

PRISE EN CHARGE DU PATIENT TRACHEOTOMISÉ DE LA PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE À LA SORTIE

BPA – PEC 2411 TRACHEOT Version 2 validée le 19/11/2024

[CONSULTER VERSION INTERACTIVE](#) 

DÉFINITION

Soins infirmiers techniques et éducatifs auprès du patient ayant subi une trachéotomie.

Cette BP est en lien avec :

- BPA-PEC2411 TRACHEOS
- Référentiel AFSOS(1) : https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/tracheotomie-tracheostomie_AFSOS-2023.pdf

OBJECTIFS

- Assurer les soins techniques dans les suites opératoires et jusqu'à la sortie
- Anticiper, organiser et coordonner la sortie du patient
- Conseiller/éduquer le patient et son entourage en vue de son autonomisation et la reprise progressive de la vie sociale.
- Uniformiser les pratiques soignantes

Les soins infirmiers décrits sont :

- Soins de canule
 - Soins de canule interne : quotidien, nettoyage de la canule interne
 - Soins de canule complet : nettoyage de la canule (chemises interne et externe)
- Pansement après décanulation définitive
- Aspiration ↗ BPA-PEC2407 TRACHEOS
- Aérosol ↗ Fiche CEPIAS AEROSOL THERAPIE (2)

Les annexes sont identiques à celles de BPA-PEC2411 TRACHEOS

INDICATIONS

- **La trachéotomie est provisoire** et réalisée soit en urgence (œdème de Quincke, obstacle laryngé), soit dans le cadre de certaines chirurgies pharyngées et laryngées en attendant la cicatrisation et résorption de l'œdème
- Obstacle pharyngolaryngé ou trachéal haut, d'origine tumorale, inflammatoire, traumatique, malformative ou infectieuse
En cas d'impossibilité d'intubation oro- ou nasotrachéale, ou prolongation de celle-ci.
- Elle peut être prolongée en cas de ventilation assistée, d'atteintes neuromusculaires (maladie de Charcot, certaines neuropathies et/ou myopathies)

PRÉ REQUIS

RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

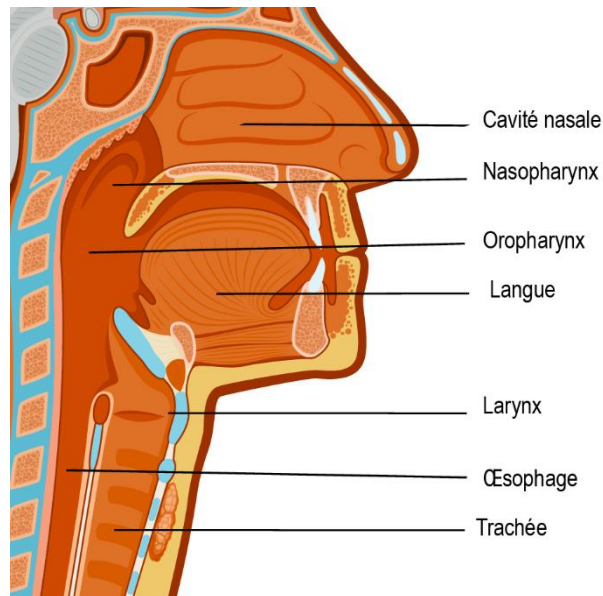


fig. 1 : voies respiratoires supérieures. Coupe sagittale médiane de la tête et du cou ©Macrovector-Freepik.com

DEFINITION

La trachéotomie est l'**ouverture de la face antérieure de la trachée pour libérer les voies aériennes supérieures**. Celle-ci est appareillée par une canule trachéale sans modification des structures anatomiques. Elle peut être temporaire ou définitive.

La canule utilisée est rigide (« plastique dur »).

Le port de la canule doit être permanent (risque que l'orifice trachéal se referme rapidement).

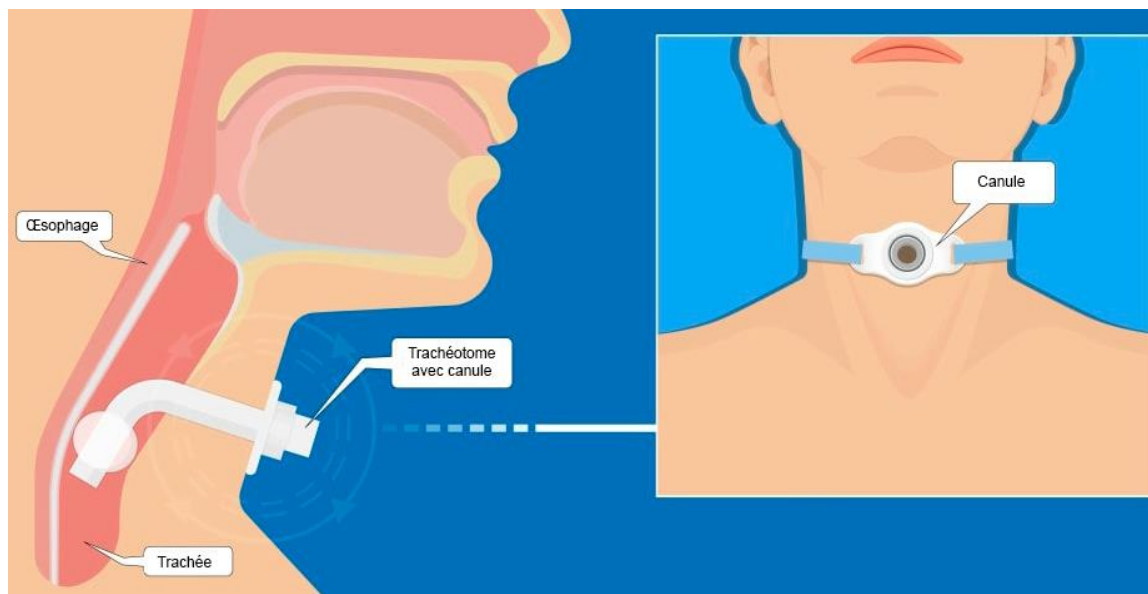


fig.2 : trachéotomie ©CORASSO

- Le **trachéotome** est l'orifice réalisé par trachéotomie, dans lequel est introduite la canule pour faciliter la respiration.
- L'air peut circuler par la bouche, le nez et par la canule.

PARCOURS -TYPE PATIENT TRACHEOTOMISE

Selon le contexte, la trachéotomie est effectuée en urgence, ou de façon programmée ; le parcours ci-dessous correspond à celui de l'acte programmé.

PREOPERATOIRE

Après pose d'indication de trachéotomie dans un contexte de cancer ORL (RCP)



CONSULTATION CHIRURGICALE D'ANNONCE

- Explication intervention, remise de documents d'information (schémas) + recueil consentement éclairé
- Orientation vers psychologue
- Détermination date d'intervention
- Traçabilité dossier patient/ Remise du Programme Personnalisé de Soins (PPS)



CONSULTATION D'ANESTHESIE

- Information sur l'anesthésie (AG) + recueil consentement éclairé
- Consignes relatives à la gestion des traitements en cours (anticoagulants, antidiabétiques...)
- Consignes préopératoires
- Prescription du bilan préopératoire (biologie...)



TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT (TAS)

- Evaluation-compréhension de la situation, de l'état psychologique, reprise des informations données par le chirurgien
- Manipulation des dispositifs médicaux
- Explications du postopératoire
- Orientation vers soins de support requis : addictologie, diététicien, psychologue

+/- CONSULTATION DENTAIRE si prévision radiothérapie

HOSPITALISATION



J-1 ou J0 : Accueil. Installation. Check-list pré opératoire

J0 : Intervention chirurgicale

Surveillance en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI)

Suivi chirurgical

Surveillance générale et locale en unité de soins

+/- Alimentation temporaire par sonde nasogastrique jusqu'à cicatrisation

Soins et éducation du patient : gestion de la canule

+/- Intervention orthophoniste (si troubles de déglutition, ou intervention associée à chirurgie de la langue)

+/- Intervention diététique

+/- Education thérapeutique du Patient (ETP) ou activités éducatives : technique de l'aspiration, aérosols, soins de canule (si sorti avec canule)

Soutien psychologique (image corporelle)

Préparation de la sortie

A DISTANCE

Consultation chirurgicale : Information traitements adjuvants préconisés

Rééducation orthophonique

+/- Radiothérapie

+/- Chimiothérapie

+/- Soins de support (suivi diététique si alimentation artificielle...)

RISQUES ENCOURUS (1)

RISQUES POSTOPERATOIRES IMMEDIATS ET SECONDAIRES

RESPIRATOIRES

- Décanulation accidentelle avec spasme laryngé entraînant une détresse respiratoire aiguë
- Obstruction de la trachée par un bouchon muqueux lié à une humidification insuffisante de l'air ou à la présence de caillots

HEMORRAGIQUES

- Hémorragie péricanulaire (vers J8-J10 secondaire à la chute de l'escarre)
- Hémorragie trachéale (extériorisation de sang d'origine veineuse ou artérielle)

ISCHEMIE ET NECROSE DE LA TRACHEE (en présence d'une canule à ballonnet) liée à une pression trop élevée et prolongée du ballonnet

INFECTIEUX

- Broncho-pulmonaire

EMPHYSEME SOUS CUTANE lié à une fuite d'air de la trachée vers les espaces sous-cutanés par une suture cutanée trop étanche

TROUBLES DE LA DEGLUTITION : risque de fausse route (nécessitant le maintien de l'alimentation entérale)



PRÉPARATION AUX SOINS

L'IDE informe le patient du type de soin qui va être réalisé :

- Soins de canule :
 - o **1^{er} changement : acte médical** (remplacement de la canule à ballonnet par une canule sans ballonnet.)
 - o Soins de canule interne : quotidien, nettoyage de la canule interne
 - o Soins de canule complet : nettoyage de la canule (chemises interne quotidien et externe (variable))
- Pansement après décanulation définitive

MATÉRIEL REQUIS ET ENVIRONNEMENT

Pour les premiers jours, au moins jusqu'au 3^{ème} (1) le patient est équipé d'une canule rigide, à ballonnet, fenêtrée (ou non), pouvant être fixée à la peau par des fils.

INFO IDE :
LE BALLONNET DOIT TOUJOURS ETRE GONFLE AVEC DE L'AIR

Après le 1^{er} changement de canule effectué par le médecin (au plus tôt à J3) une canule sans ballonnet sera utilisée.

Les canules de trachéotomie sont constituées de :

- Une canule externe (chemise externe) en contact avec la trachée munie d'une collerette sur laquelle est adaptée une lacette.
- Une canule interne (chemise interne) de diamètre inférieur coulissant dans la canule externe et pouvant être fixée à celle-ci.

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

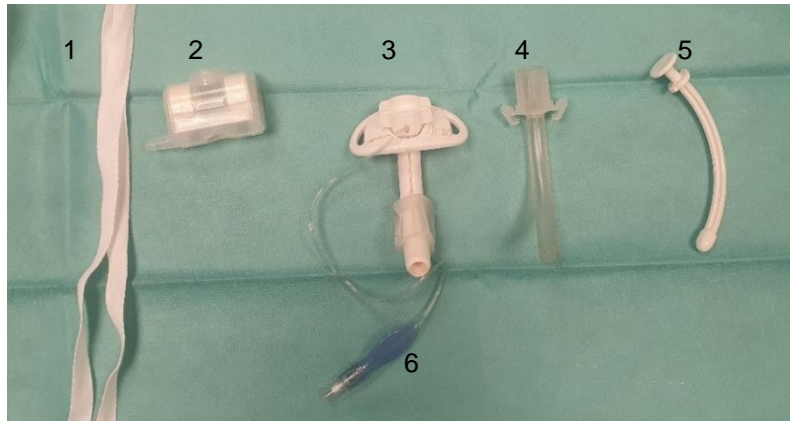


fig. 3 : Exemple de canule à ballonnet (Shiley) ©ONCO AURA

1. Lacettes
2. Filtre amovible pour canule à connecter au 3
3. Chemise (canule) externe à ballonnet
4. Chemise (canule) interne
5. Guide/mandrin
6. Témoin de gonflage du ballonnet

Voir d'autres modèles :

Référentiel AFSOS(1) : https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/tracheotomie-tracheostomie_AFSOS-2023.pdf

TECHNIQUES (3)

Avant tout soin, faire tousser le patient et effectuer éventuellement une aspiration endotrachéale.
Rassurer le patient sur le soin.

SOINS DE CANULE (1)

SOINS DE CANULE Jusqu'à cicatrisation	
<p>Le 1^{er} changement de canule (= complète) est un acte médical (4) réalisé au plus tôt à J3 (1) : il s'agit de la transition de la canule à ballonnet à une canule sans ballonnet après l'étape de dégonflement du ballonnet. La décanulation définitive sur prescription médicale aura lieu ultérieurement. Les soins de la zone péricanulaire et de canule interne sont quotidiens.</p>	
SOIN DE CANULE INTERNE QUOTIDIEN	
Matériel	
<ul style="list-style-type: none">- Produit hydroalcoolique (PHA)- Equipement de Protection Individuelle (EPI) : 1 paire de gants non stériles à usage unique, masque chirurgical, tablier plastique, lunettes de sécurité- 1 écouvillon de canule non stérile à patient unique- 1 compresse fendue ou Métalline®- 1 mandrin plastique (mêmes modèle et diamètre que la canule)¹	<ul style="list-style-type: none">- 1 lacette (=cordon)- Eau stérile ou microbiologiquement maîtrisée² (5,6)- Compresses stériles- Savon doux- NaCl 0.9% (7)- Sacs poubelle (DAOM et DASRI)- Haricot- Mouchoirs
Technique	
Installation du patient confortablement, semi-assis <i>Revêtir les EPI</i> <i>Procéder à une friction hygiénique des mains (FHA)</i> <i>Enfiler les gants</i>	
Retirer le filtre (nez artificiel) le cas échéant Oter la canule interne et la poser dans le haricot	
Nettoyer la canule à l'aide de l'écouvillon à l'eau avec du savon doux Sécher soigneusement avec des compresses Vérifier l'intégrité de la canule	
Soin du trachéotome : Nettoyer la zone péricanulaire à l'aide de compresses imprégnées de NaCl 0.9%. Sécher minutieusement avec des compresses	
Demander au patient de positionner la tête en légère extension en vue de repositionner la canule Repositionner le filtre ³ (le cas échéant) sur la canule. Réinsérer la canule sans forcer dans l'axe de l'orifice trachéal, en effectuant un quart de tour	
Mettre en place une compresse fendue entre la canule externe et la peau /ou Métalline® Changer la lacette selon état (+/- une fois par jour et plus si souillée ou humide) En l'absence de filtre, possibilité de positionner une bavette (type Trachéoclean®) sur l'orifice de la canule <i>Retirer les EPI, éliminer les déchets selon tri en vigueur(8). Retirer et éliminer les gants, FHA.</i>	
Traçabilité	
Tracer dans dossier patient les éléments de surveillance : aspect trachéotome, état cutané, sécrétions, réactions du patient, canule (type, taille)	

¹ Pour permettre la réinsertion en urgence de la canule externe *en cas de décanulation accidentelle non supportée*.

² Il s'agit de « l'eau pour soins standard » (L'eau dans les établissements de santé, Ministère de la Santé, 2005, pp29). Les contrôles de surveillance de la qualité de l'eau sont réalisés par l'établissement.

³ Changement/nettoyage du filtre selon fabricant

SOINS DE CANULE COMPLET (interne et externe)

SOINS DE CANULE COMPLET sur prescription médicale Jusqu'à cicatrisation

**Ce soin doit être rapide et efficace afin d'éviter le risque de spasme trachéal.
Rappel : le 1^{er} changement est un acte médical.**

Matériel

- Produit hydroalcoolique (PHA)	- 1 lacette
- EPI : 1 paire de gants non stériles à usage unique, masque chirurgical, tablier plastique, lunettes de sécurité	- Eau stérile ou microbiologiquement maîtrisée ⁴ (5,6)
- 1 écouvillon de canule non stérile à patient unique	- NaCl 0.9%(7)
- 1 compresse fendue ou Métalline®	- Compresse stériles
- Le mandrin plastique (modèle et diamètre de la canule)	- Savon doux
	- Haricot
	- Sacs poubelle (DAOM et DASRI)

Matériel à prévoir (au cas où « re-canulation » difficile) :

- Un écarteur de Laborde pour faciliter la réintroduction de la canule
- Un jeu de canule de diamètre inférieur

- Aider le patient à s'installer : cou en hyper extension.
- *Revêtir les EPI*
- *Procéder à une friction hygiénique des mains (FHA)*
- *Enfiler les gants non stériles à usage unique*

Décanulation	- Dénouer la lacette - Oter la canule (chemises interne et externe). Poser dans le haricot. - S'assurer de la bonne tolérance du patient.
Nettoyage canule	- Nettoyer la zone péricanulaire avec compresses et NaCl 0,9% - Nettoyer les 2 chemises de la canule à l'aide de l'écouvillon à l'eau et au savon doux. Rincer. Sécher. Poser sur compresses.
« Re-canulation »	- Insérer le mandrin dans la canule externe - Insérer dans le trachéotome 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. - Retirer le mandrin - Insérer la canule interne - Attacher la canule (externe) à l'aide de la lacette et une compresse fendue type Métalline®
Vérification absence de faux chenal	- Poser une main devant le trachéotome pour vérifier la sensation d'expiration
Elimination des déchets	- <i>Retirer les EPI (lunettes en premier), éliminer les déchets selon tri en vigueur(8), retirer les gants. FHA.</i>
Réinstallation	- Aider le patient à se réinstaller.

Traçabilité

Tracer dans dossier patient les éléments de surveillance : aspect trachéotome, état cutané, sécrétions, réactions du patient, canule (type, taille)

⁴ Il s'agit de « l'eau pour soins standard » (L'eau dans les établissements de santé, Ministère de la Santé, 2005, pp29) . Les contrôles de surveillance de la qualité de l'eau sont réalisés par l'établissement.

PANSEMENT APRES DECANULATION DEFINITIVE

PANSEMENT APRES DECANULATION DEFINITIVE



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 s'agit d'habituer le patient à **respirer par les voies naturelles, et à déglutir sans risque de fausse route** :

- Mise en place d'une canule fenêtrée avec clapet (canule parlante) ou une canule de petit diamètre.
- Obturation de la canule la journée, puis la nuit.

Si le patient supporte cette obturation, la canule peut alors être retirée sur prescription médicale, de préférence le matin en assurant une surveillance rapprochée pendant deux heures. Laisser dans la chambre la canule qui a été retirée et son mandrin.

La surveillance respiratoire est stricte pendant les 24 premières heures car **risque de bronchospasme**.

Le patient peut éprouver une angoisse de décanulation : opter pour une attitude rassurante.

Matériel

- Produit Hydro Alcoolique PHA
- EPI : Masque, lunettes de protection, tablier plastique jetable, gants à usage unique non stériles
- Compresses non stériles
- NaCl 0,9% (7)
- Matériel pour pansement occlusif et aisément repérable au toucher par le patient (sur lequel il pourra appuyer pour parler).
Exemple : Bandellettes adhésives (stériles) + 1 boule de gaze
ou 1 compresse repliée sur laquelle est fixé une portion d'1 cm d' abaisse-langue
- 1 pansement simple
- Sac poubelle DAOM

Revêtir les EPI.

FHA. Enfiler les gants non stériles.

- Nettoyer l'orifice trachéal avec compresses et NaCl 0,9%, de l'intérieur vers l'extérieur
- Sécher avec les compresses
- Fermer l'orifice du trachéotome avec les bandellettes adhésives
Poser une boule de gaze et fermer avec le pansement simple
- Eliminer les déchets selon tri en vigueur(8) , retirer les gants, FHA.*
- Aider le patient à se réinstaller.


Traçabilité

Tracer dans dossier patient : aspect de la cicatrice, état cutané, réactions du patient.

Remarque

Afin de favoriser la cicatrisation, demander au patient, dès qu'il veut parler ou tousser, d'appuyer sur l'orifice de trachéotomie.

SURVEILLANCE

SURVEILLANCE 	
Risques	Actions de surveillance et d'évaluation
Dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de signes de troubles respiratoires : agitation, cyanose, chute de la saturation en oxygène, tachycardie, tirage sus claviculaire, sueurs, bradypnée (si origine ORL) ... - Recherche de la perméabilité de la canule : présence d'air sur la main à la sortie de la canule (suivi de FHA). - Vérification de la fixation de la lacette à la canule. - Vérification de la pression du ballonnet si canule à ballonnet (ni mou, ni trop dur). Gonflage avec de l'air exclusivement. - Vérification du positionnement de la canule : <i>Le médecin peut pratiquer une nasofibroscopie.</i> - Recherche d'une obstruction par bouchon muqueux : Evaluation de la nature des sécrétions : maintien de sécrétions fluides par humidification continue des voies respiratoires Aspiration +/- injection de mucolytique ⚡ En cas de dyspnée ⚡ ANNEXES II et III
Hémorragie	Recherche de pertes sanguines abondantes et/ou soudaines dans les drainages, ou par l'orifice trachéal ⚡ En cas d'hémorragie ⚡ ANNEXE IV
Ischémie et nécrose de la trachée	Vérification de la pression du ballonnet : trois fois par jour manuellement à l'aide du témoin externe : témoin gonflé ni trop dur, ni trop souple, dépressible au doigt. Rappel : Le ballonnet doit toujours être gonflé avec de l'air à l'aide d'un manomètre (pression + 20- 25 cm H ₂ O (1)) ou avec 3-5 mL d'air d'une seringue <ul style="list-style-type: none"> - Recherche de douleur. - Recherche d'odeur nauséabonde. - <i>Le médecin peut pratiquer une nasofibroscopie.</i>
Surinfection bronchique et pneumopathie	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de fièvre - Recherche de sécrétions abondantes, purulentes et nauséabondes - Recherche de signe de dyspnée
Décanulation accidentelle	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la fixation de la lacette à la canule - Information du patient sur ce risque : alerter l'IDE en cas de gêne liée à la canule
Irritations trachéales	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'aspiration plus loin que la longueur de la canule - Recherche de sécrétions sanguinolentes - Recherche de signes de douleur et d'agitation
Troubles de la déglutition	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de fausses routes : raclement de gorge, toux à la déglutition, quintes de toux, modification de la voix, dyspnée

BIBLIOGRAPHIE - Cadre réglementaire

1. Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Association des Coordinateurs de Cancerologie (ACORESCA). Trachéotomie, trachéostomie: gestion et suivi en établissement de santé et au domicile. Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support [Internet]. 2023. Disponible sur: https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/tracheotomie-tracheostomie_AFSOS-2023.pdf
2. Réseau CCLin-Arlin. Aérosolthérapie. Soins respiratoires. Fiche pratique/Gestion des soins en EMS [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.cpias.fr/EMS/referentiel/EHPAD/aerosoltherapie_VDef.doc
3. CCLIN Auvergne Rhone Alpes, MATHELIN M. Soins de trachéotomie [Internet]. 2018 [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: https://www.cpias-auvergnerrhonealpes.fr/sites/default/files/2024-02/Soins_Tracheotomie-2008.pdf
4. Ministère de la santé et de la prévention. Code de la santé publique - Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/toc-professions-sante-auxiliaires-medicaux-aides-soignants-auxi-1cc02fb-texte-integral>
5. Réseau CCLin-Arlin. Canule de trachéo(s)tomie Changement et entretien chez un résident non ventilé. Fiches pratiques/ Gestion des soins en EMS. 2017.
6. Ministère de la Santé et des Solidarités. L'eau dans les établissements de santé. Guide technique. 2005.
7. Haute Autorité de Santé. Pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale. HAS. déc 2022;1-4.
8. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Définition des déchets d'activité de soins à risque infectieux. [Internet]. 2022 [cité 21 août 2024]. Disponible sur: https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2022/09/Note_Dejets_SF2H_septembre_2022.pdf

ANNEXES

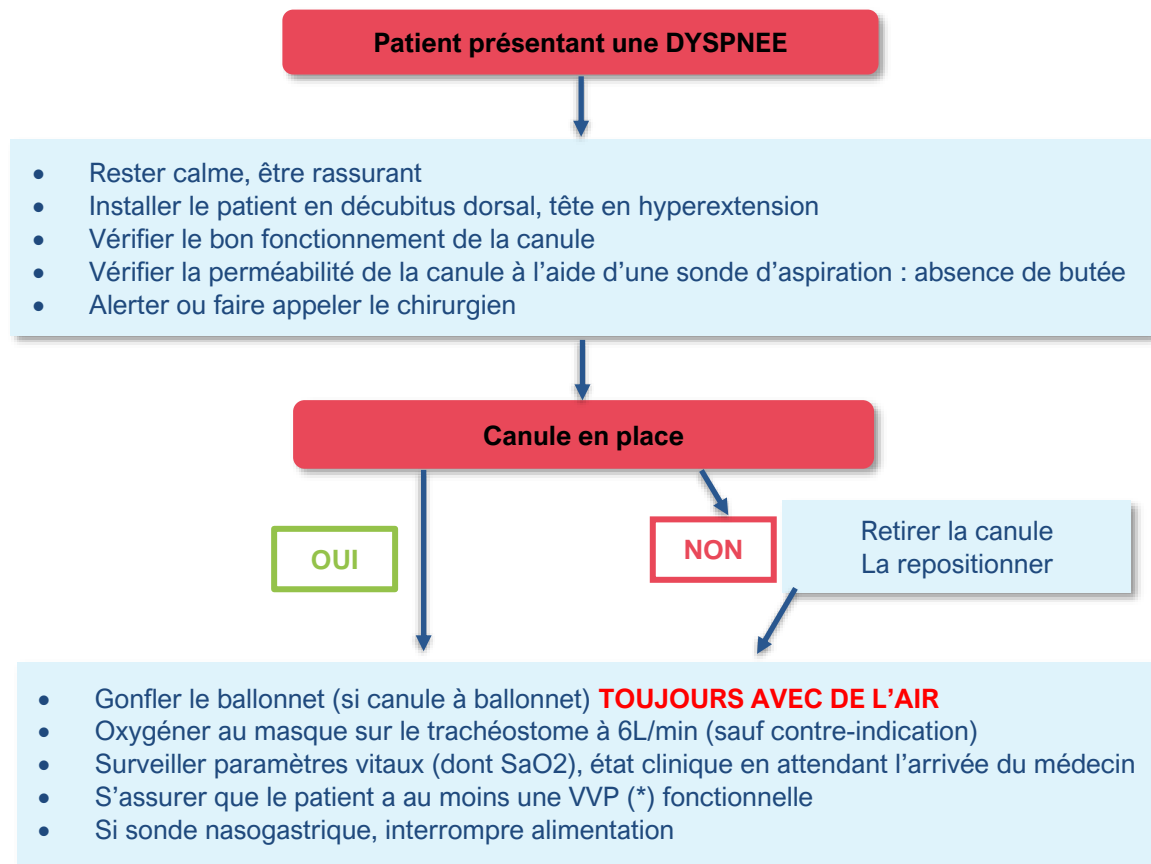
ANNEXE I

PREPARATION DE LA CHAMBRE DU PATIENT TRACHEOTOMISE



MATERIEL D'ASPIRATION <i>Cf. BPA-PEC2411 TRACHEOS</i>	<ul style="list-style-type: none">- 1 source de vide médical avec manomètre graduée jusqu'à 600 mm Hg- 1 réceptacle à usage unique pour collecter les sécrétions sur lequel sont raccordés :<ul style="list-style-type: none">o 1 tuyau à connecter à la source de video 1 tuyau muni d'un stop vide à connecter à la sonde d'aspiration- Sondes d'aspiration stériles de différents diamètres (charrière 14 à 18)- 1 Flacon d'eau stérile- Monter le système d'aspiration et vérifier son bon fonctionnement.- Sondes courtes d'aspiration buccale si besoin
HUMIDIFICATEUR D'AIR <i>Cf. BPA-PEC2411 TRACHEOS</i>	<p>Selon modèles dont l'établissement dispose :</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 source d'oxygène ou d'air et 1 manomètre.- 1 humidificateur d'air rempli d'eau stérile jusqu'au niveau maximal et branché sur la prise d'oxygène.- 1 tuyau strié allant de l'humidificateur au masque de trachéostomie ou au raccord en T branché directement sur la canule à ballonnet. <p>Monter le système et vérifier son bon fonctionnement : une brumisation de l'eau apparaît à la sortie du tuyau strié.</p> <ul style="list-style-type: none">- Le débit d'oxygène (si O2 utilisé) est réglé selon la prescription médicale.
Autres	<ul style="list-style-type: none">- Haricot à usage unique- Sacs poubelle DAOM (DASRI si infection patient)- Ardoise et crayon- Boite de gants non stériles à usage unique- PHA- Compresses type Métalline®- Lacette- Boite de masques- Lunettes de protection- Masque aérosol pour trachéostomie- NaCl 0,9%- Si présence de canule à ballonnet : Seringue de 10 mL (pour gonfler le ballonnet en cas d'urgence) ou manomètre- Ecouvillons de canule +/- écouvillon d'implant- Nécessaire pour bain de bouche : gobelet, bâtonnets, Bicarbonate 1,4%- Compresses non stériles

ANNEXE II : CONDUITE A TENIR EN CAS DE DYSPNEE



*VVP : Voie Veineuse Périphérique

ANNEXE III : CONDUITE A TENIR EN CAS D'OBSTRUCTION DE LA TRACHEE PAR UN BOUCHON MUQUEUX

- Rassurer le patient,
 - Procéder à une aspiration endotrachéale
 - Demander au patient de tousser
 - Sur prescription médicale, faire un aérosol +/-fluidifiant bronchique (acétylcystéine)
 - Retirer la canule
 - 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.
- Sur prescription médicale, en prévision de complication majeure (arrêt cardiorespiratoire), poser 2 voies veineuses périphériques et mettre en place oxygénothérapie à 2-3 L/min

ANNEXE IV: CONDUITE A TENIR EN CAS D HEMORRAGIE

**Patient présentant une HEMORRAGIE
au niveau du trachéotome**

- Rester calme, être rassurant
- Installer le patient en position semi assise
- Alerter ou faire appeler le chirurgien
- Réaliser une aspiration trachéale par la canule +/- en bouche

Type de canule

Le ballonnet doit
être gonflé avec
de l'air

Canule sans ballonnet

Retirer la canule et en **mettre une à ballonnet**
Gonfler le ballonnet

- Au **manomètre à 30 cm d'H2O**
- Ou à l'aide d'une seringue remplie de 5-8 mL **d'air**

Canule à ballonnet

Vérifier que le ballonnet est gonflé.
Si nécessaire, le gonfler

- Au manomètre à 30 cm d'H2O
- Ou à l'aide d'une seringue remplie de 5-8 mL **d'air**

- Oxygéner au masque sur la trachéostomie
- Surveiller les paramètres vitaux et l'état clinique en attendant l'arrivée du médecin
- Aspirer +++ dans la canule +/- en bouche (selon origine saignement)
- S'assurer que le patient a au moins une VVP (*) fonctionnelle
- Interrompre l'alimentation entérale (sonde nasogastrique)

*VVP : Voie Veineuse Périphérique

RÉDACTEUR(S) 2024

RÉDACTEUR(S) 2024

Coordonnateur du groupe de travail

PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de santé, Cheffe de projet, DSRC ONCO AURA, LYON

Membres du groupe de travail

COQUET Delphine, IDE Chirurgie spécialités, CH Emile roux, Le Puy en Velay

LAGNEAU Anais, IDE Chirurgie ORL et Maxillo-faciale, CHUGA, GRENOBLE

MARITAN Joris, IDE Chirurgie spécialités, CH Emile roux, Le Puy en Velay

PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, de santé, Cheffe de projet, DSRC AURA, LYON

SCOTTI Coraline, IDEC Chirurgie, Centre Léon Bérard, LYON

THOLLIN Jennifer, IDEC ORL, Centre Léon Bérard, LYON

HERLING Justine, IDE, Chirurgie ORL, Centre Léon Bérard, LYON

RELECTEURS 2024

BERAUD Marion, Directrice des soins, clinique des Cèdres, ECHIROLLES

MEUNIER-BEILLARD Aurélie, cadre de santé adjointe, clinique des cèdres, ECHIROLLES

Dr BUIRET Guillaume, médecin ORL et chirurgien cervico-facial, CH VALENCE

Dr LABROSSE Hélène, pharmacien, DSRC ONCO AURA, LYON

Equipe d'Hygiène hospitalière, CHU CLERMONT-FERRAND

FAURE Nadine, cadre de santé, Hôpital Nord, VILLEFRANCHE SUR SAONE

KIRECHE Fanny, cadre de santé, ELSAN

JACOTOT Nadège, IDEC ORL, GHT, Hospices Civils de LYON

VILLEDIEU Nicolas, IDE trajectoire chirurgie ORL et thoracique, Centre Léon Bérard, LYON

ZULIN Vincente, cadre de santé, Clinique Saint Vincent de Paul, BOURGOIN JALLIEU

PRESENTS A LA PLENIERE 2024

AMMI Rachida, IDE Libérale, CHASSE SUR RHONE

BASTIN Sandrine, IDE, Clinique Charcot, ST FOY LES LYON

BEGON Fabienne, IDE, SMR VAL ROSAY, ST DIDIER AUX MONTS D'OR

BELOTTINI Alice, IDE, Centre hospitalier Alpes Léman, CONTAMINES SUR ARVE

BERNARD Sandrine, IDE, Clinique Trénel, STE COLOMBE

BIENVENU Isabelle, Cadre de santé puéricultrice HCL, IFSI Clémenceau, ST GENIS LAVAL

BOVEROUX Isabelle, Cadre de santé, IFSI Clémenceau, ST GENIS LAVAL

CHALLANDE Anne Lucie, IDE, Centre hospitalier Alpes Léman, CONTAMINES SUR ARVE

COQ Marie-Sophie, Directrice du centre de soins infirmiers ASSIC, CHASSIEU GENAS

COQUET Delphine, IDE, Centre Hospitalier Emile Roux, LE PUY EN VELAY

DELHOMME Isabelle, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

FAURE Nadine, Cadre IADE, Hôpitaux Nord-Ouest VILLEFRANCHE S/SAONE

FOURCHET Marine, IDE, Centre Hospitalier ANNECY

GERVAIS Viviane, IDE, Centre hospitalier Alpes Léman, CONTAMINES SUR ARVE

GIRARD-MADOUX Corinne, IDE, Centre hospitalier, CHAMBERY

GUILLEVIN Céline, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

HAMON Gaëtane, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

HERLING Justine, IDE, Centre Léon Bérard, LYON

JANVIER Charlotte, IDE Libéral, DIVAJEU

JOSEPHINE Laurie, IDE Libéral, cabinet BEAUFORT SUR GERVANNE

LABROSSE Hélène, Pharmacien - Chef de projet, DSRC ONCO AURA

LADREYT Sonia, IDE Libéral, FREYSSENET

LAVAU Marianne, IDE, CHU SAINT ETIENNE

LEROUGE Sauralia, IDE Libéral, LE PUY EN VELAY

LLORET Anne, IDE Libéral, VIENNE

MARITAN Joris, IDE, Centre Hospitalier Emile Roux, LE PUY EN VELAY

MIRANDI Stéphanie, IDE, Clinique Charcot, STE FOY LES LYON

PAILLARD-BRUNET Anne-Marthe, Cadre de santé- Chargé de projet, DSRC ONCO AURA

PAPAIL Ivan, Cadre de santé, Centre Hospitalier, VICHY

PETIOT ROY Sylvie, Cadre de santé, IFSI Esquirol, LYON
PETIT Pauline, IDE, Centre Hospitalier, ANNECY
PICHET Guillaume, Cadre de santé, Hospices Civils de LYON
PIGNAT Laetitia, IDE, CHU SAINT ETIENNE
PLANET Justine, IDE Libéral, UPIE
PRIVAT Lise, IDE, Centre Hospitalier, SAINT FLOUR
SABATER Candice, Manipulatrice en électroradiologie, Centre Léon Bérard, LYON
SALAT Valerie, IDE, Centre Hospitalier, SAINT FLOUR
SIEDLIK Marie-Hélène, Cadre de santé, CHU SAINT ETIENNE
THOLLIN Jennifer, IDEC, Centre Léon Bérard, LYON
VACHON Lucie, IDE, Centre Hospitalier, ANNECY
VOLLE Melanie, Manipulatrice radiologie médicale, Centre Hospitalier Emile Roux, LE PUY EN VELAY
ZULIN Vincente, Cadre hygiéniste, IDE, Clinique Saint Vincent de Paul, BOURGOIN-JALLIEU