Procédure de soin

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA)

Pédiatrie

Généralités

Avertissement

La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu au CHUV. L'adoption de ces techniques de soins par une autre institution relève de la responsabilité de sa direction. Tout soin nécessite des connaissances appropriées et ne peut donc être exécuté que par des professionnels qualifiés. La forme et le contenu de ce document peuvent faire l'objet d'amélioration continue ou d'évolution dans les versions futures. Seule la version électronique fait foi.

Cadre de référence

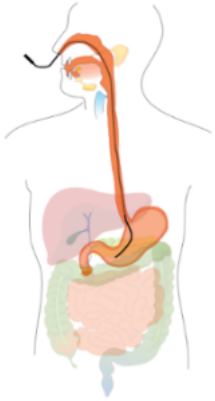
Précautions Standard / Hygiène des mains
Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCi)
REFMED
Catalogue des examens
Tableau des antiseptiques au CHUV
Tableau des désinfectants au CHUV

Directive institutionnelle : Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV
Directive institutionnelle : Identitovigilance et port du bracelet d'identification des patients (BIP)
Directive institutionnelle : Gestion de la douleur
Directive institutionnelle : Gestion des médicaments : Préparation, double-contrôle et administration des médicaments

Contexte

Définition

Introduction d'une sonde par les voies aéro-digestives supérieures (nasales « SNG » ou orale « SOG ») dans l'estomac. Le choix de la sonde se fait dépendamment de son utilisation et de l'âge de l'enfant (cf. voir : choix de la sonde).



Ce document concerne uniquement les procédures liées à l'alimentation, l'hydratation et l'administration de médicament. Pour la procédure d'aspiration gastrique, se référer à la fiche spécifique

Indications

- Hydratation ou alimentation du patient ou administration de médicaments lors que la voie orale n'est pas possible, par exemple en cas de :
  - Trouble de la déglutition
  - Immaturité de la coordination : succion, déglutition, respiration
- Nécessité d'une aspiration gastrique (se référer au protocole : aspiration gastrique)
- Lésions structurelles ou anatomiques du tube digestif

Selon besoin

- Nouveau-né présentant des signes de SDR
- VNI (CPAP/BPAP)

Attention ! La nutrition entérale par sonde orogastrique (SOG) ou par sonde nasogatrique (SNG) n'est pas recommandée à long terme, c'est-à-dire plus de 4-6 semaines.

Contre-indications

- Hémorragie digestive active
- Période post-opératoire en cas de chirurgie de l'œsophage ou de l'estomac
- Atrésie des choanes ou autre malformation structurelle
- Fracture de l'étage moyen de la face
- Rétrécissement de l'œsophage
- Varices œsophagiennes
- Ingestion de soude caustique récente
- Lésions inflammatoires ou hémorragiques connus entre le nez et l'estomac
- Fistule œsotrachéale

Attention ! Certaines contre-indications sont relatives. La pose d'une SNG ou SOG est parfois possible moyennant une discussion au préalable et une validation médicale documentée dans le dossier du patient.

Contre-indications relatives

- Période post-opératoire en cas de chirurgie récente sphère ORL, cervico-faciale et chirurgie œsophagienne : la pose de la sonde peut être dangereuse. Il est indispensable de vérifier si la pose est possible ou si elle doit être faite par l'opérateur éventuellement sous contrôle radioscopique/endoscopique.
- Troubles de la coagulation ou utilisation d'anticoagulants

Recommandations de pratique

Fréquence de changement :

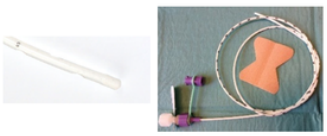
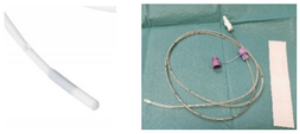
- **Sonde** : tous les mois. Peut rester en place jusqu'à 3 mois (selon type de sonde, du patient et de son contexte)
- **L'eau minérale de rinçage** : 1x/j
- **La tubulure d'alimentation et les seringues** : 1x/j

Utilisation des produits de nutrition

Utiliser les produits de nutrition entérale dans les 24heures après leur ouverture et les conserver au frigo après ouverture.

Choix de la sonde

Les sondes d'alimentation de devraient pas être utilisée pour aspirer le contenu gastrique. Il faut alors favoriser les sondes double lumière avec prise d'air (ex : Salem®) pour une meilleure efficacité et éviter des ulcérations. Concernant l'aspiration gastrique, merci de vous référer à la fiche spécifique

Marque	Calibre (CH)	Longueur (cm)	Photo	Population cible
Nutricair	6	80cm		Nourrisson
	8	120cm		Enfant
Exceptionnellement (sondes posées par chirurgiens) :				
Freka	10	120cm		Seulement disponible au bloc opératoire
Vygon	8	90 cm		Cas particuliers : atrésie de l'œsophage, atrésie duodénale

Attention ! Le choix de la sonde se fait en fonction de l'utilisation qui en sera faite

Pose de la sonde

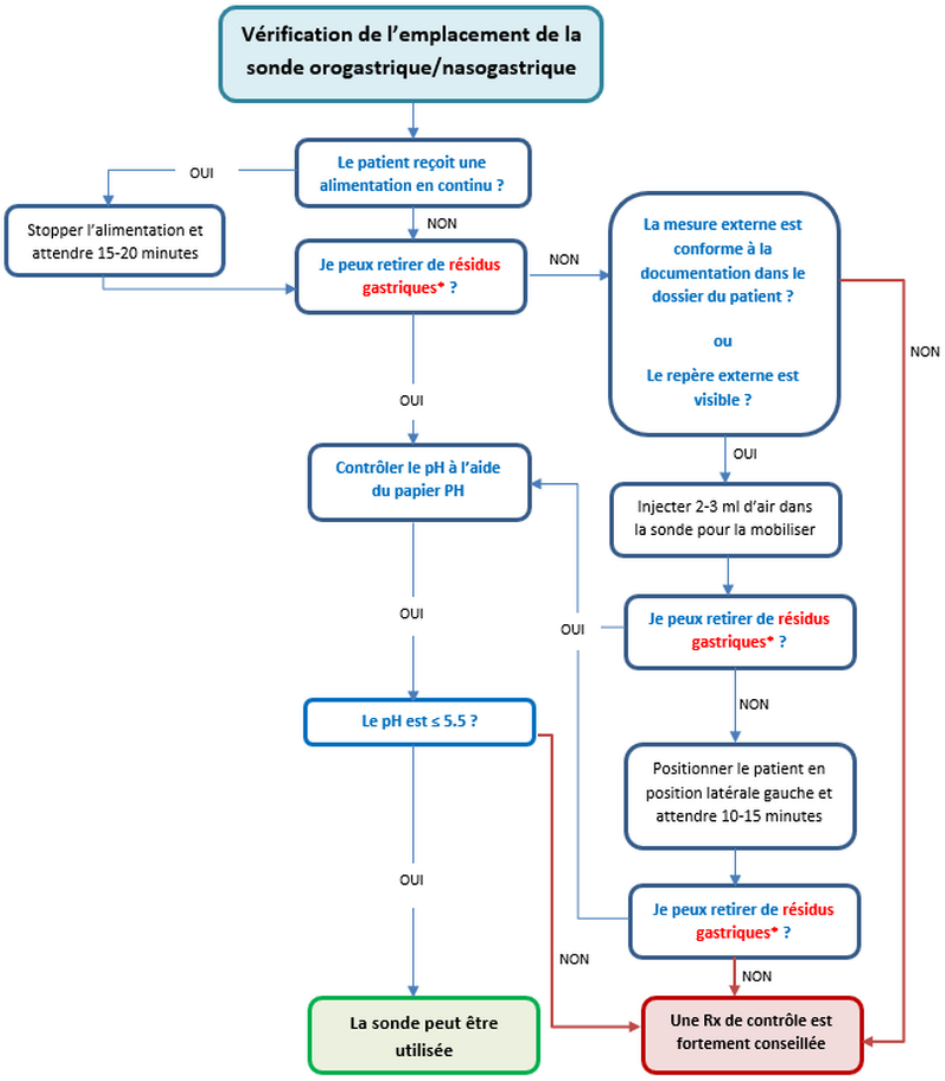
Attention ! Dû à l'absence des signes distincts d'un mauvais positionnement de la sonde il est nécessaire de définir préalablement avec le médecin le besoin d'une radiographie de contrôle immédiat suite à la pose d'une SNG/SOG chez les patients qui comportent les particularités suivantes : intubation, absence du réflexe de toux, atteinte neurologique ou niveau de conscience diminué.

Vérification de l'emplacement de la sonde

La vérification de l'emplacement de la sonde est requise 1x/j lorsqu'elle n'est pas utilisée ou dans les situations suivantes :

- A la pose
- Avant chaque utilisation de la sonde (alimentation intermittente ou l'administration de médicaments)
- Aux 8h00 en cas d'alimentation continue
- Lors de toux, haut-le-cœur ou vomissements chez le patient

Les étapes pour la vérification de l'emplacement de la sonde sont les suivantes :



- **Attention !**
  - La non-vérification de l'emplacement de la sonde peut entraîner l'administration de liquides dans les voies aériennes ce qui peut mener à de graves complications broncho-pulmonaires.
  - Les patients qui sont sous traitement médicamenteux antiacides (ex : inhibiteur de la pompe à proton, antagoniste H2, ...etc.) sont susceptibles d'avoir un pH > à 5,5.
    De même, les patients qui ont une alimentation en continu ou dont l'alimentation remonte à moins de 15-20 minutes sont susceptibles d'avoir un pH gastrique perturbé par la présence d'aliments dans les résidus.
    Dans ces cas particuliers, il est nécessaire d'évaluer l'emplacement de la sonde sur la base de la mesure externe ainsi que sur l'absence de signes cliniques et, en cas de doute, de demander un contrôle radiologique au médecin responsable.
  - L'insufflation d'air dans la SNG avec auscultation de l'estomac n'est pas une technique efficace permettant d'assurer le bon positionnement de la sonde.

Administration de l'alimentation / hydratation

- L'alimentation / hydratation est possible dès la pose de la SNG/SOG après avoir effectué toutes les étapes de vérification de l'emplacement ou après l'examen radiologique selon prescription médicale.
- Les modalités d'administration (volume total et temps/débit) s'effectuent sur prescription médicale. L'augmentation du débit pour rattraper un retard d'administration doit être discuté avec le médecin.
- La position assise doit être favorisée chez le patient. En cas de position couchée, maintenir un angle de 30 à 40 degrés si possible ou s'assurer que la tête est plus haute que le niveau de l'estomac.
- Si des effets secondaires apparaissent (augmentation de la fréquence cardiaque, reflux, nausées, vomissements, douleurs, ...etc.) stopper immédiatement l'alimentation ou l'hydratation et informer le médecin. **La reprise de l'alimentation /hydratation se fera uniquement après avoir procédé à une vérification de l'emplacement de la sonde.**
- La durée de conservation des produits ainsi que la fréquence de changement des tubulures et seringues doivent être scrupuleusement respectées afin d'éviter tout risque de contamination bactérienne

Administration de la médication

- La position assise doit être favorisée chez le patient. En cas de position couchée, maintenir un angle de 30 à 40 degrés si possible ou s'assurer que la tête est plus haute que le niveau de l'estomac
- Si des effets secondaires apparaissent (reflux, nausées, vomissements, douleurs, ...etc.) stopper immédiatement l'administration et informer le médecin

Retrait de la sonde

- Le retrait de la SNG ou SOG est réalisé par l'infirmière sur prescription médicale
- La reprise de l'alimentation et de l'hydratation orale est possible de suite
- La position assise doit être favorisée chez le patient. En cas de position couchée, maintenir un angle de 30 à 40 degrés si possible ou s'assurer que la tête est plus haute que le niveau de l'estomac

Risques

Obstruction de la sonde

Prévention et attitude

- Rincer la sonde avec minimum 5 ml d'eau minérale :
  - Avant et après son utilisation
  - 1x/j en cas de non utilisation
- Privilégier les formes liquides à l'écrasement des comprimés lors d'administration de médicaments
- Rincer avec l'eau minérale après un médicament visqueux qui risque d'obstruer la sonde
- En cas d'obstruction de la sonde, se référer à la procédure de désobstruction.

Délogement de la sonde (risque de broncho-aspiration, d'infection pulmonaire sur alimentation dans les poumons, pneumothorax, passage de la sonde dans le duodénum... etc.)

Prévention et attitude

- Vérifier l'emplacement de la sonde avant toute utilisation selon le schéma ci-dessous
- Fixer la sonde en 2 points (nez/bouche et joue)
  -




- Changer les adhésifs de fixation aux 24-/48h, selon protocole de service ou plus si l'adhésif est décollé et/ou souillé
- Vérifier l'emplacement de la sonde lors de signes de haut-le-cœur ou d'une difficulté respiratoire selon le schéma ci-dessous
- Demander un contrôle radiologique au médecin responsable du patient en cas de doute sur l'emplacement de la sonde (OM)
- Mesurer la distance narine, lobe de l'oreille à l'estomac et vérifier l'adéquation avec la sonde en place

Escarre ou lésion des muqueuses

Prévention et attitude

- Mobiliser la sonde aux 24-/48h (en la tournant sur elle-même)
- Fixer la sonde en évitant les tractions et les appuis sur l'aile de la narine ou sur le septum
- Vérifier que le film protecteur est toujours présent sur la joue, intègre et sans pli
- Varier les points de fixation de la sonde
- Appliquer une solution pour protection cutané sur la peau à l'endroit de la moustache pour protéger la peau (ex : Cavillon™ bâtonnet ou similaire)
- Nettoyer les narines et la sonde à l'aide de bâtonnets montés humidifiés 1x/j au minimum
- Humidifier les muqueuses nasales à l'aide d'un émollient si nécessaire

Rupture de la sonde

Prévention et attitude

- Utiliser des seringues d'un volume égal ou supérieur à 5 ml lors des manœuvres de désobstruction. L'administration des médicaments peut se faire avec des seringues plus petites.
- **Ne jamais réintroduire un guide/mandrin dans une sonde en place !**

Diminution de la lumière des voies aériennes nasales (surtout pour le nouveau-né)

Prévention et attitude

- Envisager de poser la sonde en oro-gastrique
- En cas d'obstruction nasale effectuer des rinçages du nez tout en faisant attention de ne pas déplacer la sonde.

Vomissements

Prévention et attitude

- Favoriser la position anti-reflux et le minimal handling durant l'alimentation
- Effectuer les soins et la mobilisation du patient avant la mise en route de l'alimentation.
- Stopper l'alimentation en continu durant les soins et la mobilisation du patient

Technique de soin

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Pose de la sonde

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Administration de l'alimentation - hydratation

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Administration de la médication

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Retrait de la sonde

Désobstruction de sonde digestive : conseils pratiques chez l'enfant

Suivi du patient

Retour à domicile

Le retour à domicile est organisé avec des soins à domicile les premières semaines. Un enseignement au patient ou/et à sa famille est nécessaire. Ne pas oublier de prévenir les diététiciennes minimum 48 heures avant le retour à domicile afin que le matériel et l'alimentation puissent être livré à domicile.

L'enseignement doit contenir :

- Une explication des signes cliniques d'un mauvais positionnement de la sonde gastrique ainsi que la conduite à tenir lors d'apparition de ces signes
- Un enseignement permettant d'assurer la vérification de l'emplacement de la sonde
- Un enseignement permettant d'assurer la manipulation du système de nutrition (selon modèle présent au domicile)
- La marche à suivre en cas d'ablation accidentelle de la sonde (à qui s'adresser et avec quelle urgence)

Personnes ressources

Bip de garde diététicienne : 079 556 17 37

Références

1. Jeffries L, Ratoni T, Roberts D, Stevens H, Winskill R, Cichero J, et al. Infants and children insertion and confirmation of placement of nasogastric and orogastric tubes. Ministry of Health, NSW; 2016.
2. O'Kane C. Guidelines for caring for an infant, child, or young person who requires enteral feeding. Western Health and Social Care Trust; 2015.
3. Vincent, J.-L, Abraham E, Kochanek P, Moore F, Fink M. Textbook of Critical Care [Internet]. 7th Edition. Elsevier; 2016 [cité 21 févr 2018]. 1408 p. Disponible sur: https://www.elsevier.com/books/textbook-of-critical-care/vincent/978-0-323-37638-9
4. Obeid S. Nasoenteric Tube: Daily Management. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2017;
5. Lizarondo L. Nasoenteric Tube Feeding. 2016;
6. Irving SY, Lyman B, Northington L, Bartlett JA, Kemper C, NOVEL Project Work Group. Nasogastric tube placement and verification in children: review of the current literature. Nutr Clin Pract. juin 2014;29(3):267-76.

Liens

Procédures de soins liées

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Pose de la sonde

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Retrait de la sonde

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Administration de la médication

Sonde oro/nasogastrique : Alimentation - Hydratation (PED/SCEA) / Administration de l'alimentation - hydratation

Désobstruction de sonde digestive : conseils pratiques chez l'enfant

Date de validation	Auteurs	Experts
21.10.2024	Céline Lomme, ICLS Méthodes de soins, Direction des soins, Lausanne, CHUV	Sabine Vasseur Maurer, Médecin associée, Service de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent, CHUV Ermindo Di Paolo, Pharmacien clinicien, CHUV Lausanne