa définition est variable, lorsqu'elle est précisée. L'allongement du délai d'intubation oro-trachéal lors des intubation sous fibroscopie (multiplié par 3 entre la première et la quatrième période) peut être expliquée par une perte de compétence en lien avec l'essor des vidéolaryngoscopes. Les délai d'intubation lors de la laryngoscopie classique n'est pas modifié entre les 4 périodes dans le contexte expérimental. Cependant, ces délais seraient intéressants à ré-étudier dans un contexte d'introduction dans certains centres des vidéolaryngoscopes dans chaque table d'anesthésie et de rechercher une potentielle perte de compétence en fonction du vidéolaryngoscope choisi.

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.