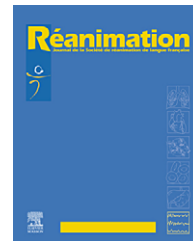


available at www.sciencedirect.comjournal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/REAURG/>

MISE AU POINT

De la trachéotomie à la décanulation : quels sont les problèmes dans une unité de sevrage ?

Tracheostomy to decannulation: what are problems in a weaning unit?

G. Beduneau^{a,*}, P. Bouchetemple^b, A. Muller^a

^a Service de réanimation médicale, Upres EA 3830, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

^b Service d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

Disponible sur internet le 23 janvier 2007

MOTS CLÉS

Trachéotomie ;
Décanulation ;
Ventilation mécanique
prolongée

Résumé Cette mise au point concerne la gestion quotidienne d'une trachéotomie, chez un adulte ventilé depuis sa réalisation jusqu'à son retrait. Durant la période de ventilation mécanique, les problèmes liés à la trachéotomie sont secondaires à un changement de canule, à une complication locale, ou à une mauvaise adaptation de la prothèse. La canule de trachéotomie doit être changée sur des critères ne relevant pas d'une attitude systématique. La décanulation est une démarche qui associe le sevrage de la ventilation mécanique, l'évaluation et si nécessaire la prise en charge de la déglutition, de l'expectoration et de la parole. La collaboration avec les spécialistes concernés s'impose en cas de difficulté avec entre autre, une exploration des voies aériennes supérieures. Cette démarche s'appuie sur une décroissance régulière du diamètre de la canule, qui est obstruée 24 à 72 heures avant le retrait.

© 2007 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Tracheotomy;
Decannulation;
Prolonged mechanical
ventilation

Abstract The purpose of the present review is to discuss the daily practice of tracheostomy management in mechanically ventilated patients from cannulation to decannulation. During mechanical ventilation, tracheostomy difficulties are related to change in cannula or to local complication. Rather than systematic, replacement of cannula should be considered individually according to oro-tracheal requirements. The decannulation process includes weaning of mechanical ventilation, evaluation of swallowing, cough and speech. A multidisciplinary approach, with an exploration of upper-airway, may be necessary in case of difficulties. For this decannulation protocol, tracheostomy tube should be subsequently step by step down-sized and obstructed for one to three days before removing cannula from trachea.

© 2007 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gaetan.beduneau@chu-rouen.fr (G. Beduneau).

Cette mise au point se focalise sur les difficultés de la « gestion » au quotidien d'une trachéotomie d'un adulte ventilé jusqu'à son retrait [1]. Nous n'aborderons pas les questions de la modalité de l'abord trachéal, du débat pour ou contre la trachéotomie, de la définition du moment optimal de sa réalisation, ou encore du choix de la modalité technique [2,3]. De même, nous n'aborderons ni la ventilation mécanique, ni le sevrage, du patient trachéotomisé [4,5].

Bien qu'il soit fréquent qu'un patient soit trachéotomisé et ventilé dans un service de réanimation (11% des patients) [4], la littérature concernant cette situation est peu fournie [6]. Plusieurs des attitudes que nous proposons relèvent de l'expérience développée lors de l'activité quotidienne auprès des patients admis dans une unité spécifique de sevrage, telle que celle qui se trouve au sein du service de réanimation médicale du CHU de Rouen, entre autre pour la prise en charge de patients ayant développé au cours de leur hospitalisation en réanimation une dépendance à la ventilation mécanique. Cependant, nous espérons ne pas être tombés dans le piège de la « vehement-based medicine », qui se distinguerait de « l'evidence-based medicine » par l'oubli de la confrontation des pratiques aux données scientifiques disponibles [6].

La canule de trachéotomie pendant la ventilation mécanique

Durant la période de ventilation mécanique, les problèmes relatifs à la trachéotomie sont essentiellement en rapport avec un changement de canule ou une complication locale.

Changement(s) de canule

Le changement est le plus souvent simple. Cependant, pour ne pas exposer le patient à des difficultés pouvant engager le pronostic vital, il doit être réalisé en respectant certaines règles classiques de prudence (hyperextension de la tête, écarteurs adaptés, matériel d'aspiration fonctionnels, matériel d'intubation disponible, serrage du cordon tête fléchie,...) et par des mains suffisamment expérimentées. Une attention particulière doit être apportée au premier changement, aux changements en cas de difficulté préalable, ou lorsqu'il est réalisé dans l'urgence. Pour les techniques chirurgicales le premier changement est classiquement conseillé à 48 heures et idéalement réalisé par le chirurgien. Quand une technique percutanée a été utilisée, le changement est réalisé entre sept et dix jours après la trachéotomie. L'usage d'un guide ou d'un mandrin (souvent fourni par l'industriel dans le kit comportant la canule) pour cathétériser le trachéostome est une précaution utile.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de recommandation concernant la fréquence de changement des canules de trachéotomie, que ce soit en milieu hospitalier et plus particulièrement de réanimation [7], ou dans le cadre d'une trachéotomie définitive chez un patient ambulatoire. Il ne paraît pas indispensable ni même utile de changer la canule de façon systématique, nous réservons ce geste aux situations l'imposant (canule ou ballonnet défectueux, retrait accidentel,...) ou dans le cadre d'une modification argumentée du type de canule (changement de diamètre

de la canule, de type de ballonnet ou de matériau composant la canule,...). En cas d'usage prolongé de la canule, il n'est pas possible de fixer une durée maximale d'utilisation. En présence d'infection pulmonaire récurrente à germes avides de matière inerte tels que les bacilles Gram négatif [8], un changement de canule est parfois proposé, sans réelle donnée scientifique publiée. En pratique, au sein de l'Unité de sevrage et de réhabilitation (USR) du service, nous avons arbitrairement choisi de ne pas dépasser une durée maximale de deux mois, que la canule utilisée dispose ou non d'une chambre interne. Les soins locaux sont fondamentaux. L'orifice cutané est nettoyé tous les jours afin d'éviter la stagnation périorificielle des sécrétions. Les soins apportés à la canule et particulièrement à la chambre interne sont également quotidiens. L'aspiration trachéale est pratiquée lorsque nécessaire avec le maximum d'asepsie, une sonde souple non traumatique, une pression d'aspiration modérée, et une technique adaptée pour éviter de traumatiser la muqueuse.

Complication(s) de la trachéotomie

Durant la ventilation mécanique, plusieurs types de complications locales peuvent survenir, se manifestant souvent par des saignements ou des stigmates locaux d'infection (inflammation, écoulement sale,...). Lorsque le symptôme est inhabituel ou persistant, l'avis spécialisé d'un otorhinolaryngologiste (ORL) nous paraît indispensable pour son analyse et sa prise en charge. Dans le Tableau 1 sont présentées les complications de la trachéotomie relevées dans l'étude de Goldenberg et al. [9].

La malposition de la canule dans la trachée, parfois appelée conflit trachéoprothétique, se manifeste par des difficultés de ventilation mécanique avec des pressions d'insufflation élevées ou une hypoventilation selon le mode de ventilation utilisé. Ce conflit survient si l'extrémité distale de la canule ne se situe pas dans l'axe trachéal, et peut se localiser au niveau des murs antérieur ou postérieur, ou bien au niveau du trachéostome. Ce problème peut bien sûr se rencontrer dès les premières heures après la réalisation de la trachéotomie, mais aussi au décours d'un changement de canule, d'un effort de toux ou encore d'une mobilisation du patient. Un bilan endoscopique est indispensable, afin de préciser les rapports anatomiques puis d'apporter une correction en replaçant la canule ou en choisissant le cas échéant une nouvelle canule plus adaptée. Dans ce contexte, le cas particulier que constitue la mise en évidence d'une trachéomalacie relève

Tableau 1 Complications de 1130 trachéotomies [9]

Complications	Nombre (%)
Sténose trachéale	21 (1,85)
Hémorragie	9 (0,87)
Fistule trachéocutanée	6 (0,53)
Infection	5 (0,44)
Pneumothorax	3 (0,26)
Décanulation/Obstruction de sonde	1 (0,08)
Emphysème sous-cutané	1 (0,08)
Fistule trachéo-œsophagienne	1 (0,08)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2613882>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2613882>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)