

Comparaison des effets de la ventilation en aide inspiratoire variable et de la ventilation en aide inspiratoire fixe sur les interactions patient-ventilateur

Type de contenu : Texte

Type de médiation : sans médiation

Type de support : Volume

Titre(s) : Comparaison des effets de la ventilation en aide inspiratoire variable et de la ventilation en aide inspiratoire fixe sur les interactions patient-ventilateur / Hélène Perfetti ; directeur de thèse, Monsieur le Professeur Frédéric Vargas

Auteur(s) : Perfetti, Hélène (1987-....)

Autre(s) auteur(s) : Vargas, Frédéric (1967-....)
Université de Bordeaux 2014-....

Production : 2015

Description matérielle : 1 vol. (66 f.) : ill. ; 30 cm

Note sur la provenance : (BCSSA) Don de l'HIA Robert Picqué

Note sur les bibliographies et les index : Bibliogr. 66 réf.

Note de thèses et écrits académiques : Thèse d'exercice Médecine. Anesthésie réanimation Bordeaux 2015

Résumé ou extrait : Introduction : 25% des patients présentent des asynchronies fréquentes en ventilation assistée, les deux principales étant les efforts inefficaces et les doubles déclenchements causés respectivement par une assistance ventilatoire excessive et insuffisante. La ventilation variable est un nouveau mode ventilatoire qui intègre la variabilité dans son algorithme, avec pour objectif de délivrer une aide inspiratoire variable de façon aléatoire, cycle à cycle, selon une consigne de variabilité. Ce mode ventilatoire, par la coexistence de cycles à faible et forte pressurisation, pourrait limiter les asynchronies patient-ventilateur dues à une sur ou sous-assistance ventilatoire. L'objectif de cette étude est de comparer la ventilation conventionnelle en aide inspiratoire fixe à la ventilation en aide inspiratoire variable sur l'index d'asynchronie, les échanges gazeux et l'intensité de la commande ventilatoire centrale (P0.1) chez les patients en sevrage ventilatoire. Matériel et méthodes : Etude physiologique, mono centrique, prospective, randomisée, en cross over. Les patients sous ventilation mécanique, en ventilation spontanée en aide inspiratoire étaient inclus. Chaque mode ventilatoire était réalisé pendant 30 minutes. Les réglages initiaux (AI, PEP, trigger inspiratoire, cyclage expiratoire, FiO2) étaient ceux du clinicien prenant en charge le patient et étaient identiques pour les deux modes ventilatoires. Pour la ventilation variable, la consigne de variabilité de l'aide inspiratoire était fixée à 30%. Pression des voies

aériennes, débit et électromyogramme diaphragmatique de surface étaient enregistrés en continu. Les asynchronies étaient détectées visuellement par analyse des courbes de pression et de débit, et l'index d'asynchronie était calculé. Les gaz du sang et la P0.1 étaient recueillis à la fin de chaque séance.

Résultats : 36 patients ont été inclus. Les caractéristiques initiales étaient : âge 65,5 ans [58,5–75,0], IGSII 59 [46–78], IMC 26,1 kg/m² [22,5–32,6], sexe masculin 80,6%; durée de ventilation mécanique à l'inclusion 6 jours [2–9], niveau d'AI 12 cm H₂O [10-15,5], niveau PEP 4 cm H₂O [4-6]. La ventilation en aide inspiratoire variable était associée à une réduction significative du nombre d'asynchronie par rapport à la ventilation en aide inspiratoire fixe (index d'asynchronie : 0,38% [0-1,98] versus 1,3% [0,05-6,5] respectivement, p 10% contre 19,5% en aide inspiratoire fixe (p