

Evaluation d'un nouvel appareil de ventilation non invasive : La Vylife Boussignac

Auteurs

C. Fullea (1)
S. Huet (2)
A. Atlan (3)
S. Laribi (1)
S. Benenati (1)
P. Plaisance (1)

*Service d'Accueil des Urgences,
Hopital Lariboisière, APHP, Paris,
France*

*Urgences, SAMU/SMUR, Centre
Hospitalier M. Jacquet, Melun,
France*

*SMUR, Hopital Lariboisière, APHP,
Paris, France*

Introduction

La ventilation non invasive (VNI) permet de prendre en charge les patients en détresse respiratoire. Son utilisation précoce évite le recours à l'intubation orotrachéale. Toutefois, la complexité des respirateurs est un facteur limitant l'utilisation de la VNI par les médecins urgentistes. L'objectif de cette étude a été d'évaluer un nouveau type de système ouvert à double niveau de pression.

Matériel et méthodes

Etude observationnelle, prospective, monocentrique. Les patients G1+ (décompensation de BPCO et OAP cardiogénique) ont été inclus selon les critères de la conférence de consensus de 2006 (1). Un gaz du sang était prélevé avant la mise en route de la VNI (T0) et un second prélevé à la fin de la séance (1h = T1). Les paramètres ventilatoires et hémodynamiques étaient recueillis à T0 et T1. Les paramètres ventilatoires initiaux étaient AI = 8 cmH2O et PEP = 3 cmH2O sur ce système (VylifeTM, Vygon, France). Ils pouvaient être modifiés au cours de la séance. Les analyses statistiques ont été réalisées par test t de Student. La significativité statistique a été définie pour un p<0,05.

Résultats

10 patients ont été inclus. 8 avaient une décompensation de BPCO, 2 un OAP cardiogénique. 5 patients ont été hospitalisés en unités soins intensifs. 3 aux lits-porte. Aucun patient n'a dû être intubé. On note une diminution significative de la fréquence respiratoire (30.2 +/- 3.8 à 22 +/- 3.2 cycles/min), de la PaCO₂ (62 +/- 11.7 à 55 +/- 11.1 mmHg) et une augmentation du pH (7.32 +/- 0.04 à 7.35 +/- 0.04 mmHg). On ne note pas de dégradation hémodynamique. Aucune complication n'est à noter. Aucune séance de VNI n'a dû être stoppée précocement.

Discussion

On note une amélioration significative des paramètres ventilatoires (cliniques et paracliniques) sans dégradation de l'hémodynamique. Ce système de ventilation ouvert est plus simple à surveiller par des médecins urgentistes et paramédicaux que les appareils à turbine.

Conclusion

Ce système de ventilation à double pression est le premier système ouvert de ce type. La faisabilité de ce système dans le contexte de la médecine d'urgence intra hospitalière est tout à fait correcte du fait de sa maniabilité, de son ergonomie, de sa simplicité et légèreté. Il faut maintenant étudier l'efficacité de ce système par rapport aux systèmes qui sont en place.

Référence : 1. 3ème conférence de consensus sur la VNI 2006 : http://www.sfar.org/_docs/articles/83-vni_ccons06.pdf