

TECH. 14 Trachéostomie**TECH. 14****A. VENTILATION****1. Valider si le patient a une canule de trachéostomie :**

- a) Si présence de canule de trachéostomie :
 - Attacher le ballon-masque à la canule et ventiler normalement.
- b) Si absence de canule de trachéostomie :
 - Basculer la tête pour exposer la stomie et ventiler avec un masque à membrane souple (bouche à masque) directement sur la stomie, après avoir fermé la bouche et le nez;
 - Si inefficace, tenter de ventiler la bouche et le nez (bouche à masque) en fermant la stomie; considérer la possibilité d'une obstruction de la stomie, au besoin, se référer à la section B.

B. SUCCION

Critères d'inclusion :

Difficulté respiratoire chez le patient porteur d'une trachéostomie avec suspicion d'obstruction partielle ou complète de la trachéostomie.

- 1. Obtenir des proches les informations pertinentes : outils disponibles à utiliser, grandeurs de la canule et du cathéter à succion, profondeur de succion.**
- 2. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis. Si constat d'obstruction complète, se référer à l'étape 14 tout en installant les outils de surveillance lorsque possible.**
- 3. Monitorage continu de la saturation.**
- 4. Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
- 5. Monitorage cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
- 6. Choisir le calibre de cathéter à succion à utiliser. Si l'information est fournie par les proches, respecter la consigne. Autrement, s'assurer que le diamètre du cathéter choisi n'est pas supérieur à 50 % de celui de la canule / stomie.**
- 7. Appliquer les procédures d'asepsie et éviter de contaminer le cathéter à succion.**
- 8. Préparer l'appareil à succion et brancher le cathéter. Régler le contrôle de pression comme suit :**
 - 80 - 100 mm Hg pour les bébés;
 - 100 - 120 mm Hg pour les enfants et adultes.
- 9. Lubrifier le cathéter en aspirant un peu de solution saline.**

- 10. Insérer le cathéter sans appliquer de succion en respectant la profondeur spécifique au patient si elle est connue. Dans le cas contraire, insérer le cathéter jusqu'à ce qu'une résistance soit ressentie ou que le patient tousse. Retirer le cathéter d'environ 1 cm.**
- 11. Appliquer la succion tout en retirant le cathéter et en faisant des mouvements circulaires.**
- 12. Rincer le cathéter en appliquant une succion avec une solution saline s'il contient des sécrétions.**
- 13. Répéter la succion au besoin, en donnant un temps de repos de 30 à 60 secondes au patient.**
- 14. Si un blocage complet est suspecté :**
 - a) Si présence de canule avec ballonnet, dégonfler celui-ci et valider si le patient peut se ventiler de façon autonome.**
 - b) Si proches ou personnel soignant présent et qu'une canule de rechange est disponible, considérer le remplacement de la canule par ces derniers.**

C. INTUBATION AU COMBITUBE®

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Se référer au protocole de réanimation applicable.**
- 3. Confirmer qu'il s'agit d'une trachéostomie ouverte.**
- 4. S'il y a indication de procéder à une intubation, préparer le Combitube® et ses accessoires.**
- 5. Au moment prévu au protocole, procéder à l'insertion du Combitube®.**
- 6. Avant d'évaluer la qualité de la ventilation pour effectuer le choix du tube de ventilation, fermer la trachéostomie avec un pansement occlusif.**
- 7. Procéder au choix de tube de ventilation selon la technique applicable selon le protocole de ventilation.**
- 8. Continuer le protocole de réanimation applicable.**

Trachéostomie (suite)

Remarques :

Trachéostomie ouverte : trachéostomie (ouverture entre la trachée et la peau du cou) avec persistance d'une perméabilité complète ou partielle des voies respiratoires supérieures (bouche-nez) et inférieures du patient.

Trachéostomie fermée : trachéostomie avec absence de continuité entre les voies respiratoires inférieures et supérieures du patient, le plus souvent par exérèse du larynx.

Trachéostomie ouverte et oxygénation : dans ce cas, l'oxygène doit être administré par la trachéostomie et par la bouche/nez.

Oxygénation : dans le contexte de succion d'une trachéostomie, il est important d'administrer l'oxygène à haute concentration durant la préparation de l'équipement.

Durée de la succion : le temps maximal de succion est de 10 secondes.

Complications possibles de la succion : hypoxie, dysrythmies (bradycardie et tachycardie), bronchospasme ou saignement.

TECH.14 Trachéostomie avec particularités MRSI

Veuillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.

Généralités :

- Revêtir les équipements de protection individuelle appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient.
- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Aviser le centre hospitalier si MRSI suspectée ou confirmée et respecter les directives de l'établissement.

Interventions à adapter :

- Si la ventilation au ballon-masque est requise, ajouter un filtre HEPA et s'assurer d'une bonne étanchéité.
- Si intubation indiquée, appliquer les précautions MRSI selon TECH. 6.
- Minimiser toutes manipulations au niveau de la trachéostomie, incluant la succion.
- Mettre un masque de procédure au patient si applicable et toléré (visage et/ou trachéostomie).