BIMBO
BUREAU INFIRMIERS MÉDECINS DU BLOC OPÉRATOIRE

Retour congrès

Retour SFAR 2026

Congrès de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Par **Maxime CECCALDI** et **Marie MEILHAC**

Sommaire

01 Gestion VAS

- Patient n'ayant aucun critère d'intubation difficile

VERSUS

- Patient ayant des critères d'intubation difficile

Ouvrir ▸

02 RFE 2026

- Nouvelles recommandations sur ventilation
- La place de la vidéolaryngoscopie

Ouvrir ▸

03 AIVOC Propofol

- Avantages et bénéfices de ce type d'anesthésie
- Éco-responsabilité

Ouvrir ▸

04 Pédiatrie

- Perfuser
- Intuber
- Remplissage vasculaire

Ouvrir ▸

Chapitre 1

Gestion des voies aériennes supérieures



- Patient n'ayant aucun critère d'intubation difficile
- VERSUS patient ayant des critères d'intubation difficile
- VAS en obstétrique

◂ Sommaire

Gestion des voies aériennes supérieures (VAS) en 2026

PEC VAS sans difficultés prévisibles

- Utiliser un curare lors de la vidéolaryngoscopie
- Privilégier un dispositif de seconde génération (DSG)
- Monitorage de la capnographie

PEC des VAS avec difficultés prévisibles

- Optimiser l'oxygénation
- Utiliser un vidéolaryngoscope en première intention
- Vérifier la disponibilité des mandrins
- Communiquer avec le binôme MAR-IADE
- Rétablir la ventilation rapidement : mise en place DSG

VAS en obstétrique

Risques multiples

- **Ventilation**
- **Gastrique**
- **Saignement**

Risque majoré si pathologie

Taux d'échec IOT élevé



Les outils

1



Échographie gastrique

2



Préoxygénation

3



Vidéolaryngoscope

4



Algorithme

5



DSG

6

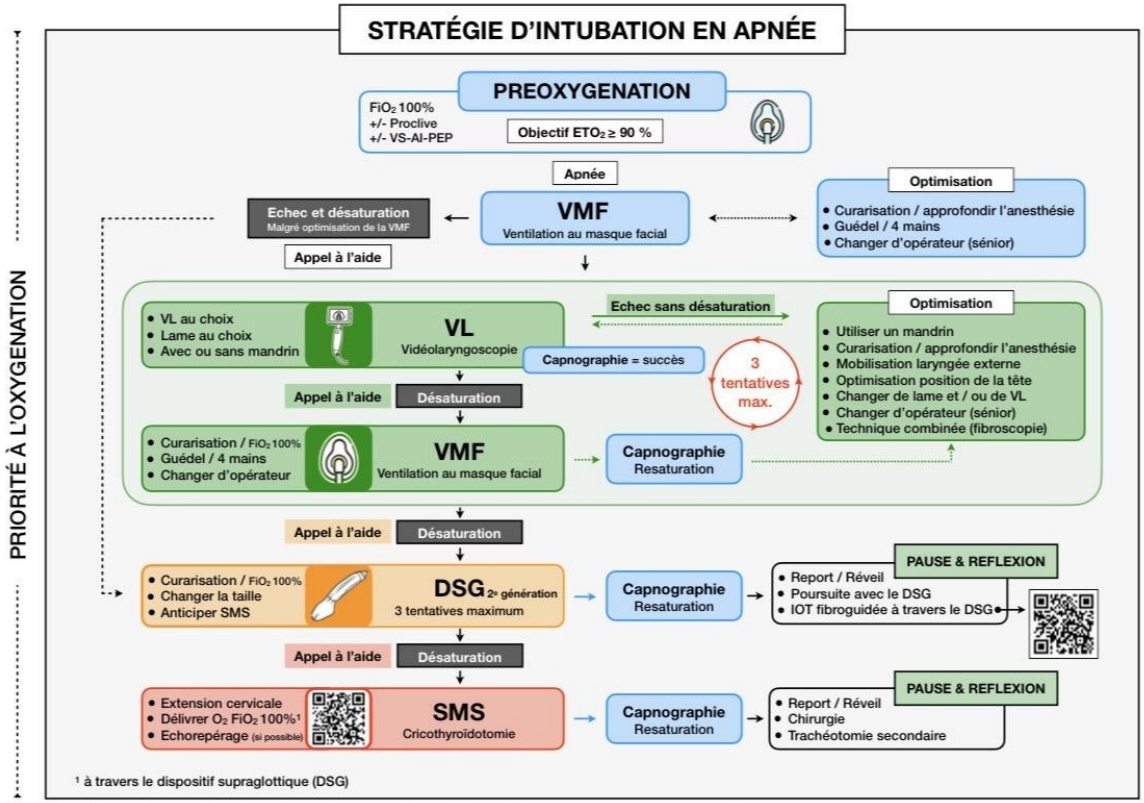


Abords trachéaux

7



Planifier et former



Algorithme de gestion des voies aériennes de l'adulte au bloc opératoire, avec stratégie d'intubation en apnée.

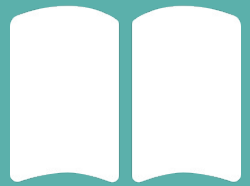
Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

Chapitre 2

RFE 2026 : nouvelles recommandations sur la ventilation

- Nouvelles recommandations sur ventilation
- La place de la vidéolaryngoscopie



◂ Sommaire

RFE 2026 sur ventilation

Question 1.1 : En l'absence de critères prédictifs d'intubation difficile, faut-il utiliser un vidéo-laryngoscope en première intention pour faciliter l'exposition glottique et l'intubation trachéale ?

Experts : Charly Bourguignon (SFAR, Nancy), Audrey De Jong (SFAR, Montpellier), Hawa Keita-Meyer (CARO, Paris), Patrick Schoettker (SFAR, Lausanne), Florence Vial (CARO, Nancy)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 1. Prise en charge des voies aériennes sans difficulté prévisible		
R1.1.1	En l'absence de critères prédictifs d'intubation difficile, il est recommandé d'utiliser un vidéolaryngoscope en première intention plutôt qu'un laryngoscope direct pour augmenter le succès à la première tentative.	1
R1.1.2	En l'absence de critères prédictifs d'intubation difficile, il est recommandé d'utiliser un vidéolaryngoscope en première intention plutôt qu'un laryngoscope direct pour diminuer les complications associées à l'intubation trachéale.	2

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

Question 1.2 : En l'absence de critères prédictifs d'intubation difficile, l'utilisation d'un vidéolaryngoscope permet-elle de s'affranchir de l'administration d'un curare pour faciliter l'intubation trachéale ?

Experts : Christophe Baillard (SFAR, Paris), Virginie Dumans (SFAR, Suresnes), Anne-Laure Lepilleur Deleu (SFAR, Ancenis), Neji Stambouli (SFAR, Villejuif)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 1. Prise en charge des voies aériennes sans difficulté prévisible		
R1.2	Chez les patients adultes ne présentant pas de critères prédictifs d'intubation difficile, les experts suggèrent d'administrer un curare lors de l'utilisation d'un vidéolaryngoscope pour faciliter l'intubation trachéale.	AE

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

BIMBO

Question 1.3 : Chez les patients adultes requérant une anesthésie générale programmée sous ventilation mécanique, les dispositifs supraglottiques sont-ils équivalents et/ou supérieurs à l'intubation trachéale en termes de sécurité respiratoire peropératoire ?

Experts : Pauline Glasman (SFAR, Paris) – Hawa Keita-Meyer (CARO, Paris) – Morgan Le Guen (SFAR, Suresnes) – Ségolène Mrozek (SFAR, Toulouse) – Karine Nouette-Gaulain (SFAR, Bordeaux) – Neji Stambouli (SFAR, Villejuif) – Florence Vial (CARO, Nancy)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 1. Prise en charge des voies aériennes sans difficulté prévisible		
R1.3.1	**Chez les patients adultes sans facteurs de risque d'estomac plein,** requérant une anesthésie générale programmée sous ventilation mécanique, lorsque l'installation et la technique chirurgicale rendent possible leur utilisation, il est recommandé de privilégier les dispositifs supraglottiques de 2ème génération à l'intubation trachéale pour diminuer les complications respiratoires périopératoires.	2
R1.3.2	**Chez les patients adultes sans facteurs de risque d'estomac plein**, requérant une chirurgie abdominopelvienne programmée, y compris laparoscopique (avec ou sans curares), il est recommandé de privilégier les dispositifs supraglottiques de 2ème génération à l'intubation trachéale pour diminuer les complications respiratoires périopératoires.	2
R1.3.3	**Chez les patients adultes sans facteurs de risque d'estomac plein**, requérant une anesthésie générale programmée sous ventilation mécanique, et lorsque l'installation, la technique chirurgicale rendent possible leur utilisation, il est recommandé d'utiliser des dispositifs supraglottiques de 2ème génération afin de diminuer l'incidence des douleurs pharyngées postopératoires.	2

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

R1.3.4	**Chez la femme enceinte après 16 semaines d'aménorrhée**, dans le cadre d'une anesthésie générale programmée sous ventilation mécanique, les experts suggèrent de ne pas utiliser un dispositif supraglottique par rapport à l'intubation trachéale afin de diminuer les complications respiratoires peropératoires.	AE
R1.3.5	**Chez la femme enceinte avant 16 semaines d'aménorrhée**, dans le cadre d'une anesthésie générale programmée sous ventilation mécanique, les experts suggèrent d'appliquer les recommandations en vigueur chez le patient adulte afin d'améliorer la sécurité respiratoire peropératoire.	AE

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

BIMBO

Question 1.4 : Chez les patients adultes requérant une anesthésie générale, l'utilisation de l'échographie gastrique permet-elle d'identifier la vacuité gastrique et de décider d'une indication d'induction en séquence rapide par rapport à une évaluation clinique ?

Experts : Virginie Dumans (SFAR, Suresnes), Hawa Keita-Meyer (CARO, Paris), Osama Abou Arab (SFAR, Amiens), Thomas Godet (SFAR, Clermont-Ferrand), Florence Vial (CARO, Nancy)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 1. Prise en charge des voies aériennes sans difficulté prévisible		
R1.4	ABSENCE DE RECOMMANDATION – Chez le patient adulte, les données de la littérature ne permettent pas de conclure sur l'intérêt de l'échographie gastrique dans la décision d'induction en séquence rapide afin de prévenir le risque d'inhalation.	ABS

Question 1.7 : Place du monitorage de la capnie lors de l'utilisation de l'oxygénation nasale à haut débit avec sédation procédurale.

Experts : Aude Charvet (SFAR, Marseille), Antoine Duwat (CARORL, Arras), Olivier Langeron (SFAR, Brest), Ségolène Mrozek (SFAR, Toulouse)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 1. Prise en charge des voies aériennes sans difficulté prévisible		
R1.7.1	Lors d'une sédation procédurale en ventilation spontanée, il est recommandé de monitorer la capnographie afin de dépister toute apnée et éviter la survenue d'une désaturation, y compris lors de l'utilisation d'une oxygénation nasale à haut débit.	2
R1.7.2	Lors de l'utilisation de l'oxygénation nasale haut débit en apnée, les experts suggèrent de réduire au maximum la durée d'apnée, même en l'absence de désaturation, afin de prévenir le risque d'hypercapnie.	AE

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

Question 2.1 : Lors d'une intubation difficile prévue sans indication au maintien de la ventilation spontanée (intubation difficile prévue chez un patient a priori ventilable), la mise en place d'un dispositif d'oxygénation nasale à haut débit permet-elle de diminuer le risque de désaturation durant les manœuvres d'intubation trachéale ?

Experts : Christophe Baillard (SFAR, Paris), Aude Charvet (SFAR, Marseille), Audrey De Jong (SFAR, Montpellier), Olivier Langeron (SFAR, Brest), Hawa Keita-Meyer (CARO, Paris), Florence Vial (CARO, Nancy)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 2. Prise en charge voies aériennes difficiles (prévue ou non)		
R2.1.1	Après une préoxygénation bien conduite, et en cas d'intubation difficile prévue sans indication au maintien de la ventilation spontanée (intubation difficile prévue chez un patient a priori ventilable), y compris chez le patient obèse ou estomac plein, il est recommandé, pendant la laryngoscopie, de mettre en place un dispositif d'oxygénation nasale à haut débit afin de prolonger le temps sans désaturation.	AE
R2.1.2	Après une préoxygénation bien conduite, et en cas d'intubation trachéale **en obstétrique** sans indication au maintien de la ventilation spontanée (intubation difficile prévue chez un patient a priori ventilable), les experts suggèrent, pendant la phase apnéique, de maintenir une oxygénation nasale (bas ou haut débit) par rapport à l'absence de dispositif d'oxygénation afin de prolonger le temps sans désaturation.	AE

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

Question 2.2 : Lors d'une intubation trachéale avec indication de maintien de la ventilation spontanée (intubation difficile prévue chez un patient a priori non ventilable), quelle est la place de la vidéolaryngoscopie par rapport à la technique de référence (fibroscopie), en vue de garantir le succès de l'intubation trachéale ?

Experts : Pauline Glasman (SFAR, Paris), Claire Gourbeix (CARORL, Paris), Erwan de Mones del Pujol (SFORL, Bordeaux), Patrick Schoettker (SFAR, Lausanne)

RECOMMANDATION	Niveau de preuve
Champ 2. Prise en charge des voies aériennes difficiles (prévue ou non)	
R2.2	Lors d'une intubation trachéale avec indication de maintien de la ventilation spontanée (intubation difficile prévue chez un patient a priori non ventilable), et à condition que : – L'ouverture buccale permette l'introduction du dispositif, – L'opérateur soit expérimenté, – Le matériel de fibroguidage soit immédiatement disponible, Il est recommandé d'utiliser indifféremment l'intubation trachéale par vidéolaryngoscopie ou par fibroscopie, en vue de garantir le succès de l'intubation trachéale.	2

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

BIMBO

Question 2.3 : En cas d'intubation difficile associée à une ventilation au masque difficile, quelle est la place des dispositifs supraglottiques de seconde génération ?

Experts : Thomas Godet (SFAR, Clermont-Ferrand), Claire Gourbeix (SFAR, Paris), Morgan Le Guen (SFAR, Suresnes), Hawa Keita-Meyer (CARO, Paris), Karine Nouette-Gaulain (SFAR, Bordeaux), Florence Vial (CARO, Nancy)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 2. Prise en charge des voies aériennes difficiles (prévue ou non)		
R2.3.1	En cas d'intubation difficile associée à une ventilation au masque difficile, y compris chez la femme enceinte, il est recommandé de recourir en première intention à un dispositif supraglottique de seconde génération plutôt qu'à un dispositif de première génération ou à un dispositif dédié à l'intubation (type LMA-Fastrach®) afin de restaurer rapidement l'oxygénation.	2
R2.3.2	Après restauration d'une ventilation efficace à travers un dispositif supraglottique de seconde génération, y compris chez la femme enceinte, et en cas d'indication formelle à une intubation trachéale, il est recommandé d'utiliser un fibroscope, plutôt qu'une intubation trachéale à l'aveugle, pour guider la sonde à travers le dispositif supraglottique afin d'assurer le succès de l'intubation trachéale.	2

Question 2.4 : En cas d'intubation impossible et de ventilation impossible malgré la mise en place d'un dispositif supraglottique de seconde génération (situation de "cannot intubate, cannot oxygenate"), quelles techniques d'abords sous-glottiques d'urgence sont les plus efficaces pour assurer rapidement l'oxygénation ?

Experts : Osama Abou Arab (SFAR, Amiens), Laurent Cervoni (FHS, Perpignan), Aude Charvet (SFAR, Marseille), Erwan de Mones del Pujol (SFORL, Bordeaux), Antoine Duwat (CARORL, Arras), Hawa Keita-Meyer (CARO, Paris), Florence VIAL (CARO, Nancy)

RECOMMANDATION		Niveau de preuve
Champ 2. Prise en charge des voies aériennes difficiles (prévue ou non)		
R2.4	Chez les patients adultes dont les femmes enceintes, en cas d'intubation impossible et de ventilation impossible malgré la mise en place d'un dispositif supraglottique de seconde génération (situation de "cannot intubate, cannot oxygenate"), il est recommandé de réaliser en première intention une cricothyroïdotomie selon la technique SMS (Scalpel - Mandrin long béquillé - Sonde d'intubation), par rapport aux autres techniques d'abord sous-glottique d'urgence, afin d'augmenter le taux de succès et de réduire le temps de la procédure.	2

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

Chapitre 3

AIVOC Propofol



- Avantages et bénéfices de ce type d'anesthésie
- Éco-responsabilité

◂ Sommaire

AIVOC propofol

1 Avantages techniques et pharmacologiques

- Maîtrise de la cible
- Titration et évaluation
- Traçabilité et sécurité
- Modélisation personnalisée

2 Bénéfices cliniques généraux

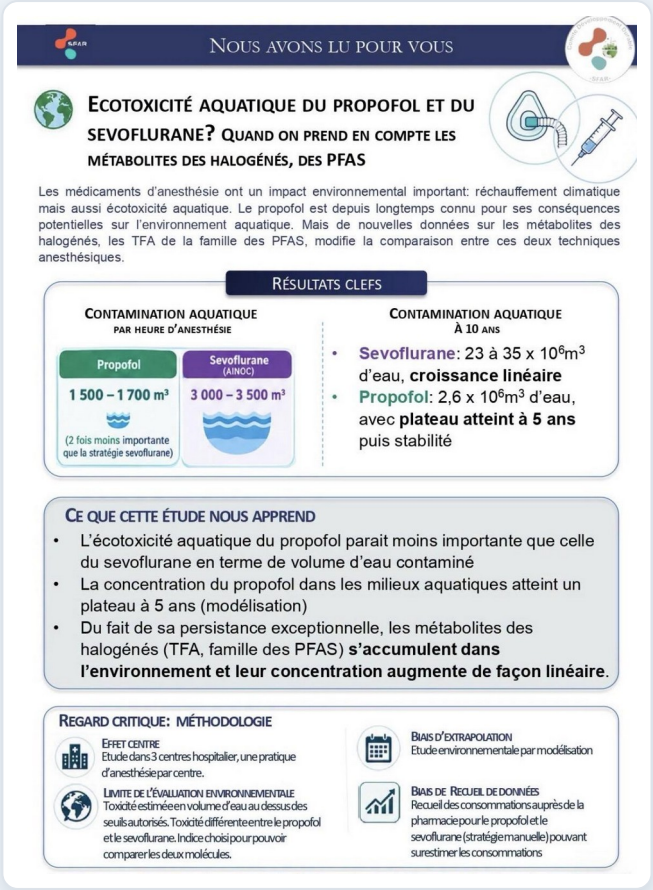
- Ergonomie
- Satisfaction professionnelle
- Récupération
- Aspect pharmaco-économique

3 Spécificités en anesthésie pédiatrique

- Efficacité globale
- Conduite du protocole

4 Spécificités et bénéfices en endoscopie digestive

- Stabilité hémodynamique
- Profil de sécurité respiratoire
- Cinétique de réveil



NOUS AVONS LU POUR VOUS

ECOTOXICITÉ AQUATIQUE DU PROPOFOL ET DU SEVOFLURANE? QUAND ON PREND EN COMPTE LES MÉTABOLITES DES HALOGÉNÉS, DES PFAS

Les médicaments d'anesthésie ont un impact environnemental important: réchauffement climatique mais aussi écotoxicité aquatique. Le propofol est depuis longtemps connu pour ses conséquences potentielles sur l'environnement aquatique. Mais de nouvelles données sur les métabolites des halogénés, les TFA de la famille des PFAS, modifie la comparaison entre ces deux techniques anesthésiques.

RÉSULTATS CLEFS

CONTAMINATION AQUATIQUE PAR HEURE D'ANESTHÉSIE

Propofol	Sevoflurane (AINOC)
1 500 – 1 700 m³	3 000 – 3 500 m³
(2 fois moins importante que la stratégie sevoflurane)	

CONTAMINATION AQUATIQUE À 10 ANS

- **Sevoflurane**: 23 à 35 x $10^6 m^3$ d'eau, **croissance linéaire**
- **Propofol**: 2,6 x $10^6 m^3$ d'eau, avec **plateau atteint à 5 ans** puis stabilité

CE QUE CETTE ÉTUDE NOUS APPREND

- L'écotoxicité aquatique du propofol parait moins importante que celle du sevoflurane en terme de volume d'eau contaminé
- La concentration du propofol dans les milieux aquatiques atteint un plateau à 5 ans (modélisation)
- Du fait de sa persistance exceptionnelle, les métabolites des halogénés (TFA, famille des PFAS) **s'accumulent dans l'environnement et leur concentration augmente de façon linéaire**.

REGARD CRITIQUE: MÉTHODOLOGIE

EFFET CENTRE
Etude dans 3 centres hospitalier, une pratique d'anesthésie par centre.

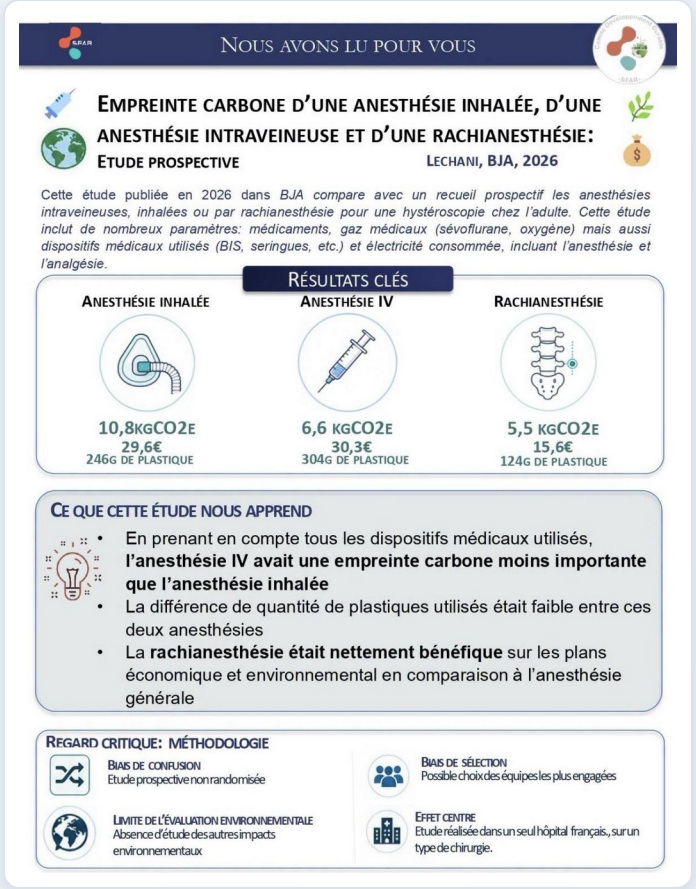
LIMITE DE L'ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE
Toxicité estimée en volume d'eau au dessus des seuils autorisés. Toxicité différente entre le propofol et le sevoflurane. Indice choisi pour pouvoir comparer les deux molécules.

BIAIS D'EXTRAPOLATION
Etude environnementale par modélisation

BIAIS DE RECUEIL DE DONNÉES
Recueil des consommations auprès de la pharmacie pour le propofol et le sevoflurane (stratégie manuelle) pouvant surestimer les consommations

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire



NOUS AVONS LU POUR VOUS

EMPREINTE CARBONE D'UNE ANESTHÉSIE INHALÉE, D'UNE ANESTHÉSIE INTRAVEINEUSE ET D'UNE RACHIANESTHÉSIE: ETUDE PROSPECTIVE

LECHANI, BJA, 2026

Cette étude publiée en 2026 dans *BJA* compare avec un recueil prospectif les anesthésies intraveineuses, inhalées ou par rachianesthésie pour une hystéroscopie chez l'adulte. Cette étude inclut de nombreux paramètres: médicaments, gaz médicaux (sévoflurane, oxygène) mais aussi dispositifs médicaux utilisés (BIS, seringues, etc.) et électricité consommée, incluant l'anesthésie et l'analgésie.

RÉSULTATS CLÉS

ANESTHÉSIE INHALÉE	ANESTHÉSIE IV	RACHIANESTHÉSIE
10,8KGCO2E	6,6 KGCO2E	5,5 KGCO2E
29,6€	30,3€	15,6€
246G DE PLASTIQUE	304G DE PLASTIQUE	124G DE PLASTIQUE

CE QUE CETTE ÉTUDE NOUS APPREND

- En prenant en compte tous les dispositifs médicaux utilisés, **l'anesthésie IV avait une empreinte carbone moins importante que l'anesthésie inhalée**
- La différence de quantité de plastiques utilisés était faible entre ces deux anesthésies
- La **rachianesthésie était nettement bénéfique** sur les plans économique et environnemental en comparaison à l'anesthésie générale

REGARD CRITIQUE: MÉTHODOLOGIE

BIAIS DE CONFUSION
Etude prospective non randomisée

BIAIS DE SÉLECTION
Possible choix des équipes les plus engagées

LIMITE DE L'ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE
Absence d'étude des autres impacts environnementaux

EFFET CENTRE
Etude réalisée dans un seul hôpital français., sur un type de chirurgie.

Source : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation — sfar.org

◂ Sommaire

Chapitre 4

Pédiatrie



- Perfuser
- Intuber
- Remplissage vasculaire

◂ Sommaire

Côté pédiatrie

Perfuser

Abord vasculaire indispensable pour toute anesthésie pédiatrique, pour garantir la sécurité des soins (RFE ADARPEF 2023)

Anticipation de la douleur : utilisation d'EMLA avant la ponction si AG IV (respect du temps de pose, prescription par MAR), utilisation de Kalinox possible (à partir de 1 mois), stratégie de distraction (vidéo, musique, casque VR)

Préservation du capital veineux : taille adaptée (22G ou 24G), fixation rigoureuse, prolongateur court purgé

Anticipation de l'échec : respect de la durée du jeûne, installation ++, évaluation des FDR VVP difficile (score DIVA), utilisation de l'échoguidage

Score DIVA (Difficult Intravenous Access) pédiatrique

Critère	Situation	Points
Visibilité de la veine (avec garrot)	Veine visible Veine non visible	0 2
Palpabilité de la veine (avec garrot)	Veine palpable Veine non palpable	0 2
Âge de l'enfant	≥ 36 mois 12 à 35 mois < 12 mois	0 1 3
Antécédent de prématurité	Oui Non	3 0

Score > 4

≈ 50 %

prédiction d'un taux d'échec d'environ 50 % dès la 1re tentative de ponction

Règles du jeûne pédiatrique (SFAR juillet 2026)

Âge	NN et Nourrisson	Enfant
Liquides clairs	1 heure Volume max 3 ml/kg	1 heure Volume max 3 ml/kg
Lait maternel	3 heures	3 heures
Lait artificiel 1er et 2e âge	4 heures	
Alimentation habituelle **Lait animal / lait artificiel**	6 heures	6 heures



1 h

Liquides clairs
Volume max 3 ml/kg

https://sfar.org/download/jeune-pediatrique-en-chirurgie-programmee-de-lenfant-infographies/

Intuber (RFE 2018 ADARPEF)

- Bénéfice de l'oxygénation apnéique (mise en place de lunettes O2 ou lunettes Optiflow dès la préoxygénation ou à la perte de connaissance)
- Dans le cas contraire, réoxygéner l'enfant dès que la saturation atteint 95 % car chute brutale ensuite
- Utilisation du vidéolaryngoscope si critères d'intubation difficile ou dès le 1er échec de laryngoscopie
- Chez l'enfant enrhumé, avant 6 ans, aérosol de salbutamol avant induction
- Utilisation de curare possible pour améliorer les conditions d'intubation

Remplissage vasculaire

Chirurgie longue ou majeure : règle du « 4/2/1 »

1. **On calcule le débit horaire :**
   - Pour les 10 premiers kilos : 4 ml/kg/heure
   - De 11 à 20 kilos : 2 ml/kg/heure en plus
   - Au-delà de 20 kilos : 1 ml/kg/heure en plus
2. On calcule le **déficit total lié au jeûne** (débit horaire × nombre d'heures de jeûne réel)
3. La règle de compensation : vous devez administrer **50 % de ce déficit global durant la toute première heure de bloc**
4. **À cela s'ajoute :** le débit de maintenance horaire normal (les « 4-2-1 ») ainsi qu'un apport minime pour la chirurgie (souvent négligeable ou de l'ordre de 2 ml/kg/h pour une chirurgie mineure)

Chirurgie courte (moins d'une heure) : méthode simplifiée possible

25 ml/kg
Moins de 3 ans
sur la première heure

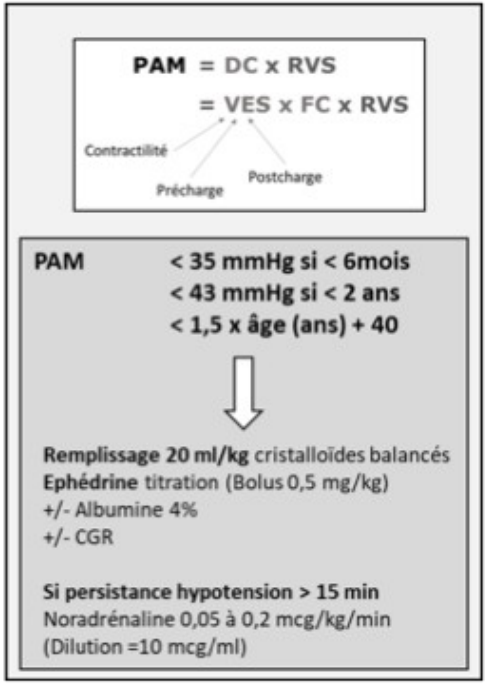
15 ml/kg
Plus de 3 ans
sur la première heure

Pour le soluté

Avant 3 ans : utilisation recommandée d'un soluté isotonique balancé glucosé à 1 % (Isopedia)

Au-delà de 3 ans : soluté isotonique balancé (Ringer Lactate)

Remplissage vasculaire (suite)



Âge	< 6 mois	6 mois à 2 ans	2 à 10 ans
Objectif de PAM	> 35 mmHg	> 43 mmHg	> 1,5 × âge (ans) + 40

1. Devant une hypovolémie, utilisation de soluté cristalloïde balancé (Ringer Lactate) pour l'expansion volémique à raison de 20 ml/kg, à réitérer en fonction de la situation
2. Optimisation préalable du VES avec un remplissage vasculaire par cristalloïde balancé (Ringer Lactate)
3. Si non efficace, utilisation d'un vasoconstricteur pour augmenter les RVS (pas de recommandation sur le vasoconstricteur utilisé)
4. Si utilisation d'éphédrine, la dose est de 0,5 mg/kg. Elle pourrait même atteindre 1 mg/kg chez le nouveau-né jusqu'à 6 mois
5. Envisager une transfusion de CGR si pertes sanguines de 15 à 20 % de la masse sanguine

Synthèse : ce qu'il faut retenir

Gestion VAS

- ✓ Vidéolaryngoscope en 1re intention, avec curare
- ✓ Sans risque d'estomac plein : privilégier un DSG
- ✓ Obstétrique : > 16 SA → IOT, oxygénation nasale

RFE 2026

- ✓ IOT difficile prévue : O2 à haut débit
- ✓ IOT + VM difficiles : DSG en 1re intention
- ✓ Ni intubable ni oxygénable : crico, technique SMS

AIVOC Propofol

- ✓ Cible maîtrisée, titration fine, traçabilité
- ✓ Endoscopie : hémodynamique, respiration, réveil
- ✓ Moins émetteur que les halogénés

Pédiatrie

- ✓ Score DIVA > 4 : ≈ 50 % d'échec, penser écho
- ✓ Liquides clairs jusqu'à 1 h (3 ml/kg max)
- ✓ Règle du 4/2/1 et solutés balancés

5 recommandations qui changent la pratique

Recommandations formalisées d'experts (RFE) SFAR 2026 · voies aériennes de l'adulte



Vidéolaryngoscope en 1re intention

Pour toute intubation, même sans critère prédictif d'intubation difficile.

Grade 1 · fort



Capnographie systématique

Toujours recommandée, même en ventilation spontanée.

Grade 2 · faible



Cœlioscopie : masque laryngé

À privilégier, avec ou sans curares, en l'absence de risque d'estomac plein.

Grade 2 · faible



Intubation et ventilation au masque difficiles

Masque laryngé en 1re intention : exit le Fastrach.

Grade 2 · faible



Intubation difficile prévisible

Oxygénation nasale à haut débit pendant la laryngoscopie.

Avis d'experts

Merci de votre attention

Des questions ?

Maxime CECCALDI et **Marie MEILHAC**

Départ en congrès SFAR 2026 soutenu par le BIMBO

BIMBO
BUREAU INFIRMIERS MÉDECINS DU BLOC OPÉRATOIRE

La formation en santé au service des Outre-mer.

PAS ENCORE ADHÉRENT ?

au BIMBO

N'attendez plus !

Adhésion gratuite · 2 minutes en ligne

BIMBO

FLASHEZ-MOI

association-bimbo.fr