

Etiquette patient

Procédure trachéotomie

(cocher les cases après réalisation)

La veille de la trachéotomie

- prévenir la famille du patient de la réalisation du geste
- prévenir le chirurgien : Dr Lemaire (ORL) : 46203 ; Dr Ferreira (maxilo) : 46277
- arrêt la nutrition à 20 h
- arrêt de l'anticoagulation adapté pour que le patient soit en eucoagulation (24 h pour les HBPM ; 12 h pour la Calciparine ; 6 h pour l'HNF)

Le matin de l'intervention

- bilan à 6 h : NFS, TP, TCA, Fibrinogène, Groupe et RAI
- préparation du matériel :
 - drogues d'anesthésie générale : hypnotique, morphinique et curare à la discrétion du MAR/réanimateur, atropine, éphédrine
 - échographe avec sonde linéaire haute fréquence
 - matériel de réintubation :
 - sonde du même diamètre que la sonde en place et sonde de la taille au-dessus et en dessous + seringue de 10 ml
 - guide échangeur type Cook + mandrin d'Eschmann + mandrin souple
 - vidéo-laryngoscope
 - laryngoscope
 - canule de Guedel
 - BAVU + filtre et masque de taille adaptée
 - aspiration à la tête
 - chariot IOT difficile devant la salle
 - matériel chirurgical :
 - bistouri électrique en chambre
 - aspiration chirurgicale
 - boîte chirurgicale de trachéotomie
 - kit de trachéotomie percutané Smiths medical portex (ref 100/561/080)
 - raccord annelé stérile (ref : 5180000S)
 - 1 compteur d'aiguille (31181467)
 - 1 compresse gazex20 (010940)
 - 1 bande collante (381035)
 - 1 trousse de stomatologie (33473)
 - 1 aspirateur câble (ORNEX56A)
 - 1 aspiration Yankauer trouée (8888504019)
 - 1 bobine 2/0 (18R30A)

- 1 Polysorb 3/0
 - 1 pince bipolaire + câble
 - 1 seringue 10 ml Luerloc (300912)
 - 1 aiguille orange (300600)
 - 1 ampoule de Xylocaïne Adrénalinée 1%
- préparation du geste :
- FiO₂ : 100%
 - anesthésie général avec curarisation
 - extrémité céphalique en hyper extension avec un billot sous les omoplates pour dégager au maximum la région cervicale antérieure
 - réalisation d'une échographie cervicale à la recherche de vaisseaux en regard du site opératoire
 - désinfection cutanée selon le protocole de l'établissement
 - absence d'antibioprophylaxie
- réalisation du geste :
- abord chirurgicale de la trachée
 - arrêt de la ventilation et retrait de la sonde d'intubation (ballonnet entre les cordes) sous contrôle vidéo laryngoscopique
 - mise en place du guide intratrachéale par technique de Seldinger par le chirurgien
 - dilatation trachéale avec la corne du kit de trachéotomie percutanée
 - mise en place de la canule de trachéotomie
 - gonflage du ballonnet de la canule
 - reprise de la ventilation (FiO₂ : 100 %) et auscultation
 - retrait complet de la sonde d'intubation
 - fixation de la canule de trachéotomie
- après le geste :
- analgésie postopératoire à la discrétion du MAR/réanimateur
 - sevrage progressif de la FiO₂
 - mise en VSAI dès que possible et ajustement de l'AI et de la PEP
 - radiographie thoracique
 - reprise de l'anticoagulation préventive H+6 post interventionnel après accord du MAR/réanimateur et du chirurgien

24 h après le geste

- évaluer la possibilité de transfert en Unité de sevrage ventilatoire (UPRR).