



Accès digestifs : gestion des situations complexes

Dr Corinne BOUTELOUP
MCU-PH, gastroentérologue-nutritionniste
Service de Médecine Digestive et Hépatobiliaire, CHU Estaing
UMR 1019, Université d'Auvergne
CLERMONT-FERRAND



- 3 situations abordées
 - le patient « esthète »?
 - le patient qui arrache sa sonde?
 - le patient qui vomit?

Que faire chez un patient « esthète »?

- Quels patients?

- Très rare en pédiatrie sauf adolescents
- Patient jeune surtout femme
- Patient ambulatoire, valide avec activité professionnelle, vie sociale
- Rare en gériatrie

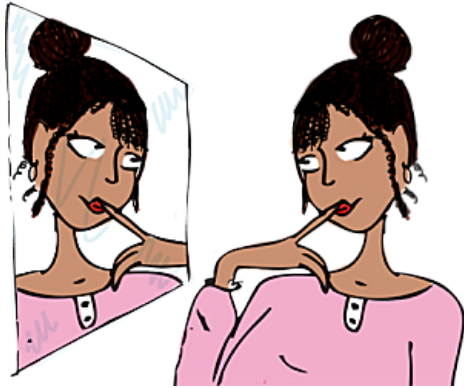
Parfois, seul motif allégué mais

- refus de la NE et de la prise de poids :
anorexique mentale
- vécu douloureux de la pathologie et stade
supplémentaire avec la NE : SLA, cancer...

Concerne surtout la SNG



Que faire chez un patient « esthète » ?



- **Problématique de la SNG**
 - Image corporelle
 - Regard des autres
 - Statut de malade
 - Devoir expliquer à l'entourage

Que faire chez un patient « esthète »?



- Quelques solutions

- Expliquer l'intérêt de la NE, les objectifs, intégration dans le projet thérapeutique, dans le projet de vie
- Présenter bénéfices/risques
....et ceux de la NP (demandée par patient).
- Choix de la sonde : fine, transparente - montrer le matériel

Que faire chez un patient « esthète »?

- Quelques solutions

- Autosondage

- Pose de la sonde par le patient lui-même le soir pour le branchement et ablation le matin.

- Pédiatrie
 - De plus en plus proposé chez l'adulte
 - Patient valide, éduquable +++

Que faire chez un patient « esthète »?



- Quelques solutions

- ➔ Gastrostomie percutanée

- NE de moyenne ou longue durée (> 3-4 semaines)

- Souvent mieux acceptée que la SNG

- surtout si proposition de mise en place d'un bouton à 2 mois

- Pose de bouton d'emblée

- ⇒ GPE « pull » avec certains kits, GPE « Introducer » (push) ou GPR



- 3 situations abordées
 - le patient « esthète »?
 - le patient qui arrache sa sonde?
 - le patient qui vomit?

Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

- **Circonstances**

Ablation involontaire

- ➔ Syndromes confusionnels, troubles cognitifs, troubles du comportement, mouvements anormaux :
 - neurologie
 - réanimation
 - personne âgée
 - sevrage alcoolique, encéphalopathie hépatique
 - enfant IMC
- ➔ Incompréhension, gêne ou douleur : personne âgée, nourrisson

Ablation volontaire

- ➔ refus de la NE et/ou des soins en général : anorexie mentale, personne âgée
- ➔ inconfort lié à la sonde naso-gastrique

Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

- Conséquences

- Risque d'inhalation si ablation pendant le passage de la NE, ou ablation partielle (extrémité au carrefour)
- Nécessité de « re »pose avec contrôle radiologique
- Retard à la prise en charge nutritionnelle

Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

- Mesures préventives

1) Utiliser les bonnes sondes naso-gastriques pour améliorer le confort et la tolérance

→ petit calibre : 5 - 10 (12 fr)

→ silicone ou polyuréthane

Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

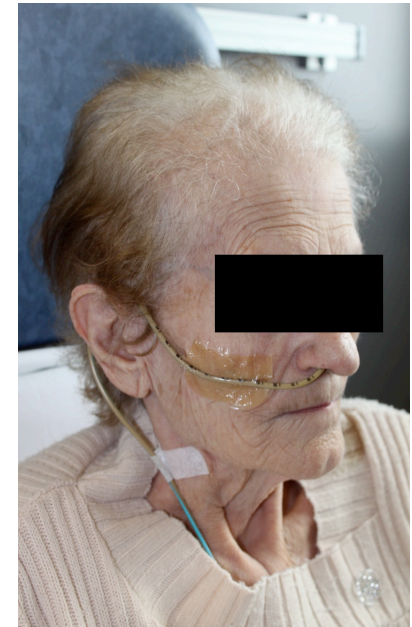
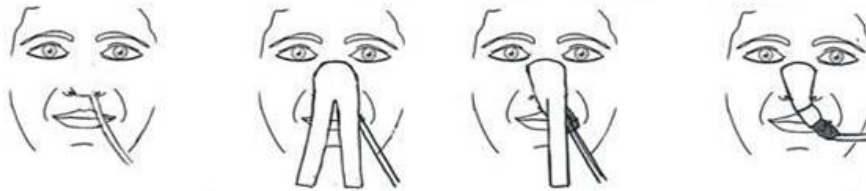
- Mesures préventives

2) Fixation efficace et confortable de la sonde nasogastrique

- collant confortable, bien toléré par la peau
- pas de traction sur la narine : risque d'ulcération
- dégager le champ visuel
- dégager l'accès à la bouche
- vérifier la fixation à chaque branchement et la refaire chaque fois que nécessaire

Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

Méthode « Pink Tape » (HAS 2000)



Ne pas laisser la sonde pendre au bout du nez

Faire 1 ou 2 autres points de fixation : joue, cou après passage derrière l'oreille (à adapter au patient)

Pratiques en Nutrition

Pose d'une sonde nasogastrique pour nutrition entérale

Nasogastric tube placement for enteral nutrition

Corinne Bouteloup*, Didier Barnoud, Michel Hasselmann, Véronique Hennequin,
 Jane Languepin, André Petit, Stéphane Walrand, Stéphane M. Schneider

Service d'hépatogastroentérologie, Hôtel-Dieu, 11, boulevard Léon-Malfreyt, 63058 Clermont-Ferrand cedex 1, France

Reçu le 8 avril 2009 ; accepté le 14 avril 2009

Disponible sur Internet le 13 juin 2009



Poser de sonde naso-gastrique chez l'adulte

☑ Choisir la sonde

- Sur **prescription médicale** ou se référer au **protocole interne** du service
- Polyuréthane ou silicone**, lestée ou non lestée
- Avec ou sans mandrin
- Calibre : **CH 8 à 12**

☑ Préparer le matériel

- gants à usage unique, non stériles
- sonde
- lubrifiant externe
- mouchoirs + sérum physiologique
- anesthésique local (type lidocaïne gel 2 % ou nébulisée 5 %)
- verre d'eau
- adhésif hypoallergénique (type Urgosyal® Hypafix®)
- stéthoscope
- séringue 60mL à embout canule
- marqueur indélébile
- haricot jetable

☑ Informer et préparer le malade

- Malade à **jeun depuis au moins 6 heures**
- Installer le malade en **position assise**
- Choisir la narine, en préférant la moins perméable pour faciliter la respiration
- Expliquer le déroulement**

☑ Poser la sonde

- Anesthésier la narine
- Mesurer la **distance nez-oreille-appendice xyphoïde** et ajouter 15 à 20 cm pour estimer la longueur de sonde à introduire
- Demander au malade de **fléchir la tête à 45°**
- Introduire lentement la sonde, **perpendiculairement à l'axe de la tête**
- Demander au malade de faire une manœuvre de déglutition quand la sonde est perçue au fond de la gorge
- En l'absence de trouble de la déglutition, donner un verre d'eau pour aider à déglutir

⚠



- Sonde Salem (CH 14 à 18)
 - réservée à l'aspiration
- Sonde simple courant PVC
 - réservée au prélèvement bactériologique
- Sonde simple courant polyuréthane/silicone
 - réservée à la nutrition



+ 15-20 cm

☑ Fixer la sonde



- Méthode dite Pink-Tape** : coller sur l'arête du nez les 3 premiers centimètres d'un ruban adhésif de 6 cm environ. Fendre l'extrémité en 2 dans le sens de la longueur. Enrouler chaque morceau autour de la sonde
- Faire passer la sonde derrière l'oreille et la **fixer sur la joue et au cou**
- Vérifier que la sonde n'est pas dans le champ visuel
- Vérifier qu'aucune traction ne s'exerce sur la narine
- Faire un **repère au marqueur** indélébile sur la sonde, juste sous le sparadrap, **une fois la position contrôlée radiologiquement**
- La nutrition entérale ne doit pas être branchée si le repère n'est pas visible ou est à distance du sparadrap

☑ Vérifier systématiquement la bonne position de la sonde

- Par un contrôle radiologique +++ : méthode recommandée**
- L'injection d'air avec auscultation épigastrique donne des faux positifs (sonde enroulée dans l'œsophage, dans une hernie hiatale...)

Remarque : au cours du suivi, en cas de vomissement ou de déplacement de la sonde, refaire un contrôle radiologique.

☑ Enregistrer le soin dans le dossier patient

Comité Educationnel et de Pratique Clinique de la SFNEP. <http://www.sfnep.org>

CEIC 100/09/04

Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

- **Conduite à tenir**

1) Discuter avec le patient : (ré)expliquer l'intérêt, les objectifs ; être à l'écoute ; négociations

2) Reposer la sonde en attendant 4 à 6h après le passage de la nutrition (ou prise du dernier repas)



type de sonde et fixation adaptés

Si arrachage incomplet, selon degré d'extraction,

- sonde repoussée
- nouvelle pose

Que faire chez un patient qui arrache sa sonde?

- **Conduite à tenir**

.....Après 2 ou 3 arrachages

1) Rediscuter l'indication et balance bénéfices-risques

2) Méthodes physiques

- Moufles

- Contention au lit : à éviter ou très transitoirement

3) Gastrostomie

- NE de moyenne ou longue durée (> 3-4 semaines)

- Sonde, souvent suffisant → bouton

- si besoin : camoufler (body chez nourrisson)

4) Soins de confort? Nutrition parentérale ?



- 3 situations abordées
 - le patient « esthète »?
 - le patient qui arrache sa sonde?
 - le patient qui vomit?

Que faire chez un patient qui vomit?



- Circonstances (hors syndrome occlusif)
 - Gastroparésies : post-opératoires, encéphalopathes, cérébrolésés et autres pathologies neurologiques, diabétique...
 - Chimiothérapie
 - Constipation sévère, fécalome
 - Médicaments : morphiniques, antibiotiques...
 - RGO sévère (enfant)
 - NE mal contrôlée : débit trop rapide, gravité, sonde naso-gastrique malpositionnée
 - Origine psychologique : anxiété, difficulté d'acceptation....

Que faire chez un patient qui vomit?

- Premières vérifications

- Débit de la NE?
- Gravité ou pompe?
- Bon positionnement de la SNG :
 - Radiographie de contrôle faite après la pose?
 - Sonde déplacée (repère)?



Contrôle de la bonne position de la sonde nasogastrique

- **Position antrale**

- ✓ Radiographie = Gold standard chez l'adulte

- Grade B Recommandations ASPEN JPEN 2009

- Recommandations HAS

- à mettre en balance avec irradiation

- chez l'enfant

- indispensable si doute à la pose et

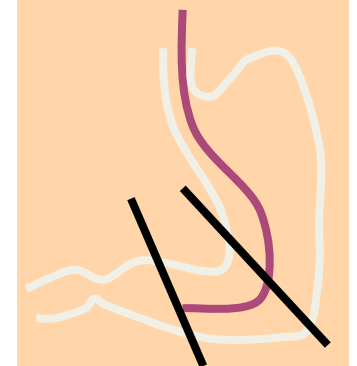
- si patient à risque

- ✓ pH du liquide d'aspiration

- enfant : méthode alternative à Rx

- adulte : antisécrétoire acide+++

- ✓ Auscultation : faux positif



Sonde naso-gastrique : contrôle de la bonne position

- Repère indélébile
(à la sortie de la narine)
recommandations HAS, ASPEN



- Mesurer la longueur externe et la reporter dans le dossier de soins

Que faire chez un patient qui vomit?



- **Premières vérifications**

- Débit de la NE?
- Gravité ou pompe?
- Bon positionnement de la SNG :
 - Radiographie de contrôle faite après la pose?
 - Sonde déplacée (repère)?
- **Transit ?**
 - ⇒ Mesures correctives

Que faire chez un patient qui vomit?



- Diminution voire arrêt de la NE
- Antiémétiques/prokinétiques
- Mesure du volume résiduel gastrique
- Examens complémentaires diagnostiques
- CAT si Origine psychologique

..... hors sujet ⇒

Que faire chez un patient qui vomit?

- Solutions techniques

- ➔ Site jéjunal (au-delà de l'angle de Treitz)

- SNG ⇒ Sonde naso-jéjunale

- ⇒ jéjunostomie (si NE >1 mois)

- Gastrostomie ⇒ jéjunostomie

Que faire chez un patient qui vomit?

- Sonde naso-jéjunale

- ➔ Au lit du patient, pose à l'aveugle

- en réanimation

- patient en décubitus latéral droit

- sondes lestées inutiles

- insufflation de 500 à 1000 ml d'air

- prokinétiques IV :

- métoclopramide (effet inconstant)

- erythromycine 200 mg sur 30 min

- Radiographie de contrôle

Lord LM et al JPEN 1993 ; Kalliafas JPEN 1996 ;
Salasidis R Crit Care Med 1998 ; Stroud Gut 2003

Que faire chez un patient qui vomit?

- Sonde naso-jéjunale

→ Au lit du patient, sonde autopropulsée

sonde avec mandrin

pose comme SNG mais ne pas fixer au nez

Erythromycine IV

Contrôle radiographique 6-12h après

Peut mettre plusieurs heures voire jours
pour passer le pylore !!



Que faire chez un patient qui vomit?

- Sonde naso-jéjunale

→ Par voie endoscopique

inconvénients :

– déplacement du malade

– difficultés chez un malade fragile

profiter d'une endoscopie diagnostique

Points techniques

- nasofibroscope : évite l'utilisation du tube de transfert bucconasal
- technique Seldinger : évite déplacement de la sonde lors du retrait de l'endoscope
- contrôle scopique : contrôle de la descente de la sonde sur le fil guide, du franchissement du pylore et du positionnement au-delà de l'angle de Treitz.



Que faire chez un patient qui vomit?

- Sonde naso-jéjunale

- Possibilités de mettre des sondes

- Doubles ou triples lumières

- Aspiration gastrique

- Nutrition en site jéjunale

- Prise d'air

Inconvénient : calibre élevé de la sonde gastrique et calibre faible de la sonde jéjunale

Que faire chez un patient qui vomit?

- Sonde naso-jéjunale

➔ Résultats en USI

Davies et al Crit care Med 2012

ECR ; SNJ vs SNG chez 181 patients avec volumes résiduels élevés

SNJ à migration spontanée ; 87% de bon placement après 15h en médiane (7-32h)

Pas de différence sur :

- vomissements (20% vs 21%)
- % des apports énergétiques
- pneumopathie
- diarrhée, mortalité

Plus d'hémorragies digestives mineures avec SNJ (13% vs 3% ; p=0,02)

Que faire chez un patient qui vomit?

- Jéjunostomie

- Gastrojéjunostomie percutanée

- endoscopique ou radiologique

- gastrostomie pré-existante ou créée dans le même temps

Matériel :

- prolongement jéjunal passé dans la sonde de gastrostomie
- sonde jéjunale, avec ou sans voie gastrique
- bouton



Que faire chez un patient qui vomit?

- Jéjunostomie

- Gastrojéjunostomie percutanée

avantage : aspiration gastrique possible (selon modèle)

inconvénients :

- parfois difficile et long à mettre en place
- déplacement secondaire du prolongement
 - amélioration avec prolongement plus long et extrémité en queue de cochon
- obstruction de la sonde jéjunale si petit calibre



Que faire chez un patient qui vomit?

- Jéjunostomie

- jéjunostomie percutanée directe

- endoscopique ou radiologique

- pose plus aisée sur patient avec gastrectomie

- équipe entraînée

- risques de perforation, fuite péristomiale

- jéjunostomie chirurgicale

- possible sous laparoscopie

Recommandations ASPEN 2009 : gastrosjéjunostomie à réserver aux situations transitoires ; dans les autres cas , préférer jéjunostomie directe

Conclusion

- Existence de solutions techniques à certaines situations complexes en NE grâce à l'évolution importante du matériel depuis quelques années
- Manque d'études d'évaluation