

Soyez au clair avec la trachéotomie



Harpaillé Laure & Sauty Fiorine, infirmières
Encadré par Dr E. Micault & Pr E. Babin
Service d'ORL-CMF

Quelle est la différence entre la trachéotomie et la trachéostomie ?

(Ce qui vous concerne est la trachéotomie)

La trachéotomie c'est pour un instant de votre vie

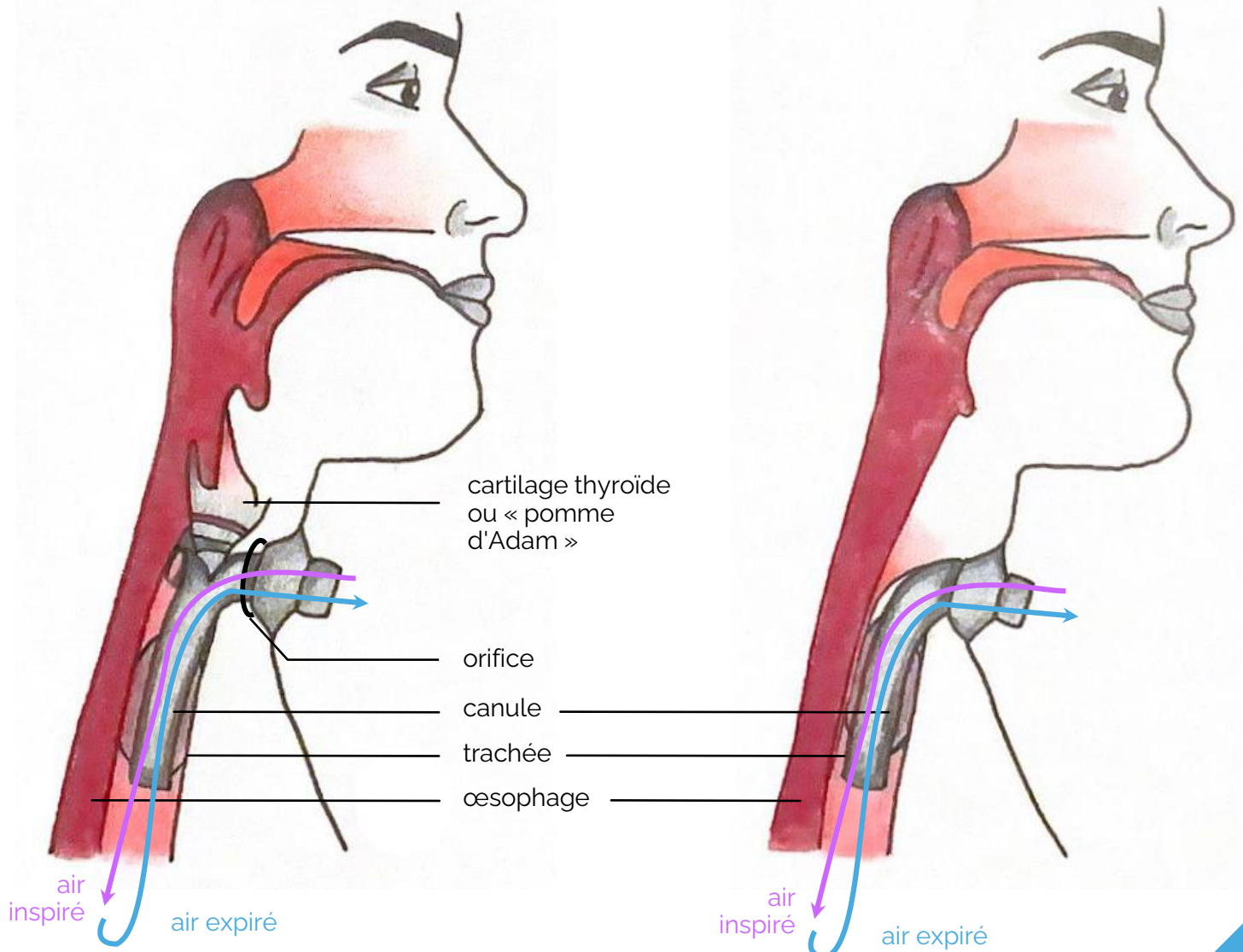
Incision de la trachée pour que l'air extérieur pénètre directement dans les poumons et court circuite les voies respiratoires supérieures. La canule se situe entre le larynx et les poumons.

La trachéostomie c'est pour toute votre vie

Ablation du larynx, la trachée est raccordée à la peau

La trachéotomie

La trachéostomie après laryngectomie totale



Quelles sont les indications à la trachéotomie ?

Vous êtes sur le point de subir une chirurgie lourde.



Cette chirurgie peut provoquer des **œdèmes** importants pouvant **obstruer les voies respiratoires**.

Par exemple les chirurgies de cancer de bouche, de mandibule, de pharynx, de larynx, etc.

Vous pouvez également avoir une **obstruction** des voies respiratoires sans chirurgie au préalable, liée par exemple à la présence d'une **masse** importante, d'un goître thyroïdien, etc.



Ou tout simplement, à cause d'importants **troubles de la déglutition** récurrents.

Les soins post-opératoires

Les conséquences :

Vous pouvez **respirer** et **vivre** !

Vous allez fabriquer beaucoup de **sécrétions** qui s'évacueront par la trachéotomie, mais nous serons là pour les évacuer via une aspiration et vous apprendre à le faire.

Après l'intervention vous allez peut-être être alimenté par une **sonde nasogastrique**.

L'air ne traverse plus le larynx et les cordes vocales ce qui vous **empêchera de parler** (ceci est temporaire).

Les risques :

Des « **bouchons** » peuvent se former et obstruer la trachéotomie, nous vous aiderons à les évacuer et vous apprendrez à le faire.

Un **saignement** lié à des vaisseaux fragilisés.

Une **infection** est également possible comme après toutes interventions.

Afin de mieux appréhender la suite de ce livret il est important de se représenter la différence entre un ballonnet gonflé et un ballonnet dégonflé.

Le ballonnet est gonflé

Les voies respiratoires supérieures (nez et bouche) sont obstruées, vous respirez uniquement par la trachéotomie.

Si vous vous alimentez par voie orale, le risque de fausse route est éliminé, l'alimentation va directement dans l'estomac.



↑ Ballonnet gonflé
Ballonnet dégonflé ↓

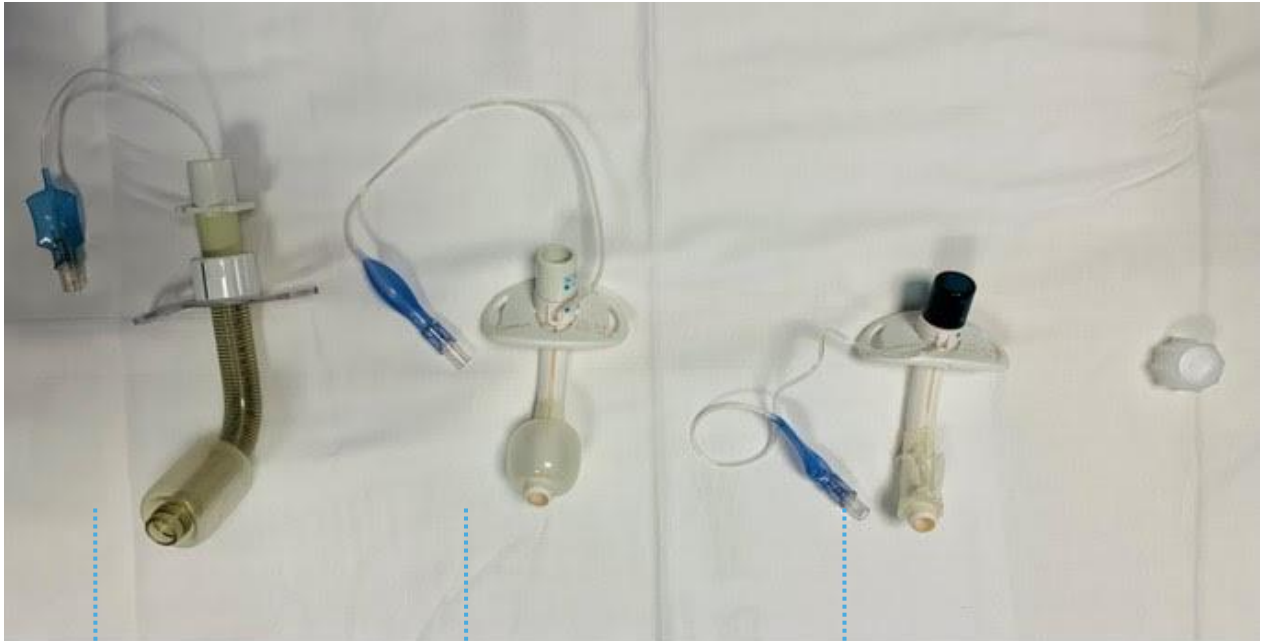
Le ballonnet est dégonflé

Les voies respiratoires supérieures sont libérées, vous respirez par la trachéotomie mais aussi par le nez et la bouche.



Les différentes canules

Voici par ordre chronologique les différentes canules grâce auxquelles vous respirerez.



La Trachéoflex

Shiley, chemise non fenêtrée, ballonnet gonflé

Shiley, chemise fenêtrée, ballonnet dégonflé

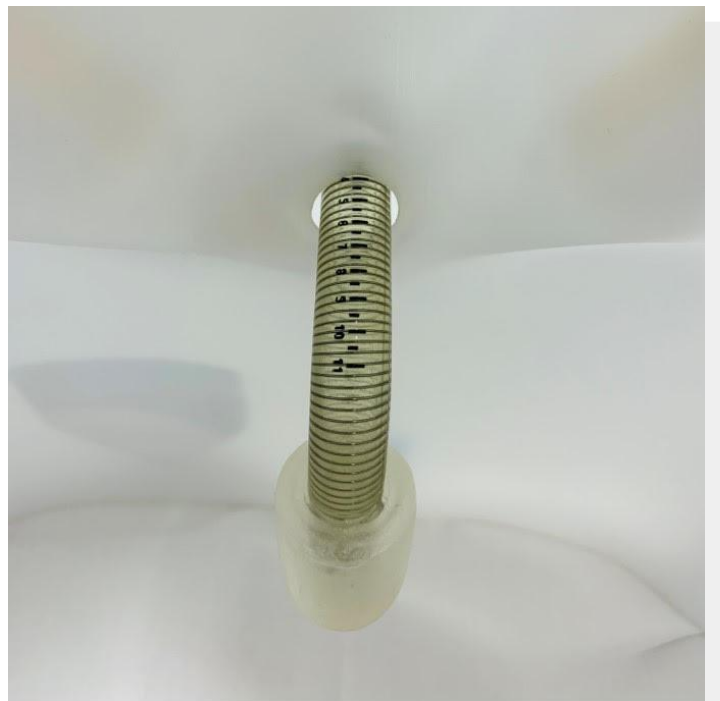
La trachéoflex

En **post-opératoire** immédiat vous vous réveillerez avec une **Trachéoflex avec ballonnet gonflé**.

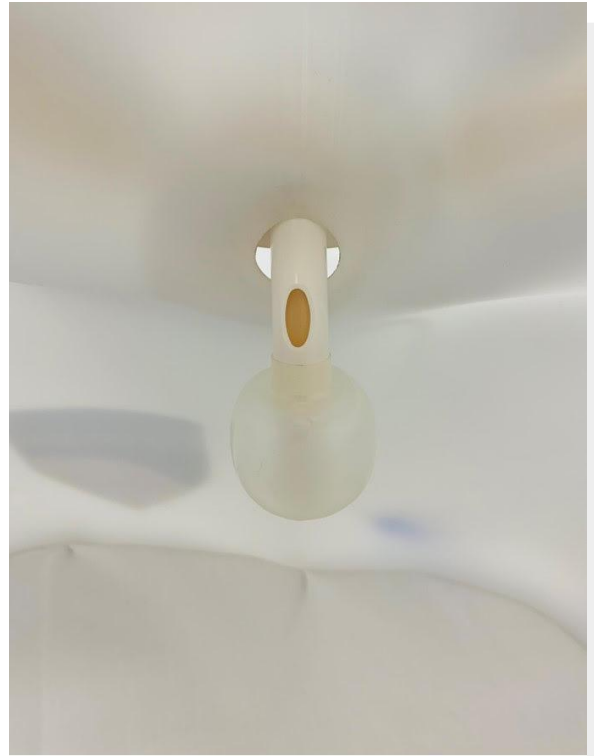
Cette canule est généralement en place les **4 premiers jours** qui suivent le bloc opératoire.

Il s'agit du modèle de canule qui est **plus long**.

Celle-ci sera **suturée** à votre peau.



La Shiley, ballonnet gonflé, chemise non fenêtrée



Lorsque la **cicatrisation** aura débuté un changement de canule aura lieu, en **chambre**, avec un chirurgien pour changer la Trachéoflex et mettre en place une **Shiley**.

Cette canule est plus **courte** que la Trachéoflex.

Elle n'est pas suturée à la peau mais tenue en place grâce à un **collier cervical**.

Le ballonnet est **gonflé**.

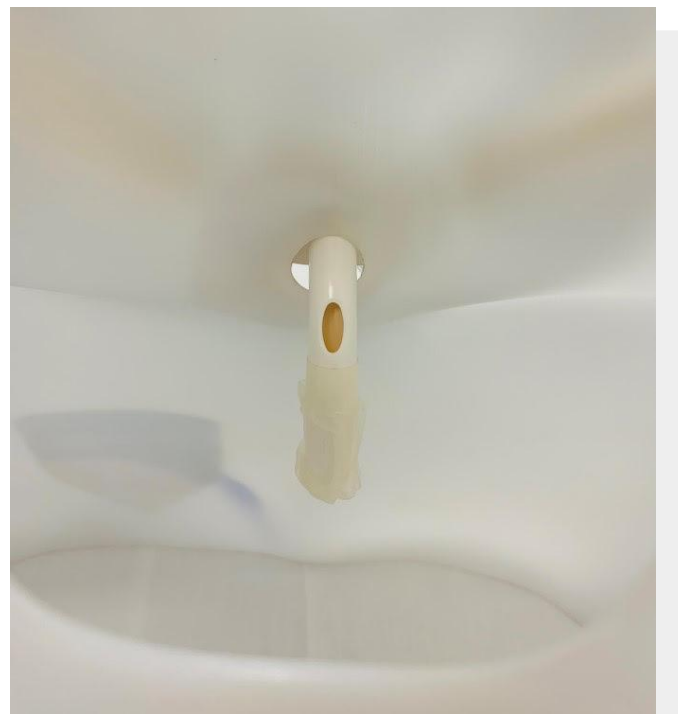
A l'intérieur de la canule se trouve une **chemise interne non fenêtrée** (l'air ne circule toujours pas par les voies respiratoires supérieures). Cette chemise interne peut être retirée et nettoyée à l'aide d'un **goupillon**..

La Shiley, ballonnet dégonflé, chemise interne fenêtrée

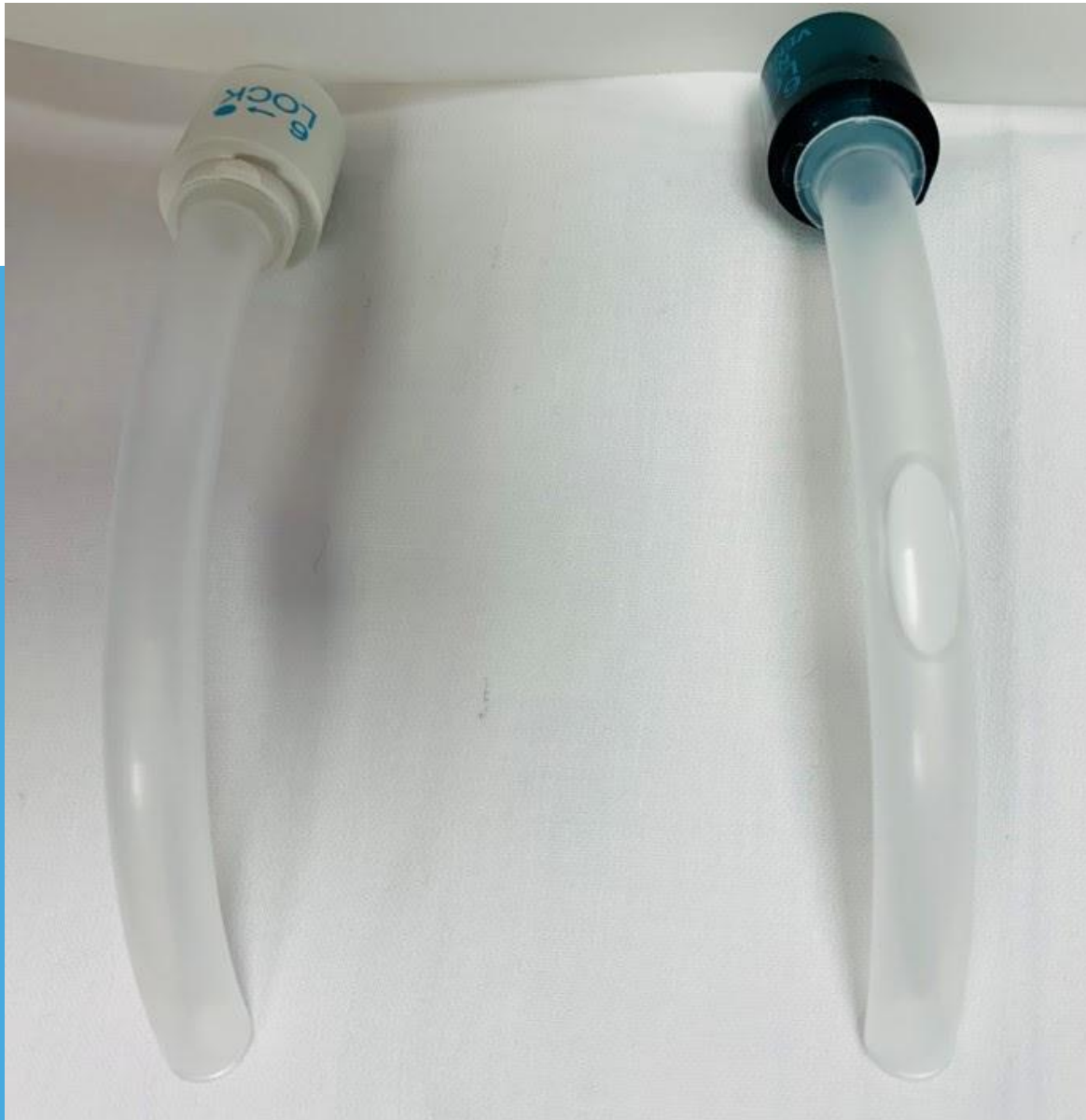
Cette canule sera mise en place lorsque l'**œdème laryngé aura diminué** et que la respiration pourra à nouveau se faire par les **voies respiratoires supérieures**.

Le ballonnet est **dégonflé** et la **chemise interne est fenêtrée** ce qui permet à l'air inspiré et expiré de circuler par la trachéotomie mais également par la **bouche et le nez**.

Nous pouvons **nettoyer** la chemise interne de la même manière que la chemise non fenêtrée.



Différence entre chemise interne non fenêtrée et chemise interne fenêtrée



Non fenêtrée

Fenêtrée

Soins de la chemise interne

La chemise interne de la Shiley peut être nettoyée simplement à l'aide d'un **goupillon et d'eau**.



La Shiley, ballonnet dégonflé, chemise fenêtrée + bouchon.

L'ajout d'un **bouchon** au bout de votre trachéotomie est l'**ultime étape**. Si vous tolérez le bouchon pendant plusieurs heures c'est que la cicatrisation s'est correctement faite, l'œdème a disparu, ainsi la respiration peut se faire normalement par la bouche et le nez. La **décanulation** est proche.

(Après la décanulation l'orifice de trachéotomie cicatrise et se fermera tout seul avec peu de temps).



Lorsque vous serez gêné par des sécrétions, utilisez la sonde d'aspiration



Placez vos doigts à environ **10 cm** de la sonde d'aspiration.

N'appuyez pas encore sur le bouton d'aspiration.



Insérez les **10 cm** de la sonde d'aspiration dans la canule, une fois en place **pressez le bouton** d'aspiration en **remontant la sonde vers l'extérieur**.

(Si chemise interne fenêtrée retirez la chemise avant afin de ne pas buter dans la fenêtre).

En cas d'alimentation par voie orale

(si risque de fausses routes faible)

Vous êtes susceptible
de faire des
fausses routes :

- Avant de vous alimenter **gonflez** à l'aide d'une seringue le ballonnet de votre trachéotomie
- Mettez une **chemise interne non fenêtrée**
- Ainsi les débris alimentaires ne peuvent aller dans les poumons, le parcours va directement dans l'estomac

S'il n'y a pas de risque
de fausse route :

- Uniquement après des **tests avec l'orthophoniste** et validation vous pouvez vous alimenter avec la **chemise interne fenêtrée et le ballonnet dégonflé**
- Le parcours des débris alimentaires est le même que celui d'une personne non trachéotomisée

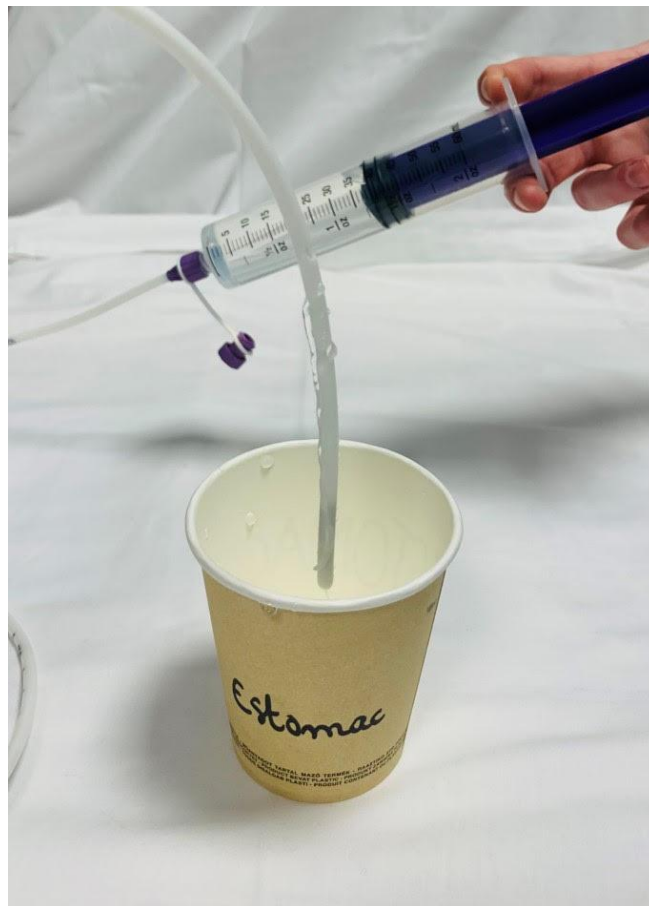


En cas d'alimentation par sonde nasogastrique

(si alimentation par voie orale impossible)



Aspirez à l'aide d'une seringue les médicaments écrasés au préalable, dilués dans de l'eau.



Connectez votre seringue au pas de vis de votre sonde nasogastrique et injectez à votre rythme l'eau et les médicaments qui iront directement dans votre estomac.

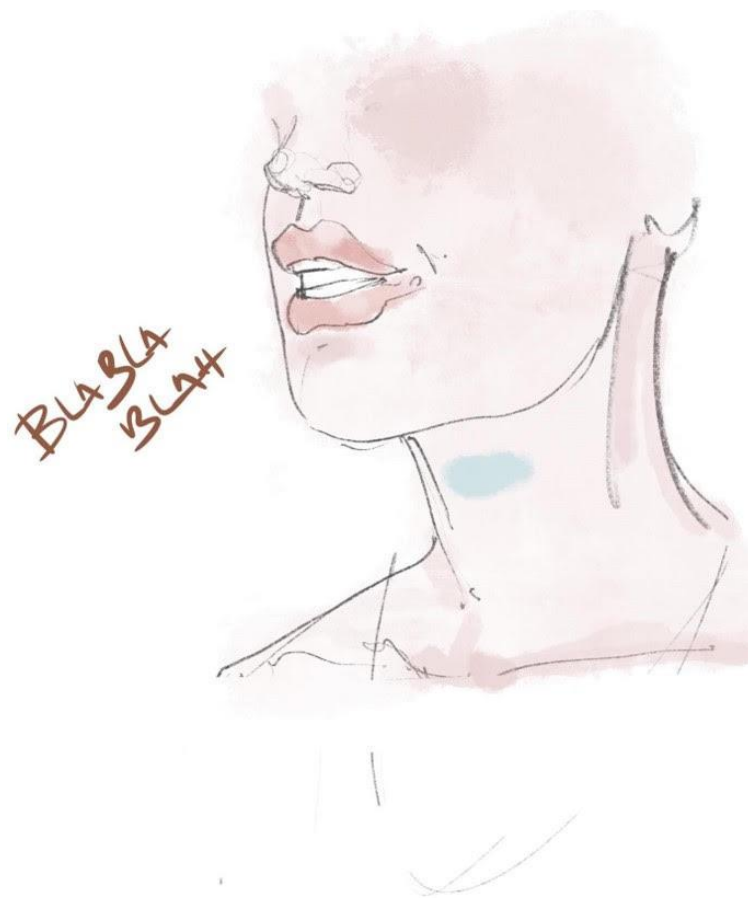
Allez-vous pouvoir parler ?

Avant votre trachéotomie vous inspirez par le nez et la bouche, l'air passe par la trachée et va jusqu'aux poumons. Lors de l'expiration l'air part des poumons, à travers la trachée et passe par les cordes vocales avant de sortir par la bouche et le nez ce qui vous permet d'émettre des sons.

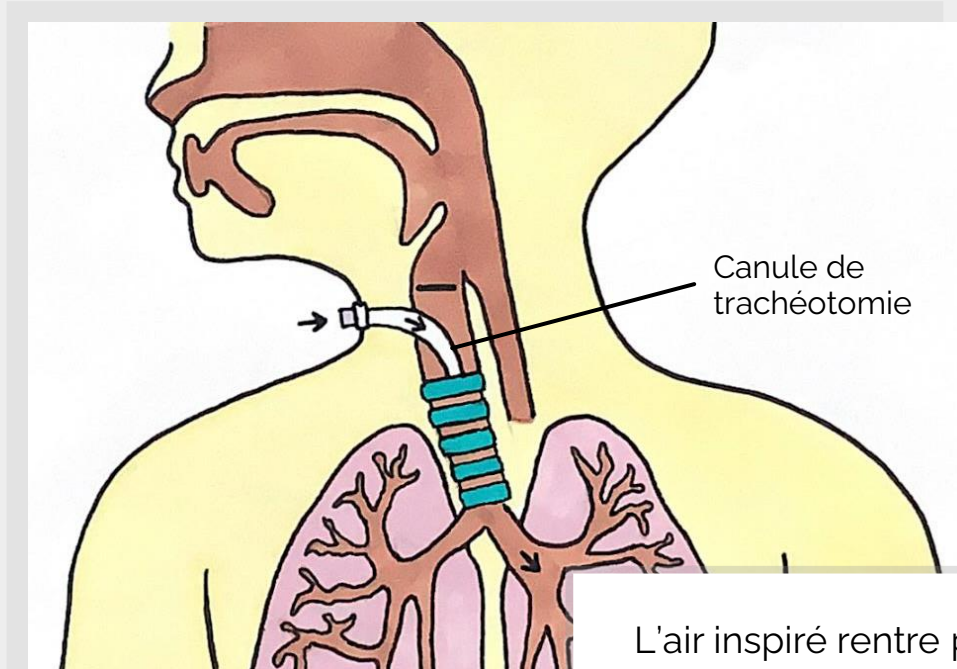
Lorsque vous serez **trachéotomisé**, dans les premiers temps suivant l'intervention, l'air inspiré et expiré passe **uniquement** par la trachéotomie et non les cordes vocales, ainsi vous n'aurez pas de voix. Cependant vous pouvez communiquer via plusieurs moyens : **Ardoise, tablette, gestuelles**, etc.

A distance du bloc opératoire, lorsque la respiration pourra se refaire par le nez et la bouche, à l'aide d'une **valve de phonation**, et la mise en place d'une chemise interne fenêtrée la voix pourra être rétablie.

L'air sera inspiré par la trachéotomie, le nez et la bouche, en revanche l'air expiré sortira uniquement par le nez et la bouche, passant par les **cordes vocales**.

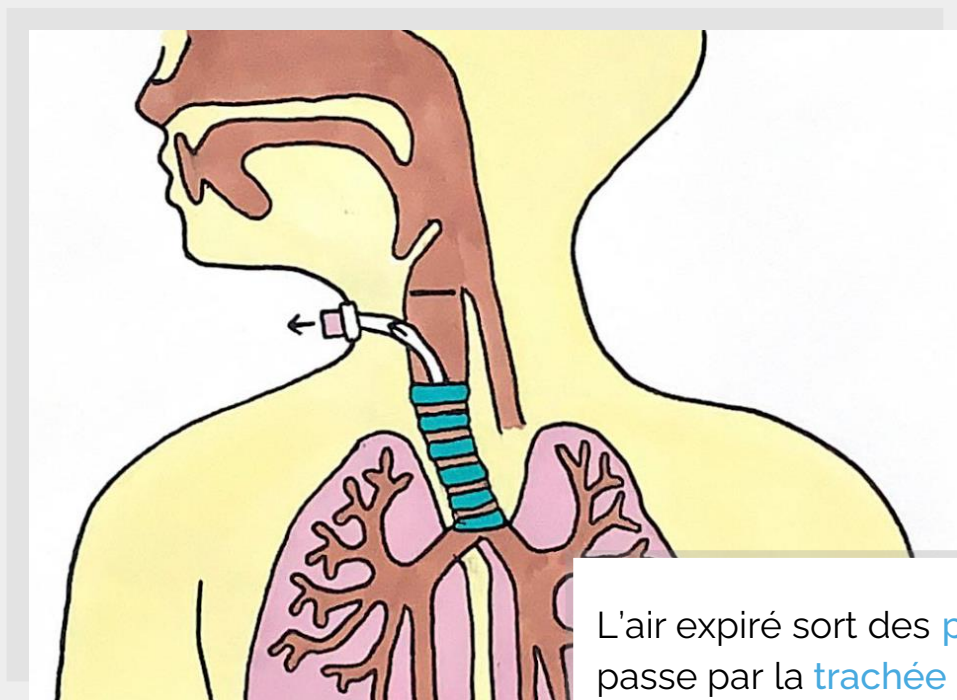


Sans valve de phonation, chemise interne non fenêtrée



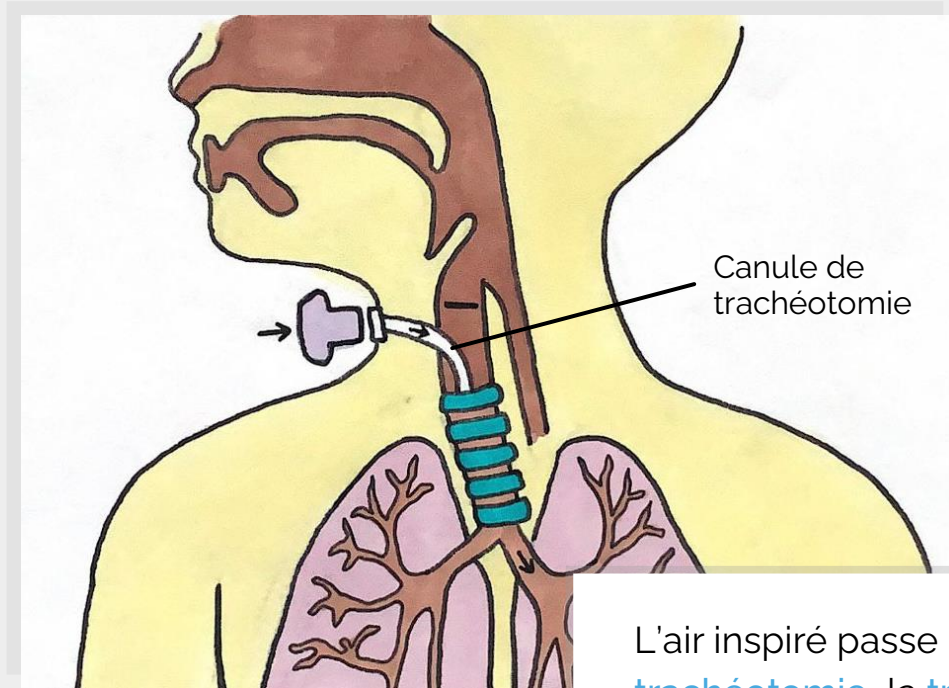
Canule de
trachéotomie

L'air inspiré rentre par la
trachéotomie, la **trachée**
et va dans les **poumons**.

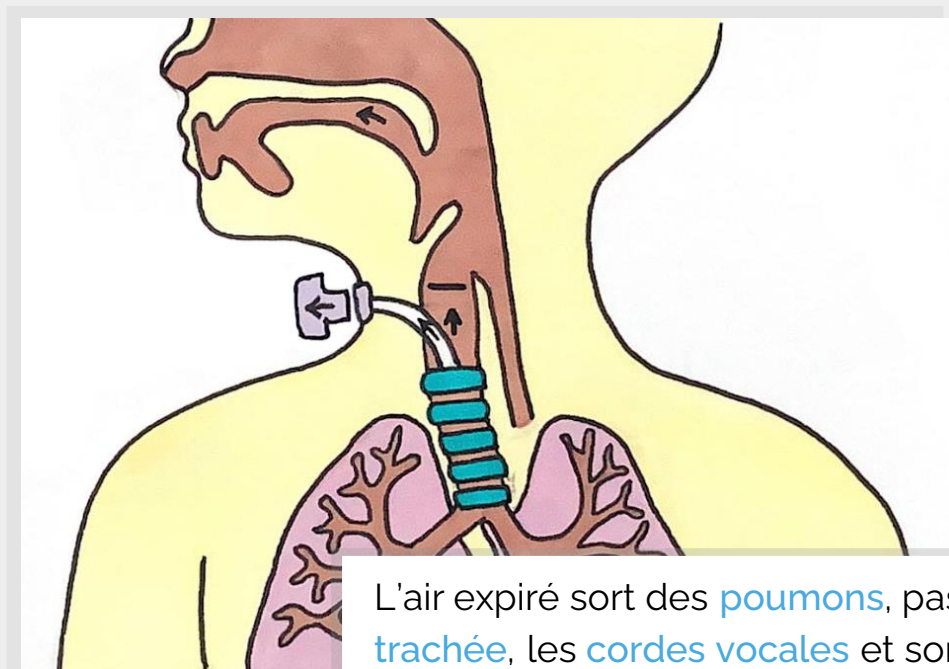


L'air expiré sort des **poumons**,
passe par la **trachée** et
ressort par la **trachéotomie**.

Avec valve de phonation et chemise interne fenêtrée



L'air inspiré passe par la trachéotomie, la trachée et va aux poumons.



En cas de bouchon à domicile

(À réaliser avec proche ou infirmière libérale)

Si le **bouchon** n'obstrue pas complètement votre trachéotomie et que la respiration n'est pas totalement impactée faites un **aérosol de sérum physiologique** ou de mucomyste. Cela devrait **fluidifier** le bouchon afin de le transformer en sécrétions que vous allez pouvoir aspirer.

Si le bouchon impacte votre respiration munissez-vous d'une **bouteille de sérum physiologique**, injectez-en dans la trachéotomie tout en aspirant, cela provoquera un effort de **toux** et aidera à expectorer et évacuer le bouchon.

Si vous ne pouvez plus respirer **dégonflez** le ballonnet de votre trachéotomie et **décanulez-vous**, cependant si la respiration ne peut se faire par les voies aériennes supérieures il faut d'abord vous munir d'une **pince trois branches** et la mettre en place afin de tenir le **trachéostome ouvert**.

Pensez à **toujours retirer la chemise interne** avant le bouchon, le bouchon se trouve peut-être tout simplement dedans.



La pince trois branches



Pince trois branches fermée



Pince trois branches ouverte



Pince trois branches en
place, trachéostome ouvert

(Une fois la pince trois branches en place et maintenue, celle-ci vous permettra de respirer correctement jusqu'à la re-canulation)

Remerciements

Nous tenons à remercier, en premier lieu, Professeur Emmanuel Babin, et Docteur Emmanuel Micault de nous avoir encouragé et permis de réaliser ce livret.

Nous tenons également à remercier tout le personnel du service ORL-CMF du Chu de CAEN qui a participé et nous a aidé dans l'élaboration de ce projet.

Ainsi qu'à Emma Duval et Murat-Can Senol qui ont accepté de réaliser certains dessins et schémas pour l'illustration et à Eva Petter qui a réalisé la mise en page.

A ceredas pour leur accord d'utiliser leur mannequin d'éducation thérapeutique afin de faciliter les illustrations.



- Si saignements importants
- Si difficultés respiratoires malgré tous les soins prodigués au préalable

**Demandez à un proche
d'appeler le SAMU (15 ou 112)**

Si vous avez des questions ou besoin de conseil vous pouvez contacter :

le service d'ORL du CHU de Caen
[02.31.06.46.37](tel:02.31.06.46.37)

l'infirmière de coordination ORL
[06.58.47.88.22](tel:06.58.47.88.22) ou au [02.31.06.72.31](tel:02.31.06.72.31)

Nous serons présents à votre réveil pour vous aider au quotidien et vous autonomiser afin d'envisager un retour au domicile avec le moins d'appréhension possible.