

I.	Définition .....	3
II.	Objectifs .....	3
III.	Population concernée .....	3
IV.	Pré-requis et indications .....	3
V.	Risques encourus.....	5
VI.	Préparation à la manipulation.....	6
VII.	Matériel requis et environnement .....	6
VIII.	Technique .....	8
IX.	Surveillance des risques immédiats et secondaires. ....	12
X.	Bibliographie .....	16
	Annexe I : Préparation de la chambre d'un patient trachéotomisé .....	17
	Annexe II : Les différentes canules. ....	19
	Annexe III : Humidificateur .....	20

## **CIBLE(S)**

Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat, chirurgiens, médecins, kinésithérapeutes, aide-soignant(e)s pour la préparation de la chambre, diététicien(ne)s et éventuellement orthophonistes 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 ;  
GARNIER C., cadre de santé, Institut de Formation Soins Infirmier Saint Martin Croix Rouge, Grenoble ;  
PAILLARD BRUNET A.M., cadre de santé, Institut de Formation Soins Infirmier Pierre Oudot, Bourgoin Jallieu ;  
PEILLON A.S., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;  
POLI F., infirmière diplômée d'état, Centre Hospitalier de Chambéry, Chambéry ;  
TRUONG J., 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 ;  
BROUSSE B., infirmière diplômée d'état, Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth - Saint Priest en Jarez Cedex ;  
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 ;  
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 Jallieu ;  
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.

## I. DEFINITION

Soins infirmiers techniques auprès des patients porteurs d'une trachéotomie.

## II. OBJECTIFS

- Assurer la prise en charge des soins dans les suites post-opératoires immédiates et jusqu'à la sortie.
- Ce protocole est limité aux soins de trachéotomie et ne prend pas en compte les soins annexes et les gestes chirurgicaux associés.

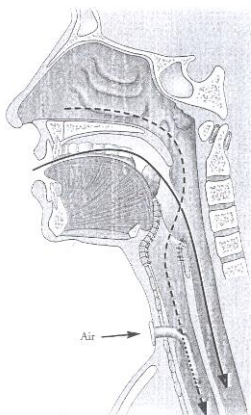
## III. POPULATION CONCERNEE

- Population cible : Le patient et la famille.
- Professionnels responsables : Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat, chirurgiens, médecins, kinésithérapeutes, aide-soignant(e)s pour la préparation de la chambre ([cf. annexe I : Préparation de la chambre d'un patient trachéotomisé p.17](#)), diététicien(ne)s et éventuellement orthophonistes (si reprise alimentaire difficile).

## IV. PRE-REQUIS ET INDICATIONS

### 1. Définitions

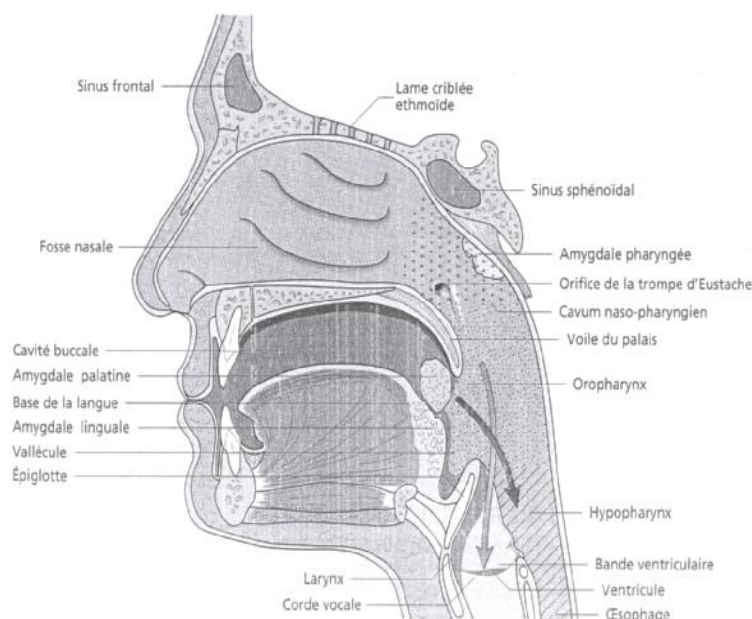
- La trachéotomie est l'ouverture de la face intérieure de la trachée pour libérer les voies aériennes supérieures. Celle-ci est appareillée par une canule trachéale sans modification des structures anatomiques.
- La trachéotomie peut être temporaire ou définitive.
- La respiration se fait par l'orifice trachéal mais aussi par les voies aériennes supérieures.
- Le port de la canule doit être permanent (en dehors des soins de canule) au risque de voir se refermer rapidement l'orifice trachéal.



Trachéotomie provisoire avec canule fenêtrée

(Soins infirmiers en chirurgie, Catherine Remond, Edition Lamarre, 2001)

## 2. 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, 3<sup>e</sup> éd, 2003. Reproduit avec l'autorisation des Editions Masson »

## 3. Indications

- Obstacle pharyngo-laryngé ou trachéal haut, d'origine tumorale, inflammatoire, traumatique, malformative, infectieuse.
- Lorsque l'intubation oro ou naso-trachéale est impossible ou doit se prolonger.
- En cas d'insuffisance respiratoire chronique nécessitant une ventilation assistée prolongée.

## 4. Pré-requis

En dehors des situations d'urgence, l'information a été donnée lors d'une consultation par le chirurgien.

L'IDE vérifie le degré de connaissance du patient et répond à ses questions : elle peut utiliser des schémas.

Elle aborde les différents moyens de communication que le patient pourra utiliser après son intervention : ardoise, convenir d'un code pour les appels téléphoniques, gestuelle.

L'équipe soignante prépare et vérifie le matériel nécessaire dans la chambre du patient pour sa prise en charge post-opératoire ([cf. annexe I : Préparation de la chambre d'un patient trachéotomisé p.17](#)).

## V. RISQUES ENCOURUS

### 1. Risques immédiats et secondaires en post-opératoire :

#### ➤ Respiratoire :

- ✓ Décanulation accidentelle, avec risque de dyspnée si la réinsertion de la canule s'avère difficile (trajet non organisé).
- ✓ Obstruction de la trachée par un bouchon muqueux lié à une humidification insuffisante de l'air ou à la présence de caillots.
- ✓ Lié à la pathologie.

#### ➤ Hémorragique :

##### ✓ *Hémorragie péricanulaire :*

- Immédiate.
- Secondaire à J8, J10 (chute d'escarre).
- En lien avec une évolution tumorale.

##### ✓ *Hémorragie trachéale (extériorisation de sang d'origine veineuse ou artérielle).*

- Liée à une irritation par le bec de canule.
- Liée à une irritation par des aspirations allant au-delà de la canule.

#### ➤ Ischémie et nécrose de la trachée en présence d'une canule à ballonnet.

- ✓ Liée à une pression trop élevée du ballonnet.
- ✓ Liée à la présence prolongée de la canule.

#### ➤ Infectieux

- ✓ Broncho-pulmonaire.
- ✓ Péricanulaire.

#### ➤ Emphysème sous cutané lié à une fuite d'aire de la trachée vers les espaces sous-cutanés par une suture cutanée trop étanche.

#### ➤ Lésion des nerfs récurrents liée au geste chirurgical entraînant des troubles de la phonation.

#### ➤ Troubles de la déglutition avec risques de fausse route qui nécessitent le maintien d'une alimentation entérale.

#### ➤ Rétrécissement de l'orifice trachéal avec une recanulation difficile.

## VI. PREPARATION A LA MANIPULATION

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

- Aspiration endo-trachéales.
- Soins de canule.
- Pansement après décanulation définitive.

## VII. MATERIEL REQUIS ET ENVIRONNEMENT

Il existe différents types de canules ([cf. annexe II : Les différentes canules p.19](#)).

Des canules souples ou rigides à ballonnets ultra-basse pression.

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.

Certaines canules sont munies d'un mandrin à extrémité arrondie, utilisé uniquement pour la mise en place de la canule (le mandrin doit toujours être à proximité du patient).

### 1. Matériel pour une aspiration endotrachéale

- P.H.A.<sup>1</sup>.
- Gants à usage unique.
- Masque, lunettes de protection et une sur blouse.
- Sondes d'aspiration stériles de diamètre adapté.
- Une valve « stop vide ».
- Un système d'aspiration.
- Un système de désinfection pour ligne d'aspiration : 10 mL de solution antiseptique gamme polyvidone iodée (Bétadine® dermique) pour 1L d'eau stérile.
- Sac poubelle, container DASRI.
- Compresses stériles si utilisation de sondes sans jupettes.

---

<sup>1</sup> Pour P.H.A., lire Produit Hydro Alcoolique

## 2. Matériel pour un soin de canule

- P.H.A.<sup>2</sup>
- Un 2ème jeu de canule qui restera dans la chambre après le soin.
- Gants à usage unique, masque, lunettes de protection et une surblouse.
- Un écouvillon de canule stérile à usage unique.
- Compresse fendue.
- Lacette.
- Eau stérile.
- NaCl 0,9%.
- Compresses stériles.
- Papier absorbant.
- Un haricot.
- Sac poubelle, container DASRI.

## 3. Matériel pour un pansement après une décanulation définitive

- P.H.A.<sup>2</sup>
- Masque, lunettes de protection, gants à usage unique et une surblouse.
- Compresses stériles.
- NaCl 0,9%
- Bandelettes adhésives stériles.
- Tampon stérile.
- Pansement stérile.
- Sac poubelle, container DASRI.

---

<sup>2</sup> Pour P.H.A., lire Produit Hydro Alcoolique

## VIII. TECHNIQUE

Avant tout soin, il est nécessaire de faire tousser le patient et d'effectuer une aspiration endotrachéale si besoin.

### 1. Aspirations endotrachéales.

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

Les aspirations endotrachéales répétées peuvent entraîner irritations et hyper sécrétions trachéales.

L'IDE se placera de côté afin de se protéger des sécrétions et des projections.

- Mettre un masque, des lunettes de protections et une surblouse.
- Faire une friction P.H.A.<sup>3</sup>
- Mettre des gants à usage unique.
- Vérifier le fonctionnement du système d'aspiration.
- Adapter une sonde stérile sur le système d'aspiration (maximum 400 mm Hg).
- 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 la canule normale.
- Aspirer les sécrétions en retirant la sonde : ne pas faire de mouvements de va et vient.
- Rincer le système d'aspiration (pour 1 L d'eau, 10 mL de Bétadine®, changer le flacon toutes les 24 heures)
- Jeter la sonde.
- Evacuer le matériel de protection.
- Faire une friction P.H.A.<sup>3</sup>
- 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 usage, dans le cas d'une hyper salivation.

Une humidification est maintenue les premiers jours ([cf. annexe III : Humidificateur p.20](#)) afin de prévenir les bouchons muqueux et assurer une bonne fluidité des sécrétions.

Sur prescription médicale, des aérosols médicamenteux peuvent être utilisés par l'IDE.

---

<sup>3</sup> Pour P.H.A., lire Produit Hydro Alcoolique



## 2. Les soins de canule :

Le premier changement de canule est un **acte médical**, il s'agit du passage de la canule à ballonnet à une canule simple, à partir de J2, après l'étape du ballonnet dégonflé.

Si présence d'une mèche iodoformée, elle est alors ôtée (mèche posée au cours de l'intervention par le chirurgien).

Les soins de la zone péricanulaire sont effectués quotidiennement et en fonction des besoins, ils seront réalisés avec du NaCl 0,9% jusqu'à la sortie du patient.

### a. Soins de canule interne

- Mettre en place le masque, les lunettes de protection et une surblouse.
- Faire une friction des mains avec un P.H.A.<sup>4</sup>
- Mettre des gants à usage unique.
- Oter la canule interne.
- Nettoyer la canule à l'eau stérile à l'aide d'un écouvillon.
- Sécher avec du papier absorbant.
- Vérifier l'intégrité de la canule.
- Réinsérer la canule.
- Evacuer le matériel de protection.
- Eliminer les déchets, container DASRI.
- Faire une friction P.H.A.<sup>4</sup>
- Réinstaller le patient.
- Annoter sur le dossier de soins infirmiers les éléments de surveillance : aspect, quantité de sécrétions et les réactions du patient.

---

<sup>4</sup> Pour P.H.A., lire Produit Hydro Alcoolique

## b. Soin de canule complet (sur prescription médicale)

Ce soin doit être rapide et efficace afin d'éviter le risque de fermeture du trachéotome.

- Mettre en place le masque, les lunettes de protection et une surblouse.
- Faire une friction des mains P.H.A.<sup>5</sup>
- Enfiler des gants à usage unique.
- Installer le patient : cou en hyper extension.
- Dénouer la lacette.
- Oter les 2 canules.
- Utiliser le 2ème jeu de canule.
- Insérer 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.
- Insérer la canule interne.
- Nettoyez la zone péricanulaire avec du physiologique.
- Mettre en place la lacette et une compresse fendue type métalline®
- Evacuer le matériel de protection.
- Eliminer les déchets, container DASRI
- Faire une friction P.H.A.<sup>5</sup>
- Réinstaller le patient.
- Annoter sur le dossier de soins infirmiers les éléments de surveillance : aspect et quantité des sécrétions, état du trachéotome, et les réactions du patient.

*Nota bene :*

En cas de recanulation difficile, possibilité d'utiliser :

- Un écarteur de Laborde pour faciliter la réintroduction de la canule.
- Eventuellement, un jeu de canule de diamètre inférieur.

Le jeu de canule souillé doit être immergé dans une solution de détergent désinfectant, puis nettoyé, rincé et séché.

Ce jeu restera dans la chambre du patient jusqu'au prochain changement de canule.

---

<sup>5</sup> Pour P.H.A., lire Produit Hydro Alcoolique

### 3. Pansement après décanulation définitive.

Lorsque la respiration par les voies aériennes supérieures est redevenue possible, le chirurgien peut envisager la décanulation.

Celle-ci peut se faire de façon progressive, il faut habituer le patient à respirer par les voies naturelles :

- Mettre en place une canule fenêtrée avec clapet (canule parlante) ou une canule de petit diamètre.
- Obturer la canule la journée, puis la nuit.

Si le patient supporte cette obturation pendant plus d'une journée, la canule peut alors être retirée, de préférence le matin en assurant une surveillance stricte pendant deux heures.

Il est important de laisser dans la chambre du patient, la canule et son mandrin, l'écarteur de Laborde et une canule de diamètre inférieur.

La surveillance respiratoire doit être stricte pendant les 24 premières heures (surveillance de la saturation en oxygène).

Le patient doit être rassuré car il peut exister une angoisse de décanulation.

- Mettre des gants à usage unique, un masque, des lunettes de protection et une surblouse.
- Faire une friction au P.H.A.<sup>6</sup>
- Nettoyer l'orifice trachéal avec du NaCl 0,9%.
- Sécher avec les compresses.
- Fermer l'orifice du trachéotome avec les bandelettes adhésives.
- Poser des compresses et fermer avec un pansement simple.
- Evacuer le matériel de protection.
- Eliminer les déchets, container DASRI.
- Faire une friction au P.H.A.<sup>6</sup>
- Réinstaller le patient.
- Annoter sur le dossier de soin infirmier : aspect de la cicatrice, état cutané, réactions du patient.

*Nota bene :*

Afin de favoriser la cicatrisation, le patient doit appuyer sur l'orifice de trachéotomie pour parler et tousser.

Il est possible de fixer un tampon sur l'orifice afin que le patient puisse mieux le repérer.

---

<sup>6</sup> Pour P.H.A., lire Produit Hydro Alcoolique

## IX. SURVEILLANCE DES RISQUES IMMEDIATS ET SECONDAIRES.

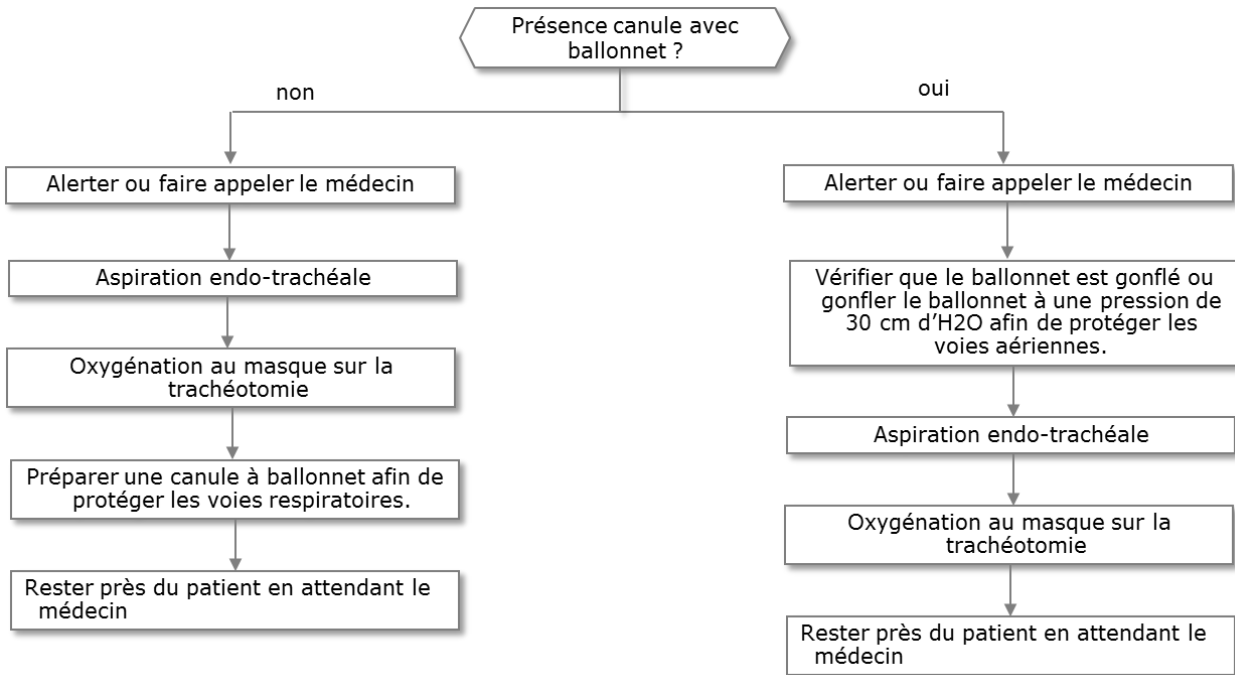
Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
Dyspnée	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Recherche de signes de troubles respiratoires : agitation, cyanose, chute de la saturation en oxygène, tachycardie, tirage sus-claviculaire, sueurs, augmentation de la fréquence respiratoire...</li><li>✓ Recherche de la perméabilité de la canule : présence d'air sur la main à la sortie de la canule.</li><li>✓ Vérification de la fixation de la lacette à la canule.</li><li>✓ En présence d'une canule à ballonnet, vérification de la pression de celui-ci.</li><li>✓ Vérification du positionnement de la canule.</li></ul>
Hémorragie	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Recherche de pertes sanguines abondantes et/ou soudaines dans les drainages, ou par l'orifice trachéal.</li></ul>
Obstruction de la trachée par un bouchon	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Recherche de dyspnée.</li><li>✓ Rechercher la présence d'air sur la main à la sortie de la canule.</li><li>✓ Recherche de signes d'agitation.</li><li>✓ Réactions et comportement du patient.</li><li>✓ Evaluation de la nature des sécrétions : maintenir des sécrétions fluides par l'humidification continue des voies respiratoires.</li><li>✓ Vérification de la saturation en oxygène.</li></ul>
Ischémie et nécrose de la trachée	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Vérification de la pression du ballonnet trois fois par jour à l'aide du témoin externe :<ul style="list-style-type: none"><li>- Par un manomètre : pression + 30cm H2O.</li><li>- Manuellement : 3 à 5 mL d'air.</li></ul></li><li>✓ Recherche de douleur.</li><li>✓ Recherche d'odeur nauséabonde.</li></ul>

Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
<b>Surinfection bronchique et pneumopathie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recherche de fièvre.</li> <li>✓ Recherche de sécrétions abondantes, purulentes et nauséabondes.</li> <li>✓ Recherche de signe de dyspnée.</li> </ul>
<b>Décanulation accidentelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vérification de la fixation de la lacette à la canule.</li> <li>✓ Information du patient sur ce risque : alerter l'IDE en cas de gêne liée à la canule.</li> </ul>
<b>Irritations trachéales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pas d'aspiration plus loin que la longueur de la canule.</li> <li>✓ Recherche de sécrétions sanguinolentes.</li> <li>✓ Recherche de signes de douleur et d'agitation</li> </ul>
<b>Emphysème</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recherche de crépitements en sous-cutané au niveau du cou.</li> <li>✓ Efficacité du pansement compressif.</li> </ul>
<b>Lésions des nerfs récurrents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vérification de la présence et de la qualité de la voix du patient (non chevretante), après la mise en place de la canule parlante, ou à la fermeture du trachéotome.</li> </ul>
<b>Troubles de la déglutition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recherche de fausses routes : raclement de gorge, toux à la déglutition, quintes de toux, modification de la voix, dyspnée.</li> </ul>

## Conduite à tenir

### 1. En cas d'hémorragie

- Installer le patient dans son lit, en position demi assise, et le rassurer.
- Simultanément :



### 2. En cas de décanulation accidentelle

- Alerter le médecin.
- Installer le patient dans son lit et le rassurer.
- Si présence d'une mèche, l'enlever.

#### **En cas de dyspnée**

Dans le calme, remettre une canule, le geste doit être rapide compte tenu du risque de spasmes laryngés.

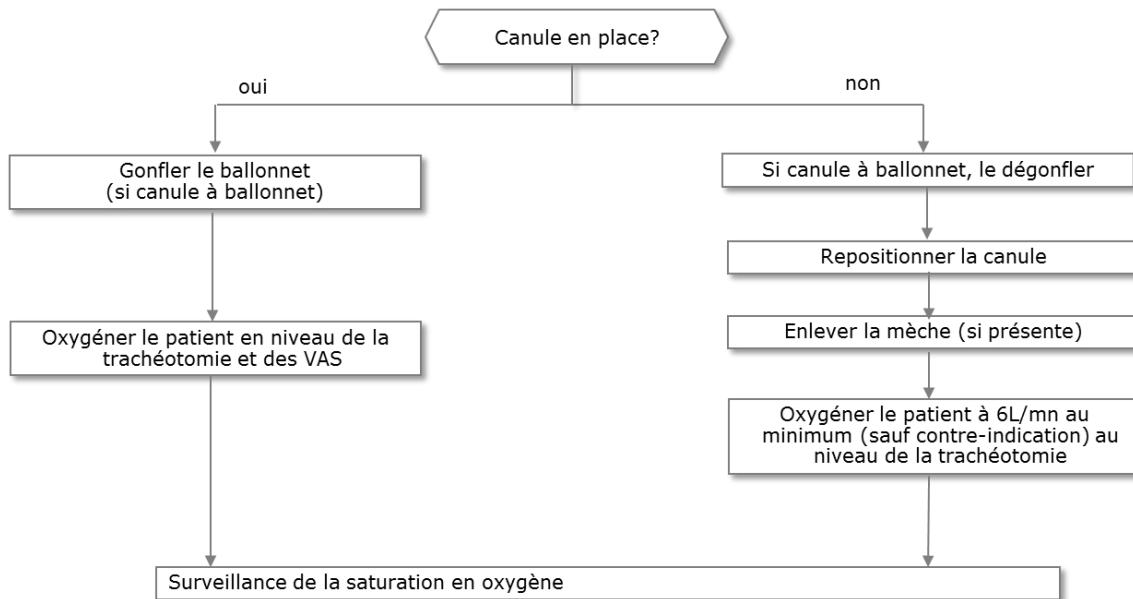
- ✓ Positionner le patient en décubitus dorsal, sans oreiller, la tête en hyper extension.
- ✓ Insérer la canule en la présentant de façon transversale par rapport à la trachée.
- ✓ Réaliser un quart de tour en même temps que l'on introduit la canule.
- ✓ Refixer la canule à l'aide d'une lacette.
- ✓ Rester auprès du patient.
- ✓ Vérifier son comportement.

### **Absence de dyspnée**

- ✓ Attendre le médecin et rester auprès du patient.

### **3. En cas de dyspnée sans obstruction**

- Appeler le médecin.
- Installer le patient dans son lit en position demi assise et le rassurer.
- L'IDE vérifie le bon positionnement de la canule (repère présent sur la canule à ballonnet) et s'aide de la sonde d'aspiration afin de vérifier la perméabilité de la canule.



### **4. En cas d'obstruction de la trachée par un bouchon muqueux**

- Rassurer le patient.
- Lui demander de tousser.
- Faire une aspiration.
- Si besoin, ré-aspirer après avoir mis quelques gouttes de sérum physiologique ou du fluidifiant (sur prescription médicale), type Xylène ou Bromhexine ou Acétylcystéine.
- Si absence d'amélioration, appeler le médecin.

Au départ du patient :

En règle générale, le patient sort sans canule.

L'IDE vérifie avec le patient les différentes ordonnances : réfection du pansement de trachéotomie, lui donne des conseils pour sa sortie : surveillance des sécrétions et de la cicatrisation du trachéotome.

Elle laisse au patient et à son entourage les coordonnées du service afin de pouvoir répondre aux questions en cas de difficultés rencontrées lors du retour à domicile.

Elle Remet au patient la fiche de liaison infirmière adulte ([cf. fiche de liaison « infirmière adulte »](#)).

## X. BIBLIOGRAPHIE

1. **Décret n° 2002-194** du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
2. **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.
3. **MONIER S. et al**, « Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES STOMATOLOGIQUES, OPHTHALMOLOGIQUES ». Les nouveaux cahiers de l'infirmière, Edition Masson, 1999 n°23.
4. **HOERNI B. et al**. Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers. Les nouveaux cahiers de l'infirmière, Edition Masson, 1999, n°19.
5. **Comité technique national des infections nosocomiales**, 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales « Prévention des infections respiratoires nosocomiales ». Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 2<sup>ème</sup> édition, p. 77 à 80.



## ANNEXE I : PREPARATION DE LA CHAMBRE D'UN PATIENT TRACHEOTOMISE

### 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 bouches ou poches de recueil 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.<sup>7</sup>,
- 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

---

<sup>7</sup> Pour P.H.A., il faut lire Produit Hydro Alcoolique

## ANNEXE II : LES DIFFERENTES CANULES.



Canule acrylique



Canule métallique



Canule à ballonnet

### ANNEXE III : HUMIDIFICATEUR

