



## Préparation et suites d'une gastrostomie percutanée radiologique



### 1. Les jours précédant l'intervention : gestion des anticoagulants / antiagrégants

Si le patient est sous traitement anticoagulant oral (AVK) ou antiagrégant plaquettaire (AAP) :  
En fonction du risque thromboembolique, les attitudes seront différentes :

#### Patient sous AVK

- Patient sous AVK AVEC risque thromboembolique majeur.
  - Arrêt des AVK à J-3 (Sintrom®), J-4 (Préviscan®), J-5 (Coumadine®)
  - Le lendemain, débiter une héparine à dose anticoagulante.
  - La veille de l'examen, contrôle de l'INR (INR souhaitable <1,5).
  - Arrêt de l'héparine à H-6 si héparine en perfusion continue, H-8 si héparine calcique en 3 injections par jour, H-12 si héparine calcique en deux injections par jour.
  
- Patient sous AVK SANS risque thromboembolique majeur.
  - Arrêt des AVK à J-3 (Sintrom®), J-4 (Préviscan®), J-5 (Coumadine®)
  - Relais par héparine non fractionnée : mêmes conditions que pour un risque embolique majeur.
  - Relais par HBPM (si autorisée dans l'indication de la pathologie initiale).
  - Débiter le lendemain une HBPM à dose curative.
  - Arrêt de l'HBPM à J-1 (ou 12 heures avant le geste si 2 injections/j) avec bilan d'hémostase (INR, plaquettes).

#### Patient sous AAP

- Patient sous AAP AVEC risque thromboembolique majeur.
  - Compte tenu du risque de thrombose à l'arrêt, relais par une héparine non fractionnée seule ou une HBPM à doses curatives seule ou une association HBPM-Cébutid®.
  
- Patient sous AAP SANS risque thromboembolique majeur.
  - 1) Relais par HBPM.
    - Arrêt des AAP en fonction de la demi-vie (7 à 10 jours) ou en fonction du temps nécessaire pour retrouver une fonction agrégante suffisante.
    - Débiter l'HBPM à doses curatives le lendemain de l'arrêt des antiagrégants.
    - Arrêt de l'HBPM la veille de l'acte avec bilan d'hémostase.
  
  - 2) Relais par flurbiprofène (Cébutid®) (niveau de preuve faible).
    - Arrêt des AAP en fonction de leur demi-vie (7 à 10 jours) ou en fonction du temps nécessaire pour retrouver une fonction agrégante suffisante.
    - Début du Cébutid® (50 mg matin et soir) le lendemain de l'arrêt des antiagrégants plaquettaires.
    - Arrêt du Cébutid® 24 heures avant l'intervention.

## 2. Le jour de l'intervention :

- Bilan d'hémostase et hémogramme; l'intervention est contre-indiquée si : INR > 1,5 ; TP < 50% ; TCA > 1,5 fois le témoin ; plaquettes < 50 000/mm<sup>3</sup>.
- Voie veineuse périphérique avec garde veine.
- Antibioprophylaxie : Cefazoline IV 2g, une heure avant l'examen, en l'absence d'allergie. En cas d'allergie, clindamycine (600 mg) + gentamicine (2 à 3 mg/kg) en dose unique.
- Electrocardiogramme si :
  - Patients de plus de 40 ans.
  - Facteurs de risque cardiovasculaire.
  - Evaluation clinique cardiologique impossible ou non fiable.
  - Troubles du rythme.
  - Prise de médicaments pouvant être associés à des troubles de conduction ou du rythme.
- Prémédication :
  - Atarax<sup>®</sup> par la sonde nasogastrique : 2 mg/kg une heure avant l'examen.
  - Perfalgan<sup>®</sup> : 1 g IV, une heure avant l'examen.
- En cas de pilosité excessive, dépilation la veille à la crème dépilatoire ou à la tondeuse (désinfectée et à lame à usage unique).
- Préparation du champ opératoire en trois temps (peau au niveau de l'épigastre en débordant largement) : déterSION au savon antiseptique (polividone iodée, type Bétadine<sup>®</sup> Scrub (rouge) ou chlorhexidine, type Hibiscrub<sup>®</sup>), rinçage à l'eau stérile, séchage, désinfection avec antiseptique à l'arrivée dans la salle (IDE) puis juste avant le geste champ opératoire (opérateur) par Bétadine<sup>®</sup> dermique (jaune) ou Bétadine<sup>®</sup> alcoolique 5% ou Hibitane<sup>®</sup> champ.
- Sonde nasogastrique en place.

## 3. Au retour de l'intervention :

- Tester la sonde de gastrostomie 2 à 3 heures après la pose (avec 250 mL de sérum physiologique perfusés par gravité sur une heure).
- Refaire le pansement au bout de 24 heures.
- Administrer un traitement antalgique durant les 24 heures suivant la pose .
- Débuter, 12 heures après la pose, la nutrition entérale par la sonde de gastrostomie et retirer la sonde naso-gastrique.
- Reprendre le traitement antiagrégant ou anticoagulant :
  - reprise de l'héparine 8h après le geste ou de l'HBPM 12h après le geste, les AVK le soir même, des AAP le lendemain.
  - patients sous AVK : arrêt de l'héparine lorsque deux INR réalisés à 2 jours d'intervalle sont satisfaisants.

## 4. Soins :

- Nettoyage quotidien du point d'entrée par un antiseptique (chlorhexidine ou polividone iodée).
- Fixation de la sonde à l'horizontale afin que celle-ci n'exerce pas de traction sur l'orifice.
- Pansement non occlusif.
- Vérification quotidienne du bon positionnement de la collerette de la sonde afin qu'elle assure une bonne étanchéité sans être compressive.
- Vérification hebdomadaire du gonflage du ballonnet conformément au volume spécifique noté sur la sonde (généralement 5 à 20 cm<sup>3</sup> d'eau).
- Section des deux ou trois fils d'ancrage à J7 au ras de la peau.

## 5. Sortie du service de soins :

- Etablir une ordonnance de soins infirmiers pour :
  - Pansement sec non occlusif tous les jours jusqu'au retrait des fils et/ou cicatrisation.
  - Vérification hebdomadaire du bon gonflage du ballonnet et de sa bonne position horizontale ainsi que la bonne fixation de la collerette/réglette.
  - Section des deux ou trois fils d'ancrage à J7, au ras de la peau.
- Remettre au patient et à l'infirmière la fiche d'entretien de sonde.

