

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEUR DE CANULE

Les patients porteurs de canules sont généralement sources de difficultés pour les personnelles paramédicaux car:

- Les pathologies sont souvent mal connus, mal comprises.
- Les soins qui en découlent peuvent être considérés comme "sale".
- Le matériel "canule" est mal maîtrisé ou inconnu.
- Les soins et les complications rencontrées peuvent être angoissant pour les soignants.

Objectif :

Connaitre les bases pour pouvoir prendre en charge un patient porteur de canule.

PLAN

1. Définitions:
2. Les différentes canules:
3. Les soins:
4. La réhabilitation vocale post trachéostomie.

1) TRACHÉOTOMIE – TRACHÉOSTOMIE

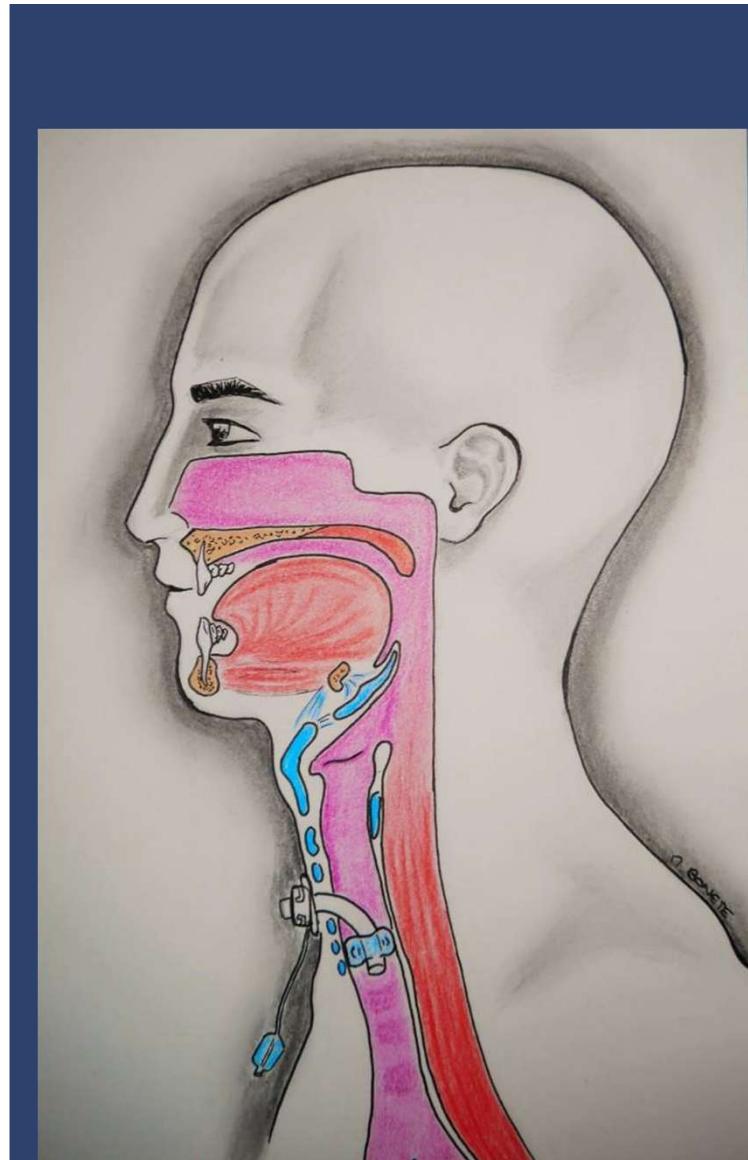
Lors de la prise en charge de votre patient porteur de canule, il est important d'identifier s'il s'agit d'une trachéotomie ou d'une trachéostomie.

La prise en charge et la gestion des urgences ne sera pas exactement la même.

La trachéotomie

La trachéotomie est une incision dans la trachée avec mise en place d'une canule directement dans celle-ci afin de court-circuiter les voies buccales, nasales et pharyngo-laryngées.

C'est un « *trou dans la trachée* », non définitif, le larynx reste en place.



Trachéotomie



Fonctions:

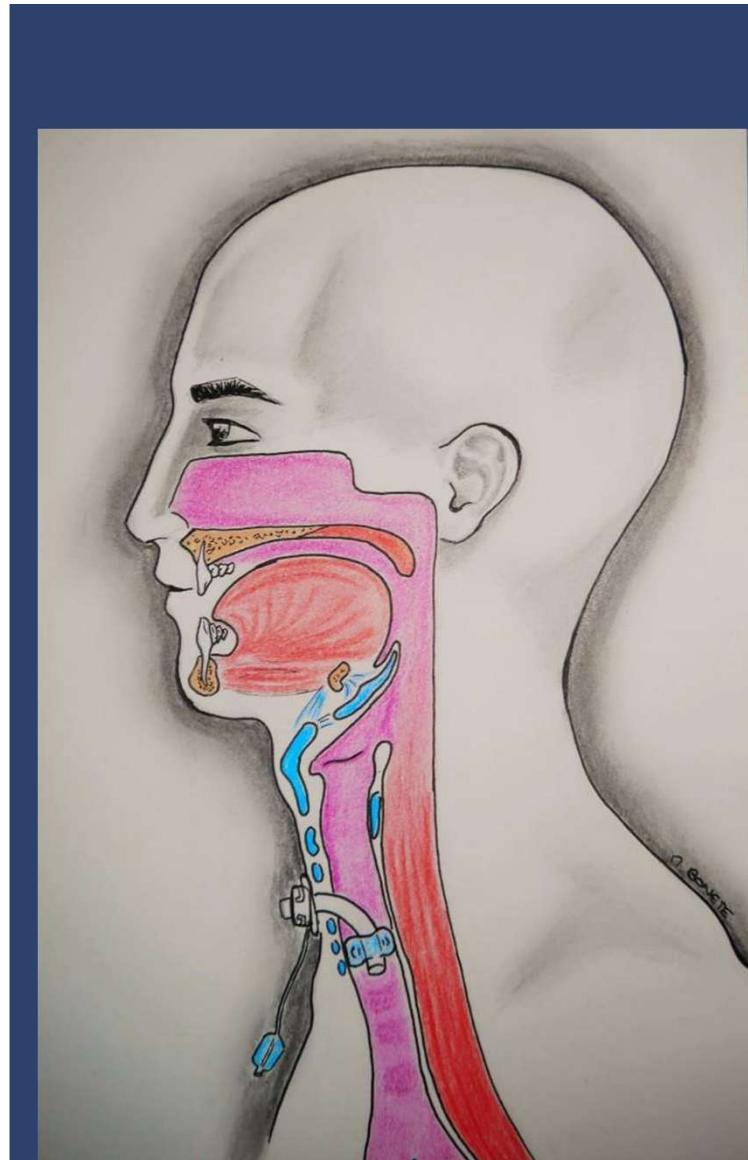
- **Assurer la respiration**

- Si tumeur ou œdème au niveau du pharynx ou larynx

- **Protéger les poumons**

- Du sang

- De la salive

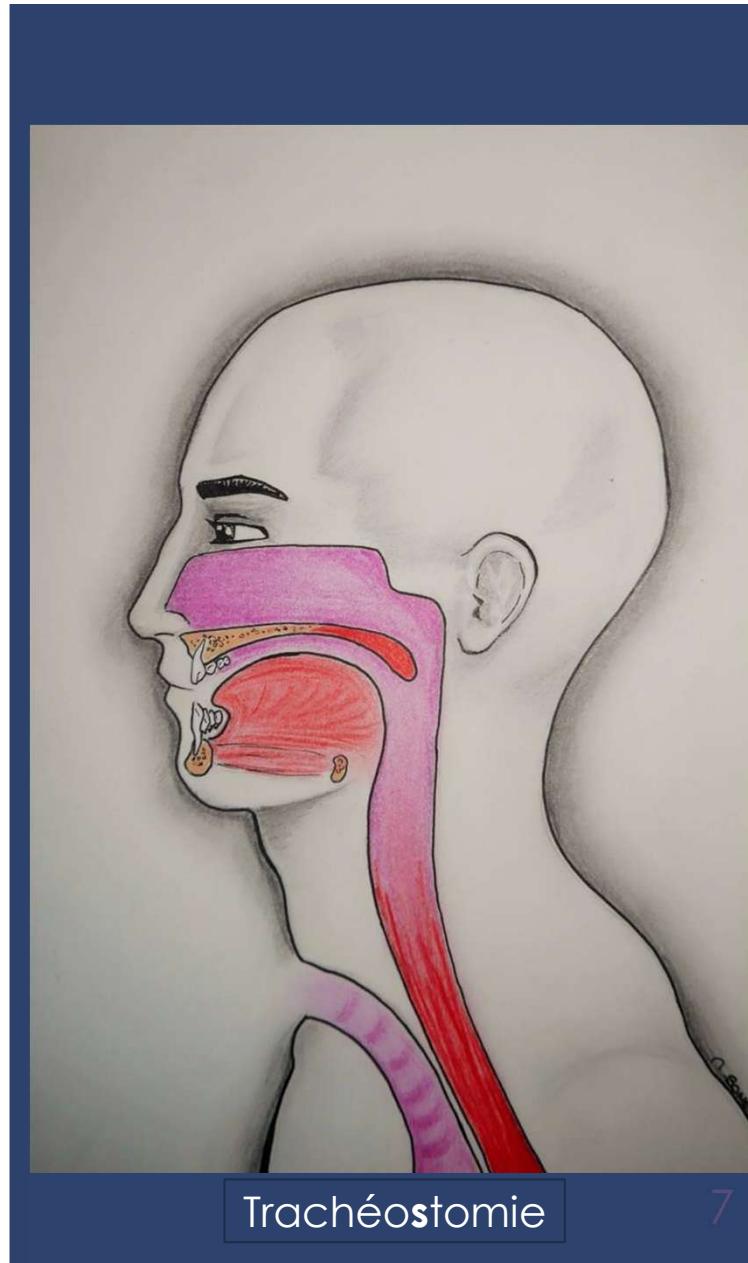


Trachéotomie

La trachéostomie

La tracheostomie est un abouchement de la trachée à la peau (stomie) lors d'une laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale.

La stomie est définitive.



Trachéostomie



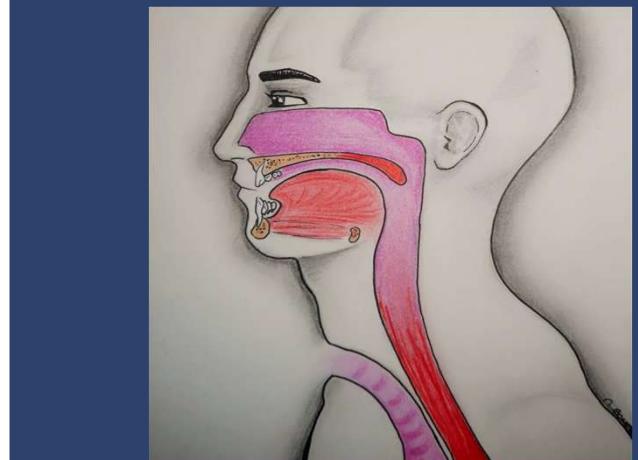
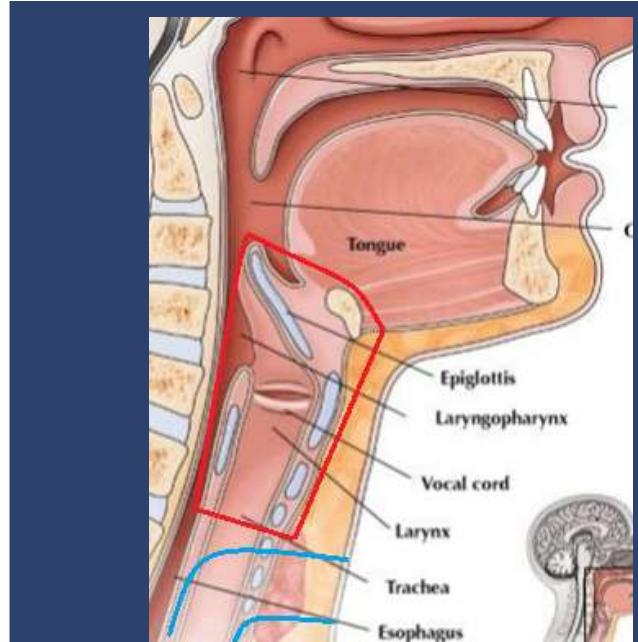
Fonctions:

• Assurer la respiration

- Dans les suites d'une laryngectomie totale ou d'une pharyngo laryngectomie totale.

Incidence sur la vie quotidienne du patient:

- Ne peut plus parler (dans un 1^{er} temps)
- Le rapport a l'eau
- Les efforts a glotte fermé



Trachéostomie

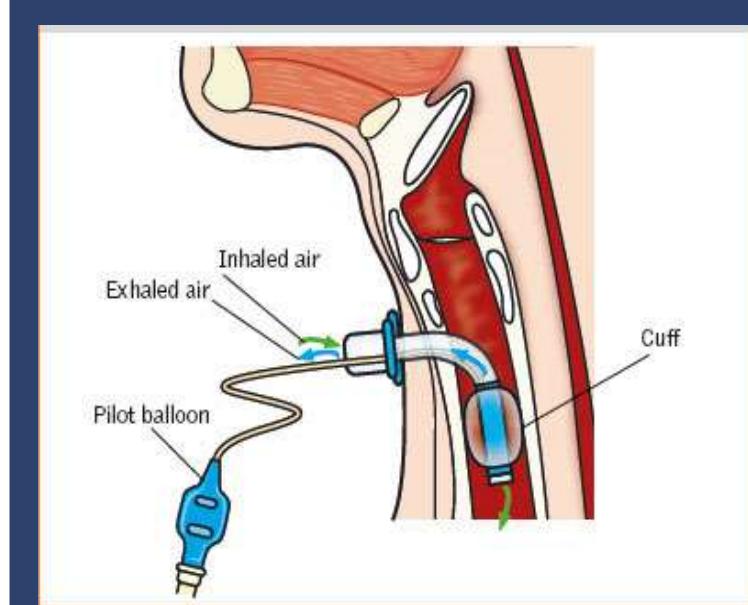


2) LES DIFFÉRENTES CANULES

La canule à ballonnet

Cette canule permet grâce à son ballonnet de protéger les poumons du patients du risque d'inhalation (principalement en cas d'hémorragies post-opératoires ou fausse route).

Elle s'utilise en post opératoire immédiat pour les trachéotomies et trachéostomies.



La canule sans ballonnet

Cette canule permet une transition chez un patient trachéotomisé, étapes parfois nécessaires entre la canule a ballonnet et l'ablation définitive de la canule.

Elle s'utilise seulement chez les patients trachéotomisé.

Intérêt:

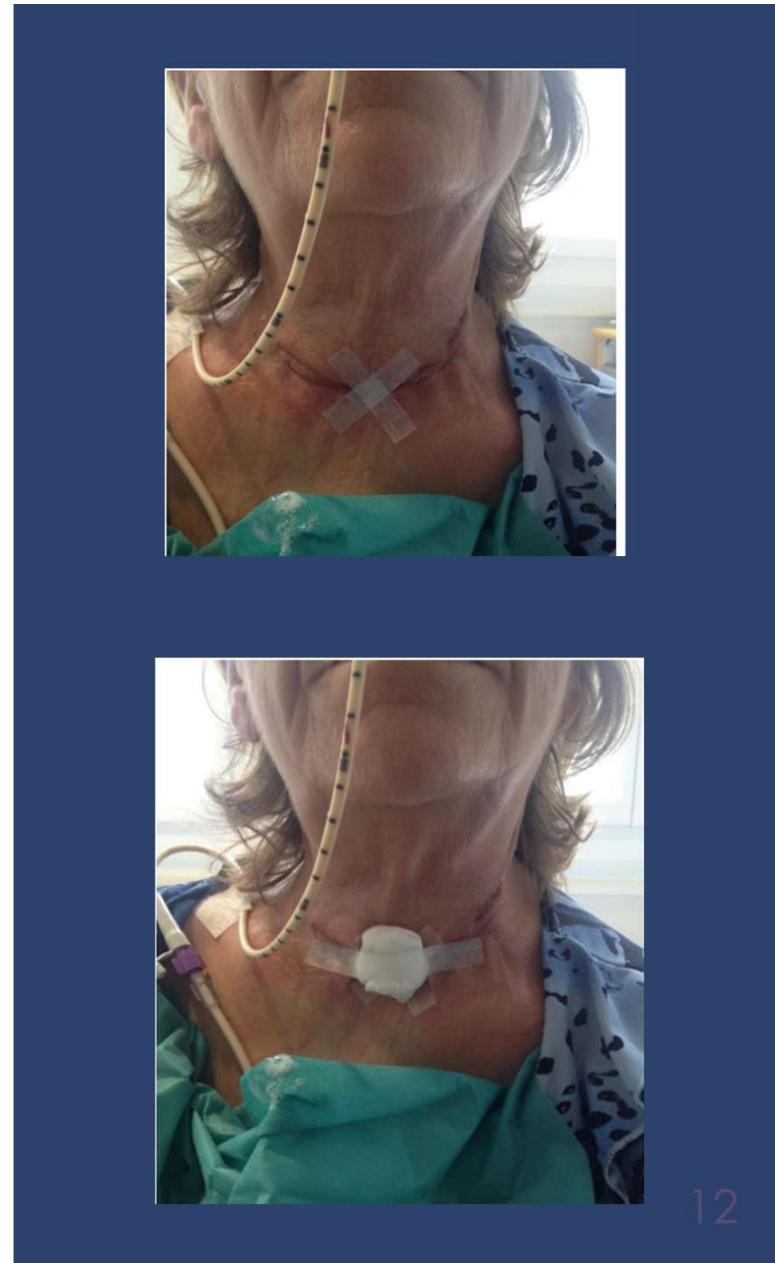
- Permet de parler
- Améliore la déglutition
- Confortable





Le pansement de trachéotome

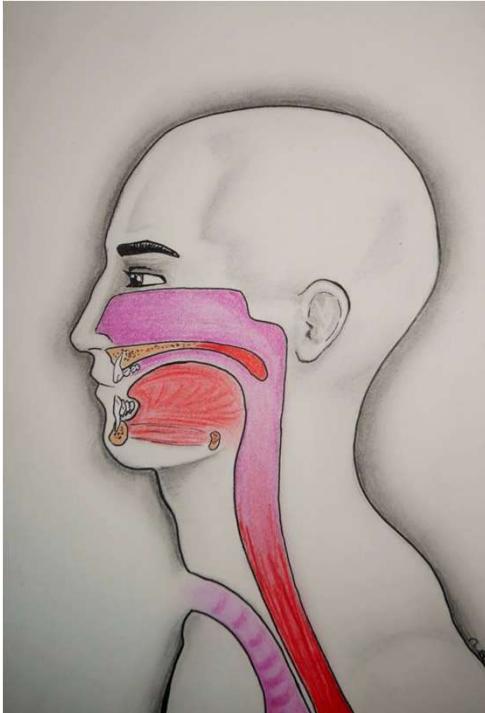
A l'ablation de la canule après une trachéotomie pour refermer l'incision on réalise un pansement de trachéotome.





Le Larytube

Cette canule est utilisé
afin de calibré la trachée
après une **trachéostomie**.



Elle permet à la trachée de cicatriser avec un diamètre suffisamment large pour un passage de l'air confortable et permet d'adapter les cassettes (filtres).



Le Cytube

Idem qu'un Larytube

A la différence qu'ici le filtre est lavable et réutilisable.



3) LES SOINS

- I. Nettoyage de la canule
- II. Aspiration endotrachéale
- III. Humidification/aérosol

I) Nettoyage de la canule

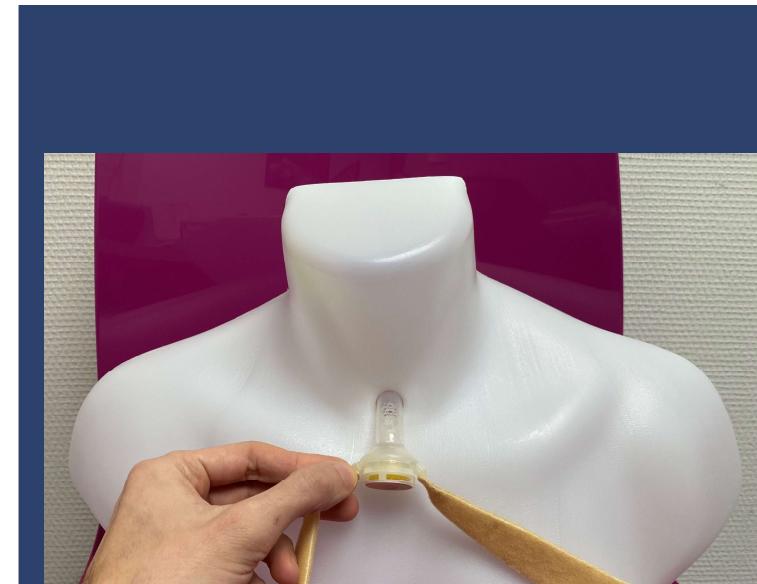
Indication:

A réaliser minimum **2 à 3 fois par jour**, permet de limiter les bouchons muqueux, éducation rapide du patient.

Soins:

Protection individuelle, geste adapté pour le confort du patient, attitude rassurante.

Attention à ne pas enlever la chemise externe pour une trachéotomie





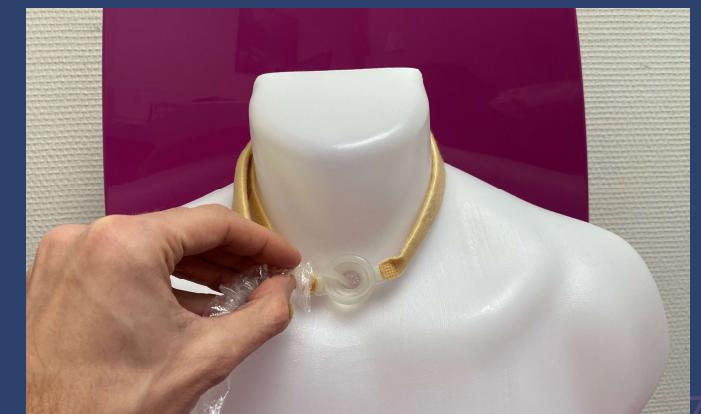
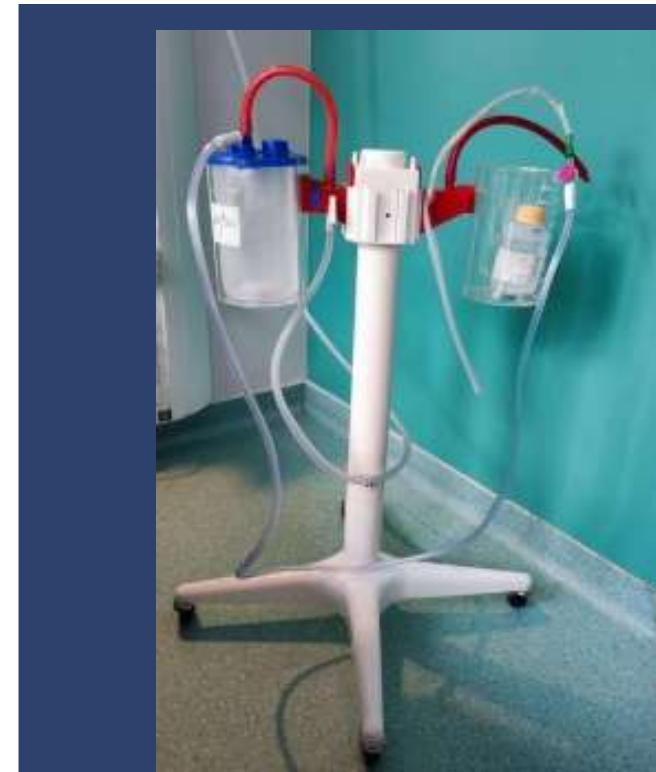
II) Aspiration endotrachéale

Indication:

Si la toux ou l'expectoration provoquées ne suffisent pas à dégager les voies respiratoires.

Soins:

Protection individuelle, patient demi assis, ne pas enfoncer la sonde plus loin que la trachée, faire tousser le patient.



II) Aérosol

Indication:

Permet de fluidifier les sécrétions et donc au patient d'expectorer plus facilement, limitant ainsi les bouchons muqueux.

En systématique en post opératoire puis au besoin. Au sérum phy ou Mucomist

Soins:

Sensibilisation précoce du patient sur l'importance de poursuivre au domicile.



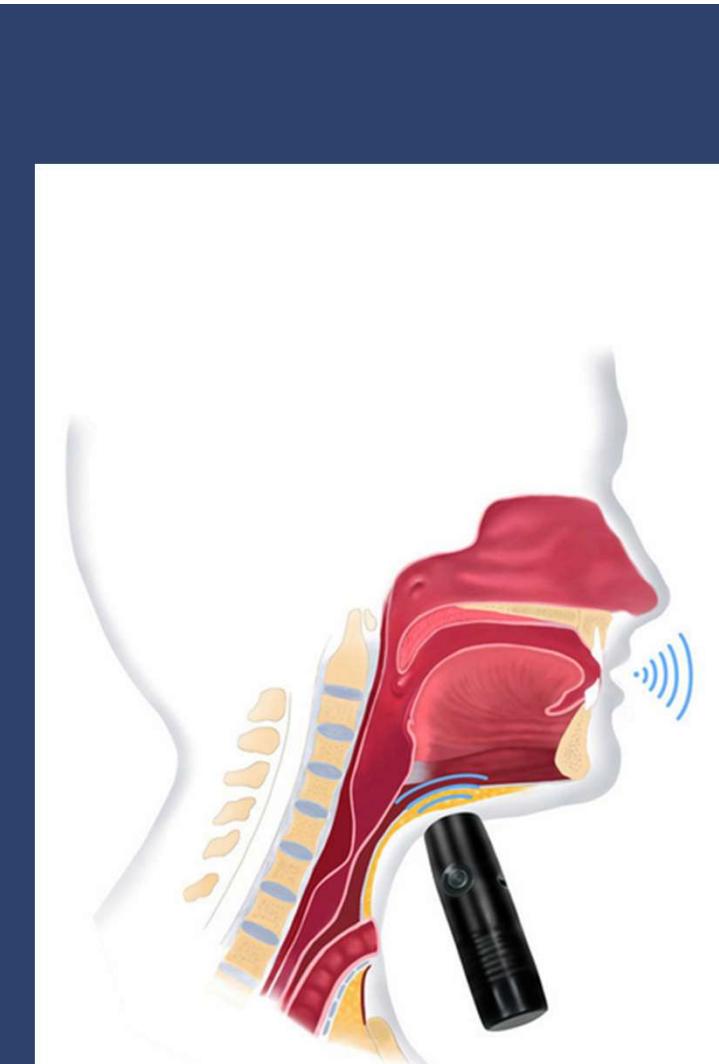


4) RÉHABILITATION VOCALE POST STOMIE

- I. Le laryngophone
- II. La voix œsophagienne
- III. La voix œsophagienne + Provox

I) Le laryngophone:

Matériel électronique qui simule un larynx artificielle. Le patient le colle a son cou pour crée une vibration et pouvoir parler. Voix rarement très compréhensible (voix robotisé) utilisé dans les cas où les autres méthodes ne marche pas.

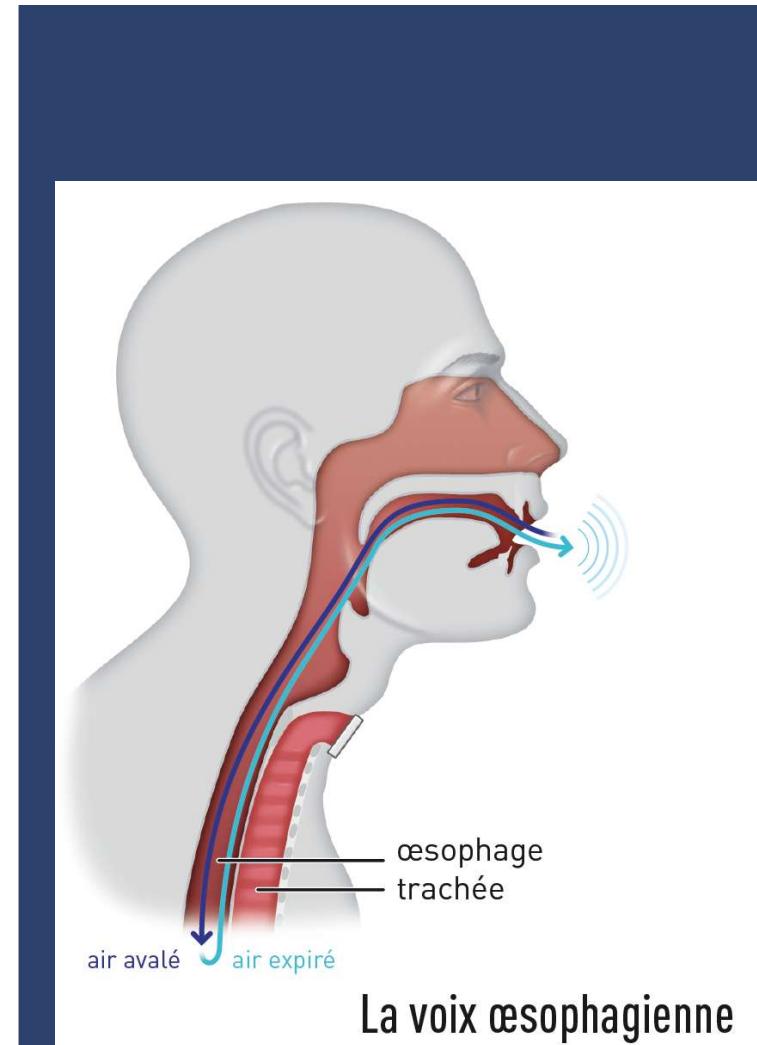


II) La voix œsophagienne:

Rééducation +++ avec les orthophonistes, plusieurs semaines (voire mois) de travail.

Le patient projette de l'air du haut de l'œsophage vers la cavité buccal, le passage de l'air fait vibrer la néo glotte, cette air en vibration arrive dans la cavité buccale et permet de patient de parler.

Voix correct dans environ 60% des cas.
Exercice parfois fatiguant et qualité de la voix limité par le débit d'air projeté.

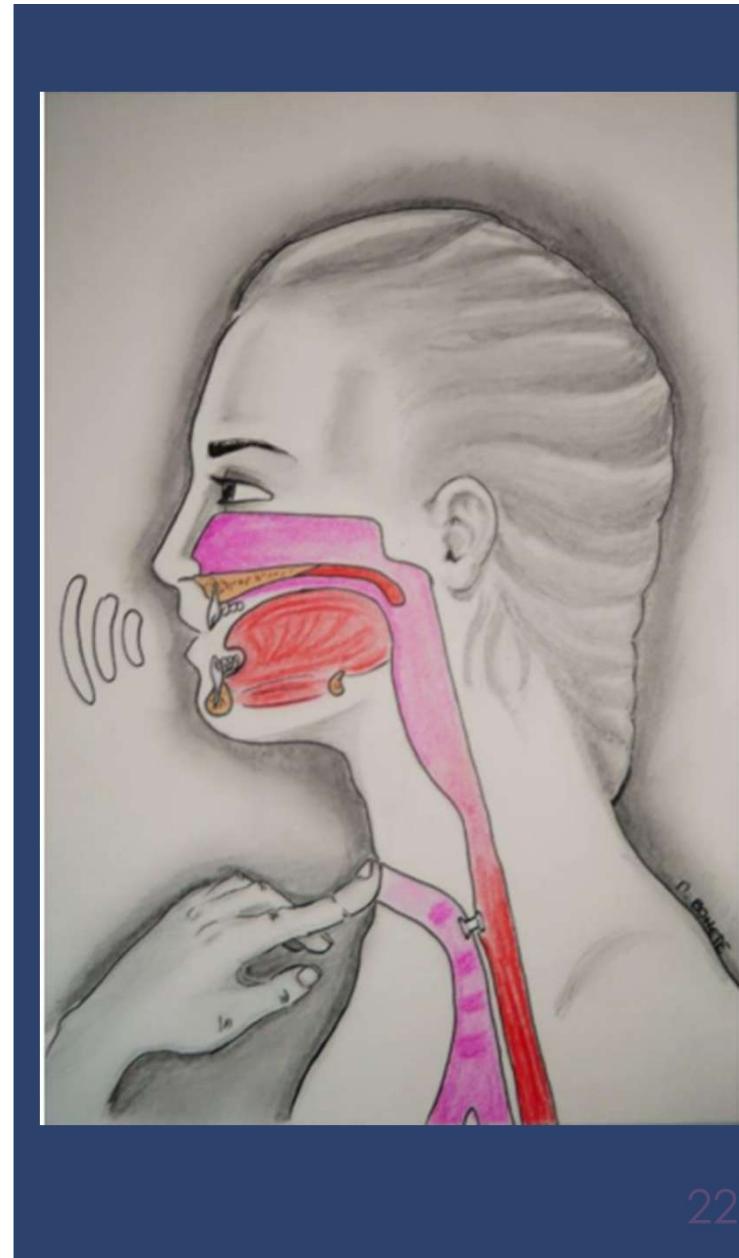


III) La voix œsophagienne + Provox

Une fistule artificielle (provox) est posé au bloc pour crée une communication entre la trachée et l'œsophage.

En bouchant l'orifice de trachéostomie l'air expiré va passer dans la Provox pour aller ensuite faire vibrer la néo glotte puis arriver dans la cavité buccale permettant au patient de parler.

Le patient parle beaucoup plus facilement et la qualité de parole est nettement amélioré.



Merci de votre attention



**Vidéo sur les soins de canule après
une laryngectomie totale**



**Vidéo sur les soins de canule avec implant phonatoire
après une laryngectomie totale.**

