



TRACOE Kids

Solutions pour les soins de
trachéotomie en pédiatrie

Atos

Breathing-Speaking-Living
atosmedical.com



Enfants avec une trachéotomie

Lorsque l'on évoque les enfants et les adolescents qui ont besoin d'une trachéotomie, il est important de noter que les enfants ne sont pas des adultes en miniature.¹ Non seulement ils sont anatomiquement et physiologiquement différents des adultes, mais dès la naissance et jusqu'à l'âge adulte, ils sont confrontés à des changements et à un développement social, émotionnel, physique et cognitif.^{2,3} En outre, la raison de la trachéotomie peut être très différente de celle des adultes, par exemple la mise en place d'une trachéotomie en raison de problèmes pulmonaires et de la nécessité d'une ventilation après une naissance prématurée ou d'une obstruction des voies aériennes supérieures due à des malformations congénitales.^{4,5} La mise en place d'une trachéotomie à n'importe quel moment de la petite enfance et de l'enfance peut donc perturber les étapes du développement.

Comme le flux d'air est redirigé à travers la trachéotomie et contourne les voies aériennes supérieures, des fonctions physiologiques importantes telles que la voix (par exemple, pleurer, soupirer, rire, parler), la communication, la déglutition, la toux et le maintien peuvent être perturbées, ce qui est particulièrement important chez l'enfant qui développe ces compétences.⁶⁻¹⁰ Il est important de souligner que le système respiratoire et l'immunité d'un enfant se développent de la petite enfance à l'âge adulte et qu'ils sont donc plus sensibles aux infections et aux maladies respiratoires.^{11,12} En raison de la position de la trachéotomie à l'entrée des voies respiratoires inférieures et des poumons, les enfants courent un risque plus élevé d'infections respiratoires et d'hospitalisation. Il est donc essentiel d'améliorer la santé respiratoire pour minimiser ces conséquences.¹³⁻¹⁶

Lors des soins prodigués aux enfants ou aux adolescents ayant une trachéotomie, il est impératif que les dispositifs médicaux s'adaptent non seulement à l'évolution de leur taille et de leur croissance, mais qu'ils respectent également les dimensions et les proportions anatomiques changeantes de leurs voies respiratoires.^{3,17} Ces structures anatomiques sont très sensibles et risquent d'être endommagées par des manipulations et des pressions. La compression ou le frottement de la muqueuse trachéale par une canule, par exemple, peut provoquer une inflammation locale, des granulations ou d'autres traumatismes. Des lésions irréversibles et une sténose (rétrécissement des voies respiratoires) peuvent survenir si une canule est nécessaire pendant une période prolongée.^{17,18}

Il est nécessaire de prendre en compte la raison sous-jacente de la mise en place d'une trachéotomie ou des comorbidités associées, car elles peuvent avoir un impact sur la capacité de l'enfant ou de l'adolescent à atteindre un niveau optimal de santé et de bien-être physique, émotionnel ou cognitif.^{19,20} Les parents et les soignants reçoivent souvent une formation pour gérer les soins de leur enfant dans un cadre collectif, mettant en évidence les défis, l'impact et le " poids " de la trachéotomie.^{2,21} Toutefois, il est souligné que les enfants et les adolescents ayant une trachéotomie et leurs familles sont souvent décrits comme faisant preuve de résilience dans leur parcours depuis l'insertion de la trachéotomie jusqu'à la transition vers les soins à domicile et le retour à des routines familiales.^{22,23}



Canules de trachéotomie pour enfants

Les dimensions de la canule de trachéotomie, en particulier la longueur et le diamètre, changent en fonction de la croissance et du stade de développement de l'enfant ou de l'adolescent.^{3,5} La trachée du nourrisson peut ne mesurer que quelques centimètres de long et par conséquent, même de légères modifications en millimètres peuvent avoir un impact sur le positionnement et la mise en place de la trachéotomie, y compris la distance par rapport à la carène. Même chez l'enfant en pleine croissance, les modifications de la taille du trachéotome continuent à garantir l'optimisation du bien-être général de l'enfant.¹⁷





Plus ou moins longue

Pour les nourrissons ou les enfants dont l'espace cervical est réduit, qui contrôlent mal leur tête ou ayant besoin d'une ventilation, l'utilisation d'une canule de trachéotomie plus longue en position proximale peut être une bonne solution. Le connecteur ISO standard de 15 mm est placé en position proximale et est donc plus accessible. Ce positionnement permet d'éloigner les connecteurs du cou, du menton et de la stomie et de minimiser les risques de déconnexion des circuits de ventilation.¹⁷ Il peut également être plus facile de positionner des accessoires tels que des échangeurs de chaleur et d'humidité +/- filtration (HME / HMEF) ou des valves de phonation unidirectionnelles.¹⁷



Canules de trachéotomie Tracoe Silcosoft

Les structures anatomiques d'un enfant sont très sensibles et risquent d'être endommagées par la manipulation et la pression. La trachée d'un enfant est relativement étroite et très molle et par conséquent, de petites modifications peuvent avoir un impact important. Une canule souple, résistante au pliage mais douce ménage la muqueuse trachéale et la stomie elle-même.¹⁷

La canule de trachéotomie Tracoe Silcosoft est une canule en silicone souple et flexible destinée aux nouveaux-nés, aux nourissons et aux enfants. Elles sont posées avec un ballonnet à remplir d'eau ou sans ballonnet et avec ou sans extension proximale.

Les canules sont disponibles en longueur néonatale (30 - 36 mm) dans les tailles de 2,5 mm à 4,0 mm (diamètre intérieur) pour les nouveaux-nés et les nourissons et en longueur pédiatrique (38 - 46 mm) dans les tailles 2,5 mm à 5 pour les enfants et les jeunes.



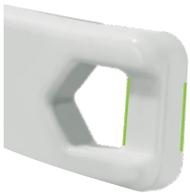
Renforcée en spirale

La canule de trachéotomie Tracoe Silcosoft est dotée d'un renfort en spirale intégré à la paroi de la canule. La spirale est fabriquée en nitinol et toutes les canules Silcosoft sont compatibles IRM sous conditions. L'enroulement de la spirale se termine avant l'extrémité de la canule, ce qui permet d'obtenir un embout souple.



Tracoe avec ballonnet à eau (H2O)

Un ballonnet sert de joint pour minimiser le passage des aliments aspirés, de la salive et/ou du contenu gastrique dans les voies respiratoires inférieures et pour optimiser les pressions pendant la ventilation.²⁴ Le ballonnet Tracoe H2O doit être rempli avec de l'eau stérile. Le remplissage avec d'autres liquides, par exemple du sérum physiologique ou du glucose, peut endommager le ballonnet.²⁵ Lorsque le ballonnet est dégonflé, il est plaqué à la canule de trachéotomie. La ligne de gonflage du ballonnet est intégrée dans le matériau de la paroi de la canule, ce qui minimise le risque de traumatisme ou d'endommagement de la muqueuse des voies respiratoires pédiatriques^{17,18,26}



Œillets renforcés

La canule Tracoe Silcosoft a une collerette légèrement incurvée avec des œillets renforcés. Ces œillets renforcés offrent une assurance supplémentaire, en particulier lorsqu'ils sont utilisés avec des colliers à fermeture auto-agrippante.



Variations des longueurs

Au fur et à mesure de la croissance et du développement de l'enfant ou du jeune enfant, les dimensions de la canule de trachéotomie, y compris sa longueur et son diamètre, s'adaptent. C'est pourquoi plusieurs variantes de longueur sont également disponibles.



Les obturateurs

Les canules Tracoe Silcosoft de longueur standard comprennent un obturateur en forme d'anneau. La poignée en forme d'anneau permet une manipulation intuitive de l'obturateur pour l'insertion de la canule, ce qui est particulièrement utile pour les canules de petite taille. Les canules Tracoe Silcosoft plus longues au niveau proximal et les variantes de longueur comprennent un obturateur métallique facilement identifiable grâce au capuchon orange avec un marquage clair pour l'orientation.

Code couleur

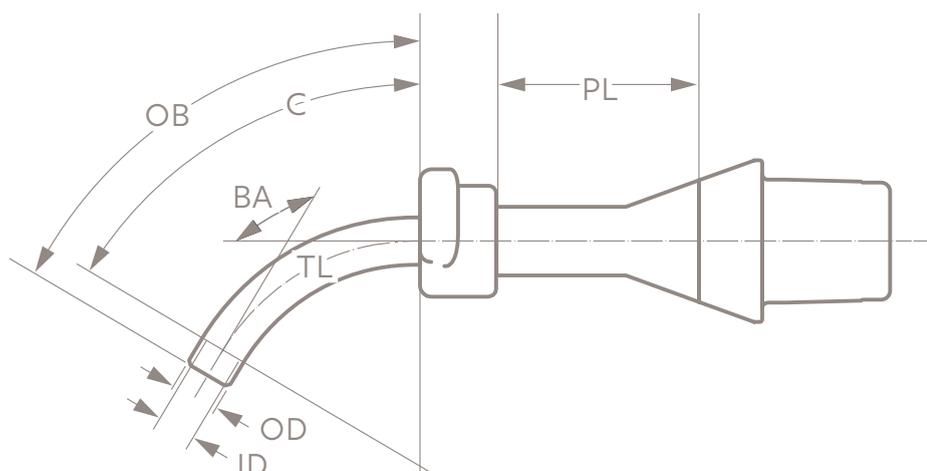
Les canules de longueur standard et longues sont identifiées par une impression bleue sur la collerette avec les variations de longueur et de diamètre. Les variantes de longueur sont identifiées par des informations imprimées en vert.

Tracoe Silcosoft pour les nouveau-nés et les nourrissons

Données techniques

Taille	ID	OD	C	TL	OB	BA	PL
	mm	mm	mm	mm	mm	Ø°	mm
2.5	2.5	4.4	26.8	30	32	120	15
3.0	3.0	4.9	28.0	32	34	120	17
3.5	3.5	5.4	29.0	34	37	120	20
4.0	4.0	6.0	29.0	36	39	120	22

ID : diamètre intérieur de la canule ; **OD** : diamètre extérieur de la canule ; **C** : longueur ; **TL** : longueur le long de la ligne médiane, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **OB** : longueur le long du coude extérieur, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **BA** : angle de courbure ; **PL** : longueur proximale



Pour des raisons de clarté, cette illustration montre des canules Tracoe Silcosoft proximales plus longues (REF 361 et REF 363).

Informations de commande

Ref.	Description	Tailles
REF 360	Tracoe Silcosoft Neo	2.5-4.0
REF 361	Tracoe Silcosoft Neo PL	2.5-4.0
REF 362	Tracoe Silcosoft Neo C	2.5-4.0
REF 363	Tracoe Silcosoft Neo PL-C	2.5-4.0

Inclus : Obturateur à anneau (canules standard) ou obturateur métallique (canules proximales plus longues), collier réglable, cale de déconnexion et carte d'information sur le produit avec deux étiquettes détachables.

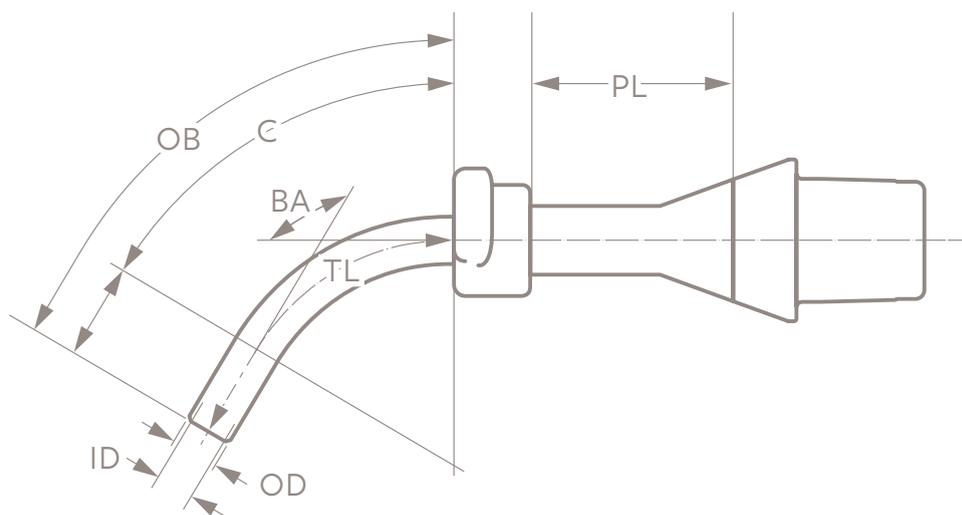
Pour commander, précisez : REF + Taille, par exemple REF 362-3.5

Tracoe Silcosoft pour les enfants

Données techniques

Taille	ID	OD	C	TL	OB	BA	PL
	mm	mm	mm	mm	mm	Ø°	mm
2.5	2.5	4.4	29.0	38	40	120	20
3.0	3.0	4.9	29.0	39	41	120	20
3.5	3.5	5.4	29.0	40	43	120	25
4.0	4.0	6.0	29.0	41	44	120	25
4.5	4.5	6.6	29.0	42	45	120	30
5.0	5.0	7.3	29.0	44	48	120	30
5.5	5.5	8.4	29.0	46	50	120	30

ID : diamètre intérieur de la canule ; **OD** : diamètre extérieur de la canule ; **C** : longueur ; **TL** : longueur le long de la ligne médiane, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **OB** : longueur le long du coude extérieur, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **BA** : angle de courbure ; **PL** : longueur proximale



Pour des raisons de clarté, cette illustration montre des canules Tracoe Silcosoft proximales plus longues (REF 371 et REF 373).

Informations de commande

Ref.no	Description	Available sizes
REF 370	Tracoe Silcosoft Ped	2.5-5.5
REF 371	Tracoe Silcosoft Ped PL	2.5-5.5
REF 372	Tracoe Silcosoft Ped C	2.5-5.5
REF 373	Tracoe Silcosoft Ped PL-C	2.5-5.5

Inclus : Obturateur à anneau (canules standard) ou obturateur métallique (canules proximales plus longues), collier réglable, cale de déconnexion et carte d'information sur le produit avec deux étiquettes détachables. Pour commander, précisez : REF + Taille, par exemple REF 371-4.0

TRACOE Mini



Les canules de trachéotomie Tracoe Mini

Les canules de trachéotomie Tracoe Mini, sont fabriquées en chlorure de polyvinyle (PVC) souple et ne contiennent pas de phtalate Di(2-éthylhexyle) (DEHP). Elles ne contiennent pas de métal et sont compatibles IRM sous conditions.

Les canules de trachéotomie Tracoe Mini sont disponibles en longueur néonatale (30-36 mm) dans des tailles (diamètre intérieur) de 2,5 mm à 4,0 mm pour les nouveau-nés et les nourrissons, et en longueur pédiatrique (32-62 mm) dans des tailles de diamètre intérieur de 2,5 mm à 6,0 mm pour les enfants et les adolescents.





Collerette

La canule de trachéotomie Tracoe Mini est dotée d'une collerette légèrement incurvée avec de grands œillets pour fixer le collier. Le dessous de la collerette est incliné afin d'optimiser l'ajustement du collier.



L'obturateur

La poignée en forme d'anneau permet une manipulation intuitive de l'obturateur pour l'insertion de la canule, ce qui est particulièrement utile pour les canules de petite taille.

Extension Tracoe Mini

Les jeunes enfants ayant un mauvais contrôle de la tête et/ou un cou réduit sont sujets à l'obstruction de la canule par leur menton. En connectant l'extension au connecteur de 15 mm de la canule de trachéotomie, la distance entre le connecteur et le cou de l'enfant est augmentée.⁸ L'espace mort est augmenté d'environ 3,5 à 4 ml (cm³). S'adapte à toutes les canules pour enfant jusqu'à un diamètre intérieur de 6 mm.



Informations de commande

Réf.	Description	Qté
REF 356	Tracoe Mini Extension piece	1 pc

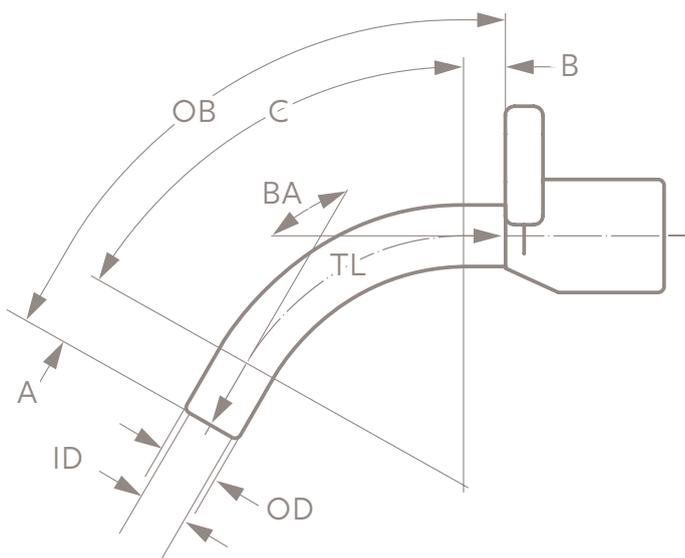
Comprend : Cale de déconnexion

Tracoe Mini pour les nouveau-nés et les nourrissons

Données techniques

Taille	ID	OD	A	C	B	TL	OB	BA
	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°
2.5	2.5	3.6	6	22	2	30	32	120
3.0	3.0	4.3	7	23	2	32	34	120
3.5	3.5	5.0	8	23	3	34	37	120
4.0	4.0	5.6	9	24	3	36	40	120

ID : diamètre intérieur de la canule ; **OD** : diamètre extérieur de la canule ; **C** : longueur ; **TL** : longueur le long de la ligne médiane, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **OB** : longueur le long du coude extérieur, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **BA** : angle de courbure ; **PL** : longueur proximale



Informations de commande

Réf.	Description	Tailles
REF 350	Tracoe Mini Neo	2.5-4.0

Inclus : Obturateur à anneau, collier réglable et carte d'information sur le produit avec deux étiquettes détachables.

Pour commander, précisez : REF + Taille, **par exemple REF 350-3.5**

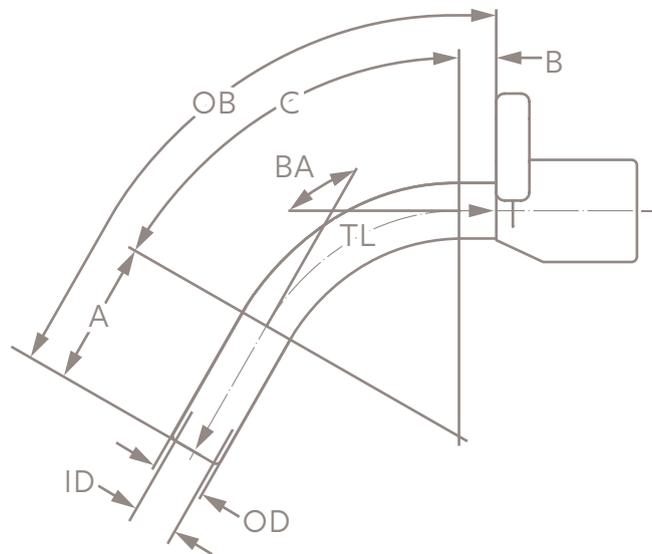
Des variantes de longueur sont disponibles. Veuillez contacter votre responsable régional pour plus d'informations.

Tracoe Mini pour enfants

Données techniques

Taille	ID	OD	A	C	B	TL	OB	BA
	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	°
2.5	2.5	3.6	8	22	2	32	34	120
3.0	3.0	4.3	10	24	2	36	39	120
3.5	3.5	5.0	12	25	3	40	43	120
4.0	4.0	5.6	14	27	3	44	48	120
4.5	4.5	6.3	16	28	4	48	52	120
5.0	5.0	7.0	18	28	4	50	55	120
5.5	5.5	7.6	20	30	5	55	60	120
6.0	6.0	8.4	22	35	5	62	67	120

ID : diamètre intérieur de la canule ; **OD** : diamètre extérieur de la canule ; **C** : longueur ; **TL** : longueur le long de la ligne médiane, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **OB** : longueur le long du coude extérieur, du début de la collerette à l'extrémité de la canule ; **BA** : angle de courbure ; **PL** : longueur proximale



Informations de commande

Réf.	Description	Tailles
REF 355	Tracoe Mini Ped	2.5-6.0

Inclus : Obturateur à anneau, collier réglable et carte d'information sur le produit avec deux étiquettes détachables.

Pour commander, précisez : REF + Taille, **par exemple REF 355-3.5**

Des variantes de longueur sont disponibles. Veuillez contacter votre responsable régional pour plus d'informations.



L'impact d'une trachéotomie sur l'humidification et la filtration

Une trachéotomie contourne les voies aériennes supérieures et, lorsque l'on respire à travers une canule de trachéotomie, les fonctions importantes et naturelles d'humidification et de filtration sont en grande partie perdues, La trachéotomie crée une porte d'entrée ouverte pour l'air ambiant, les virus, les bactéries et autres particules fines en suspension dans l'air et les agents pathogènes, qui pénètrent directement dans la trachée et les poumons (voies respiratoires inférieures).

Les enfants ayant subi une trachéotomie présentent un risque plus élevé d'infections respiratoires.^{11,12,14} Cela est dû au fait que les voies buccales et nasales, naturellement protectrices, sont court-circuitées, ce qui permet aux micro-organismes de pénétrer plus facilement dans les voies respiratoires inférieures. Il est également reconnu que l'utilisation prolongée d'une canule de trachéotomie peut irriter la

muqueuse de la trachée, ce qui augmente encore le risque d'infection.^{13,27}

Le recours prolongé à la trachéotomie a été associé à la colonisation de micro-organismes tels que *Pseudomonas* et *Staphylococcus*.^{16,25,28}

La pneumonie bactérienne est la raison la plus fréquente d'hospitalisation chez les enfants trachéotomisés.⁶

L'utilisation d'échangeurs de chaleur et d'humidité (ECH) par les patients trachéotomisés optimise les qualités de chaleur et d'humidité de l'air inspiré et améliore donc la fonction pulmonaire. L'optimisation de l'humidification et de la chaleur de l'air inspiré entraîne une diminution de la viscosité des sécrétions de mucus, une réduction de l'irritation due à la sécheresse des voies respiratoires, une réduction de la toux et une amélioration des fonctions respiratoires.^{5,25,29-32}

Freevent XtraCare Mini

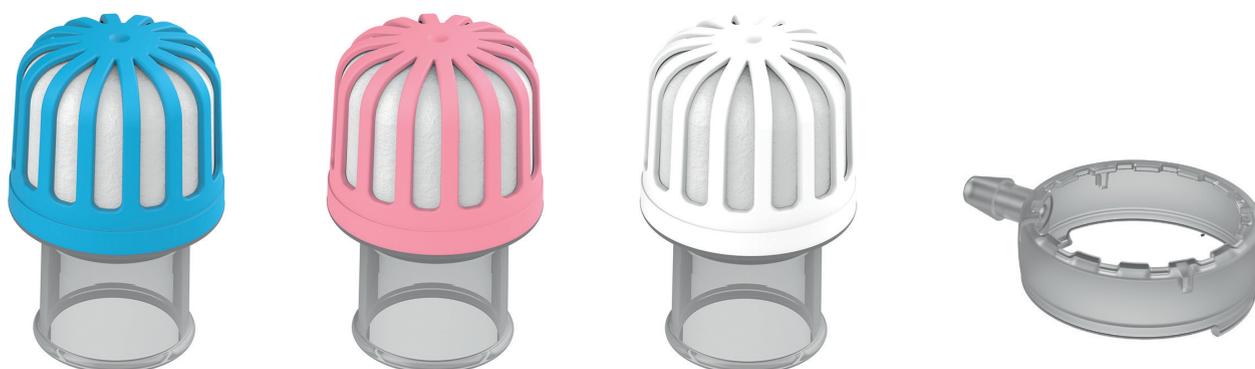
Le Freevent XtraCare Mini HMEF combine un ECH avec un filtre électrostatique qui permet de réduire l'inhalation de particules en suspension dans l'air contenant des virus et des bactéries. Il est destiné à une utilisation quotidienne jusqu'à 24 heures* et offre une protection avec une efficacité de filtration de plus de 98 %.^{29,30**}

L'air inspiré est à la fois humidifié et filtré, tandis que l'air expiré est filtré, protégeant ainsi les personnes se trouvant dans l'environnement direct du patient, comme les professionnels de santé et la famille. XtraCare Mini est destiné aux patients pédiatriques respirant spontanément par leur trachéotome.

Son design compact est adapté aux patients pédiatriques et équipé d'un connecteur transparent pour faciliter la surveillance des sécrétions. Il est compatible avec les connecteurs de 15 mm et peut être associé au Freevent O₂ Adaptor Mini pour administrer de l'oxygène supplémentaire. XtraCare Mini est recommandé pour les enfants dont le volume courant est compris entre 30 et 250 ml, soit environ 7 à 30 kg.

Freevent XtraCare Mini offre :

- Une bonne humidification
- Une filtration efficace des bactéries >99%**^{29**}
- Une filtration efficace des virus >98%^{30**}



Informations de commande

Réf.	Description	Qté
8008	Freevent XtraCare Mini White	5 pcs
8004	Freevent XtraCare Mini White	30 pcs
8005	Freevent XtraCare Mini Blue	30 pcs
8006	Freevent XtraCare Mini Pink	30 pcs
8007	Freevent O2 Adaptor Mini	10 pcs

* Tous les ECH doivent être régulièrement contrôlés / changés s'ils sont souillés, s'ils tombent ou s'ils sont bouchés.

** Remarque : les agents pathogènes pouvant pénétrer dans le corps humain et en ressortir par d'autres voies (telles que la bouche, le nez et les yeux), Freevent XtraCare Mini ne peut en aucun cas garantir une protection totale. Veuillez lire le mode d'emploi pour obtenir des conseils.





TrachPhone

Le TrachPhone est un ECH plus léger qui offre une bonne humidification avec une option supplémentaire pour l'aspiration et l'oxygénothérapie. Il dispose également d'une valve de phonation qui peut aisément être obstruée avec le doigt pour la phonation. Après avoir relâché le doigt, la valve s'ouvre automatiquement.

Le port d'aspiration à l'intérieur du TrachPhone permet le passage d'une sonde d'aspiration sans retirer la prothèse phonatoire pour permettre la gestion des sécrétions.³³

Le TrachPhone peut être utilisé chez les enfants et les adolescents de plus de 10 kg.

Il peut également aider les enfants qui ont été jugés capables d'utiliser en toute sécurité une prothèse phonatoire unidirectionnelle, mais qui préfèrent fermer leur trachéotomie avec leur doigt. L'enfant ou l'adolescent peut apprendre à appuyer doucement sur la prothèse phonatoire pour la fermer et permettre à l'air de circuler dans le larynx pour émettre des sons et parler. Cela réduit le risque d'infection qui peut survenir en cas d'occlusion du doigt directement sur l'embase de la trachéotomie.

Informations de commande

Réf.	Description	Qté
7723	TrachPhone	5 pcs
7707	TrachPhone	30 pcs
7704	TrachPhone	50 pcs



Valves de phonation unidirectionnelles

La mise en place d'une trachéotomie peut avoir un impact sur diverses fonctions des voies aériennes supérieures, par exemple la voix (rire, soupir, cri, parole), la toux et la déglutition.⁶⁻¹⁰

L'utilisation de valves de phonation unidirectionnelles chez des enfants et des adolescents sélectionnés de manière appropriée peut optimiser les fonctions des voies aériennes supérieures et donc le développement, y compris la parole, le langage et la communication, le maintien du tronc, etc.^{34,36}, ainsi qu'accélérer la décannulation dans les cas appropriés.³⁷

Il est recommandé que l'état de préparation d'un enfant à l'utilisation d'une valve de phonation unidirectionnelle soit évalué par une équipe pluridisciplinaire et comprenne une évaluation fonctionnelle des voies aériennes supérieures.³⁴⁻³⁶ L'enfant ou l'adolescent doit être stable sur le plan respiratoire, ne pas souffrir d'infection et présenter des voies aériennes supérieures perméables. La mobilité des cordes vocales est également essentielle pour optimiser les fonctions. Le diamètre de la canule de trachéotomie doit laisser suffisamment d'espace libre pour permettre la circulation de l'air vers le haut et à travers la boîte vocale (larynx).

Par conséquent, pour optimiser le succès de la mise en place d'une valve phonatoire unidirectionnelle, il peut être nécessaire de réduire la taille de la canule de trachéotomie.^{17,36}

Lorsqu'une valve unidirectionnelle est mise en place, l'enfant ou l'adolescent inspire par la trachéotomie et doit ensuite expirer en passant autour de la canule de trachéotomie, en remontant par la boîte vocale et en sortant par la bouche et le nez. Lorsque le flux d'air est restitué aux voies aériennes supérieures, non seulement les fonctions mentionnées peuvent être rétablies, mais l'odorat, le goût et la gestion des sécrétions peuvent également être améliorés.³⁷

Lorsqu'une valve phonatoire unidirectionnelle est en place, la résistance expiratoire est considérablement plus élevée par rapport à la respiration à travers un canule de trachéotomie ouverte. Sans modification supplémentaire de la valve permettant de passer d'une canule de trachéotomie ouverte ou d'un ECH à une valve unidirectionnelle fermée, l'utilisation d'une valve unidirectionnelle réglable permettant une expiration par des ouvertures latérales réglables peut améliorer la tolérance.³⁸⁻⁴⁰



Tracoe Phon Assist I

Tracoe Phon Assist est une valve phonatoire unidirectionnelle à deux ouvertures latérales réglables. En tournant la partie externe de la valve, l'ouverture peut être modifiée et peut avoir un impact sur la résistance en fonction des capacités et des besoins de l'enfant. Lorsque le côté est ouvert au maximum ou partiellement, l'expiration peut alors avoir lieu, le flux d'air restant passant autour de la canule et à travers les voies aériennes supérieures.

La possibilité de modifier la résistance de la valve unidirectionnelle permet d'offrir des options thérapeutiques et de réhabiliter la boîte vocale et les

voies aériennes supérieures, par exemple pour le sevrage de la ventilation, la stimulation de la boîte vocale pour des fonctions telles que la toux, la région oropharyngée pour l'odorat et le goût, et la production de la voix pour le rire, le soupir et la parole.

Phon Assist existe en deux couleurs, à savoir transparent et orange, avec ou sans port d'alimentation en oxygène. La valve unidirectionnelle orange peut permettre de mieux se rendre compte que la valve est en place. Phon Assist I a une durée de vie allant jusqu'à 6 mois.

Informations de commande

Réf.	Description	Qté
REF 650-T	Tracoe Phon Assist I	1 pc
REF 650-TO	Tracoe Phon Assist I O2	1 pc*
REF 650-TO-5	Tracoe Phon Assist I O2	5 pcs*
REF 650-TO-C	Tracoe Phon Assist I orange O2	1 pc*
REF 650-TO-C-5	Tracoe Phon Assist I orange O2	5 pcs*

*Inclus : adaptateur pour l'alimentation en oxygène



Les essentiels

Certains produits essentiels jouent un rôle important dans les soins du trachéotome. Notre assortiment pédiatrique comprend un collier et des pansements. Ils aident à vivre au quotidien avec une canule de trachéotomie.

Collier Freevent deux pièces

Collier réglable permettant une application simple grâce à la fixation de marque VELCRO® conçue pour assurer un positionnement sûr des canules. Ce collier est fabriqué en mousse souple et présente des bords arrondis pour plus de confort. Il permet une mise en place facile, ce qui est également utile pour les changements d'urgence et pour faciliter les changements lorsqu'une personne s'occupe de l'enfant.⁷

Informations de commande

Réf.	Description	Larguer	Longueur	Qté
1652	Freevent Neckband Two-piece S	Approx 2.0 cm	Minimale : 23 cm Maximale : 40cm	10 pcs



Compresse Tracoe Purofoam

La compresse Purofoam peut être utilisée pour le soin des plaies de trachéotomie récentes ou irritées, ainsi que pour couvrir les zones cicatrisées mais suintantes. Les compresses sont conformes aux principes du traitement des plaies humides et comprennent une fente en zigzag orientée vers le bas pour minimiser le retrait accidentel de la compresse.

Tracoe Purofoam est composé d'une mousse de polyuréthane absorbante à pores ouverts (a). La couche inférieure du pansement près de la peau (b) permet l'absorption des liquides, y compris des sécrétions, au cœur de la compresse (a). La couche superficielle empêche les fuites de sécrétions vers l'extérieur et réduit la contamination bactérienne (c). Les compresses sont stériles et emballées individuellement.

Informations de commande

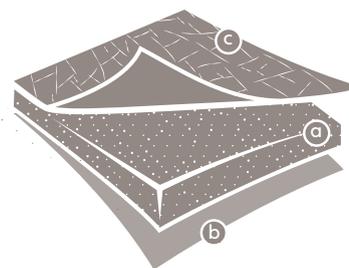
Réf.	Description	Taille	Qté
REF 959	Tracoe Purofoam Compress Small	6.5 x 6.3 x 0.5 cm	10 pcs

Compresse Tracoe

Une compresse trachéale pour le rembourrage entre le trachéotome et la canule, permettant l'absorption des sécrétions. La compresse comporte une fente en zigzag orientée vers le bas pour minimiser le risque de retrait accidentel.

Informations de commande

Réf.	Description	Taille	Qté
REF 961	Tracoe Compress Slit Kids	6.5 x 6.3 cm	10 pcs



Références

1. Edwards L, McRae J. Transitions in tracheostomy care: from childhood to adulthood. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. 2023; 10-1097.
2. Nakarada-Kordic I, Patterson N, Wrapson J, Reay SD. A systematic review of patient and caregiver experiences with a tracheostomy. *Patient*. 2018 Apr;11(2):175-191.
3. Watters K. Tracheostomy in infants and children. *Pediatric tracheostomy*. *Respiratory Care*. 2017; Vol. 62(6):803.
4. Fuller C, Wineland AM, Richter GT. Update on pediatric tracheostomy: indications, technique, education, and decannulation. *Current Otorhinolaryngology Reports*. 2021; 9:188-199.
5. Okonkwo I, Cochrane L, Fernandez E. Perioperative management of a child with a tracheostomy. *BJA education*. 2020; 20(1):18.
6. Pullens B, Streppel M. Swallowing problems in children with a tracheostomy. In *Seminars in Pediatric Surgery*. WB Saunders. 2021 June; 30(3):151053.
7. DeMauro SB, D'Agostino JA, Bann C, Bernbaum J, Gerdes M, Bell EF, et al. & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Developmental outcomes of very preterm infants with tracheostomies. *The Journal of pediatrics*. 2014; 164(6):1303-1310.
8. Hess DR. Facilitating speech in the patient with a tracheostomy. *Respiratory Care*. 2005; 50(4):519-525.
9. Kraemer R, Plante E, Green GE. Changes in speech and language development of a young child after decannulation. *Journal of communication disorders*. 2005; 38(5):349-358.
10. Jiang D, Morrison GAJ. The influence of long-term tracheostomy on speech and language development in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2003; 67:S217-S220.
11. Sinha SK. The Respiratory System: Development and Physiology in the Neonate. In *Clinical Anesthesia for the Newborn and the Neonate*. Singapore: Springer Nature Singapore. 2023; 205-224.
12. Torres A, Cilloniz C, Niederman MS, et al. Pneumonia. *Nat Rev Dis Primers*. 2021; 7(25).
13. Powell J, Powell S, Mather MW, et al. Tracheostomy in children is associated with neutrophilic airway inflammation. *Thorax*. 2023; 78:1019-1027.
14. Morrison JM, Hassan A, Kysh L, Dudas RA, Russell CJ. Diagnosis, management, and outcomes of pediatric tracheostomy-associated infections: A scoping review. *Pediatric pulmonology*. 2022; 57(5):1145-1156.
15. Gipsman A, Prero M, Toltzis P, Craven D. Tracheobronchitis in children with tracheostomy tubes: Overview of a challenging problem. *Pediatric Pulmonology*. 2022; 57(4):814-821.
16. Zhu H, Das P, Roberson DW, Jang J, Skinner ML, Paine M, et al. Hospitalizations in Children with Preexisting Tracheostomy: A National Perspective. *The Laryngoscope*. 2014
17. Tweedie DJ, Cooke J, Stephenson KA, Gupta SL, Pepper CM, Elloy MD, et al. Paediatric tracheostomy tubes: recent developments and our current practice. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2018; 132(11):961-968.
18. Muller RG, Mamidala MP, Smith SH, Smith A, Sheyn A. Incidence, Epidemiology, and Outcomes of Pediatric Tracheostomy in the United States from 2000 to 2012. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2019; 160(2):332-338.
19. Canning J, Mills N, Mahadevan M. Pediatric tracheostomy decannulation: When can decannulation be performed safely outside of the intensive care setting? A 10 year review from a single tertiary otolaryngology service. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020 Jun;133:109986.
20. Flanagan F, Healy F. Tracheostomy decision making: From placement to decannulation. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019 Oct;24(5):101037.
21. Gursoy TR, Eyuboglu TS, Aslan AT, Pekcan S, Buyukkaya EZ, Hangul M, et al. The associations between the clinical course of children with tracheostomy and their mothers' depression, burnout, burden, and self-esteem. *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(13-14):3412-3420.

22. Hall N, Rousseau N, Hamilton DW, Simpson AJ, Powell S, Brodli M, et al. Providing care for children with tracheostomies: a qualitative interview study with parents and health professionals. *BMJ open*. 2023; 13(1):e065698.
23. Flynn A, Whittaker K, Donne AJ, Bray L, Carter B. Feeling stretched: parents' narratives about challenges to resilience when their child has a tracheostomy. *Journal of Child Health Care*. 2023; 13674935231169409.
24. Hess DR, Altobelli NP. Tracheostomy Tubes Discussion. *Respiratory Care*. 2014; 59(6):956- 973.
25. Volsko TA, Parker SW, Deakins K, Walsh BK, Fedor KL, Valika T, et al. AARC Clinical Practice Guideline: management of pediatric patients with tracheostomy in the acute care setting. *Respiratory care*. 2021; 66(1):144-155.
26. RP1, Myers C, Rutter MJ, et al. Prevention of tracheostomy-related pressure ulcers in children. *Pediatrics*. 2012; 129(3):e792-7.
27. Tan CY, Chiu NC, Lee KS, Chi H, Huang FY, Huang DTN, et al. Respiratory tract infections in children with tracheostomy. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2020; 53(2):315-320.
28. Cline JM, Woods CR, Ervin SE, Rubin BK, Kirse DJ. Surveillance tracheal aspirate cultures do not reliably predict bacteria cultured at the time of an acute respiratory infection in children with tracheostomy tubes. *Chest*. 2012; 141(3):625-631.
29. Nelson Laboratories. Bacterial Filtration Efficiency (BFE) GLP Report. Salt Lake City, USA. Available on request from Atos Medical.
30. Nelson Laboratories. Viral Filtration Efficiency (VFE) GLP Report. Salt Lake City, USA. Available on request from Atos Medical.
31. de Kleijn BJ, van As-Brooks CJ, Wedman J, van der Laan BFAM. Clinical feasibility study of protrach dualcare a new speaking valve with heat and moisture exchanger for tracheotomized patients. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2017 Nov 27;2(6):453-458.
32. Vitacca M, Clini E, Foglio K, Scavini S, Marangoni S, Quadri A, Ambrosino N. Hygroscopic condenser humidifiers in chronically tracheostomized patients who breathe spontaneously. *Eur Respir J*. 1994 Nov;7(11):2026-32.
33. National Tracheostomy Safety Project (NTSP); 2021. Available from: <https://www.tracheostomy.org.uk>
34. Bösch E, Wendt A, Müller-Stöver S, Piechnik L, Fuchs H, Lund M, et al. & Working Group on Chronic Respiratory Insufficiency in the German speaking society of Pediatric Pulmonology. Tracheostomy decannulation in children: a proposal for a structured approach on behalf of the working group chronic respiratory insufficiency within the German-speaking society of pediatric pulmonology. *European Journal of Pediatrics*. 2023; 1-8.
35. Bonvento B, Wallace S, Lynch J, Coe B, McGrath BA. Role of the multidisciplinary team in the care of the tracheostomy patient. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017; 391-398.
36. Zabih W, Holler T, Syed F, Russell L, Allegro J, Amin R. The use of speaking valves in children with tracheostomy tubes. *Respiratory care*. 2017; 62(12):1594-1601.
37. Kam K, Patzelt R, Soenen R. Pediatric tracheostomy speaking valves: A multidisciplinary protocol leads to earlier initial trials. *Journal of Child Health Care*. 2023; 27(3):386-394.
38. Greene ZM, Davenport J, Fitzgerald S, Russell JD, McNally P. Tracheostomy speaking valve modification in children: A standardized approach leads to widespread use. *Pediatric Pulmonology*. 2019; 54(4):428-435.
39. Buckland A, Jackson L, Ilich T, Lipscombe J, Jones G, Vijayasekaran S. Drilling speaking valves to promote phonation in tracheostomy-dependent children. *The Laryngoscope*. 2012; 122(10):2316-2322.
40. Brigger MT, Hartnick CJ. Drilling speaking valves: a modification to improve vocalization in tracheostomy dependent children. *The Laryngoscope*. 2009; 119(1):176-179.

Siège Social France :

Atos Medical SAS
82 rue des Meuniers, 92220 Bagneux, France
Tél. : +33 (0) 1 49 08 01 00 Email : info.fr@atosmedical.com

Fabricant :

Tracoe Medical GmbH
Reichelsheimer Straße 1/3
55268 Nieder-Olm, Allemagne

Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Dispositifs médicaux de classe II b, fabricant du D.M. : Tracoe. Organisme notifié : TÜV SÜD Product Service GmbH (0123). Lire attentivement les instructions figurant dans les notices et sur les étiquettes avant utilisation. Manuels d'utilisation disponibles sur www.atosmedical.fr Les informations contenues dans ce document ne remplacent pas les instructions d'utilisation des produits présentés.

© Coloplast A/S. Tous droits réservés. Atos et le logo Atos Medical sont des marques déposées de Coloplast A/S.

Atos

Breathing-Speaking-Living
atosmedical.com