Procédure de soin

Gastrostomie percutanée endoscopique (PEG)

Adulte

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

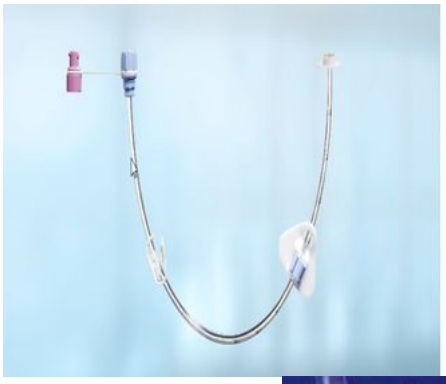
Directive institutionnelle : Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV
Directive institutionnelle : Identitovigilance et port du bracelet d'identification des patients (BIP)
Directive institutionnelle : Gestion de la douleur
Directive institutionnelle : Gestion des médicaments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

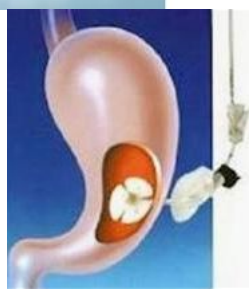
Contexte

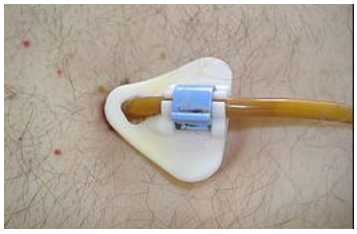
Définition

Une gastrostomie percutanée endoscopique est une stomie équipée d'une sonde d'alimentation mise en place dans l'estomac au niveau de la grande courbure par voie endoscopique et percutanée. Ce dispositif permet une alimentation entérale à moyen et long terme. La sonde PEG est maintenue en place par une collerette. La stomie est réalisée par les gastro-entérologues et les chirurgiens ORL en ambulatoire ou chez les patients hospitalisés.

- Dispositif
  -




- 

- Vue externe
  - 
- Vue interne
  - 

Professionnels habilités

- Infirmier-e
- ASSC (selon directives de l'unité)
- Médecins

Indications

Alimentation orale et/ou administration médicamenteuse orale impossible ou insuffisante :

- Neurologie : troubles de la déglutition, myopathies, IMC, etc.
- Gastro-entérologie/ORL : sténose, malformations, cancer, etc.
- Oncologie/Radio-oncologie/Infectiologie : mucite, chimiothérapie intensive, HIV, etc.
- Soins palliatifs : décompression gastrique si carcinomateuse, etc.
- Soins intensifs : traumatismes cranio-faciaux, trachéostomie, brûlés, etc.
- Psychiatrie : anorexie, démence sénile, oligophrénie, etc.

Contre-indications absolues

- Iléus
- Dialyse péritonéale
- Sepsis, péritonite
- Sténoses œsophagiennes non dilatables
- Varices œsophagiennes, gastropathie d'hypertension portale, ascite
- Obésité morbide, impossibilité de transluminer la paroi abdominale
- Maladie ulcéreuse gastroduodénale active
- Status post chirurgie œsophagienne (pull-up gastrique)
- Status post gastrectomie partielle (de type Billroth)
- Modifications inflammatoires ou néoplasiques de la paroi antérieure de l'estomac
- Hernie hiatale volumineuse et volvulus gastrique

Contre-indications relatives

Elles peuvent être levées par le médecin prescripteur

- Coagulopathie
- Carcinomatose péritonéale
- Dérivation ventriculo-péritonéal
- Status post-laparotomie (si adhérences marquées ou multiples)
- Ascite

Recommandations de pratique

Conditions pour la pose et le retrait

Pose :

- Le patient doit être à jeun dès minuit le jour de l'intervention
- Pour ce geste, une voie veineuse périphérique est nécessaire

Retrait :

- Le retrait de la PEG nécessite une gastroscopie pour récupérer le « dispositif interne de maintien » de la sonde, au plus tôt 30 jours après la pose. Dès lors, le remplacement de la PEG par un bouton/gastrotube d'alimentation est possible.
- Le patient doit être à jeun dès minuit le jour du retrait de la PEG
- Reprise de l'alimentation orale possible 6 heures après le retrait, à confirmer avec le médecin ayant réalisé le geste

Déroulement de soins après la pose

- **J0 à J5 :**
  - Pansement transparent dès J0.
  - Ne pas toucher ce pansement durant 5-6 jours (accolement des parois gastrique et abdominale).
  - Pendant cet intervalle, surveillance visuelle du site d'insertion de la sonde, en cas d'apparition de signes inflammatoires, aviser le médecin pour un contrôle local et la réfection anticipée du 1er pansement
- **J5-6 :**
  - Réfection du 1er pansement par le médecin poseur de la PEG
- **J6-15 :**
  - Pansement stérile 1x/j jusqu'à J16 par l'infirmier-ère (technique identique au 1er pansement)

Attention ! Tout pansement décollé, humide ou souillé doit être changé. En cas de complications locales postopératoires, contacter le médecin poseur

- **Dès J16 :**
  - Vérifier que les points d'ancrage de la PEG soient résorbés
  - Possibilité de laisser à l'air, en fonction de l'évolution de la cicatrisation. Voir soins quotidiens

Alimentation orale et nutrition entérale

- La reprise de l'alimentation et de l'hydratation orale et entérale peut se faire dès la pose ou le retrait de la PEG, sauf contre-indication du médecin poseur (gastroentérologue ou chirurgien ORL)
- Le volume et le débit recommandés sont discutés avec le médecin qui prescrit la nutrition. L'équipe de nutrition clinique peut être consultée pour déterminer le type et la quantité de produit d'alimentation à utiliser
- Dans la mesure du possible, il est recommandé de positionner le patient à 30° minimum lors de l'alimentation par sonde
- Si des effets secondaires apparaissent (nausées, vomissements, troubles du transit, etc.), stopper la nutrition entérale et aviser le médecin, selon pratiques de service
- Se référer aux procédures de soins : Nutrition entérale / Hydratation par sonde entérale

Risques

Hématome et/ou saignement

Prévention et attitude

- Vérifier que le taux de coagulation ne constitue pas un risque majeur avant l'intervention
- Aviser le service concerné (radiologie, ORL ou gastro-entérologie) de toute prise d'antiagrégants plaquettaires et/ou d'anticoagulants au minimum 2 semaines avant le geste de pose ou de retrait
- Normes souhaitées : TP à 50% et plaquettes ≥ 50'000 g/l

Iléus fonctionnel

Prévention et attitude

- Surveiller le transit
- Surveiller la présence de bruits abdominaux à l'auscultation

Infection de la gastrostomie

Prévention et attitude

- Antibiothérapie prophylactique périopératoire sur prescription médicale
- Respecter les règles d'asepsie lors de la réfection du pansement jusqu'à ce que la gastrostomie soit cicatrisée

Ecoulement et/ou protrusion de la muqueuse gastrique (granulation)

Prévention et attitude

- Mettre la sonde sous traction avant la fixation de la plaque externe afin d'éviter le jeu de la sonde
- Eviter l'application de pommade sur la peau pour éviter le glissement de la plaque de fixation ainsi qu'une fuite gastrique

Délogement de la sonde

Prévention et attitude

- Relever la graduation externe de la sonde et la documenter dans le dossier patient afin de garantir la même position durant les soins et tout le temps de sa mise en place

Rupture de la sonde

Prévention et attitude

- Ne pas utiliser de seringue avec un volume inférieur à 5 ml
- En cas de résistance lors de l'injection ou du rinçage, ne pas forcer et se référer aux recommandations du Pharminfo n° 02 - 2016 en cas de résistance

Obstruction de la sonde

Prévention et attitude

- Rincer la sonde avant et après son utilisation avec **minimum 20 ml d'eau minérale**, 15 ml en cas de restriction hydrique
- Rincer la sonde **au minimum 1x/24h,** y compris en cas de non-utilisation de la sonde
- Privilégier les médicaments sous forme liquide plutôt que des comprimés écrasés. En cas d'obstruction de la sonde, se référer aux recommandations du Pharminfo n° 02 – 2016

Plaie de pression ou lésion des muqueuses

Prévention et attitude

- Changer l'adhésif de fixation au niveau abdominal 1x/j ou plus si décollé et/ou souillé
- Mobiliser la sonde par un mouvement de « va et vient » et de rotation
- Nettoyer la gastrostomie minimum 1x/j : désinfection jusqu'à J15, puis à l'eau et au savon dès J16, selon évolution de la cicatrisation
- Varier l'emplacement des points de fixation au niveau abdominal

Détérioration du matériel/sonde

Prévention et attitude

- Ne pas appliquer de désinfectant à base d'iode qui teinte et endommage le matériel

Impaction de la plaque interne de la sonde

Prévention et attitude

- Mobiliser la sonde par un mouvement de « va et vient » et de rotation

Technique de soin

Matériel

1 Solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains
1 Boite de gants non stériles
1 Set à pansement
1 Chlorhexidine aqueuse 0.5%
1 Fiole de NaCl 0.9% 10ml
2 Compresse(s) stérile(s)
1 Paire de ciseaux stériles
2 Pansement film transparent sans compresse intégrée (Type : Tegaderm®/Opsite®)
1 Bande adhésive (Type : Mefix®)

Déroulement du soin

Prérequis

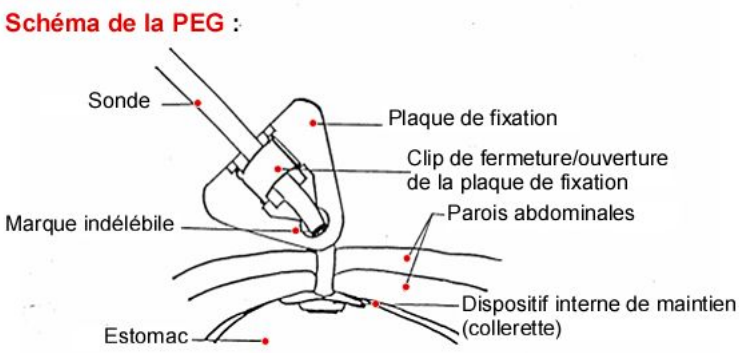
Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

Pansement stérile quotidien (J5-6 à J16, 1x/j jour)

- Installer le patient en décubitus dorsal
- mettre une paire de gants non stériles
- S'assurer que la sonde soit fermée mais **ne pas clamper la sonde avec une pince**
- Retirer très doucement le pansement en place, sans traction sur la peau, la plaque de fixation ou la sonde
- Vérifier l'efficacité de la fixation de la sonde et sa longueur externe (repère ou graduation)
- Rincer la sonde avec minimum 15-20 ml d'eau minérale pour vérifier sa perméabilité ou la présence d'une éventuelle fuite
- Ouvrir la plaque de fixation et la coulisser sur la sonde
  -



- Evaluer le pourtour de la gastrostomie
- Retirer les gants non stériles
- Désinfecter le site d'insertion de la sonde avec des tampons stériles imprégnés d'antiseptique non alcoolisé
- Nettoyer la plaque de fixation et la sonde avec du NaCl 0.9%
- Effectuer un mouvement de « va et vient » de **1 à 5 cm** avec la sonde vers l'intérieur de l'estomac
  - La mobilisation de la sonde vise à éviter une impaction du dispositif interne de maintien de la sonde dans la muqueuse gastrique
  - Ce mouvement ne doit pas être douloureux
- Effectuer une rotation de la sonde de **360°**
  - La rotation de la sonde permet de savoir si l'emplacement de la sonde est bien dans l'estomac et non dans la paroi abdominale
- Contrôler la traction **PUIS** l'adhérence de la sonde :
  - Pour la **traction** : mobiliser la PEG en tirant doucement sur la sonde jusqu'à une légère résistance
  - Pour l'**adhérence** : positionner la plaque de fixation contre la peau en laissant une espace de 2-3 mm entre la plaque et la peau.
  - La plaque doit pouvoir tourner librement sans laisser passer plus de 2-3 mm entre la peau et la plaque (prévient les irritations, fuites et infections de la paroi)
- Remettre la plaque de fixation en place et refermer la plaque de fixation selon le modèle en place
- Mettre en place un pansement de film transparent (Type : Tegaderm®)
- Fixer la sonde à la peau à distance du pansement en créant un pont entre la sonde et la peau à l'aide d'un adhésif (type Mefix®) ou d'un dispositif de fixation adapté

Soins de base quotidiens (dès J16)

La gastrostomie peut être laissée à l'air et nettoyée à l'eau et au savon dès J16, selon évolution de la cicatrisation.
Les soins de base quotidiens doivent être effectués même en cas de non-utilisation de la gastrostomie.

- Hygiène :
  - Laver à l'eau et au savon, rincer et bien sécher le site d'insertion, la plaque de fixation et la sonde
  - Douches et bains possibles

- Laisser la stomie à l'air. Ne jamais placer de compresses entre la peau et la plaque de fixation.
- Mobilisation et fixation quotidienne :
  - Effectuer un mouvement de « va et vient » d'1 à 5 cm avec la sonde vers l'intérieur de l'estomac
  - Effectuer une rotation de la sonde de 360°
  - Contrôler la traction **PUIS** l'adhérence de la sonde :
    - Pour la **traction** : mobiliser la PEG en tirant doucement sur la sonde jusqu'à une légère résistance.
    - Pour **l'adhérence** : positionner la plaque de fixation contre la peau. Cette plaque doit pouvoir tourner librement sans laisser plus de 2-3 mm entre la peau et la plaque (prévient les irritations, fuites et infections de la paroi).
  - Fixer la sonde sur l'abdomen avec de l'adhésif
- Vérification de la perméabilité : rincer avec minimum 15-20 ml d'eau minérale
  - Au minimum 1x/24h, même en cas de non utilisation
  - Avant et après l'administration de la nutrition entérale ou des médicaments
  - Si la sonde est bouchée, désobstruer selon les consignes du Pharminfo n° 02 - 2016
- Vérifier l'étanchéité du ballonnet au minimum 1x/mois : retirer l'eau présente dans le ballonnet. Si le volume est inférieur à la quantité prescrite, compléter jusqu'au volume recommandé. Utiliser uniquement de l'eau du robinet ou de l'eau distillée. Ne pas utiliser de NaCl 0,9 %
- Matériel : changer la tubulure de nutrition, les seringues, etc. 1x/24h

Suivi du patient

Activités de la vie quotidienne

Toilette
Douche, bain et piscine possible dès J16 après la pose de la PEG.

Retour à domicile

Pour le patient hospitalisé :

- La nutrition clinique organise la livraison du matériel et l'alimentation par sonde à domicile
- Enseigner la manipulation du système au patient et/ou à l'entourage selon le degré d'autonomie

Pour le patient ambulatoire :

- La nutrition clinique contacte le CMS et organise la livraison du matériel et l'alimentation par sonde à domicile
- Enseigner la manipulation du système au patient et/ou à l'entourage selon le degré d'autonomie

Personnes ressources

Infirmière nutrition clinique 079 55 **68 520**
Garde médicale nutrition clinique 079 55 **69 573** (week-end et jours fériés)
Garde diététicienne 079 55 **65 919**
Garde ORL 021 31 **42 667**

Références

1. Kohli DR, Cosgrove N, Abidi WM, Machicado JD, Desai M, Forbes N, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on gastrostomy feeding tubes: methodology and review of evidence. VideoGIE. 2025;10(1):1-23. DOI:10.1016/j.vgie.2024.09.014
2. ASGE Standards of Practice Committee, Kohli DR, Abidi WM, Cosgrove N, Machicado JD, Desai M, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on gastrostomy feeding tubes: summary and recommendations. Gastrointest Endosc. 2025;101(1):25-35. DOI:10.1016/j.gie.2024.08.044
3. Tae CH, Lee JY, Joo MK, Park CH, Gong EJ, Shin CM, et al. Clinical Practice Guideline for Percutaneous Endoscopic Gastrostomy. Gut Liver. 2024;18(1):10-26. DOI:10.5009/gnl230146

4. Gabriele Roveron, Mario Antonini, Maria Barbierato, Vita Calandrino, Giancarlo Canese, Lucio Fernando Chiurazzi, et al. Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients. 2018;45(4):326-34. DOI:10.1097/WON.0000000000000442
5. Ana Belén Friginal-Ruiz, Alfredo J. Lucendo. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: A Practical Overview on Its Indications, Placement Conditions, Management, and Nursing Care. 2015;38(5):354-36. DOI:10.1097/SGA.0000000000000150
6. Boeykens K, Duysburgh I, Verlinden W. Prevention and management of minor complications in percutaneous endoscopic gastrostomy. BMJ Open Gastroenterol. 2022;9(1):1-7. doi:10.1136/bmjgast-2022-000975
7. Green SM, Leroy PL, Roback MG, Irwin MG, Andolfatto G, Babl FE, et al. An international multidisciplinary consensus statement on fasting before procedural sedation in adults and children. Anaesthesia. 2020;75(3):374-85. DOI:10.1111/anae.14892
8. Zheng L, Beck JC, Mafeld S, Parotto M, Matthews A, Alexandre S, et al. Determining pre-procedure fasting alert time using procedural and scheduling data. Health Informatics J. 2024;30(2):1-21. DOI:10.1177/14604582241252791
9. Rüggeberg A, El-Boghdadly K, Bilotta F, Vaz MD, Podesta AMC, Jammer I, et al. Peri-operative fasting in adults: an international, multidisciplinary consensus statement. Anaesthesia. 2026;1-12. DOI:10.1111/anae.70130
10. Agency for Clinical Innovation. A Clinician's guide: Caring for people with gastrostomy tubes and devices: From pre-insertion to ongoing care and removal. [En ligne]. 2015 [cité le 4 août 2026]. Disponible: https://aci.health.nsw.gov.au/___data/assets/pdf_file/0017/251063/ACI-Clinicians-guide-caring-people-gastrostomy-tubes-devices.pdf
11. Agency for Clinical Innovation. A Clinician's Guide: Caring for people with gastrostomy tubes and devices Key Principles and Practice Points. [En ligne]. 2024 [cité le 4 août 2026]. Disponible: aci.health.nsw.gov.au/___data/assets/pdf_file/0016/251062/ACI-Gastrostomy-clinicians-guide-key-principles.pdf

Liens

Procédures de soins liées

Nutrition entérale

Hydratation par sonde entérale

Date de validation	Auteurs	Experts
05.10.2026	Florence Gatsigazi, Infirmière spécialiste, Unité de nutrition clinique, CHUV Anne Kouadio, médecin responsable nutrition clinique	Evelyne Bourquin, ICLS Audrey Gagnaire, Infirmière PF Giles Major, Médecin associé