

Table des matières

Contenu

1. Définition.....	3
2. Objectifs.....	3
3. Population concernée	3
4. Pré requis et indications de la laryngectomie	3
5. Risques encourus.....	4
6. Préparation du patient à la réalisation du soin.....	5
7. Matériel :	5
8. Technique	6
9. Surveillance	10
10. Bibliographie.....	12
Annexe I : Fiche explicative destinée au patient trachéostomisé en prévision de sa sortie	13
Annexe II : Préparation de la chambre d'un patient trachéostomisé	15
Annexe III : Les différentes canules	17
Annexe IV : Humidificateur	19
Annexe V : Conduite à tenir	20
Annexe VI : Education du patient laryngectomisé	22

CIBLE(S)

Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE), chirurgiens, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, orthophonistes, aides soignant(e)s pour la préparation de la chambre des Etablissements membres du Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes.

REDACTEUR(S)

Membres du groupe de travail

ARANTES N., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard - Lyon ;
DIDIER I., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier Pierre Oudot - Bourgoin Jailleu ;
GIAI-CHECA D., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry - Chambéry ;
GRAFF E., cadre de santé, Institut de Formation des Soins Infirmiers Saint Martin - Grenoble ;
GRAND L., cadre de santé, Clinique Saint Vincent de Paul - Bourgoin Jailleu ;
GUILLEVIN C., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard - Lyon ;
HUDRY S., infirmière diplômée d'état, Hôpital Privé Savoie Nord, Annemasse ;
LAURENT C., cadre de santé, CRLCC Léon Bérard - Lyon ;
LEBLOND N., cadre de santé, Institut de Formation des Soins Infirmiers - Villefranche Sur Saône ;
LEFEVRE M., cadre formateur, Institut de Formation des Soins Infirmier St Joseph St Luc - Lyon ;
PAILLARD-BRUNET A.M., cadre de santé, Institut de Formation des Soins Infirmiers - Bourgoin Jailleu ;
PEILLON A.S., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry - Chambéry ;
PERTUISSET S., cadre de santé, Hôpital Privé Savoie Nord - Annemasse ;
POLI F., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry - Chambéry ;
RIVIERE A.M., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry - Chambéry.

CONTRIBUTEUR(S) (membres présents à la plénière et/ou ayant fait des commentaires) :

ARANTES N., infirmière diplômée d'état, CRLCC Léon Bérard - Lyon ;
BARTOLETTI M., directeur des soins, Centre Hospitalier de Belley, Belley ;
BROUSSE B., infirmière diplômée d'état, Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth - Saint Priest en Jarez Cedex ;
CANU N., médecin responsable EOHH, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse - Bourg en Bresse ;
CHASSY V., cadre de santé, Clinique Charcot - Sainte Foy Les Lyon ;
CHAUVIN C., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Die - Die ;
COUDERT A., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier du Pays du Gier- Saint Chamond ;
D'ADDA LACOSTE B., directeur des soins, Centre Hospitalier de Die - Die ;
DELAIRE F., cadre de santé, Infirmerie Protestante - Caluire et Cuire ;
DESMONCEAUX S., directeur des soins, Clinique d'Argonay - Pringy ;
DUMONT M., assistante projet, Réseau Espace Santé Cancer - Lyon ;
DUNOYER E., infirmière diplômée d'état, Hôpital Edouard Herriot - Lyon ;
EYRAUD C., directeur des soins, Clinique Convert - Bourg en Bresse ;
FARSI F., Médecin Coordonnateur, Réseau Espace Santé Cancer - Lyon ;
FERRE S., cadre de santé, Centre Hospitalier de Voiron - Voiron ;
FOIERI I. infirmière diplômée d'état, Clinique Convert - Bourg en Bresse ;
GIENAY V., infirmière diplômée d'état, Hôpital de la Croix Rousse - Lyon ;
GUILLEVIN C., infirmière diplômée d'état, Centre Léon Bérard - Lyon ;
HENRY F., directeur des soins, Centre Hospitalier Saint Luc Saint Joseph - Lyon ;
HERVE L., cadre de santé, Hôpitaux Drome Nord - Romans Sur Isère ;
LABROSSE-CANAT H., chef de projet, Réseau Espace Santé Cancer - Lyon ;
LAURENT C., cadre de santé, Centre Léon Bérard - Lyon ;
PAILLARD BRUNET A.M., cadre de santé, Centre Hospitalier Pierre Oudot - Bourgoin Jailleu ;
PALUMBO C., infirmière diplômée d'état, Hôpital Edouard Herriot - Lyon ;
POLI F., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry - Chambéry ;
SONDAZ-SOULAGNES S., cadre de santé, Centre Hospitalier de Vienne - Vienne ;
TALON A., directeur des soins, CRLCC Léon Bérard - Lyon.

1. DEFINITION

Soins infirmiers techniques et éducatifs auprès des patients porteurs d'une trachéostomie en vue de les rendre autonomes.

2. OBJECTIFS

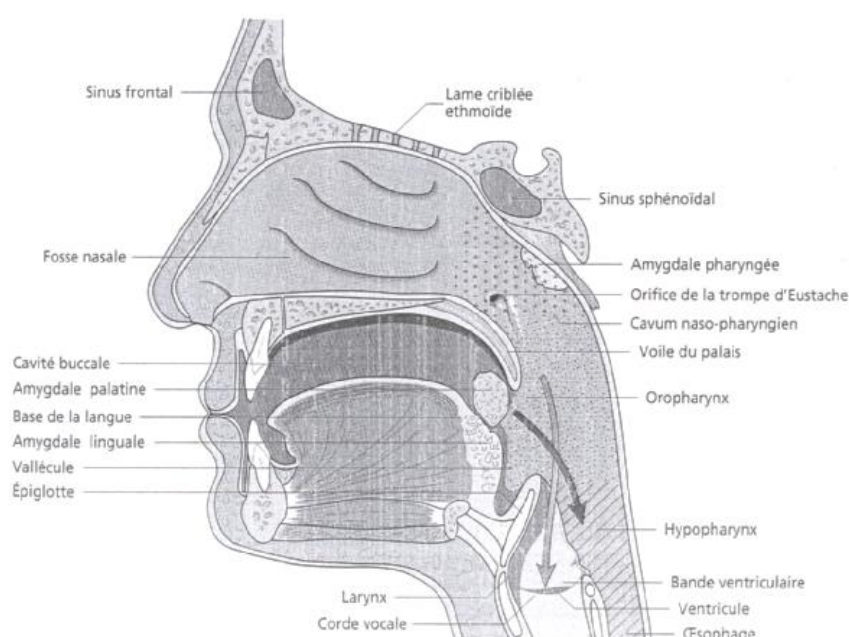
- Assurer la prise en charge des soins techniques dans les suites post-opératoires immédiates,
- Eduquer le patient en vue de son autonomisation ([cf. annexe VI : Education du patient laryngectomisé p.22](#))
- Mettre en œuvre les moyens qui permettent la reprise de la vie sociale ([cf. annexe I : fiche explicative destinée au patient trachéostomisé en prévision de sa sortie p.13](#))

3. POPULATION CONCERNEE

- Population cible : le patient et la famille
- Professionnels responsables : Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE), chirurgiens, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, orthophonistes et aides-soignant(e)s pour la préparation de la chambre ([cf. annexe II : Préparation de la chambre d'un patient trachéostomisé p.15](#))

4. PRE REQUIS ET INDICATIONS DE LA LARYNGECTOMIE

1. Rappel anatomique et physiologique



Extrait de : « Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections ORL, stomatologiques et ophtalmologiques, par S. Monier et al. Coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière n° 23, 3e éd, 2003. Reproduit avec l'autorisation

2. Les indications

- Cancer du pharynx et du larynx,
- Cancer du tiers supérieur de l'œsophage avec extension laryngée.

3. Pré-requis

- L'information sur la chirurgie et ses conséquences a été donnée lors d'une consultation avec le chirurgien. Il est proposé au patient de rencontrer une personne laryngectomisée (association des mutilés de la voix).
- Avant l'intervention, l'IDE aborde les différents moyens de communication que le patient pourra utiliser après son intervention, ardoise, gestuelle... en attendant l'apprentissage d'un autre mode de communication : voix œsophagienne, implant phonatoire...
- L'équipe soignante prépare et vérifie le matériel nécessaire dans la chambre pour la prise en charge du patient trachéostomisé ([cf. annexe II : Préparation de la chambre d'un patient trachéostomisé p.15](#)).

5. RISQUES ENCOURUS

1. Risques immédiats et secondaires en post-opératoire.

- Hémorragie : extériorisation de sang d'origine veineuse ou artérielle,
- Obstruction de la trachée par un bouchon muqueux dû à une humidification de l'air insuffisante ou à des sécrétions abondantes,
- Surinfection bronchique,
- Fistule ou pharyngostome lié à un lâchage des sutures,
- Emphysème sous cutané lié à une fuite d'air de la trachée vers les espaces sous-cutanés par défaut de suture,
- Abscesses au niveau de la cicatrice,
- Irritation en lien avec une canule inadaptée ou aspirations endo-trachéales trop profondes (supérieures à la longueur de la canule),
- Ischémie et nécrose de la trachée liées à une pression trop élevée du ballonnet,
- Décanulation accidentelle.

2. Risques tardifs

- Surinfection bronchique,
- Granulome endo-trachéal lié à une irritation de la muqueuse,
- Sténose trachéale.

6. PREPARATION DU PATIENT A LA REALISATION DU SOIN

L'IDE informe le patient du type de soin qu'elle va réaliser :

- Aspiration endo-trachéale,
- Soins de canule,
- Alimentation entérale.

7. MATERIEL :

Il existe différents types de canule ([cf. annexe III : les différentes canules p.17](#))

- Des canules souples ou rigides à ballonnets ultra-basse pression,
- Des canules en silicone type Larytub ([cf. annexe III : les différentes canules p.17](#)),
- Des canules acryliques et des canules métalliques qui sont composées :
 - ✓ D'une canule externe en contact avec la trachée munie d'une collerette sur laquelle est adaptée une lacette.
 - ✓ D'une canule interne de diamètre inférieur coulissant dans la canule externe et pouvant être fixée à celle-ci.

1. Matériel pour une aspiration endo-trachéale

- P.H.A.¹,
- Gants à usage unique,
- Masque,
- Lunettes de protection,
- Surblouse,
- Sondes d'aspiration stériles de diamètre adaptée,
- Une valve « Stop vide »,
- Un système d'aspiration branché à une « source de vide »,
- Eau stérile,
- Un système de désinfection pour ligne d'aspiration : 10 ml de solution antiseptique gamme polyvidone iodée pour 1L d'eau stérile, à renouveler toutes les 24H,
- Sac poubelle (DASRI),
- Compresse stériles si utilisation de sondes sans jupette.

¹ Pour P.H.A., il faut lire Produit Hydro Alcoolique

2. Matériel pour un soins de canule

- P.H.A.²,
- Un 2^{ème} jeu de canule qui restera dans la chambre après le soin,
- Gants à usage unique,
- Masque,
- Surblouse,
- Lunettes de protection,
- Un écouvillon de canule stérile à U.U.,
- Compresse fondue,
- Lacette,
- Eau stérile,
- Gamme antiseptique type polyvidone iodée,
- Pincettes ou gants stériles,
- Compresses stériles,
- Papier absorbant,
- Un gobelet à U.U.,
- Sac poubelle (DASRI),

8. TECHNIQUE

1. Aspiration endo-trachéales

Il s'agit d'un soin de courte durée : l'aspiration doit durer moins de 5 secondes.

Les aspirations endo-trachéales excessives peuvent entraîner irritations et hypersécrétions trachéales.

- Installer le patient en position demi-assise,
- Mettre un masque, une surblouse et des lunettes de protection,
- Faire une friction des mains avec un P.H.A.²,
- Enfiler des gants à usage unique,
- Vérifier le bon fonctionnement du système d'aspiration (aspiration maximale 400mm Hg),
- Adapter une sonde stérile sur le système d'aspiration,
- Introduire la sonde dans la canule sans aspirer et sans aller au-delà de la canule : environ 10 cm pour la canule à ballonnet, 5 cm pour une canule normale,
- Aspirer les sécrétions en retirant la sonde, ne pas faire de mouvements de va et vient,
- Jeter la sonde,
- Rincer la ligne d'aspiration en utilisant le système de désinfection,
- Oter les lunettes et les désinfecter,
- Jeter les gants, le masque et la surblouse,

² Pour P.H.A., il faut lire Produit Hydro Alcoolique

- Faire une friction des mains avec un P.H.A.³,
- Réinstaller le patient,
- Annoter sur le dossier de soins infirmiers les éléments de surveillance : quantité, aspect des sécrétions et les réactions du patient.

Nota bene :

Il est possible de réaliser des aspirations endo-buccales avec une sonde courte réservée à cet effet dans le cas d'une hypersalivation, afin de favoriser la cicatrisation au niveau des sutures.

Une humidification des voies respiratoires est maintenue les premiers jours afin de prévenir les bouchons muqueux et assurer une bonne fluidité des sécrétions ([cf. annexe IV : Humidificateur p.19](#))

2. Les soins de canules :

Le premier changement de canule est un acte médical, il s'agit du passage d'une canule à ballonnet à une canule simple, après l'étape du ballonnet dégonflé.

Par la suite, l'IDE peut enlever la canule pour effectuer les soins.

La décanulation définitive se fait sur prescription médicale entre 3 et 6 mois après l'intervention. Elle se fait de façon progressive, de jour puis de nuit.

Les soins de la zone péricanulaire sont effectués quotidiennement ou plus si besoin.

Ils sont réalisés de façon stérile jusqu'à l'ablation des fils du trachéostome (environ J15) puis avec du sérum physiologique jusqu'à la sortie du patient.

³ Pour P.H.A., il faut lire Produit Hydro Alcoolique

SOIN DE CANULE INTERNE	SOIN DE CANULE COMPLET
Mettre en place le masque, la surblouse, et les lunettes de protection,	
Faire une friction des mains avec un P.H.A. ⁴ ,	
Enfiler les gants à usage unique	
Oter la canule interne	Dénouer la lacette
	Oter les deux canules
Nettoyer la (ou les) canule(s) à l'aide de l'écouvillon à l'eau bétadinée (10 ml d'antiseptique type Bétadine® scrub pour 1L d'eau stérile),	
Rincer à l'eau stérile	
Bien sécher avec du papier absorbant	
Vérifier l'intégrité de la canule,	Procéder à l'antisepsie de la zone péricanulaire
La réinsérer	Installer le patient la tête en légère extension
	Réinsérer la canule externe en la présentant de façon transversale par rapport à la trachée,
	Réaliser un quart de tour en même temps que l'on introduit la canule, sans forcer, dans l'axe de l'orifice trachéal,
	Réinsérer la canule interne
	Mettre en place la lacette et une compresse fendue
Oter les lunettes et les désinfecter,	
Oter les gants, le masque et la surblouse,	
Eliminer les déchets,	
Faire une friction des mains avec un P.H.A. ⁴ ,	
Réinstaller le patient,	
Annoter sur le dossier de soins infirmiers les éléments de surveillance :	
Aspect et quantité des sécrétions et réaction du patient.	Aspect et quantité des sécrétions, aspect de la zone péricanulaire, type et taille de la canule, et les réactions du patient.

⁴ Pour P.H.A., il faut lire Produit Hydro Alcoolique

3. Alimentation entérale

Le patient revient du bloc opératoire avec une sonde naso-gastrique d'alimentation qui restera en place jusqu'à la reprise d'une alimentation par voie orale suffisante (J12 et J15).

Le contrôle du bon positionnement de la sonde naso-gastrique est fait en post-opératoire immédiat par une radiographie pulmonaire, sur prescription médicale.

L'infirmière inscrit sur un repère indélébile sur la sonde.

Au quotidien, l'infirmière :

- Vérifie à l'aide du repère que la sonde est toujours en place,
- Vérifie son bon positionnement en injectant de l'air tout en auscultant l'abdomen du patient avec un stéthoscope au niveau de la région épigastrique : recherche des bruits hydro-aériques. En cas de doute, elle procède à une aspiration douce du liquide gastrique. En l'absence de reflux, elle informe le médecin,
- Assure les soins de peau pour une meilleure adhérence du système de fixation qui est changé aussi souvent que nécessaire,
- Réalise des instillations nasales au sérum physiologique de façon bi quotidienne,
- Effectue une surveillance locale au niveau des ailes du nez afin de prévenir le risque d'escarre,
- Rince la sonde, par pressions successives, avec une seringue de 50 ml après chaque alimentation entérale et lors de l'administration de médicaments afin d'éviter son obstruction,
- Note sur le dossier de soins infirmiers et le dossier de suivi du patient le type d'alimentation entérale, la quantité, la vitesse d'administration, les éventuels incidents, la tolérance du patient.

En attendant la reprise alimentaire orale, le patient bénéficie d'une alimentation entérale exclusive. Celle-ci doit être administrée en position demi-assise ou assise afin d'éviter tout risque de reflux.

La reprise alimentaire par voie orale sera mixée puis normale. Elle se fera après deux tests à environ J8 et J10, au bleu de Patenté ou à la BETADINE® ORL.

Le patient boit du bleu de Patenté ou de la Bétadine® ORL, puis le médecin s'assure de la bonne étanchéité des sutures par l'absence de bleu de Patenté ou de Bétadine® ORL au niveau du trachéostome.

9. SURVEILLANCE

1. Surveillance des risques immédiats

Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
Hémorragie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluer les pertes sanguines dans les drainages et/ou apparition soudaine (cf. annexe V : conduite à tenir p.20).
Obstruction de la trachée par un bouchon	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Détecter les signes de dyspnée : agitation, cyanose, chute de la saturation en oxygène, tachycardie, tirage sus claviculaire, sueurs, augmentation de la fréquence respiratoire..., ✓ Rechercher la présence d'air sur la main à la sortie de la canule, ✓ Evaluer la nature des sécrétions : s'assurer de la fluidité des sécrétions. (cf. annexe V : conduite à tenir p.20).
Surinfection bronchique et pneumopathie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechercher les signes d'hyperthermie, ✓ Evaluer l'aspect des sécrétions : abondantes, purulentes et/ou nauséabondes, ✓ Rechercher les signes de dyspnée (cf. annexe V : conduite à tenir p.20).
Fistule ou pharyngostome	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechercher la présence de sécrétions salivaires autour du trachéostome, ✓ Rechercher la présence de résidus alimentaires dans les sécrétions endotrachéales au niveau du trachéostome après reprise alimentaire.
Abcès au niveau de la cicatrice	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechercher les signes d'hyperthermie, ✓ Rechercher les signes d'infection locale : douleur, rougeur, chaleur, œdème, écoulement...
Irritations trachéales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observer la présence de sécrétions sanguinolentes à l'aspiration au niveau du trachéostome, ✓ Evaluer la douleur.
Ischémie et nécrose de la trachée	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Détecter une odeur (nauséabonde), ✓ Evaluer la douleur, ✓ Vérifier la pression du ballonnet trois fois par jour à l'aide du témoin externe : <ul style="list-style-type: none"> • Par un manomètre : pression + 30 cm H2O • Manuellement : 3 à 5 ml d'air
Décanulation accidentelle	<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'assurer de la bonne fixation de la canule, ✓ Vérifier le bon positionnement de la canule (cf. annexe V : Conduite à tenir p.20)
Emphysème	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présence de crépitements en sous cutané au niveau du cou, ✓ Efficacité du pansement compressif, ✓ Faciès du patient

2. Surveillance des risques tardifs

Les risques tardifs seront évoqués avec le patient durant le séjour.

En cas de difficultés respiratoires, de modification de l'état cutané du trachéostome, le patient devra consulter.

3. Au moment du départ, l'IDE :

- Vérifie avec lui les différentes ordonnances,
- Répond à ses questions,
- Remet la fiche explicative ([cf. annexe I : Fiche explicative destinée au patient trachéostomisé en prévision de sa sortie p. 13](#)).
- Donne les coordonnées du service.
- Remet la fiche de liaison infirmière adulte ([cf. fiche de liaison « infirmière adulte »](#))

10. BIBLIOGRAPHIE

1. **MONIER S., TEMAM S., DE LABROUHE C., THEOLEYRE B. , RIBEAUDEAU-SAINDELLE F., DUFIER J.L.**, collection nouveaux cahiers de l'infirmière « soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections oto-rhino-laryngologiques stomatologiques, ophtalmologiques, n°23 », 4° édition , Masson, 10/ 2007.
2. **HOERNI, MORTUREUX A., KANTOR G.**, collection nouveaux cahiers de l'infirmière « soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancer, N° 19 », 4° édition, Masson, 06/2005.
3. **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004** relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel de ce jour.
4. **Comité technique national des infections nosocomiales (C.T.I.N.)**, ministère de l'emploi et de la solidarité. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales « prévention des infections respiratoires nosocomiales », 2ème édition 1999, 77-80.
5. **TAERON C. La N-acétylcystéine.** Fiche médicament. Revue de l'infirmière N°160. Mai 2010. 47-49.
6. **CLAVAGNIER I.** Réaliser une aspiration endo-trachéale. Pratique. Techniques de soins. Revue de l'infirmière N°143. Sept. 2008. 42-43.
7. **SEMAL S.** Le soin de trachéotomie et de trachéostomie. Pratique. Techniques de soins. Revue de l'infirmière N°147. Janv.-fév.2009. 43-44.
8. **Arrêté du 31 Juillet 2009** relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Version consolidée au 30 décembre 2012.

ANNEXE I : FICHE EXPLICATIVE DESTINEE AU PATIENT TRACHEOSTOMISE EN PREVISION DE SA SORTIE

Au cours de votre hospitalisation, l'équipe soignante vous a donné des conseils pour l'entretien de votre canule et sur la vie quotidienne.

Cette fiche reprend les principaux conseils qui vous ont été donnés durant votre séjour.

Conseils pratiques.

1. Sur les soins de canule :

- Se laver les mains avant et après les soins,
- Ôter la canule et la nettoyer à l'eau du robinet à l'aide d'un écouvillon au moins une fois par jour et plus si vous avez beaucoup de sécrétions,
- Penser à bien sécher avec du papier absorbant,
- Mettre une compresse fendue type métalline® sous la canule afin de protéger la peau. Cette compresse doit être changée quotidiennement,
- Si vous avez un filtre, changez le chaque jour car il s'imprègne de mucosités qui le rendent moins perméable à l'air.

Nota Bene :

En cas de bouchon muqueux, vous devez ôter votre canule, tousser afin d'évacuer le bouchon et nettoyer votre canule avant de la remettre.

2. Sur le matériel :

Au bout de 3 à 6 mois, le chirurgien peut vous donner son accord pour enlever votre canule et ainsi adapter un filtre qui a la même fonction que celle du nez : réchauffer l'air, l'humidifier et filtrer les poussières.

3. Sur le réapprentissage de la voix :

Vous serez pris en charge par un centre spécialisé ou par un orthophoniste en milieu libéral pour acquérir une nouvelle voix dite « œsophagienne ». Cet apprentissage peut demander du temps. Ne vous découragez pas !

En attendant, continuez à communiquer par écrit ou par tout autre moyen.

4. Sur la vie courante :

- **Activités nécessitant l'utilisation d'eau :** Toute pénétration d'eau dans le trachéostome est dangereuse car celui-ci est en communication directe avec les poumons. D'où risque de noyade.
- **Douche ou bain :** utilisez un « protège douche » pour éviter les projections d'eau dans le trachéostome.

- **Activités nautiques :**
 - ✓ Ne prenez pas de bain en piscine ni en mer
 - ✓ Evitez les sports aquatiques
- **Alimentation :** Aucune restriction alimentaire n'est indiquée. Mais votre odorat étant altéré, la perception du goût des aliments peut être modifiée.
- **Activité professionnelle :** selon votre profession (ex. port de charges lourdes, maître-nageur, environnement poussiéreux...) un reclassement professionnel peut être envisagé.
- **Voyage :** prévoyez votre matériel pour votre séjour ainsi que les ordonnances.

Ayez toujours dans votre portefeuille un document précisant que vous êtes laryngectomisé.

- **Au quotidien :**
 - ✓ Ayez toujours à votre disposition une 2^{ème} canule en parfait état,
 - ✓ Evitez la constipation car l'effort de poussée à la défécation est modifié par la laryngectomie,
 - ✓ Pensez à humidifier l'air ambiant,
 - ✓ Protégez soigneusement l'orifice trachéal, si vous êtes bricoleur afin d'éviter le contact avec les poussières,
 - ✓ Evitez le port de charges lourdes.

L'association française des mutilés de la voix peut vous aider : répondre à vos questions, rencontrer d'autres personnes laryngectomisées et vous donner des informations complémentaires sur la vie quotidienne.

ANNEXE II : PREPARATION DE LA CHAMBRE D'UN PATIENT TRACHEOSTOMISE

1. Matériel d'aspiration

- Source de vide médical avec manomètre allant jusqu'à 600 mm Hg,
- Tuyau raccordé à un réceptacle à usage unique pour collecter les sécrétions,
- Tuyau allant du réceptacle à la sonde d'aspiration muni d'un stop vide,
- Sondes d'aspiration stériles de différents diamètres (charrière 14 à 18),
- Flacon d'eau stérile avec BETADINE® dermique : 10ml de BETADINE® dermique pour 1L d'eau stérile.

Le système d'aspiration sera branché et son bon fonctionnement vérifié.

Recommandations :

- Utiliser deux sondes s'il y a nécessité de pratiquer successivement une aspiration buccale et trachéo-bronchique.
- Un deuxième système d'aspiration est laissé auprès du patient pour ses aspirations buccales en y adaptant une sonde courte ; le patient ayant été formé au préalable à cette manipulation.
- Renouveler les poches de recueil des réceptals toutes les 24 heures au minimum.
- Renouveler le tuyau d'aspiration (bocal/patient) et le stop- vide tous les 7 jours.
- Dater et renouveler les flacons d'eau stérile tous les jours.

2. Humidificateur d'air

- Source d'oxygène et son manomètre.
- Humidificateur rempli d'eau stérile jusqu'au niveau maximal et branché sur la prise d'oxygène.
- Tuyau strié allant de l'humidificateur au masque de trachéotomie ou sur le raccord en T branché directement sur la canule à ballonnet.
- Le système sera branché et son bon fonctionnement vérifié : une brumisation apparaît à la sortie du tuyau strié.
- L'oxygène sera adapté selon la prescription médicale.

3. A proximité du patient

- Crachoir à usage unique,
- Mouchoirs,
- Sacs poubelle DASRI,
- Ardoise et crayon.

- Boite de gants à usage unique,
- P.H.A.⁵,
- Compresses Métalline®,
- Lacette,
- Boite de masques,
- Lunettes de protection,
- Masque aérosol pour trachéotomie,
- Un jeu de canules de rechange,
- Fluidifiants bronchiques (Xylène® ou Bromhexine® ou Acétylcystéine)
- Si présence de la canule à ballonnet : raccord en T de rechange, manomètre pour vérifier manuellement la pression du ballonnet,

4. Dans la salle de bain

- Ecouvillons stériles à U.U,
- Gobelet,
- Eau stérile + Bétadine® scrub,
- Nécessaire pour bain de bouche

⁵ Pour P.H.A., il faut lire Produit Hydro Alcoolique

ANNEXE III : LES DIFFERENTES CANULES



Canule acrylique



Canule métallique



Canule à ballonnet

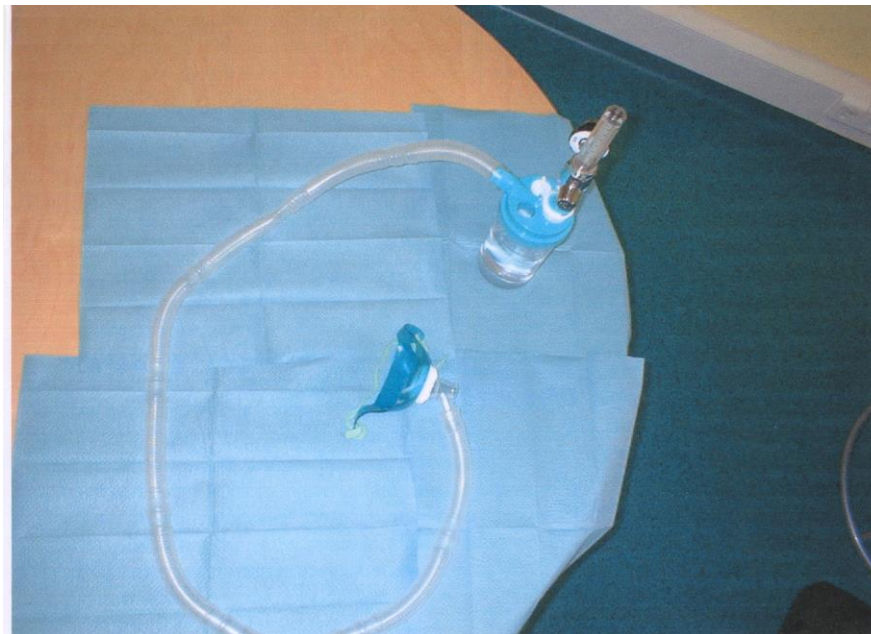


Trachéofix

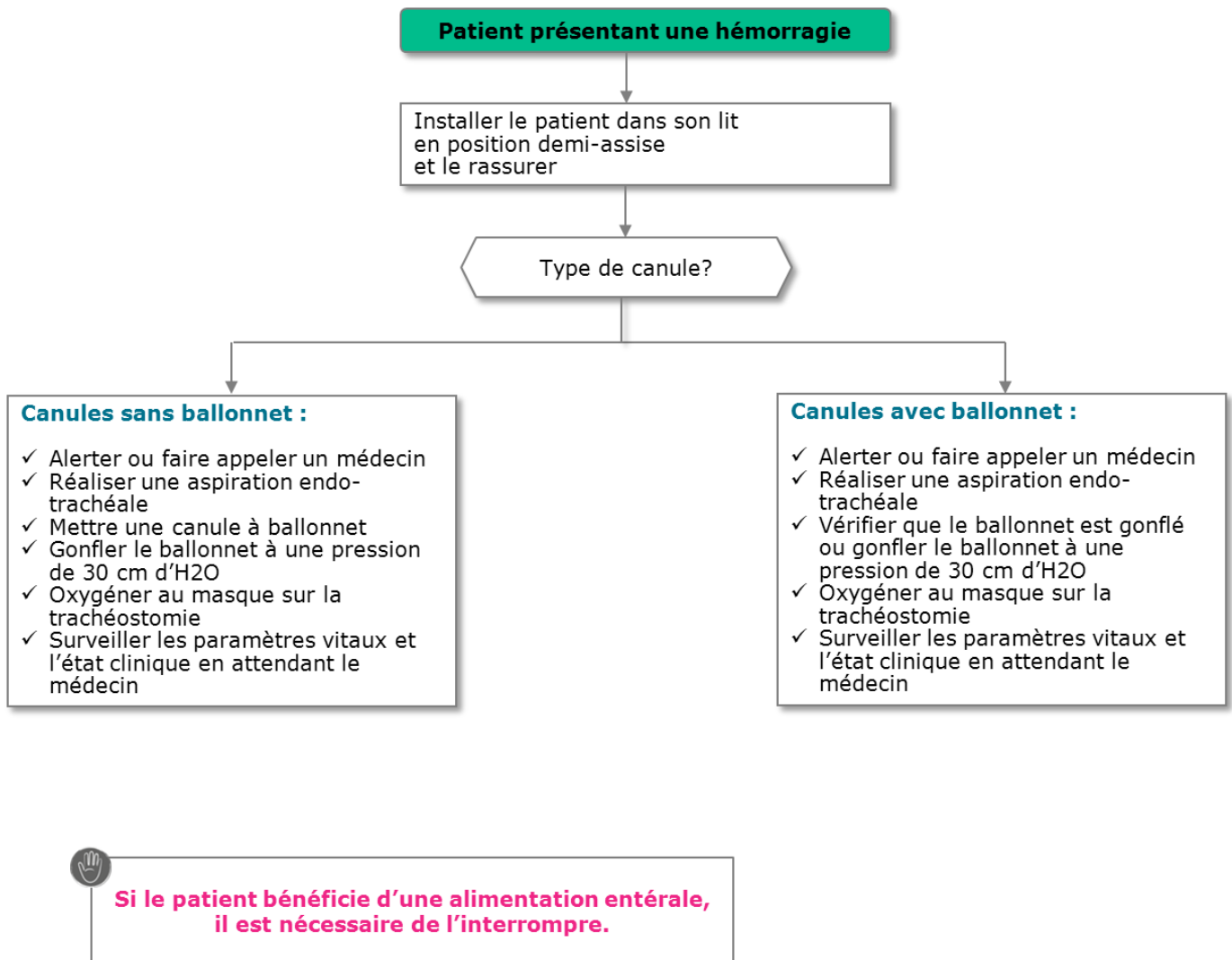


Larytub

ANNEXE IV : HUMIDIFICATEUR



ANNEXE V : CONDUITE A TENIR



Patient présentant une dyspnée

- ✓ Installer le patient en décubitus, tête en hypertension, le rassurer.
- ✓ Vérifier le bon positionnement de la canule (repère présent sur canule à ballonnet).
- ✓ Vérifier la perméabilité de la canule à l'aide de la sonde d'aspiration : absence de butée.
- ✓ Appeler le médecin.

Canule en place ?

oui

non

- ✓ Gonfler le ballonnet (si canule à ballonnet),
- ✓ Oxygéner le patient à 6L/mn au minimum (sauf contre indication) au niveau de la trachéostomie.
- ✓ Surveiller la saturation en oxygène et autres paramètres vitaux, l'état clinique.

- ✓ Oter la canule,
- ✓ Repositionner la canule,
- ✓ Gonfler le ballonnet,
- ✓ Oxygéner le patient à 6L/mn au minimum (sauf contre indication) au niveau de la trachéostomie.
- ✓ Surveiller la saturation en oxygène et autres paramètres vitaux, l'état clinique.

Obstruction de la trachée par un bouchon muqueux

Rassurer le patient,

- Procéder à une aspiration endo-trachéale
- Demander au patient de tousser
- Le décanuler
 - ✓ Instiller 1 à 2 mL de sérum physiologique, ou sur prescription médicale un fluidifiant bronchique (type xylène, bromhexine®, ou acétylcystéine), puis ré aspirer de suite.
 - ✓ Demander à nouveau au patient de tousser,
- Si absence d'amélioration, alerter le médecin.

Décanulation accidentelle

Nota bene : sur trachéostomie, il n'y a pas de caractère d'urgence.

- Rassurer le patient et l'installer en décubitus la tête en hyper extension,.
- Dans le calme, remettre une canule en la présentant de façon transversale par rapport à la trachée, en réalisant un quart de tour pour l'introduire.
- Refixer la canule à l'aide d'une lacette,

En cas de difficultés pour ré introduire la canule, alerter le médecin

ANNEXE VI : EDUCATION DU PATIENT LARYNGECTOMISE

Le rôle éducatif de l'IDE commence dès l'admission du patient. Elle lui propose de s'inscrire dans une démarche d'éducation thérapeutique.

Pour appréhender l'état psychologique du patient, évaluer son degré de connaissance sur sa pathologie et le geste chirurgical qui va être effectué, l'IDE l'amène à reformuler les informations qu'il a reçues du chirurgien.

Tout au long du séjour, l'IDE est attentive au ressenti et aux réactions du patient pour adapter sa démarche.

Elle peut utiliser des supports éducatifs et solliciter des personnes ressources.

L'éducation thérapeutique du patient repose sur quatre étapes :

1. Elaborer un diagnostic éducatif

Selon l'HAS, « ...Le diagnostic va permettre de connaître le patient, d'identifier ses besoins et ses attentes, de formuler avec lui les compétences à acquérir et à mobiliser... »

Le diagnostic sera réajusté tout au long de la démarche.

A titre d'exemple, voici une liste non exhaustive de questions possibles :

1.1/ L'IDE apprécie le degré de connaissance du patient sur sa maladie, la chirurgie et ses conséquences : Que connaissez-vous de votre maladie ? Que savez-vous de votre intervention et des modifications anatomiques qu'elle entraîne ? Quelles seront les répercussions au quotidien ? Avez-vous réfléchi à un mode de communication avec vos proches et les soignants juste après l'intervention ?

1.2/ L'IDE interroge le patient sur ce qu'est un trachéostome: Après votre intervention, comment se fera votre respiration? Comment imaginez-vous une canule ? Quels soins pensez-vous devoir continuer à la maison ?...

1.3/ L'IDE repère les difficultés potentielles à l'éducation : troubles cognitifs et sensoriels, handicaps divers, contexte social et familial.

1.4/ Elle repère les potentialités et les ressources du patient.

1.5/ Elle évalue le désir et la capacité d'implication du patient dans la démarche éducative.

2. Définir le programme d'éducation

Il s'agit d'un programme d'éducation individuel et personnalisé.

Il a pour objectif de formuler avec le patient les compétences à acquérir et les objectifs à atteindre au regard de son projet.

L'éducation thérapeutique intègre deux types de compétence :

2.1/ Les compétences d'auto-soin et de sécurité :

Selon l'H.A.S, « Les autosoins représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de sa maladie sur sa santé ».

Parmi ces compétences d'autosoins, des compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient et sont prioritaires dans l'apprentissage.

Compétences d'autosoins et de sécurité	Exemples pour le patient trachéostomisé
<p align="center">Adapter des doses de médicament, initier un auto traitement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'anticiper le renouvellement du matériel prescrit.
<p align="center">Soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'observer une modification d'aspect des sécrétions ✓ Etre capable d'observer une modification de sa respiration ✓ Connaître la conduite à tenir : toux, aspiration, aérosol, appel médical...
<p align="center">Réaliser des gestes techniques et des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'assurer les soins du trachéostome, ✓ Etre capable de nettoyer la canule, ✓ Etre capable de se décanuler et de se recanuler, et de fixer la lacette ✓ Etre capable de positionner les filtres ✓ Etre capable d'aspirer les sécrétions
<p align="center">Mettre en œuvre des modifications de mode de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'identifier les activités présentant un risque d'inhalation : Utiliser un protège-douche, ne pas pratiquer de sports aquatiques, se protéger dans un environnement très poussiéreux... ✓ Etre capable d'identifier les efforts à glotte fermée ✓ Etre capable d'utiliser les alternatives à la communication verbale : supports écrits, informatique, ardoise électronique, apprentissage de la voix œsophagienne, ... ✓ Etre capable d'adapter son alimentation : éviter la constipation.
<p align="center">Prévenir des complications évitables</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable de prévenir un encombrement trachéal : Humidifier l'air ambiant, porter un filtre, le changer quotidiennement,... ✓ Etre capable de repérer un encombrement trachéal ✓ Etre capable de repérer un changement d'aspect du trachéostome

Compétences d'autosoins et de sécurité	Exemples pour le patient trachéostomisé
Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable d'alerter en cas de complications, ✓ Etre capable d'organiser son quotidien en prévenant les incidents : prévoir son matériel en vue d'un voyage, ... ✓ Etre capable de solliciter une personne ressource aidante (proche, personnel associatif, psychologue, ...)
Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etre capable de solliciter l'aide de ses proches en cas de besoin.

2.2/ Les compétences d'adaptation

Selon l'H.A.S, « les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Elles reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient.

Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'autosoins.

Ces deux compétences (**auto-soin et de sécurité, et adaptation**) sont indissociables.

3. Mettre en œuvre le programme d'éducation

Les séances d'éducation thérapeutique sont conduites en fonction des objectifs déterminés avec le patient.

Le programme des séances est évolutif et est réajusté en fonction de ses capacités d'apprentissage.

Un document de suivi peut être élaboré afin de visualiser l'évolution des compétences du patient. Il permet la coordination entre les différents partenaires de soins impliqués dans l'éducation (infirmières et aides-soignants, orthophoniste, kinésithérapeute, chirurgien, médecin traitant, infirmière libérale,....).

4. Evaluer les compétences

L'évaluation est réalisée au minimum à la fin de chaque séance d'apprentissage et tout au long de la prise en charge, à la demande du patient ou des professionnels de santé.

Selon l'H.A.S, évaluer consiste à « faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive ».