

Cellulite cervicale :

Sevrage de trachéotomie et Rééducation à la déglutition



Présenté par Marie CELLE, Laure LEMEY et Céline GRENOUILLEAU IDE au CHU Larrey de Toulouse dans le service d'hospitalisation et de consultation ORL avec la participation d'Emilie Canal et Marylou Lozano

Cellulite cervicale : sevrage de trachéotomie et rééducation à la déglutition

Présentation cas clinique

Rappel d'anatomie

Matériel en chambre

Etape 1 : le post-opératoire

Etape 2: l'évolution clinique

Etape 3: l'amélioration clinique

Etape 4: le sevrage

Etape 5: la décanulation

Conclusion

Cas clinique :

Mme F, patiente de 40 ans sans ATCD

Bloc par voie d'abord cervicale pour phlegmon droit compliqué en cellulite

En post-opératoire, porteur de:

- trachéotomie
- SNG
- lames de drainage cervicales bilatérales

Antibiothérapie IV

Rappel d'anatomie :

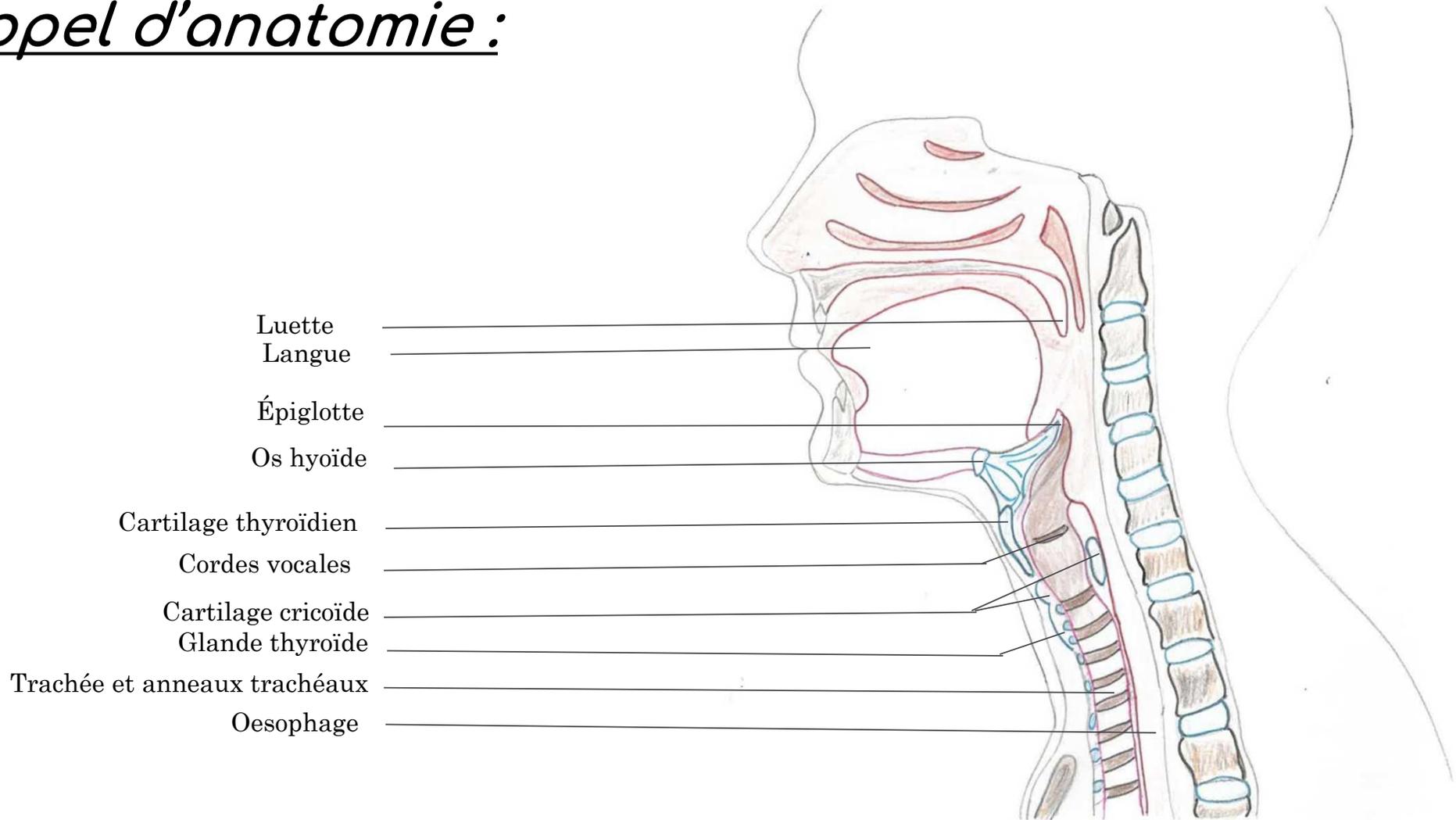


Schéma anatomique de profil des voies aéro-digestives supérieures

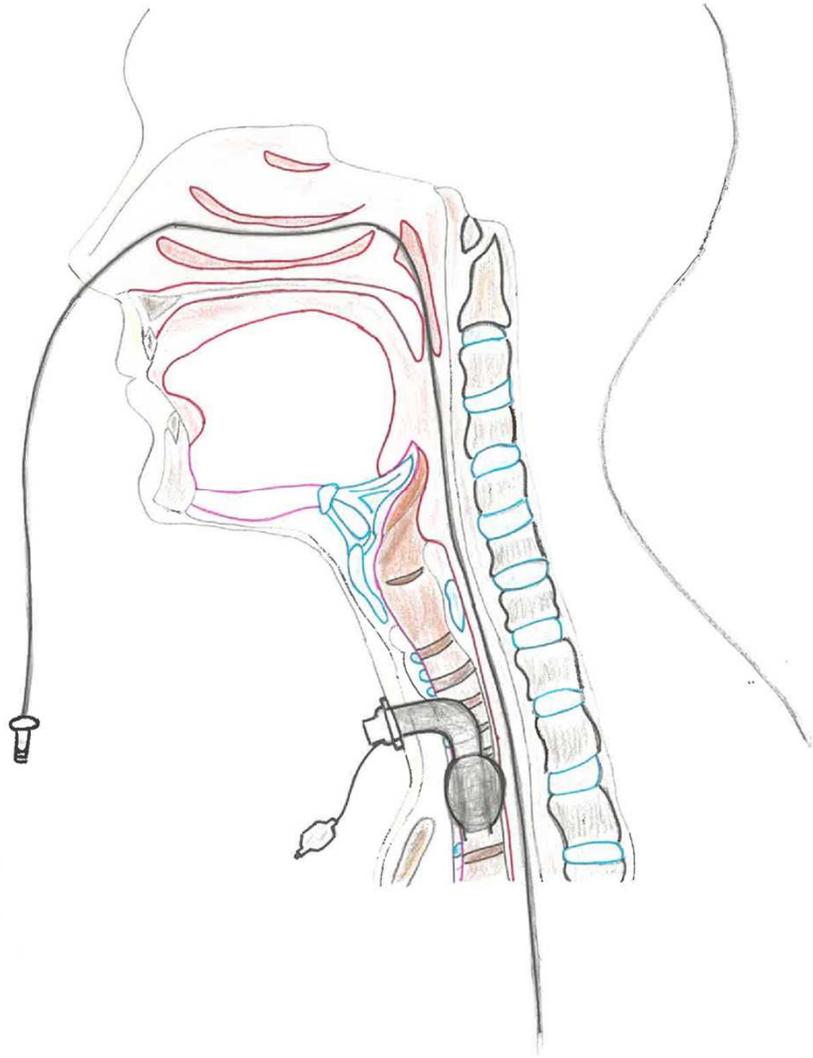


Schéma anatomique de profil avec SNG et canule à ballonnet gonflé

TRACHÉOTOMIE :

- chirurgicale en urgence
- entre le 2^e et 3^e anneau trachéal sous la glande thyroïde
- canule ballonnet gonflé pour étanchéité
- fils de rappel

But : court-circuit transitoire pour sécurisation de la respiration car obstruction des VADS

SNG :

- maintenue par point au septum nasal

But : alimentation car infection et obstruction majeure ont le risque de FR et de dénutrition

Matériel en chambre :

Kit trachéotomie de rechange (mandrin, canule, chemise internes longues / courtes, lie)

Pince tripode

Filtre échangeur de chaleur et humidité

Set à pansement (protocole savon doux / NaCl, ciseaux, goupillon) et compresses

Gants non stériles / Lumière

Dispositif d'aspiration mural (sondes trachéales, embout buccal, solution de rinçage)

Pompe d'alimentation entérale

Seringue de gavage

Pilon

Miroir, ardoise et feutre



Etape 1 : le post-opératoire

Au niveau respiration :

Canule trachéotomie BG (air) + filtre

Aspirations trachéales ++ et buccales

Au niveau déglutition :

Bon positionnement SNG (test à la seringue, RT, graduation, maintien par lie +/- scotch +/- point)

Alimentation en journée en position demi assise et hydratation (surveillance RGO / IPP)

Diététicien (suivi nutritionnel, complication diab, troubles transit)

Recherche syndrome de renutrition (bio, perte poids, réalimentation progressive)

Auprès du patient :

Réassurance patient +++ (contexte urgence vitale, perturbation image corporelle, difficultés de communication)

Psychologue / sophrologue

Éducation aspirations buccales + SNG / autonomisation

Etape 2 : l'évolution clinique

Cas clinique : amélioration clinique et biologique :

- diminution induration / érythème cutané au niveau local
- si lavages par lames cervicales propres, mobilisation débutée
- apyrétique
- non algique
- niveau biologique : baisse GB et CRP

Au niveau respiration :

Canule de trachéotomie BD 24h +
filtre

Patient hyper-sécrétant

Réassurance et éducation aux
aspirations trachéales

Au niveau déglutition :

Augmentation débit alimentation
entérale de 20cc/jour

Prise de poids

Bonne cicatrisation

Surveillance tolérance
(constipation / diarrhée / RGO /
nausées)

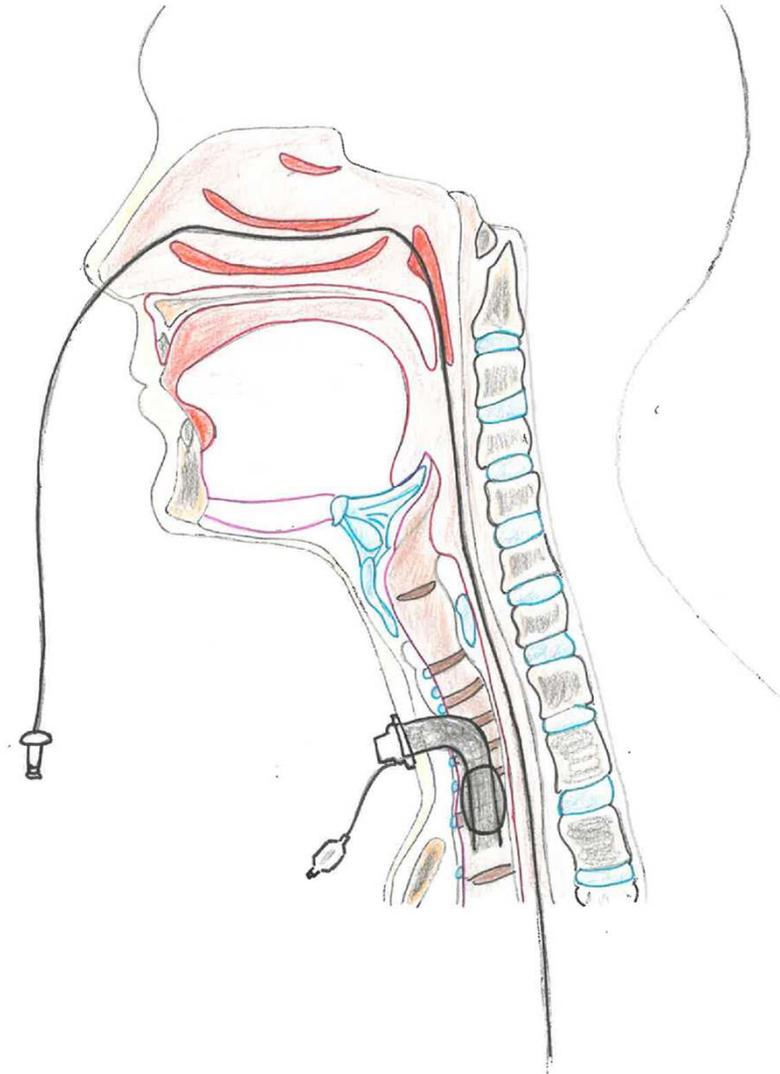


Schéma anatomique de profil avec SNG et canule à ballonnet dégonflé

Etape 3 : l'amélioration clinique

Retrait des lames cervicales
Méchage des orifices par alginate



Au niveau respiration :

Changement de canule avec diminution du calibre

Acte médical en collaboration avec IDE

Canule de trachéotomie SB (non fenêtrée) + clapet phonatoire

Surveillance tolérance

Patient moins sécrétant / aspi buccales et trachéales

Phonation possible

Au niveau déglutition :

Canule SB = moins de compression oesophagienne

Test de déglutition avec liquide ou alim teinté par naso-fibroskopie +/- VTPO

Si test concluant: reprise alimentation sécuritaire PO avec texture modifiée (eau fraîche ou pétillante) pour relancer le réflexe de déglutition + SNG en complément (Ingesta)

Si test mauvais: avis orthophoniste.

Pose de gastrostomie si évolution défavorable

Test de déglutition par nasofibroscopie et VTPO :



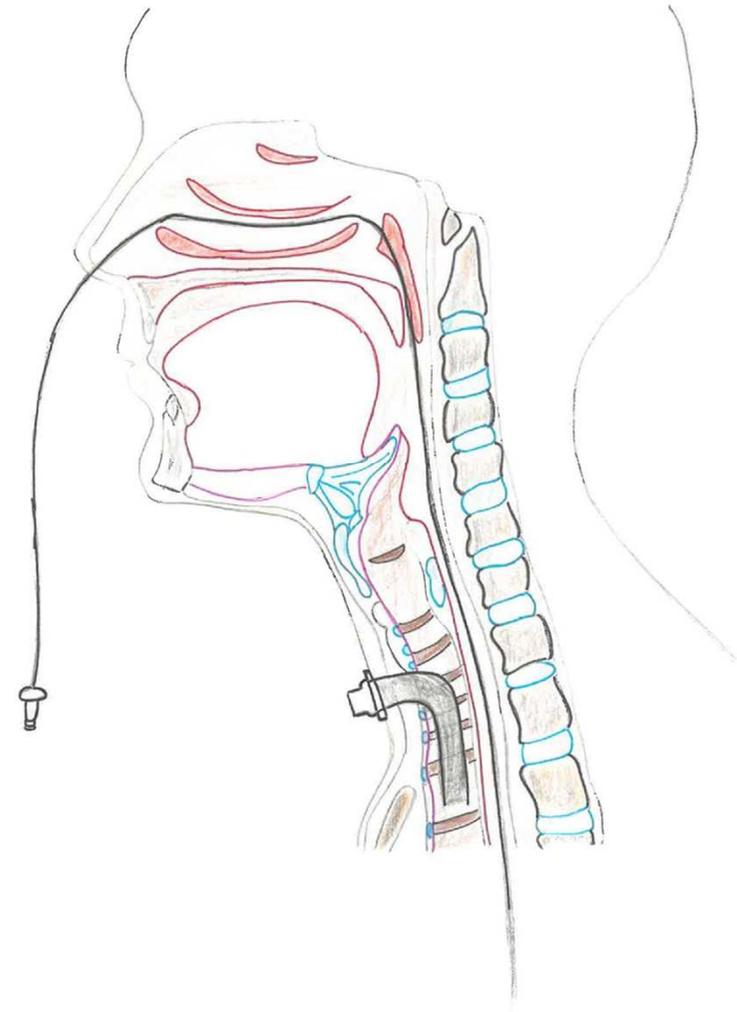


Schéma anatomique de profil avec SNG et canule sans ballonnet

Etape 4 : le sevrage

Au niveau respiration :

Canule SB bouchée 24h

Surveillance état clinique du patient (absence de tirage, coloration des téguments, saturation en O₂)

Au niveau déglutition :

Evaluation Ingesta par diététicien

Retrait SNG si alimentation PO suffisante

Normalisation progressive des textures alimentaires et liquides

Etape 5 : la décanulation

Cas clinique :

Cap aigu de l'infection passé

ATB PO

Bonne évolution cicatricielle des orifices cervicaux

Alimentation PO normale

Ablation de la canule de trachéotomie (matin, non veille de wk)

Etape 5 : la décanulation

J0 : décanulation, maintien des fils de rappel + matériel (canule propre, tripode...) si recanulation en urgence

J+1: retrait fils de rappel si aucune complication

Pansement compressif jusqu'à cicatrisation complète. Si retard, points sous AL

Pansement compressif quotidien :

Surveillances IDE du retard de cicatrisation:

- fuites air
- sécrétions
- bourgeons (nitrate d'Ag²⁺)

Etape 1 :

Protocole nettoyage savon doux en 3 temps



Etape 2 :

Application de strips en étoile sur orifice trachéal (rapprochement des berges, obturation fuites d'air)



Etape 3 :

Compresse stérile en pliée en 4
Pansement sec pour étanchéifier



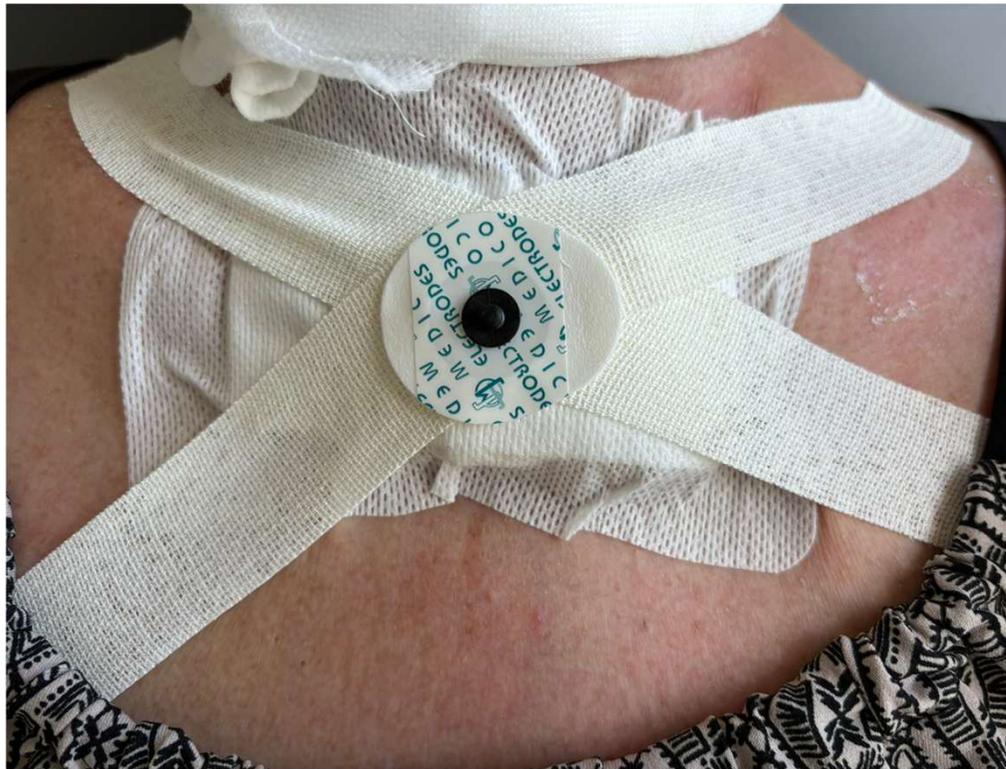
Etape 4 :

Bande de contention adhésive en croix pour obturation et compression de l'orifice trachéal



Etape 5 :

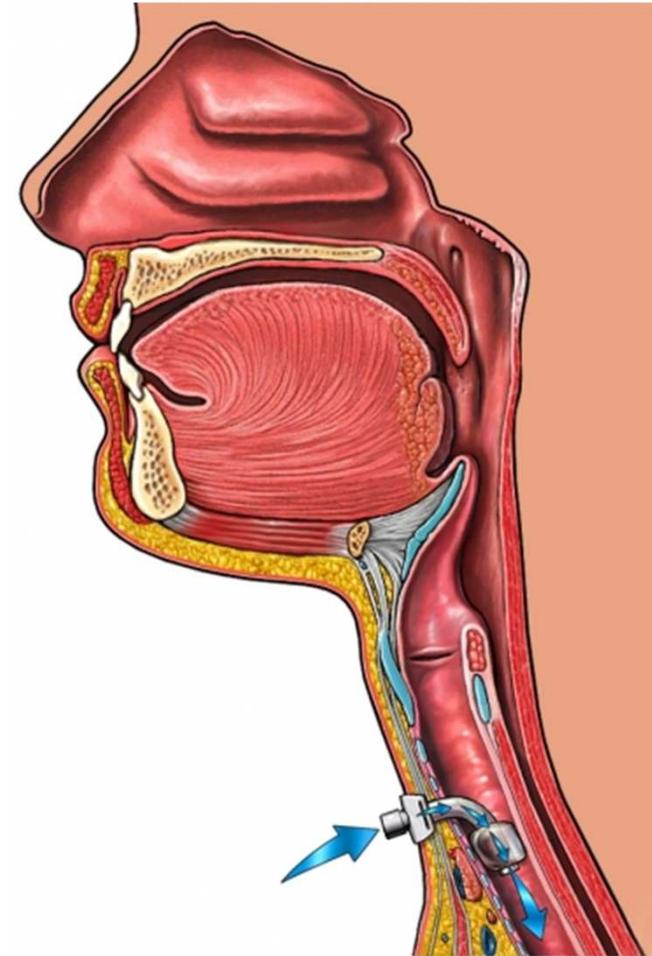
Mise en place d'une électrode ECG (pour repère de l'ancien orifice et éducation du patient)



Conclusion :

Trachéotomie et SNG court-circuitent les voies naturelles de la respiration, phonation et déglutition.

Processus de retour à la normalité progressif, dépendant des comorbidités (âge, diabète, perte de poids).



Merci de votre attention !