

***PRISE EN CHARGE DU
LARYNX DU
TRACHEOTOMISE***

**Lise CREVIER BUCHMAN
ORL Phoniatre**

**Hôpital Européen G. Pompidou, AP-HP
PARIS**

Pourquoi une canule ?

• *Ventilation assistée* —————→ • *Temporaire*

• *Pathologie respiratoire* —————→ • *Définitive*

– *Basse : pulmonaire*

– *Haute : laryngo-trachéale*

- *Canule à ballonnet*
- *Canule fenêtrée*
- *Canule avec clapet phonatoire*

Utilisation et entretien de la canule de trachéotomie

- **Le changement de canule par l'infirmier(e) et sur prescription médicale** (*décret n° 2002-194 du 11.02.02 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*)
- **Pas de rythme prédéfini pour le changement de canule**
- **Changement de canule en fonction:**
 - Évolution de la cicatrice de trachéotomie
 - Signes cliniques d'infection
 - Abondance des sécrétions
 - Recommandation du fabricant (délai max = 29j)

Utilisation et entretien de la canule de trachéotomie

- Nettoyage de la canule
 - But: éliminer les sécrétions adhérentes
 - Lieu: lavabo de la chambre du patient
 - Rythme: 3 à 12 fois / j selon la nature et l'abondance des sécrétions
 - Toujours aspiration trachéale avant le nettoyage (gène respiratoire et souillure par la toux en per et post soin)
 - Utiliser les produits recommandés par le fournisseur pour ne pas dégrader le matériel
- Aspiration pour canule fenêtrée: remettre la chemise non fenêtrée

Utilisation et entretien de la canule de trachéotomie

Type de nettoyage dépend de l'intervention

- **Trachéostomie (Laryngectomie totale)**
 - Nettoyer la collerette de la canule
 - La base du cou
 - La chemise interne
 - Ou la canule complète (corps + chemise interne)
- **Trachéotomie**
 - Nettoyer la collerette de la canule
 - La base du cou
 - La chemise interne
 - Laisser le corps de la canule en place

Utilisation et entretien de la canule de trachéotomie

- Aspiration en introduisant la sonde SANS aspirer et remonter lentement en aspirant.
- Vérifier régulièrement la perméabilité de la canule (main devant la canule et expirer)
- Vérifier régulièrement que les voies respiratoires sont libres et que l'expiration est non sifflante
- Si bouchon muqueux
 - Aspirer immédiatement
 - Si insuffisant: décanulation et réaliser une expectoration forcée pour expulser le bouchon

La reprise d'un
fonctionnement
laryngo-trachéal
le plus tôt possible

- Cela dépendra toujours
- De la vigilance du patient
 - De ses possibilités ventilatoires

Canule à ballonnet gonflé

Profiter des moments où l'on dégonfle le ballonnet pour :

1. Boucher la canule manuellement et voir si il y a un passage d'air possible

Oui : canule de diamètre correct

Non : canule trop grosse ou complication mécanique

2. Stimuler le patient sur des petites mobilisations respiratoires et phonatoires

Canule sans ballonnet

Vérifier la perméabilité des voies aériennes

→ si besoin adapter la taille de la canule

→ ou mettre une canule fenêtrée

Faire parler le patient le plus possible

Favoriser une respiration par les voies hautes

Si faiblesse vocale : Exercice de mobilisation laryngée

→ Reniflements

→ Inspirations / expirations amples avec la kinésithérapie

→ Glottages....

Canule bouchée de sécurité

Situation équivalente à une « absence de trachéotomie »

Adapter la canule pour qu'il y ait le moins de fuite d'air possible péri-canulaire

Accessibilité à une rééducation laryngée classique selon la fonction déficiente

La progression Vers la décanulation

.....

Une affaire d'équipe

LA DECISION DE SEVRAGE

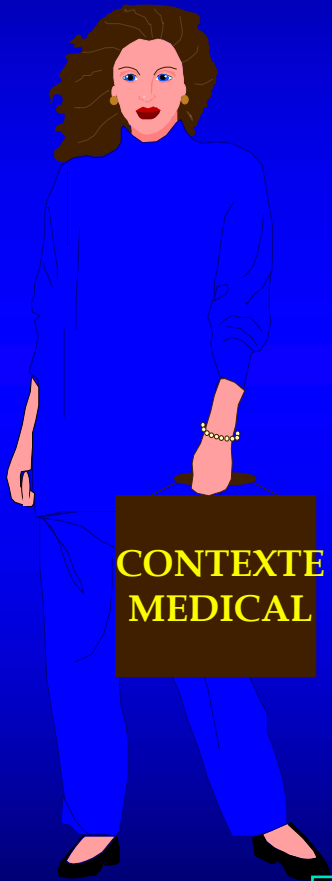
EST CONDITIONNEE

PAR LA RESPIRATION

Liberté de « l'air way »

- Pas d'urgence
- Se donner le temps de reconstituer un sphincter laryngé respiratoire
- Si pas de pathologie grave sous jacente
- 1^{er} temps:
 - Canule bouchée 24 à 48h
 - Fibroscopie de contrôle par l'orifice de trachéotomie vers le haut et vers le bas
 - Décanulation
- 2^{ème} temps:
 - Envisager le problème de la déglutition
 - Gastrostomie en attendant

EN REANIMATION



CONTEXTE
MEDICAL

BPCO
RGO

A
C
C
I
D
E
N
T



Intubations antérieures
Neuropathie secondaire

LES PROBLEMES DE REANIMATION



L'EVOLUTION DE LA PATHOLOGIE CAUSALE



Conduite à tenir devant une suspicion de trouble de la déglutition chez un patient trachéotomisé

1. Analyser le contexte médical du patient
2. Réalisation de l'évaluation
3. Décision et réalisation de l'essai

1. Analyse du contexte médical du patient

ATCD à risque de séquelles sur la déglutition

- Maladies neurologiques
- Pathologies ORL, irradiations dans le territoire cervical
- Maladies digestives, reflux...

• Situation actuelle du patient

- Cause et durée de la réanimation
- Durée de la trachéotomie
- Mode d'alimentation
- Type de canule
- Etat de vigilance
- Etat respiratoire / Canule

2. Réalisation de l'évaluation

Vérifier l'anatomie fonctionnelle du carrefour aérodigestif

1. Respiration canule bouchée (ballonnet dégonflé)

- Si OK : perméabilité des VADS

- Si non : pourquoi ? Obstruction ou autre (neuro):

REGARDER +++

2. Examen en nasofibroscopie du cavum jusqu'à la canule (+/- canal opérateur si besoin pour aspirer) puis enlever la canule et explorer par l'orifice de trachéotomie

- Si OK : continuer

- Si non : régler le problème respiratoire +++

3. Réalisation de l'examen

Vérifier la dynamique oro-pharyngo-laryngée

1. Des lèvres *jusqu'au larynx* (langue, voile, pharynx)

- Apparemment normal,
- Déficit focalisé : neurologique, résection ou trauma
- Déficit global : neuromusculaire, métabolique...

2. Réflexe de protection des voies aériennes

- Présent, diminué, absent

4. Décision de réalisation de l'essai

- OUI
 - Si vigilance suffisante,
 - Si mobilité VADS suffisante
 - Si un risque de fausses routes est tolérable sur le plan pulmonaire
- Si NON , voir comment stimuler pour arriver aux essais
 - Au niveau de la canule
(commencer à boucher la canule et remettre les VADS en fonction)
 - Au niveau de la déglutition
(Stimulations sensorimotrice)
 - Au niveau pulmonaire
(TTT médical, Kinésithérapie)

5. Essai de déglutition

- **Installation patient**

- Assis
- Canule ballonnet dégonflé (si possible)
- Confortable

- **Installation réalisateurs**

- Une personne pour la canule et à l'aspiration (aspiration pendant et après)
- Une personne pour l'alimentation (contrôle posture, consistances, observation)
- Une personne au fibroscope sans anesthésie avec un œil sur la cavité buccale

6. Essai de déglutition

- **Choix des textures et des volumes selon un même protocole**
 - Yaourt ou compote ou crème 3 à 5 cc
 - Liquides colorés 3 à 5 cc, puis au verre si OK
 - Gâteau en fonction du déroulement
- **Adaptation des postures et des manœuvres au déroulement de l'essai**
- **Conclusion :**
 - Alimentation orale possible : oui, non
 - Si oui, préciser les conditions de l'alimentation
 - Si non, préciser les délais de réévaluation +/- conseils de rééducation

CONCLUSION

SEVRAGE

RESPIRATION > DEGLUTITION

SAVOIR DECANULER

AVANT DE REPRENDRE UNE ALIMENTATION