

Gestion des voies d'abord de nutrition entérale au domicile et en établissements de santé pour les patients atteints de cancer

Validé 17/06/2022

SOMMAIRE

Préambule	4
Rappel : anticiper, prévenir	5
Evaluation de l'état nutritionnel / évaluation des besoins protéino-énergétiques / évaluation des ingesta	6
Les différentes voies d'abord	7
Voie nasodigestive	
Contre indication des voies d'abord de nutrition entérale – SNG	9
Voie nasodigestive - Sonde nasogastrique	10
Voie nasodigestive - Sonde nasojejunale	11
Gastrostomie	12
Contre indication des voies d'abord de nutrition entérale – gastrostomie et jéjunostomie	13
Gastrostomie par méthode Introducer	14
Antalgique et Gastrostomie	16
Gastrostomie en pull-out	17
Gastrostomie chirurgicale	19
Gastrojéjunostomie	21
Jéjunostomie	22
Jéjunostomie par voie radiologique	23
Jéjunostomie par voie endoscopique	25
Jéjunostomie par voie chirurgicale	27
Complications sur les voies d'abord	28
Altérations de l'état cutané	36
Situations particulières	39
Annexes	44
Avantages et inconvénients bouton/sonde de gastrostomie	45
Modèles de prescription	46
Cas clinique	50
Cadre réglementaire	57
Bibliographie	59

CONTRIBUTEURS

Coordination

BUIRET Guillaume (chirurgien ORL, Valence)

Coordination méthodologique

LABROSSE CANAT Hélène (pharmacien, chef de projets, Lyon)

Membres du groupe de travail

ALLIROL Françoise (IDE nutrition, HCL); **BAILLY Sébastien** (oncohématologue, CHU Clermont Ferrand); **BERGOIN Charlotte** (gastroentérologue, HCL); **BIGEARD CHEVALLAY Charlène** (IDE, Centre Léon Bérard); **BOIS Pascaline** (diététicienne, Centre Léon Bérard); **BRUNET Majid** (chef de projets, Réseau ONCO AURA); **BUIRET Guillaume** (chirurgien ORL, Valence); **CASSINOTTO Christophe** (radiologue, CHU Montpellier); **FARIGON Nicolas** (médecin nutritionniste, CHU Clermont Ferrand); **FLORI Nicolas**, (médecin nutritionniste, ICM Montpellier); **FUNK-DEBLEDS Pamela** (gastroentérologue, Centre Léon Bérard); **GOTTELAND Dominique** (IDEL); **GUILLERMET Anne** (pharmacien, CH Valence); **LABROSSE Hélène** (pharmacien chef de projets, réseau ONCO AURA); **MEBARKI Lila** (IDE nutrition, HCL); **NOUVELLON Angeline** (médecin nutritionniste, CH Annecy Genevois); **PELLEGRINI Violette** (diététicienne, CH Annecy Genevois); **STELLET Audrey** (IDE, CH Bourg en Bresse); **THIBAUT Ronan** (médecin nutritionniste, CHU Rennes)

Relecteurs

AZRIA Séverine; **BEAL Sophie**; **BIRONIEN Line**; **BOUTELOUP Corinne**; **BUTTEZ Thierry**; **CHABROT Pascal**; **CHANEL Dominique**; **CHAUVENET Marion**; **CHELGOUM Maria**; **CROISSANT Anthony**; **DE LA FOUCHARDIERE Christelle**; **DUPRE Aurélien**; **DURANDO Xavier**; **FONTAINE DELARUELLE Clara**; **GALVAING Géraud**; **GEOFFROY Nathalie**; **GODENIR Boris**; **GUILLET Laurence**; **HERREMAN Chloé**; **LECLERE CONDIS Bénédicte**; **LEMARECHAL Gaëlle**; **LOUVEL Marie**; **MAGNET Marc**; **MASTROIANNI Bénédicte**; **MONTMAYEUR JEANNIN Gaëlle**; **PERCHE Laetitia**; **PERROT Marie Josée**; **PLESSIS Lau ra**; **ROUX Pascale**; **RIGHINI Christian Adrien**; **TISSANDIER Olivier**; **WROBEL Marie**

Approbateurs (participants plénière 17/06/2022)

ALBACETE Ana Carolina (Psychologue, Thonon-les-bains), **BAUCHETET Chantal** (Cadre de santé, Paris); **BAUGUIL Audrey** (Pharmacien, Paray Le Monial); **BREHON Mathias** (Médecin, Villeurbanne); **BRUNET Majid** (Méthodologiste, Lyon); **BUSSIÈRE Eugénie** (Pharmacien, Cranves-Sales); **DELMAS Vanessa** (Médecin, Paris); **DULAC Morgane** (Pharmacien, Marseille); **EYSSETTE Carine** (Pharmacien, Paray Le Monial); **FOULHY catherine** (Sage-femme, Clermont-Ferrand); **GAUTHERON Laura** (Chargée de projets, Lyon); **HUDRY Sandrine** (Infirmière, Annemasse); **HUET Soline** (Pharmacien, Limoges); **LABROSSE Hélène** (Pharmacien, Lyon); **MARION Annyck** (Médecin, Chambéry); **MIOUX Lisa** (Pharmacien, Aix-les-Bains); **MORY Jean-Eudes** (Pharmacien, Valence); **MOULIN Coralie** (Pharmacien, Grenoble); **MOURGUES Albin** (Pharmacien, Bagnols-sur-Ceze); **PERNEA Mariana** (Médecin, Annonay); **PREAUBERT-SICAUD Christine** (IDE, Caylus); **TABARY Florence** (Pharmacien, Montpellier)

Préambule

Les objectifs de ce référentiel sont de :

- **Décrire les soins et prises en charge en établissements de santé ainsi qu'au domicile des patients atteints de cancer et porteurs d'une voie d'abord de nutrition entérale**
- **Décrire les responsabilités professionnelles et le cadre réglementaire des soins pouvant être pratiqués dans ces situations quand ceux-ci sont disponibles**
- **Les détails des techniques de pose des voies d'abord ne sont pas abordés dans le référentiel.**

Ce référentiel s'adresse à tous professionnels intervenant dans les parcours de soins de patients atteints de cancer et porteurs d'une voie d'abord de nutrition entérale.

Rappels

Anticiper, prévenir

En prévention :

↳ **Vigilance particulière recommandée pour la prévention et le repérage de la dénutrition tout au long du parcours de soin**

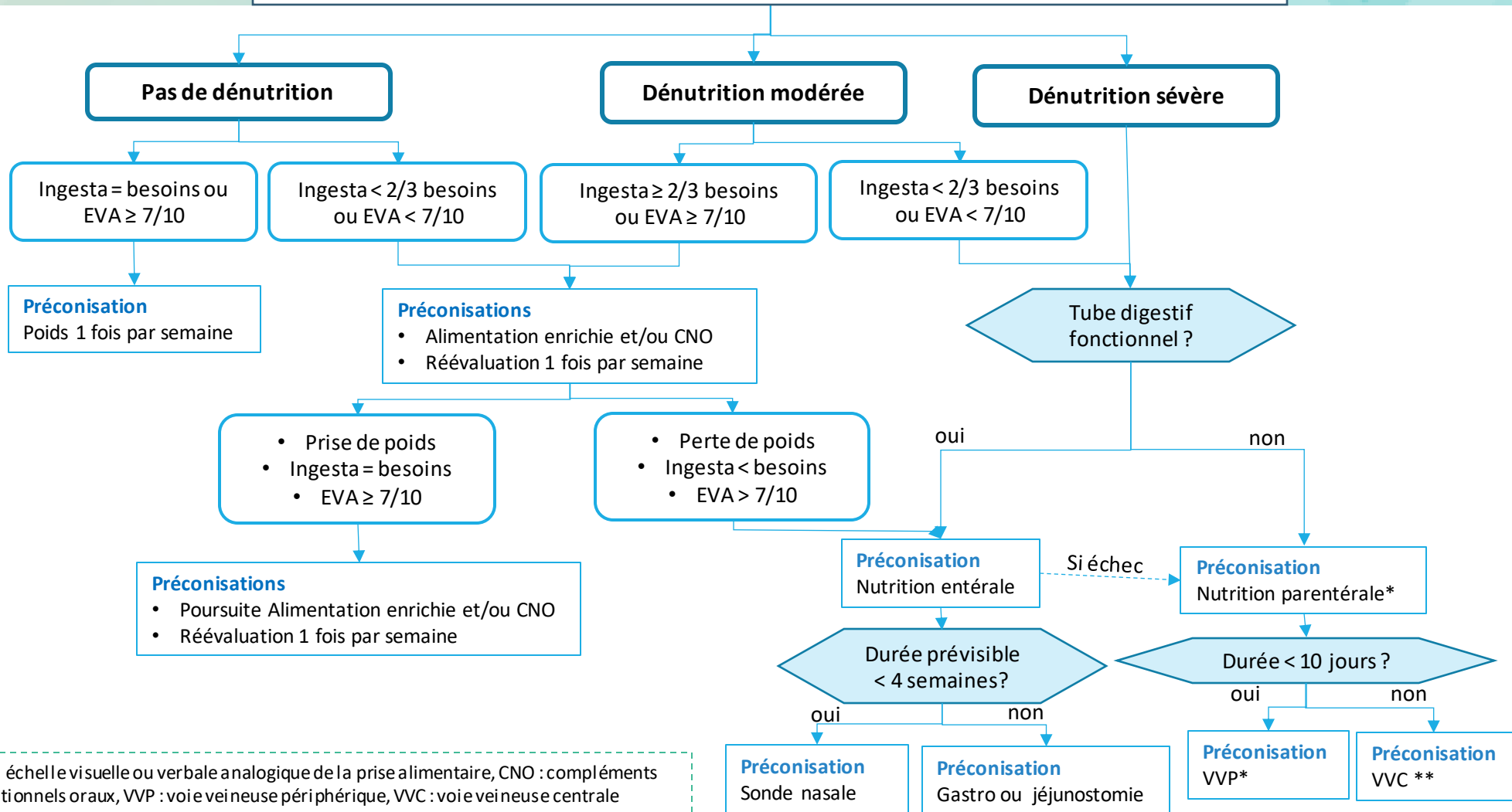
- **Evaluer l'état nutritionnel des patients tout au long du parcours et déclencher la mise en place d'un accompagnement nutritionnel si nécessaire ;**
- **Suivre et contrôler le poids par des pesées régulières;**
- **Conseiller d'adapter l'alimentation selon la localisation cancéreuse;**
- **Conseiller de contrôler la consommation de boissons alcoolisées (et les éviter chez les patients atteints de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)) ;**
- **Promouvoir et prescrire la pratique d'une activité physique régulière, adaptée si besoin, et prévenir la sédentarité**
- **Conseiller de ne pas recourir à des régimes restrictifs (hors indication médicale) ni au jeûne thérapeutique**

↳ **Référentiel**
« Dénutrition /
réalimentation et cancer
(VADS) »

↳ **Référentiel « Troubles de**
l'olfaction, gustation et/ou
déglutition et cancer
(VADS) »

↳ **Référentiel Activité**
physique et cancer

Evaluation de l'état nutritionnel + évaluation des besoins protéino-énergétiques + évaluation des ingesta



EVA : échelle visuelle ou verbale analogique de la prise alimentaire, CNO : compléments nutritionnels oraux, VVP : voie veineuse périphérique, VVC : voie veineuse centrale
 * Permet rarement de couvrir les besoins énergétiques. Voie non indiquée en ambulatoire
 ** sauf PICC (peripherally inserted central catheter), durée d'utilisation limitée à 6 mois
[Bouteloup C. - 2014](#)

Les différentes voies d'abord

Classification selon

- Lieu d'aboutissement de la sonde (estomac / jéjunum)
- Le cheminement de la pose : transorale / transnasale / transabdominale/transpharyngienne (mais anecdotique)
- La technique de pose : méthode introducer (extérieur vers intérieur) vs pull (intérieur vers extérieur)
- Le poseur : au lit du patient par médecin/IDE, radiologue, gastro-entérologue, chirurgien par laparotomie/coelioscopie
- La sonde : avec ou sans ballonnet. La sonde à ballonnet peut être utilisée en jéjunale mais avec précaution : contrôler le faible volume (4 à 5 ml) car risque d'obstruction du jéjunum. Ne pas confondre avec les tubulures de perfusion.

Voie nasodigestive

👉 [Page 8](#)

Gastrostomie

👉 [Page 12](#)

Jéjunostomie

👉 [Page 22](#)

Voie nasodigestive

- **Indication** : nutrition de courte de durée (idéalement ≤ 4 semaines) ou « autosondage »
- **Avantages** : simple à mettre en place
- **Complications** : retentissement esthétique, mauvais cheminement, escarre nasale, sinusite
- Vérification par stéthoscope et radiologique idéalement (extrémité de la sonde trop haut (œsophage)/bas (duodénum)/mauvais trajet (poumon), perforation œsophagienne
- **Alternatives à la voie nasale** : sonde orogastrique ou orojuvenile.
- **Indication de la voie orogastrique** : traumatisme facial, blessure nasale, anatomie nasale anormale réanimation (augmentation du risque de sinusite chez les intubés ventilés)

Sonde nasogastrique
[Page 10](#)

Sonde nasojéjunale
[Page 11](#)

[Annexe 2: modèle
de prescription](#)

Contre indication des voies d'abord de nutrition entérale

Contre-indications absolues à la Sonde Nasodigestive (SNG + SNJ)

- **Fistule digestive à haut débit (>1500 ml/24h);**
- **Occlusion intestinale organique (sténose digestive supérieure...) si non franchissable par la prothèse**
- **Ischémie mésentérique ;**
- **Hémorragie digestive active ;**
- **Péritonite généralisée**
- **Etat de choc non contrôlé ;**
- **Fracture récente de la base du crâne**
- **Absence de protection des VADS à risque d'inhalation * (notamment si antécédents de pneumopathie d'inhalation) (peut justifier une pose de SNJ en fonction des cas)**

Risque d'échec, de non tolérance ou de nutrition entérale insuffisante:

- **Dysfonction gastroduodénale persistante (vomissements répétés, résidus > 250 ml/6h malgré l'utilisation de prokinétiques).**
- **Malabsorption importante anatomique (résection intestinale étendue, grêle court) ou fonctionnelle ;**

Facteurs de risque d'inhalation en NE :

- **ATCD d'inhalation**
- **RGO important**
- **Trouble de la vidange gastrique**
- **Trouble de la conscience**
- **Trouble de la déglutition**
- **Abolition du réflexe de toux**

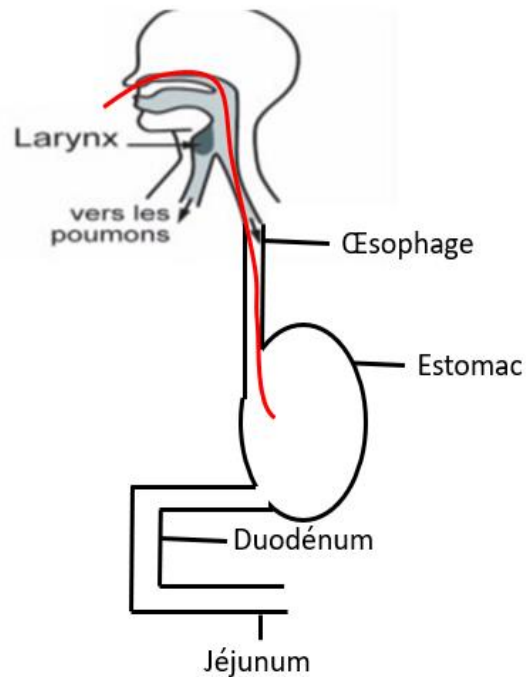
* Prévention des pneumopathies d'inhalation en NE

- **Position assise ou demi-assise (>30°)**
- **Bonne position de la sonde, fixation et inscrire une marque indélébile à l'issue nasale de la sonde**
- **Début progressif (volumes), augmentation selon tolérance**
- **Si haut risque: pompe régulatrice, éviter NE nocturne, prokinétiques, administration jéjunale**

Voie nasodigestive

Sonde nasogastrique

Cheminement de la sonde



- **Lieu d'aboutement de la sonde** : estomac
- **Chemin de la pose** : transnasale
- **Technique de pose** : push (extérieur vers l'intérieur)
- **Poseur** : médecin ou IDE, sans contrôle lors de la pose, contrôle au stéthoscope et radiologique après la pose
- **Sonde** : sans ballonnet, privilégier petite sonde CH8, CH10

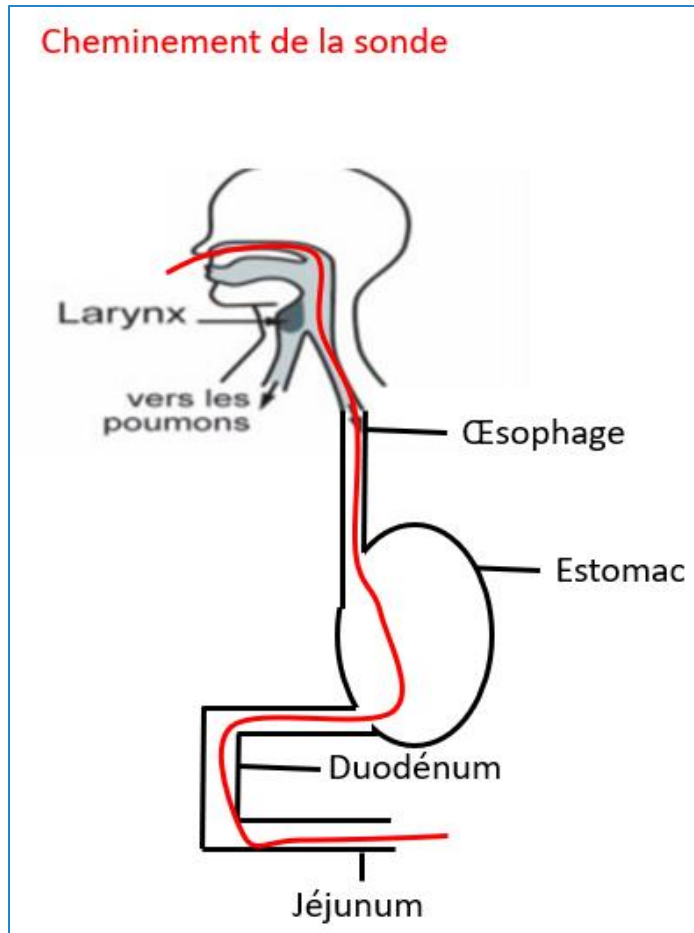
La sonde est fixée au nez par un collant fixateur industriel ou méthode pink-tape avec sparadrap en toile. *Alternatives* : fixation rétronasale, suture nasale, fixation par pansement colloïde sur la joue (pas de fixation nasale)

Vidéo : mise en place d'une SNG



Voie nasodigestive

Sonde naso-jéjunale



Lieu d'aboutement de la sonde : jéjunum

Chemin de la pose : transnasale

Technique de pose : push (extérieur vers l'intérieur)

Poseur : médecin, sans contrôle lors de la pose, contrôle radiologique après la pose

Sonde : spécifique, sans ballonnet, CH8, CH10, CH12. Toutefois une SNG est assez longue pour que son extrémité soit jéjunale si elle est enfoncée jusqu'au repère 90-95cm

Une sonde naso-jéjunale ne se met jamais en place à l'aveugle, sauf Bengmark®

Gastrostomie

- Voie d'abord au long cours de nutrition entérale la plus utilisée car plus facile à mettre en place et permet une meilleure tolérance par rapport à la jéjunostomie (débit d'alimentation).
- L'anatomie gastrique doit être normale ou subnormale
- Taux de complications (Itkin-2011) :
 - **Majeures** : inhalation 0,3-1%, hémorragie 0-2,5%, péritonite 0,5-1,3%, fasciite nécrosante rare, décès 0-2,1%, ensemencement tumoral rare (technique push)
 - **Mineures** : iléus 1-2%, infection péristomiale 5.4-30%, lâchage de la pexie 1-2%, fermeture du trajet 0.3-2.4%, ulcère gastrique 0.3-1.2%, fistule 0.3-6.7%, chute accidentelle de la sonde 1.6-4.4%
- Il n'existe pas à notre connaissance d'étude randomisée comparant les différentes techniques de pose ; les résultats sont discordants en terme de complications cependant la GPR a l'avantage d'être sous anesthésie locale.
- Avantages/inconvénients bouton/sonde : [Annexe 1](#)

Gastrostomie par
méthode Introducer

☞ [Page 14](#)

Gastrostomie en pull out

☞ [Page 17](#)

Gastrostomie
chirurgicale

☞ [Page 19](#)

Gastrojéjunostomie

☞ [Page 21](#)

[Annexe 2](#): modèle de
prescription

Contre-indication des voies d'abord de nutrition entérale – gastrostomie et jéjunostomie

Absolues

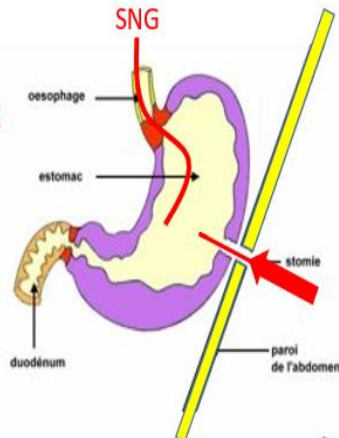
- **obstruction mécanique du tractus digestif (à moins que la procédure de pose permette aussi de lever cette obstruction),**
- **péritonite active,**
- **coagulopathie incurable,**
- **ischémie intestinale**

Relatives

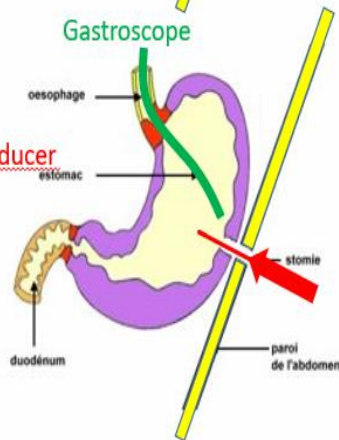
- **saignement (risque de récurrence du saignement sauf si angiodysplasie, gastrite ou gastropathie de stress où le risque de saignement lors de la procédure est faible),**
- **instabilité hémodynamique,**
- **ascite (risque de péritonite) certaines altérations anatomiques (interposition colique devant l'estomac => abord chirurgical ; toujours se mettre à au moins 2cm d'une cicatrice car risque de bride/boucle intestinale)**
- **obésité morbide : difficulté de mise en place par voie endoscopique (transillumination)**
- **carcinose péritonéale : la gastrostomie ou la jéjunostomie peuvent être utilisées pour aspiration de liquide digestif en cas d'occlusion**
- **à discuter en équipe en fonction du projet chirurgical abdominal (sus mésocolique)**

Gastrostomie par méthode Introducer

Technique de pose par
voie radiologique : GPR



Technique de pose par
voie gastroscopique :
GPE par méthode introducer



Moyens assurant la pexie :



Lieu d'aboutement de la sonde : estomac

Chemin de la pose : transabdominale

Technique de pose : introducer (extérieur
vers l'intérieur)

Poseur : radiologue sous radioscopie (dite
« GPR ») ou gastroentérologue sous
gastroscopie (dite « GPE »)

Sonde : avec ballonnet

Avantages de la GPR vis-à-vis de la GPE : possible en cas de sténose serrée sur le trajet ne permettant pas le passage de l'endoscope (mais SNG possible). Possibilité de ponction directe de l'estomac si sténose complète ou impossibilité passage endoscope/SNG.

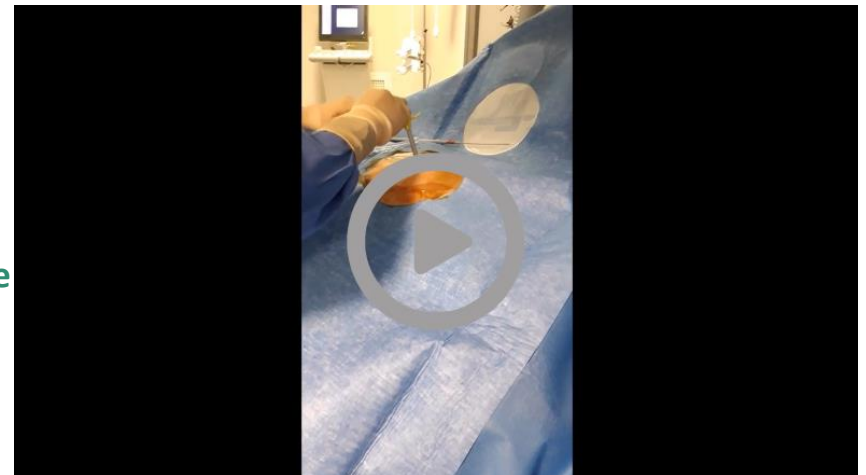
(Wollman-1995)

Gastrostomie par méthode Introducer

Etapas de pose

- Temps principaux (Cf vidéo) : insufflation gastrique (par SNG en cas de gastrostomie radiologique, par le fibroscope en cas de pose par gastroscopie ou ponction directe de l'estomac en cas de sténose œsophagienne empêchant la mise en place de la SNG ou du gastroscopie) pour amener la paroi gastrique contre la paroi abdominale. Gastropexie par ancrs ou sutures en fonction du kit de pose. Mise en place d'un guide, d'un dilataateur puis d'une sonde avec contrôle radioscopique ou endoscopique, à chaque étape.
- La pexie entre la paroi gastrique et la paroi abdominale est assurée par les ancrs ou les fils de suture et le système ballonnet interne/collerette externe.

Vidéo : Gastrostomie par voie radiologique



Antalgique et Gastrostomie

Au moment de la pose :

- **Anesthésie locale (y compris si pose sous anesthésie générale) sur tout le trajet et au niveau des ancres de gastropexie**
Protocole proposé : Mélange 20 ml de ropivacaine à 2mg/ml + 20 ml de lidocaïne à 10mg/ml
- **Ne pas trop serrer les ancres ou la collerette au moment de la pose**

Après la pose :

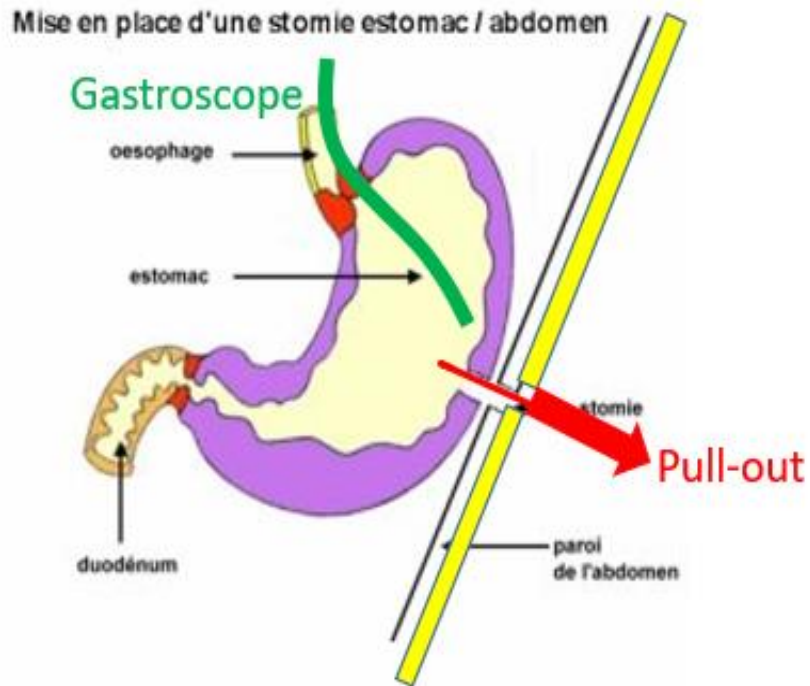
- **Possibilité de mettre la poche de glace au niveau de la gastrostomie (pas de contact direct avec la peau , risque de brûlure)**
- **S'assurer que la collerette externe n'est pas trop serrée au niveau de la peau**
- **Antalgique de palier 1 paracétamol 1 g fois trois par jour la demande**
- **Palier 2 si besoin (tramadol 50 mg à renouveler si besoin)**

En cas de signe de gravité (contractures musculaires abdominales : discuter réalisation scanner abdomino-pelvien avec éventuellement opacification par la gastrostomie pour s'assurer du bon accolement de la sonde à la paroi et l'absence de complications liées à la pose (pneumopéritoine fréquent et le plus souvent bénin)

Gastrostomie en pull-out

Technique de pose

- Lieu d'aboutement de la sonde : estomac
- Chemin de la pose : transorale
- Technique de pose : pull-out (intérieur vers l'extérieur)
- Poseur : gastroentérologues
- Sonde : avec collerette ou ballonnet interne



Avantages : peut être faite sans recours à un plateau de radiologie interventionnelle, pas d'exposition aux rayons, possibilité diagnostique/thérapeutique sur le tractus digestif supérieur

Inconvénients : risque d'ensemencement en cas de tumeur ORL ou œsophagienne, moindre sécurité de mise en place par rapport à push, pexie très limitée entre la paroi gastrique et la paroi abdominale rendant un changement de sonde contre-indiqué dans les premiers temps après la pose, geste réalisé sous anesthésie générale

Gastrostomie en pull-out

Etapas de pose

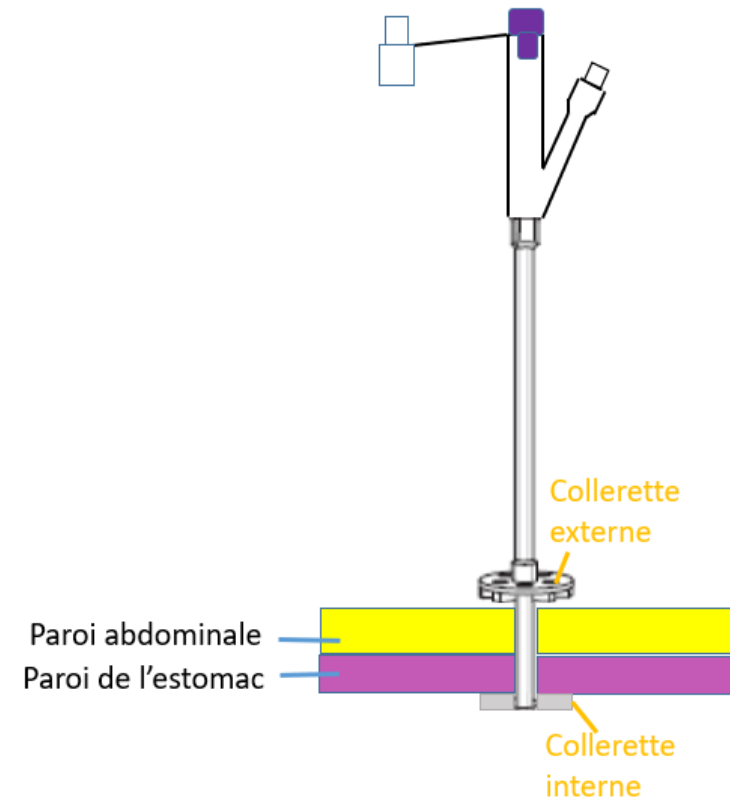
- Temps principaux (Cf vidéo) : Transillumination par le gastroscopie, insertion d'un guide par voie transabdominale percutanée qui est récupéré par le gastroscopie et ressorti par la bouche. On accroche la sonde au guide qui est tiré au niveau du ventre permettant de faire sortir la sonde au travers de la paroi abdominale.
- La pexie entre la paroi gastrique et la paroi abdominale est assurée par le système collerette interne/collerette externe.



Vidéo : Gastrostomie par voie endoscopique

Sonde à collerette interne

Moyens assurant la pexie :

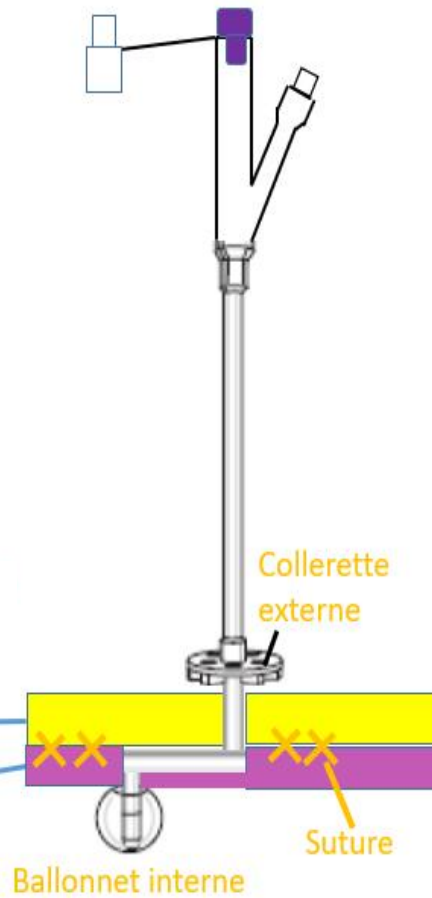


Gastrostomie chirurgicale

Technique de pose



Moyens assurant la pexie :



Lieu d'abouchement de la sonde : estomac

Chemin de la pose : transabdominale

Technique de pose : push (extérieur vers l'intérieur)

Poseur : chirurgien

Sonde : avec ballonnet

Avantages : toujours possible

Inconvénients : anesthésie générale, douleur postopératoire, iléus

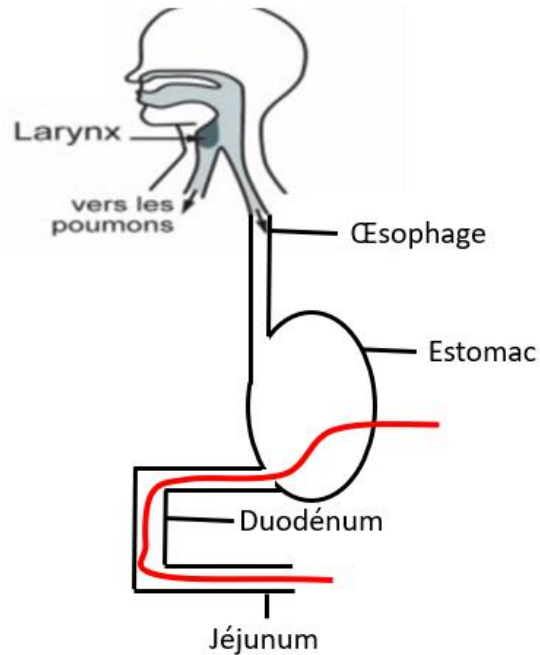
Gastrostomie chirurgicale

Etapes de pose

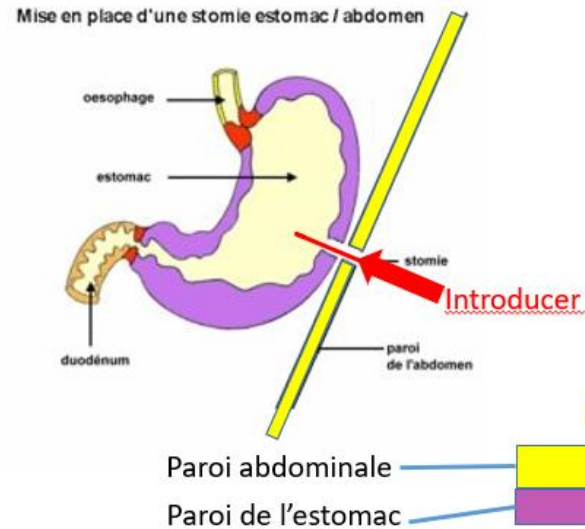
- **Temps principaux : laparotomie avec abord de l'estomac. Gastrotomie et insertion d'une sonde à ballonnet. Souvent une bourse séreuse est réalisée autour de la sonde qui est ensuite extériorisée. La paroi gastrique est suturée à la paroi abdominale. Un décalage (tunnel) est réalisé entre l'abouchement cutané et la gastrostomie afin d'éviter le prolapsus gastrique.**
- **La pexie entre la paroi gastrique et la paroi abdominale est assurée par des points chirurgicaux.**

Gastrojéjunostomie

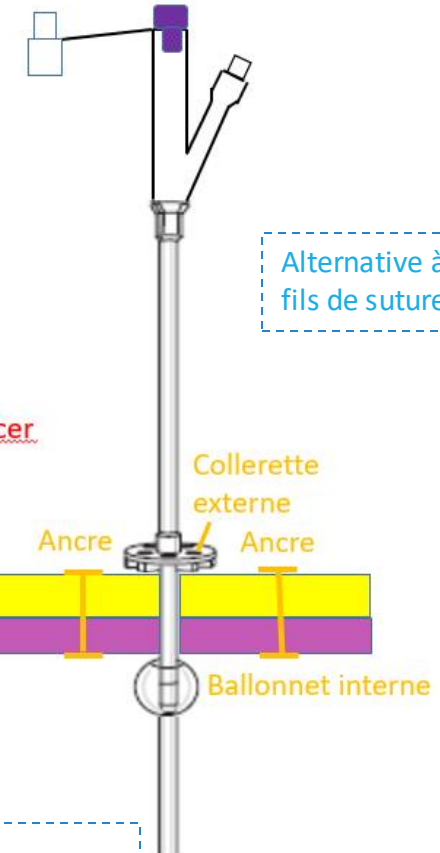
Cheminement de la sonde



Technique de pose



Moyens assurant la perxie :



- **Sonde/bouton de gastrojéjunostomie**
- **Technique de pose : idem qu'une gastrostomie (transabdominale radiologique ou transorale endoscopique) et mise en place d'une sonde plus longue dans le jéjunum**

Jéjunostomie

Indications par rapport à une gastrostomie (Mapple -2005) :

- **Risque élevé de régurgitation/mauvaise tolérance d'une alimentation en site gastrique**
- **Après gastrectomie**
- **Après oesophagogastrectomie ou duodéno pancréatectomie céphalique**
- **Obstruction gastrique**
- **Fistule gastrique ou duodénale**
- **Gastrojéjunostomie obstruée ou non fonctionnelle**
- **Dysmotilité gastrique**

La jéjunostomie peut être également posée lors d'une chirurgie réglée (coelioscopie exploratrice par exemple)

La mise en place d'une sonde gastrojéjunale est une alternative plus aisée pour réaliser une nutrition jéjunale

**Jéjunostomie par voie
Radiologique**

👉 [Page 23](#)

**Jéjunostomie par Voie
Endoscopique**

👉 [Page 25](#)

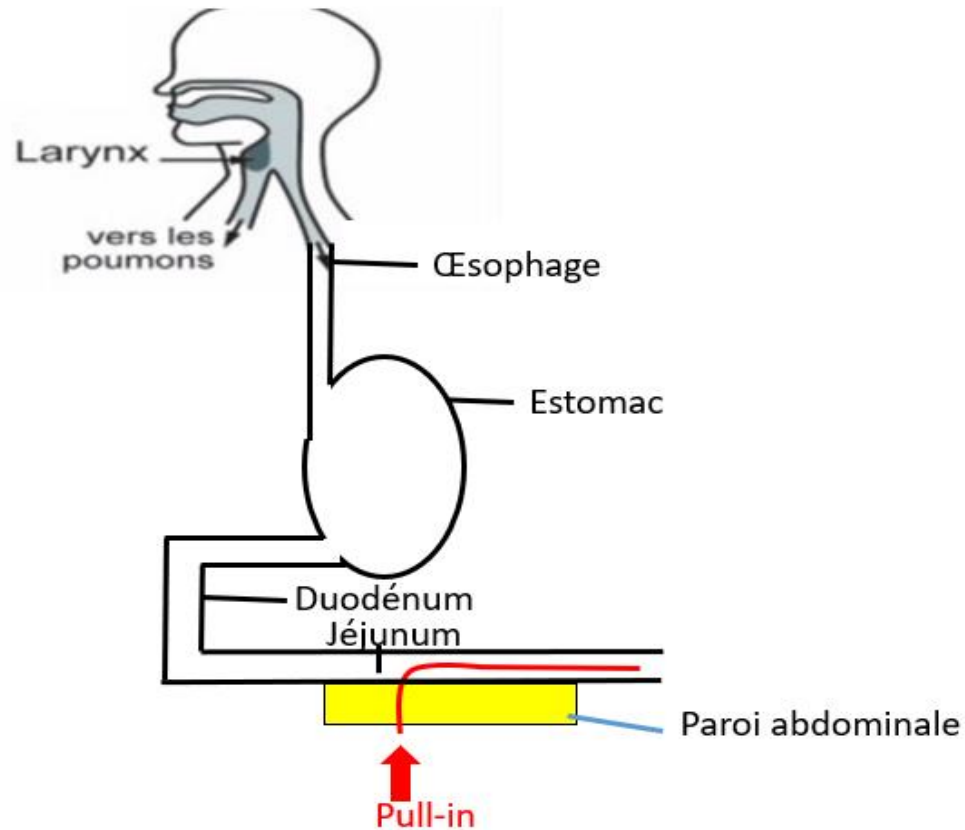
**Jéjunostomie par voie
chirurgicale**

👉 [Page 27](#)

**[Annexe 2: modèle
de prescription](#)**

Jéjunostomie par voie radiologique

Cheminement de la sonde



Lieu d'abouchement de la sonde : jéjunum

Chemin de la pose : transabdominale

Technique de pose : push (extérieur vers l'intérieur)

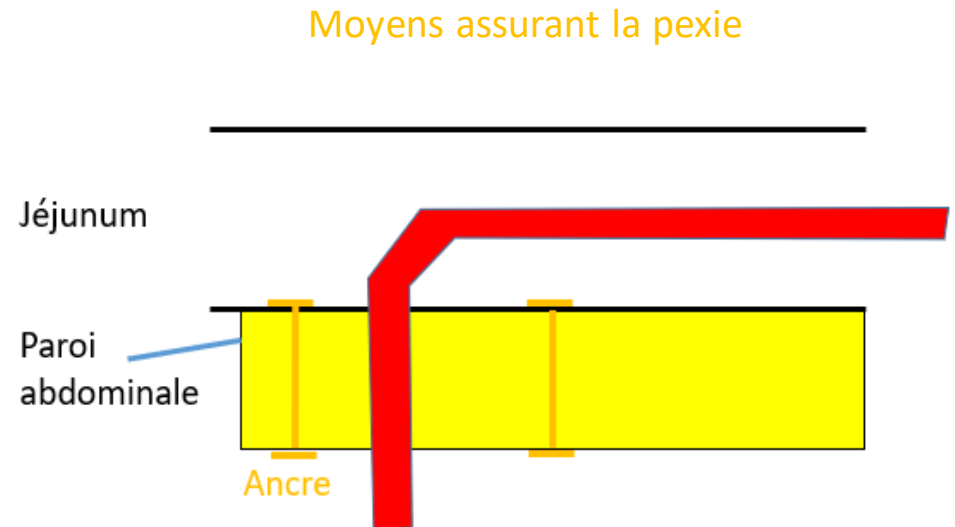
Poseur : radiologue ou chirurgien

Sonde : sans ballonnet

Jéjunostomie par voie radiologique

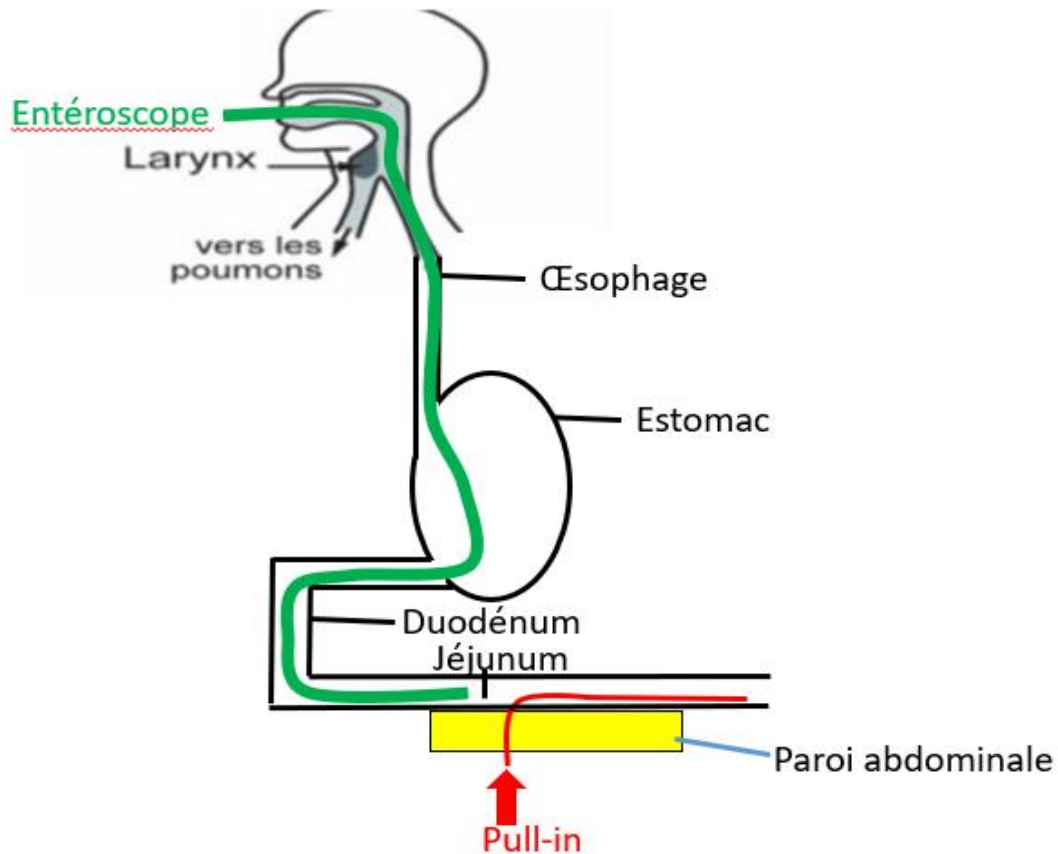
Etapas de pose

- **Temps principaux** : L'anse jéjunale est ponctionnée. Insufflation d'air et de produit de contraste pour s'assurer de la bonne position de l'aiguille de ponction. Mise en place des ancrs. Insertion d'un guide puis de la sonde avec contrôle radioscopique et injection de produit de contraste à chaque étape.
- Indiqué si sténose serrée empêchant le passage d'un fibroscope
- Difficulté : ponctionner la boucle jéjunale qui est mobile avec risque de péritonite, saignement et perte d'accès).
- La pexie est assurée par ancrage.



Jéjunostomie par voie endoscopique

Cheminement de la sonde



Lieu d'abouchement de la sonde : jéjunum

Chemin de la pose : transabdominale

Technique de pose : push ou pull-out

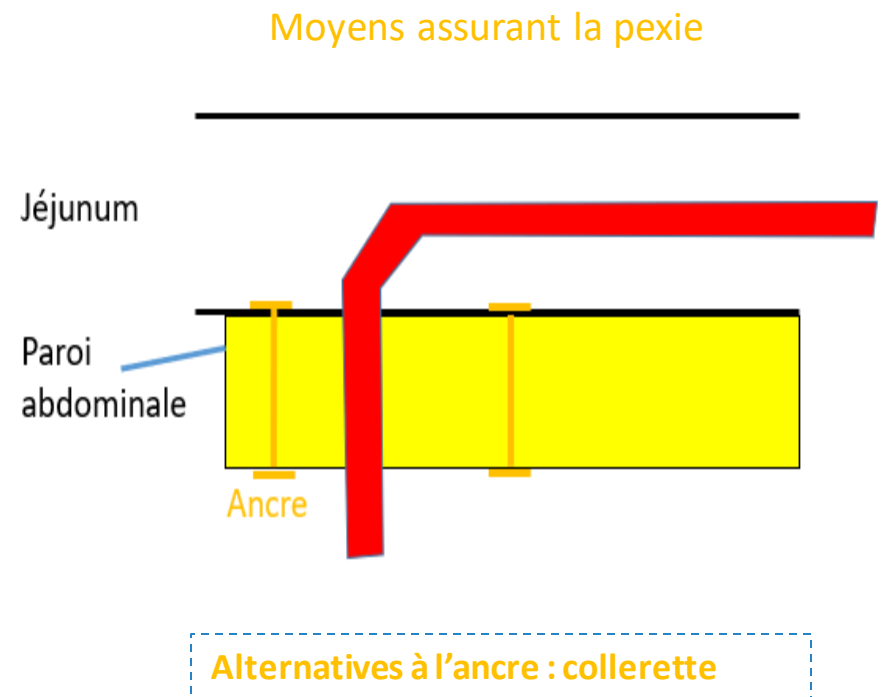
Poseur : gastroentérologue

Sonde : sans ou avec ballonnet (si ballonnet, bien contrôler en fibroscopie que le ballonnet gonflé n'obstrue pas la lumière jéjunale)

Jéjunostomie par voie endoscopique

Etapas de pose

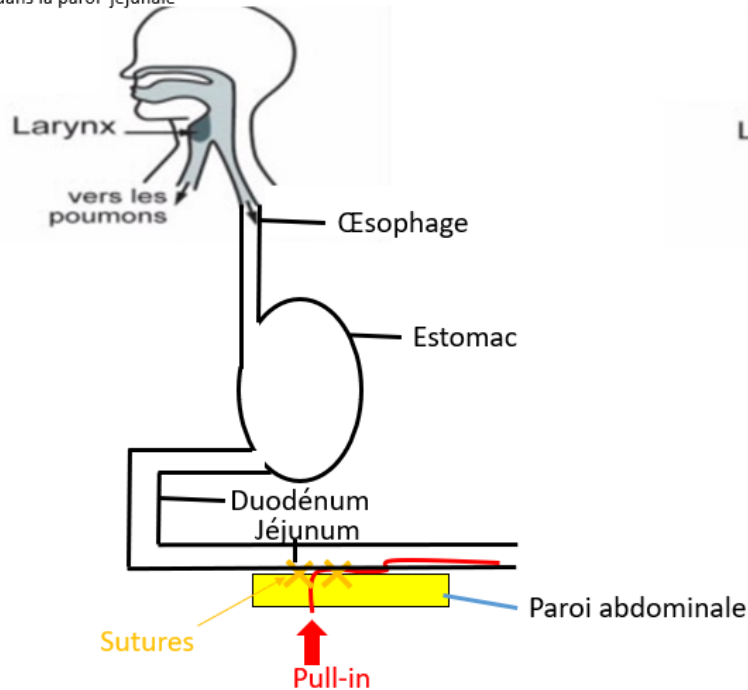
- Temps principaux : coloscope pédiatrique ou entéroscope (un gastroscope peut être suffisant en cas de gastrectomie).
Transillumination. Mise en place d'une aiguille et ancrage. Dilatation et insertion de la sonde dont l'extrémité peut être poussée par le fibroscope (*Rumalla - 2000*).
- Indiquée en cas de patient mince (transillumination) et d'antécédent de chirurgie du tractus gastro-intestinal d'amont.
- La pexie est assurée par ancrage ou collerette.



Jéjunostomie par voie chirurgicale

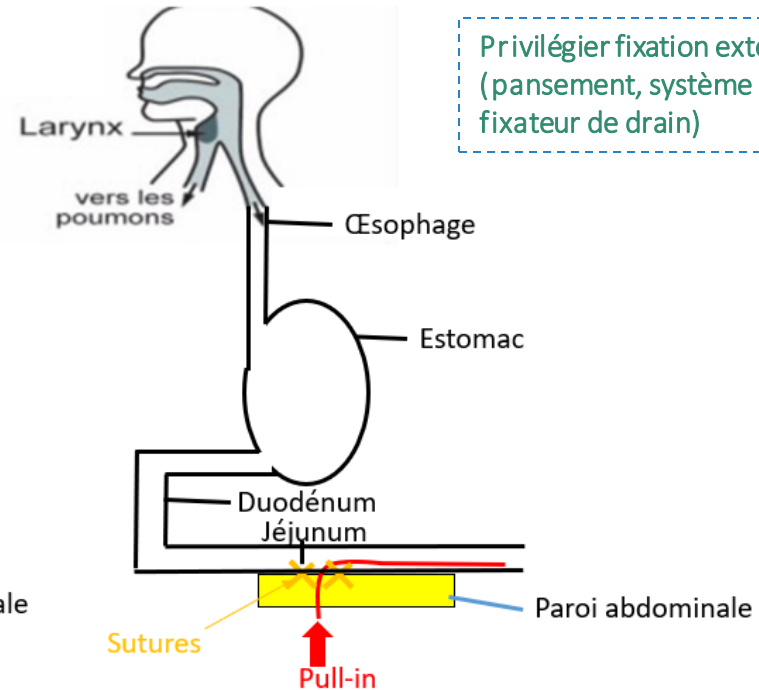
Cheminement de la sonde, trajet indirect

La sonde chemine à l'extérieur de la paroi duodénale et un enfouissement est fait par une bourse de séreuse de paroi jéjunale (technique de Witzel) ou chemine dans la paroi jéjunale



Cheminement de la sonde, trajet direct

La sonde chemine directement dans la lumière jéjunale, Simple et rapide mais risque de reflux et de fuite



Privilégier fixation externe (pansement, système de fixateur de drain)

- Lieu d'abouchement de la sonde : jéjunum
- Chemin de la pose : transabdominale
- Technique de pose : push (extérieur vers l'intérieur)
- Poseur : chirurgien ou radiologue
- Sonde : sans ballonnet, CH12

La sonde peut être posée en laparotomie ou en laparoscopie. Dans tous les cas, il y a une pexie de l'anse jéjunale à la paroi abdominale par points lentement résorbables. Vérifier la persistance des points de fixations cutanée pour éviter la chute de la jéjunostomie.

Complications sur les voies d'abord

Complications sur les voies d'abord

	Prévention	Traitement
Obstruction de la sonde	<p>Souvent provoquée par les médicaments et le mauvais rinçage des sondes :</p> <ul style="list-style-type: none">Recours limité à l'administration des médicaments par la sonde, pilés finement. Respecter les formes galéniques préconisées par le pharmacien et préférer la forme liquide des médicaments ou la voie orale si elle est possibleRinçage pulsé (20 à 50 ml d'eau) de la sonde, avant et après le passage des médicaments afin d'éliminer les dépôts sur les parois.En cas de non utilisation de la sonde, faire également un rinçage 2 à 3 fois par semaine. Si besoin, changer la sondeMobilisation de la sonde de gastrostomie quotidiennement avant en arrière (si pas de contre indication) et avec mouvements de rotation horaires et anti horaires	<ul style="list-style-type: none">Effectuer des manœuvres de désobstruction en pression (seringue > 10 ml) avec une boisson tiède (eau, thé, café), jus d'orange ou d'ananas, de l'eau gazeuse, de l'eau chaude bicarbonatée, vitamine C ou un soda de type coca cola® (5 – 10 ml) ; laisser en contact 30 minutes ; aspirer. Renouveler plusieurs fois jusqu'à la désobstructionNe surtout pas employer de guide métallique pour « ramoner » la sonde car cette pratique est à risque de perforation de la sonde voire digestive
Ballonnet ou dôme incarcéré (« buried bumper syndrome »)		<ul style="list-style-type: none">Mobilisation difficile ou impossible.Arrêt de la nutrition entérale.Risque de péritonite : appel en urgence du médecin ou se rendre aux urgences

Chute ou arrachement de la sonde

Prévention

- Bonne information préalable auprès du malade et de son entourage (pas de mouvement brusque), importance de l'éducation thérapeutique du patient.
- À domicile, il est important de faire une prescription médicale anticipée pour les matériels si besoin et d'avoir le matériel de remplacement à domicile.
- Possibilité de fixer la SNG mais pas obligatoire. Ne pas faire de pansement occlusif sur une gastrostomie sauf avis médical contraire. Vérifier quotidiennement, de même que le repère de la sonde ou du bouton à la peau.
- Pas de sérum physiologique dans le ballonnet : attaque le ballonnet et le rend poreux. N'utiliser que de l'eau stérile ou, à défaut, l'eau du robinet.
- Vérification à réaliser en fonction des recommandations du centre poseur. Néanmoins, en l'absence de recommandations, nous proposons un contrôle toutes les 2 à 4 semaines à partir du 3ème mois. Noter la quantité, l'aspect et la couleur de l'eau récupérée dans la seringue ; bien respecter la quantité d'eau indiquée pour le ballonnet.

Traitement

SNG : son remplacement est rarement une urgence. La reposer (6 heures après le passage de la nutrition entérale) avec contrôle au stéthoscope et radiologique idéalement.

Gastrostomie (sonde ou bouton) : sa remise en place est une urgence car l'orifice se referme rapidement, dans les 4 à 6 heures qui suivent. Tout doit être fait pour préserver la perméabilité de l'orifice : on remet en place soit une sonde à ballonnet préalablement prescrite et gardée en réserve à domicile, soit à titre exceptionnel et transitoire la sonde qui était en place (après nettoyage, puis la maintenir avec un sparadrap jusqu'à son changement) ou une sonde de type « FOLEY » de même calibre ou de calibre inférieur.

- Dans le premier mois après la pose, il n'est pas souhaitable d'effectuer la remise en place d'une sonde de gastrostomie à domicile et un transfert rapide en milieu hospitalier est recommandé.
- Au-delà du premier mois, le remplacement de la sonde de gastrostomie est simple et peut être réalisé au domicile du patient (par lui-même, son entourage ou un partenaire de santé) à condition que ce soit fait dans un délai bref après la chute de la sonde initiale. Importance de l'éducation thérapeutique du patient.

Jéjunostomie : il n'est pas recommandé de tenter de reposer à domicile une sonde de jéjunostomie posée récemment (dans les trois semaines). Simplement sauver l'orifice en plaçant une sonde de type « FOLEY » (prescription médicale anticipée nécessaire de ce matériel) sans l'utiliser et transférer le patient en milieu hospitalier.

- Le remplacement d'une sonde de jéjunostomie qui est tombée n'est pas toujours possible à 3 semaines (sonde fixée au jéjunum et points non résorbés). Consigne de ne jamais forcer et d'aller aux urgences si fièvre et/ou douleurs abdominales
- Prévention chute sonde de jéjunostomie chirurgicale : vérifier la persistance des points de fixations cutanée. Si peau altérée ou points en train de lâcher : refixation de la sonde et revoir l'équipe médicale.

chute ou arrachement de la sonde

Annexe 2: modèle de prescription

Situations/gestion des problèmes

COMPLICATIONS LIEES A LA NUTRITION

CONDUITES A TENIR

Régurgitation et pneumopathie

- Identifier les facteurs de risque précocement: antécédent d'inhalation, trouble de la conscience, présence d'un RGO ou d'un trouble de la vidange gastrique, la remontée de la SNG dans l'œsophage, abolition du réflexe de toux ou de déglutition, âge élevé.
- Inhalation se traduisant par toux, encombrement, fièvre.
- Respecter les procédures;
- Maintenir le patient en position demi-assise (au minimum $> 30^\circ$) ou assise pendant le passage du mélange et au moins 1h après l'arrêt de la nutrition;
- Ne pas manipuler le patient pendant la NE (toilette, kiné, transport... Dans la mesure du possible, la NE doit être arrêtée 30 min avant les manipulations);
- Adapter le débit de la NE à la tolérance de chaque patient;
- Vérifier régulièrement la position et la bonne fixation de la sonde nasale.
- De plus, chez le sujet à haut risque, il faut proscrire la NE nocturne et utiliser un régulateur de débit. Discuter l'administration en site jéjunal.
- En cas de régurgitations persistant malgré ces différentes mesures, arrêter la NE et contacter le médecin prescripteur.
- Essai de prokinétiques.

Reflux gastro-œsophagien et oesophagite

- Des facteurs de risques favorisent ces complications: présence d'une hernie hiatale, un débit de NE trop élevé, un mauvais respect des procédures (position du patient pendant et après la NE, absence de manipulation du patient pendant la NE...)
- Le débit de la NE doit être adapté à la tolérance du patient. Il est parfois nécessaire d'avoir recours à une prescription médicale de prokinétique ou d'anti-sécrétoire gastrique.
- Sinon stopper la NE, alerter le médecin, bilan endoscopique et/ou bilan étiologique du reflux.

Situations/gestion des problèmes (suite)

COMPLICATIONS LIEES A LA NUTRITION	CONDUITES A TENIR
Nausées, vomissements	
	<ul style="list-style-type: none">• Réinstaller le patient en position semi-assise ou assise;• Traiter les causes non liées à la NE;• Contrôler la position de la sonde;• Eviter de mobiliser le patient pendant et juste après le passage de la NE;• Diminuer le débit et le volume de moitié durant 24-48h avant de remonter progressivement;• Vérifier le transit et qu'il n'y ait pas de constipation• Utiliser une pompe si possible et réduire le débit d'administration;• Prendre l'avis du diététicien pour adapter les produits de nutrition et l'apport sodé (arrêt éventuel des produits hyperosmolaires sur GPE)• Augmenter l'hydratation pour compenser les pertes hydriques;• Vérifier le volume du résidu gastrique;• Sur prescription médicale, administrer des antiémétiques;• Si échec, arrêt de la NE;
Ballonnements	
	<ul style="list-style-type: none">• Traiter les causes non liées à la NE;• Ralentir le débit de la NE;• Prendre l'avis du diététicien pour adapter les produits de nutrition;

Situations/gestion des problèmes (suite)

COMPLICATIONS LIEES A LA NUTRITION

CONDUITES A TENIR

Diarrhée

- La diarrhée peut être d'origine multi-factorielle. Dans un premier temps, plusieurs causes peuvent être recherchées facilement: fécalome ou incontinence à l'origine d'une fausse diarrhée; rechercher la prise de médicaments pouvant être responsables...
- Emission d'au moins 3 selles liquides par jour, pendant plus de 2 jours.
- Vérifier le débit d'administration et favoriser la NE à faible débit et de préférence à l'aide d'une pompe;
- Vérifier que la SNG ou gastrostomie est bien en site gastrique sans migration duodénale ou jéjunale (radio par ASP)
- Vérifier les conditions d'hygiène: matériel de NE (tubulures, seringues) changé tous les jours, extrémité de la sonde nettoyé à chaque utilisation, sonde de gastrostomie ou jéjunostomie non rangée dans le slip ou les couches...
- En cas de diarrhée survenant alors que la NE était bien tolérée depuis plusieurs jours ou semaines, et en particulier en cas de fièvre associée, avec ou sans présence de sang dans les selles, informer le médecin traitant afin que soit prescrite une coproculture avec recherche de *Clostridium difficile* et sa toxine;
- Le traitement est à adapter selon la cause retrouvée; une déshydratation doit être recherchée et traitée;
- Un traitement anti-diarrhéique peut être utile de façon temporaire: ralentisseurs du transit, absorbants, probiotiques
- En l'absence de causes évidentes, d'autres mesures peuvent être essayées: ralentir le débit et utiliser un régulateur de débit si la NE est réalisée par gravité; puis l'augmenter progressivement afin de tester la tolérance;
- Prendre l'avis du diététicien pour adapter les produits de nutrition;
- En cas d'échec et de diarrhée chronique, il faudra rechercher une autre étiologie éventuellement par des explorations endoscopiques.

Situations/gestion des problèmes (suite)

COMPLICATIONS LIEES A LA NUTRITION

CONDUITES A TENIR

Constipation

- Emission de moins d'une selle tous les 3 jours ou émission difficile de selles dures.
- Rechercher et traiter un fécalome;
- Une hydratation satisfaisante et le maintien d'une mobilité sont 2 facteurs qui peuvent favoriser le péristaltisme colique et prévenir la constipation.
- Réalisation de massages abdominaux;
- En cas de transit ralenti:
 - vérifier l'apport hydrique quotidien et l'augmenter si nécessaire (une eau riche en magnésium peut avoir un effet laxatif);
 - proposer un mélange nutritif enrichi en fibres;
 - rechercher des médicaments prescrits pouvant être responsables (codéine, morphinique, atropinique...)
 - Si insuffisant, un traitement laxatif peut être prescrit.

Perturbations métaboliques, Carences

- Des problèmes de tolérance glucidique et hémodynamique peuvent survenir, en particulier en début de NE, chez les patients très dénutris et chez les personnes âgées, d'où l'importance de la surveillance clinique et biologique en milieu hospitalier.
- Contrôles biologiques réguliers.
- Complémentation en micronutriments selon la situation.
- Alerter le médecin ("Syndrome de renutrition inappropriée")

Situations/gestion des problèmes (suite)

COMPLICATIONS LIEES A LA SONDE	CONDUITES A TENIR
Troubles psychologiques	
<ul style="list-style-type: none">• Ils sont en rapport avec la modification du schéma corporel, en particulier avec la SNG.	<ul style="list-style-type: none">• Ecoute du patient, le faire verbaliser, relation d'aide...• Ces troubles amènent parfois à changer la voie d'abord de la NE, ou même à interrompre la NE devant un refus de la technique par le patient.• Alerter le médecin.
Complications ORL	
<ul style="list-style-type: none">• Des lésions de la muqueuse nasale sont possibles avec la SNG ou SNJ: ulcération de l'aile du nez ou de la cloison nasale, épistaxis.• Une sinusite ou une otite moyenne surviennent parfois, par lésion de l'orifice d'un sinus maxillaire ou de la trompe d'Eustache. Une parotidite peut également survenir.• La sonde peut exceptionnellement générer des lésions ulcératives, perforatives et/ou hémorragiques du tractus pharyngé, de l'œsophage et de l'estomac.	<ul style="list-style-type: none">• Ces complications peuvent être prévenues par des soins quotidiens et le respect des règles de fixation de la sonde;• Possibilité de changer de narine pour la sonde;• Prévenir le médecin prescripteur si persistance;

Altérations de l'état cutané

Annexe 3 : Cas cliniques

Rechercher la cause

Fuites péristomiales

Préconisations

- Vérifier le positionnement, le calibre de la sonde, la date du dernier changement
- Vérifier l'intégrité et le ballonnet s'il y en a un
- Réaliser une traction douce vers le haut de la sonde et faire coulisser l'embase vers la peau pour assurer une bonne étanchéité

Adapter les soins locaux

📄 [Page 37](#)

Macération/ excès de transpiration

Préconisations

- Sécher régulièrement par tamponnement
- Si besoin, glisser une compresse sèche fendue et non fixée, à changer dès que souillée
- Ne pas appliquer de pansement occlusif

Défaut d'hygiène

Préconisations

- Lavage à l'eau et au savon
- Pas d'antiseptique au long cours
- Sécher soigneusement par tamponnement
- Ne pas appliquer de pansement occlusif

Problème en lien avec l'appareillage

Préconisations

- Désadapter le prolongateur si bouton
- Surveiller et limiter les points d'appui
- Vérifier le bon positionnement de la sonde
- Mobiliser délicatement la sonde ou le bouton (1/4 tour)
- Fixer correctement la sonde
- Changer régulièrement le système de maintien et si nécessaire l'endroit de fixation
- Fixer correctement à bonne distance l'embase de la sonde

Adapter les soins locaux

📄 [Page 38](#)

Bourgeon charnu

Préconisations

- Vérifier et mobiliser le dispositif
- Limiter et traiter la macération s'il y a lieu

- Appliquer nitrate d'argent 2 à 3 fois par semaine au niveau du bourgeon jusqu'à disparition
- En cas d'échec: dermocorticoïdes ou exérèse chirurgicale ou électrocoagulation ou laser

Infection, mycose, toxicité cutanée (rash)

Préconisations

- Evaluation médicale
- Rechercher et dépister l'infection, la mycose ou autre cause

- Traiter l'infection: antibiotiques
- Traiter la mycose: antifongiques locaux en poudre ou crème
- Toxicité cutanée: si en lien avec traitement par anti-EGFR: doxycycline

Altérations de l'état cutané

Annexe 3 : Cas cliniques

Fuites péristomiales

Peau irritée, non suintante

Préconisations

Crème isolante réparatrice

- Isole, protège et répare la peau en générant un film protecteur qui recouvre la peau et l'isole des agressions extérieures
- Application : 2 fois par jour
- Non remboursée
- Ex: Dermalibour+ Barrier®, Bariéderm crème®, Cicadiane barrière®, Molicadre skin®, Conveen protect®, Cavilon crème®, Brava crème®, Proshiel plus crème®...

Préconisations

Spray protecteur cutané

- Crée un film de protection cutanée qui permet de protéger la peau des effluents agressifs
- Peut être utilisé en prévention ++
- Application: toutes les 24 à 48 h
- Non remboursé
- Ex: brava spray®, Cavilon spray®, Silesse spray®, Askina film barrier®...

Peau irritée, suintante

Préconisations

Poudre de protection cutanée

- Préviend les irritations cutanées liées à l'humidité de la peau et aide à la cicatrisation. Absorbe l'humidité, l'excès d'exsudat des plaies suintantes et maintient la peau sèche
- Application: 1 à 2 fois par jour (enlever l'excédent de poudre) +/- en association avec spray protecteur cutané (pour fixer la poudre) ex: Brava poudre®, Orahésive poudre®, Adapt poudre®...

En cas de fuites péristomiales importantes, en complément des préconisations ci-dessus :

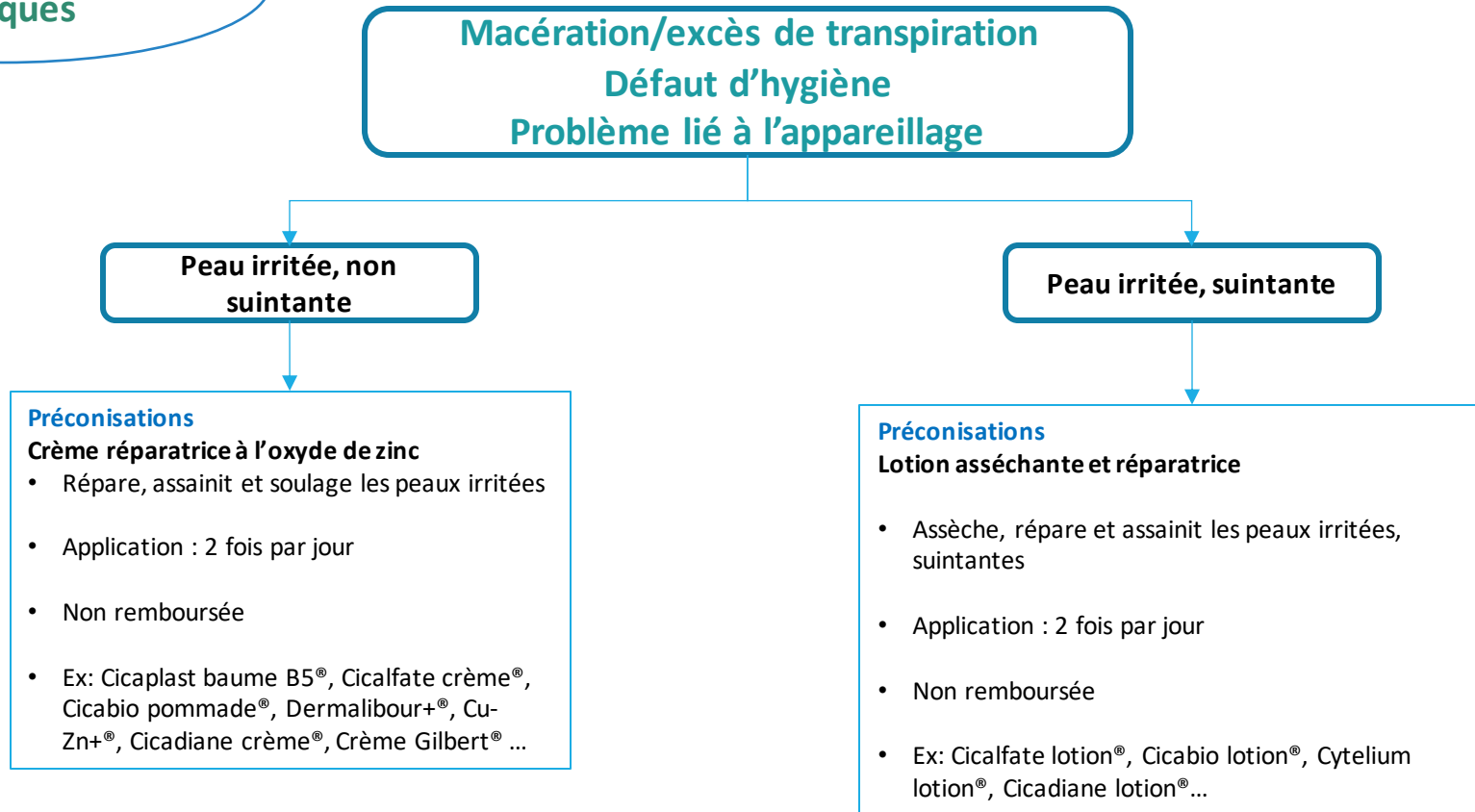
Pate protectrice : protège et isole la peau des effluents agressifs. Permet de créer un joint d'étanchéité afin de prévenir les fuites. Application : 1 à 2 fois par jour. Remboursée. Ex : Brava pate®, Orabase pate®, Eakin Cohesive pate® (sans alcool)...

OU

Anneaux de protection: permettent d'assurer une étanchéité optimale autour de la stomie (anneau modelable). Application : à changer dès que souillé ou décollé. Remboursé. Ex: Brava anneau modelable®, Adapt CeraRing®, Eakin Cohesive anneau® ...

Altérations de l'état cutané

Annexe 3 : Cas cliniques



Si absence d'amélioration OU prévention des escarres

Pansement hydrocolloïde mince

- Permet de prévenir les escarres et assure une protection mécanique des points d'appui. Favorise la cicatrisation des plaies
- Application autour du bouton et laisser en place 7 jours sauf si souillé ou décollé.
- Remboursé
- Ex: Comfeel®, Duoderm®, Hydrocoll®, Algoplaque® ...

Situations particulières

Est-il possible de poser une sonde en cas de varices œsophagiennes ?

- **Les troubles de la coagulation ou la présence de varices œsophagiennes ne constituent pas des contre-indications à la nutrition entérale chez le cirrhotique.**
- **Cette technique peut donc être utilisée sans restriction dans cette population si l'indication en est posée.**
- **Les sondes seront de petit calibre : charrières de 10 french ou moins**

Est-il possible de poser une sonde en cas de tumeur de l'œsophage ?

- En cas de tumeur œsophagienne, il est toujours possible d'essayer de mettre en place une sonde nasogastrique. (Y compris lorsque la tumeur est décrite sténosante par l'endoscopiste, le calibre de la sonde étant très inférieur à celui de l'endoscope)
- Une radiographie de contrôle doit être systématique après chaque pose pour s'assurer du bon positionnement de la sonde en intragastrique.
- Si la pose de sonde est impossible ou que la durée envisagée de la nutrition est > à 3 semaines et qu'il y a une indication à une nutrition artificielle, prendre en compte les possibilités locales et discussion avec chirurgien / oncologue / médecin nutritionniste / radiothérapeute :
 - Un examen endoscopique (sous anesthésie générale le plus souvent) avec dilatation œsophagienne et/ou prothèse et mise en place d'une gastrostomie (ou sonde naso gastrique mais dont le changement sera probablement complexe si seule une dilatation a été réalisée).
 - Ou
 - La pose d'une stomie d'alimentation chirurgicale (jéjunostomie ou gastrostomie)
 - Ou
 - La pose d'une gastrostomie sous contrôle radiologique (après mise en place d'une sonde, éventuellement sur un fil guide), possibilité de ponction directe de l'estomac pour insufflation.

Qu'est ce qu'une gastrostomie de décharge ?

Dispositif permettant un accès direct à l'estomac pour réaliser une décompression digestive

- **Objectifs pour le patient**
 - Soulager
 - Permettre alimentation orale
 - Limiter les hospitalisations
- **Indication si symptômes permanents, non soulagés par traitement médical mais soulagés par la sonde nasale de décharge**
- **Si persistance nausées/vomissements :**
 - Alimentation liquide ou mixée
 - Rinçage de la sonde
 - Changement de position (sonde et patient)
 - Education du patient ++

👉 Référentiel Occlusion digestive et cancer



Que faire en cas d'ascite ?

Situation fréquente

Pose de GEP possible surtout à visée de décharge en cas de symptômes très invalidants mais ...

- **Risques**

- **Fuite d'ascite péristomiale**
- **Défaut d'accolement des parois gastrique et abdominale**
- **Infection liquide ascite**

- **Conduite à tenir :**

- **Discuter bénéfices/risques et avec le patient**
- **Réalisation d'une gastropexie (technique introducer)**
- **Ponction ascite avant et après le geste**
- **Si nécessaire, repérage échographique**

(Ryan – 1998)

Annexes

Annexe 1

Avantages/Inconvénients

Sonde ou bouton de gastrostomie

	Bouton	Sonde
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Esthétique • Confort • Petite taille • Valve anti reflux (absence de tubulure avec sécrétions) • Peu de risque « d'accrochage » et de chute accidentelle par traction 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite l'autonomie du patient dans certains cas (handicap moteur mains, tremblements, minerve, trachéostomie, etc) • Moins de manipulation pour les IDEL si le patient n'est pas autonome (pas de nécessité de retirer le raccord) • Peut être utilisé pour la décharge • Peut être posé par technique « introducer » ou « PULL ». Selon la technique, sonde différente. • Prix plus avantageux
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Moins adapté si personne avec troubles de la dextérité ou incapacité à voir le bouton car nécessite de pouvoir brancher le raccord • Moins adapté pour les patients qui ne pourront pas être autonomes pour la gestion de leur nutrition • Temps de pose plus long • Moins adapté pour la décharge • La longueur peut devenir inadaptée si baisse ou prise de poids, nécessitant un changement précoce avec nouvelle mesure de l'épaisseur • Ne peut être posé initialement que par la technique « introducer » • Prix plus élevé que sonde 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins esthétique • Plus gênant pour les patients actifs ou qui font du sport par exemple • Remplacement plus fréquent

Annexe 2

Modèles d'ordonnance

ORDONNANCE de NUTRITION ENTERALE DOMICILE par Gastrostomie ou bouton

Forfait de première installation **pour 14 jours à compter du**

Prescription de renouvellement **pour** **mois à compter du**

Forfait hebdomadaire 1 par gravité

Forfait hebdomadaire 2 avec POMPE

Voie d'abord : Sonde de gastrostomie Bouton de gastrostomie

Nutriments :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

Objectif de débit : ml/h

Passage des nutriments : diurne nocturne

Veiller à maintenir une position semi-assise pendant le passage de la nutrition

Hydratation : ml d'eau /jour (dont rinçages et passage des médicaments)

par seringue de 20ml / 50ml

avec poche à eau

Solutés de nutrition entérale :

Consommables :

Sonde ou bouton de gastrostomie, marque CH L mm + 1 de rechange à fournir si besoin

Prolongateur de bouton de gastrostomie : marque

Coudé (passage de la nutrition et de l'eau), ref 0121 12; une par semaine

Droit (passage des médicaments), ref 0123 12; une par semaine

Compresse (stériles ou non stériles) voire set de soins (à raison de 1 à 3 par mois)

1 Tubulure par 24 heures

Location pied à sérum à roulettes

Sac à dos

Sonde de Foley CH 14

Complément nutritionnel oral ::/jour pendant

Annexe 2 (suite) Modèles d'ordonnance ORDONNANCE de NUTRITION ENTERALE DOMICILE en SITE JEJUNAL

Forfait de première installation **pour 14 jours à compter du**

Prescription de renouvellement **pour** **mois à compter du**

Forfait hebdomadaire 2 avec POMPE

Voie d'abord : Sonde naso-jéjunale Gastro-jéjunostomie Sonde de jéjunostomie

Nutriments :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

Objectif de débit : ml/h

Passage des nutriments : diurne nocturne

Hydratation : ml d'eau /jour (dont rinçages et passage des médicaments)

par seringue de 20ml / 50ml avec poche à eau

Solutés de nutrition entérale :

Consommables :

Sonde de jéjunostomie, marque CH L mm + 1 de rechange à fournir si besoin

Compresses (stériles ou non stériles) voire set de soins (à raison de 1 à 3 par mois)

1 Tubulure par 24 heures

Location pied à sérum à roulettes

Sac à dos

Complément nutritionnel oral ::/jour pendant

Annexe 2 (Suite) Modèles d'ordonnance

ORDONNANCE de NUTRITION ENTERALE DOMICILE par Sonde nasogastrique

Forfait de première installation **pour 14 jours à compter du**

Prescription de renouvellement **pour** **mois à compter du**

Forfait hebdomadaire 1 par gravité

Forfait hebdomadaire 2 avec POMPE

Voie d'abord : Sonde nasogastrique

Nutriments :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

.....ml/jour, débit ml/h, horaires :

Objectif de débit : ml/h

Passage des nutriments : diurne

nocturne

Veiller à maintenir une position semi-assise pendant le passage de la nutrition

Hydratation : ml d'eau /jour (dont rinçages et passage des médicaments)

par seringue de 20ml / 50ml

avec poche à eau

Solutés de nutrition entérale :

Consommables :

Sonde nasogastrique en polyuréthane ou silicone, CH

Repère:

1 Tubulure par 24 heures

Location pied à serum à roulettes

Sac à dos

Set de soins pour SNG à raison de 1 à 3 par mois

Complément nutritionnel oral ::/jour pendant

Annexe 2 (Suite)

Modèles d'ordonnance

ORDONNANCE pour IDE à domicile

Faire pratiquer par une Infirmière à domicile **tous les jours y compris le dimanche et les jours fériés**

- Les soins de sondes naso-gastriques : soins de nez, vérification de la bonne position de la sonde, réfection de la fixation tous les 3 jours ou plus si nécessaire
- Les soins de gastrostomie selon le protocole ci-joint
- Les actes inhérents à la nutrition entérale :
 - Branchement et débranchement du mélange nutritif selon les horaires et le débit précisés sur l'ordonnance de nutrition entérale
 - Branchement et débranchement ou injection du liquide d'hydratation selon les horaires et le volume précisés sur l'ordonnance de nutrition entérale
 - Rinçage de la sonde avant et après le passage de la nutrition et des médicaments
 - Injection des médicaments par la sonde, le cas échéant
 - Surveillance de la tolérance

Remplir au quotidien le carnet de suivi (déroulement et observations).

ORDONNANCE POUR 28 JOURS – A RENOUELER ... FOIS

Cas cliniques – complications cutanées

Bourgeon charnu péristomial

C'est une complication fréquente des gastrostomies. Il s'agit d'une excroissance tissulaire, bénigne, inflammatoire et vasculaire, rouge-rosée, plus ou moins douloureuse et responsable d'un **écoulement séro-muqueux jaunâtre et/ou sanglant** (à ne pas confondre avec une infection).



J0

1. Recherche et PEC de la cause :
Présence d'un bourgeon charnu



2. Soins locaux :
Nettoyage doux à l'eau et au savon

Application de nitrate d'argent 2 à 3 fois par semaine (veiller à ne pas toucher le dispositif et/ou la peau saine lors de l'application)



J15

Annexe 3 (suite)

Cas cliniques – complications cutanées

Irritations cutanées - dermatite de contact irritative

La dermatite de contact irritative est un problème fréquent. Le contact des effluents (sécrétions gastriques) avec la peau étant la cause la plus fréquente.

Les pansements occlusifs favorisent la macération et aggravent l'irritation.

Fuites péristomiales
Peau irritée et suintante



J0

**1. Recherche et
PEC de la cause :**
**Vérification de la
sonde et du
ballonnet**

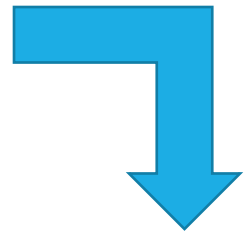


2. Soins locaux :
Nettoyage doux à l'eau et au
savon
+ Poudre de protection
cutanée
+ Spray protecteur cutané
+ Anneau de protection
péristomial

Absence de fuite péristomiale
Peau irritée et non suintante



J35



**3. Poursuite Soins
locaux :**

Nettoyage doux à l'eau et au
savon
+ crème à l'oxyde de zinc 2
fois/jour

Annexe 3 (suite)

Cas cliniques – complications cutanées

Irritations cutanées – érythème et irritations cutanées

Le mieux est de laisser la gastrostomie à l'air libre. Si un écoulement important se produit (rechercher la cause en priorité), une compresse peut être placée à condition de la remplacer dès qu'elle est souillée. En effet, la macération est propice au développement de champignons (mycoses) et favorise les irritations cutanées.

**Légères fuites péristomiales
Peau irritée et non suintante**



Proposition de PEC

1. Recherche et PEC de la cause:

Lutter contre la macération et la présence de fuites péristomiales

2. Soins locaux :

- Nettoyer **une fois par jour** à l'eau et au savon doux
- Sécher par tamponnement, dès que souillé
- Appliquer une crème isolante et réparatrice 2 fois par jour

Annexe 3 (suite)

Cas cliniques – complications cutanées

Escarres et points d'appui

Une escarre est une lésion plus ou moins profonde de la peau, liée à une compression excessive et prolongée des tissus entre deux plans durs. La survenue d'escarre peut aussi être favorisée par la macération ou le cisaillement.

Absence de fuite

Peau irritée, non suintante



Proposition de PEC

1. PEC de la cause :

- Lever les points d'appui, tourner le dispositif, si le bouton semble serré : réaliser une nouvelle mesure de l'épaisseur gastro-cutanée pour un éventuel changement, notamment en cas de prise de poids (en cas de doute entre deux mesures, choisir la longueur la plus longue)
- Lutter contre la macération

2. Soins locaux :

Appliquer une lotion réparatrice et asséchante 2 fois par jour

Absence de fuite

Peau irritée, non suintante



Proposition de PEC

1. PEC de la cause :

- Lever les points d'appui,
- Changer le mode de fixation

2. Soins locaux :

- Protéger la peau avec un pansement hydrocolloïde mince,
- Lever l'appui en fixant la sonde à la joue et au cou, sans pansement au niveau au nez

Annexe 3 (suite)

Cas cliniques – complications cutanées

Infection ?

L'infection cutanée du site de la gastrostomie varie mais reste une complication peu fréquente. Généralement, les soins locaux associés en cas de signes généraux à une antibiothérapie suffisent à contrôler l'infection locale. Exceptionnellement, cette complication infectieuse peut se présenter sous la forme d'une fasciite nécrosante.



1. Recherche et PEC de la cause :

Infection aux points de gastrostomie?
Irritation?



2. Soins locaux :

- Nettoyer à l'eau et au savon
- Retirer les ancrs entre J10 et J15
- Évaluation locale



3. Poursuite des soins:
-Antibiothérapie systémique



1. Recherche et PEC de la cause :

Infection?
Réaction aux fils?



Réaction aux fils

2. Soins locaux :

- Nettoyer à l'eau et au savon
- Changer les points de fixation

Annexe 3 (suite)

Cas cliniques – complications cutanées



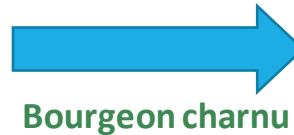
1. Recherche et PEC de la cause :
Infection?
Mycose?



- 2. Soins locaux :**
- Nettoyer à l'eau et au savon
 - Lutter contre la macération
 - Appliquer antifongiques locaux



1. Recherche et PEC de la cause :
Infection?
Bourgeon charnu?



- 2. Soins locaux :**
- Nettoyer à l'eau et au savon
 - Traitement du bourgeon charnu
 - Appliquer crème isolante et réparatrice sur la peau irritée si écoulements séro-muqueux (bourgeon)



1. Recherche et PEC de la cause :
Infection?
Macération sous pansement occlusif?
Rash acnéiforme sous anti EGFR?



- 2. Soins locaux :**
- Nettoyer 1 fois/J à l'eau et au savon
 - Sécher soigneusement et régulièrement par tamponnement avec une compresse
 - Appliquer une crème réparatrice en l'absence de fuites péristomiales (sinon crème isolante et trouver l'origine des fuites)
 - Pas de pansement occlusif++
 - Si anti-EGFR s'assurer de la prise de doxycycline

Annexe 4

Ancres ou points de gastropexie



Fil à couper

- La technique de gastrostomie endoscopique « PUSH » nécessite la création d'une gastropexie à l'aide d'ancres/points.
- La gastropexie permet de fixer l'estomac à la paroi abdominale.
- Les ancrs doivent être enlevées entre J10 et J15, si elles ne tombent pas spontanément pour éviter infection et/ou incarceration. Cela nécessite simplement de couper le fil sous l'ancre après l'avoir soulevé.
- Si les ancrs tombent spontanément avant, il n'est pas nécessaire de les reposer. La gastrostomie étant en place, elle réalisera la gastropexie.

Cadre réglementaire

- **Cadre législatif**

Dans certaines situations spécifiques, le remplacement de sonde peut être effectué par le patient lui-même, un aidant familial ou un intervenant de santé :

- **sonde nasogastrique et auto sondage** : le patient selon sa situation clinique et ses capacités peut avoir bénéficié d'un apprentissage hospitalier dans le cadre de l'ETP autorisant la réalisation d'auto-sondage au domicile ;
- **Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet** : selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM), il s'agit d'un acte pouvant être effectué par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Bien que ce geste ne soit pas inscrit au décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, certains patients, aidants ou IDE, éduqués à la réalisation de ce geste, l'effectuent au domicile

Cadre réglementaire

L'infirmier réalise :

- l'administration du mélange nutritif, selon la prescription médicale et en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques et les procédures de soins
- les soins de sonde
- la surveillance de la tolérance de la NE et la traçabilité des complications éventuelles.
- le changement sonde naso-gastrique si besoin sur prescription médicales

Cadre législatif :

- **Décret n° 2004-802 du 29 Juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.**

Art.4311-5 Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4311-7 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ...
- Soins et surveillance des patients en assistance nutritive entérale ou parentérale, administre les médicaments et en surveille les effets, communique au médecin toute information permettant une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution ...

Bibliographie

Bouteloup C. et Thibault R. Arbre décisionnel du soin nutritionnel; Nut. Clin. Metal. Volume 28, Issue 1, February 2014, Pages 52-56

Cabre E, Rodriguez-Iglesias P, Caballeria J, *et al.* (2000) Short- and long-term outcome of severe alcohol-induced hepatitis treated with steroids or enteral nutrition : a multicenter randomized trial. *Hepatology* 32:36-42

Fayemendy P. et al. Parcours de soins en nutrition entérale, de l'hôpital au domicile. *Revue générale, Nutrition clinique et métabolisme* (2016).

Fayemendy P, Sourisseau H, Jesus P, Desport JC. Changement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet de l'adulte. *Nutr Clin Metabol* 2014;28(3):216–8.

George DL, Falk PS, Umberto Meduri G, Leeper KV, Jr, Wunderink RG, Steere EL, et al. Nosocomial sinusitis in patients in the medical intensive care unit: A prospective epidemiological study. *Clin Infect Dis.* 1998;

Itkin M. and al. Multidisciplinary Practical Guidelines for Gastrointestinal Access for Enteral Nutrition and Decompression From the Society of Interventional Radiology and American Gastroenterological Association (AGA) Institute, With Endorsement by Canadian Interventional Radiological Association (CIRA) and Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE). *J Vasc Interv Radiol* 2011; 22:1089–1106 DOI: 10.1016/j.jvir.2011.04.006.

Khan S., T. Arif Alibay, M. Merad, M. DiPalma, B. Raynard, S. Antoun. Détection et évaluation de la dénutrition en oncologie : quels sont les outils, pour quel type de cancer et dans quels buts ? *Bulletin du Cancer*; Volume 103, Issue 9, September 2016, Pages 776-785

Maple John T, Bret T Petersen, Todd H Baron, Christopher J Gostout, Louis M Wong Kee Song, Navtej S Buttar ; Jéjunostomie endoscopique percutanée directe : résultats dans 307 tentatives consécutives; *AM J Gastroenterol*; 2005 Déc;100(12):2681-8. doi : 10.1111/j.1572-0241.2005.00334.x.

Quillot D, Malgras A, Zallot C, Buisson B, Denis-Balle E, Krier J, et al. L'autosondage naso-gastrique : une alternative à la gastrostomie et à la sonde à demeure. Règles et éducation thérapeutique du patient. *Nutr Clin Metabol* 2013;27(4):185–90

Ryan J M , Hahn P F et Mueller P R . Performing Radiologic Gastrostomy or Gastrojejunostomy in Patients with Malignant Ascites *Ryan American Journal of Roentgenology.* 1998;171: 1003-1006. 10.2214/ajr.171.4.9762985

Rumalla A, Baron TH. Results of direct percutaneous endoscopic jejunostomy, an alternative method for providing jejunal feeding. *Mayo Clin Proc* 2000;75:807–10.

Senesse P., M.-P. Vasson. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : quand et comment évaluer l'état nutritionnel d'un malade atteint de cancer ? Comment faire le diagnostic de dénutrition et le diagnostic de dénutrition sévère chez un malade atteint de cancer ? Quelles sont les situations les plus à risque de dénutrition ? *Nutrition clinique et métabolisme* 26 (2012) 165–188

Wollman B. , D'Agostino HB, Walus-Wigle JR, Pâques DW, Beale UN. Gastrostomie radiologique, endoscopique et chirurgicale : une évaluation institutionnelle et une méta-analyse de la littérature. 1995 Déc;197(3):699-704. doi: 10.1148/radiologie.197.3.7480742.

Autres références

Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile, SFNEP, Nourrir l'Homme malade, Edition 2014.

Livret de suivi patient porteur d'une gastrostomie, Service d'ORL et service de radiologie, CH Valence.

Les bonnes pratiques de la nutrition entérale chez l'adulte, HCL, avril 2020.

Traité de nutrition artificielle 2016 : Nutrition et hépatopathies (chapitre 83) *Benoît Dupont, Marie-Astrid Piquet*

Recommandations nutritionnelles pour les professionnels de santé prenant en charge des patients atteints de cancer pendant et après la maladie :

<https://www6.inrae.fr/nacre/Actualites/Rapport-INCa-impact-facteurs-nutritionnels-pendant-apres-cancer-2020>

<https://www6.inrae.fr/nacre/Documents-Outils/Outils-tous-publics/Depliant-NACRe-grand-public-patients-jeune-cancer>

Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte Méthode Recommandations pour la pratique clinique – HAS 2019

https://www.sfnm.org/images/stories/pdf_referenciel/has/reco277_recommandations_rbp_denutrition_cd_2019_11_13_v0.pdf

SFNCM-ex SFNEP, nov 2012

https://www.sfnm.org/images/stories/Referenciel_Egide-SFNEP/Nutrition-chez-le-patient-adulte-atteint-de-cancer-quand-et-comment-valuer-l-tat-nutritionnel-d-un-malade-atteint-de-cancer-Comment-faire-le-diagnosti.pdf

https://www.sfnm.org/images/stories/Outils/Fiche_denutrition_SFNCM_adulte.pdf