Procédure de soin

Gastrostomie percutanée endoscopique avec extension jéjunale (PEG-J)

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 avec extension jéjunale est une stomie équipée d'une sonde d'alimentation dont l'extrémité distale est placée dans le jéjunum (au-delà de l'angle de Treitz), par voie endoscopique et percutanée. La sonde PEG est maintenue en place par une collerette et peut servir pour la décompression gastrique pendant que l'alimentation est administrée par l'extension jéjunale. La sonde d'alimentation elle-même est aussi nommée PEG-J. La pose d'une PEG est réalisée par un gastro-entérologue ou chirurgien tandis que la mise en place d'une extension jéjunale sur une PEG existante et/ou la pose d'une PEG-J est réalisée par un gastro-entérologue ou un radiologue chez les patients ambulatoires ou hospitalisés.

- 

Indications

Alimentation orale impossible ou insuffisante avec un tube digestif haut non fonctionnel :

- Trouble de la vidange gastrique
- Patients à haut risque de broncho-aspirations
- Echec de l'alimentation en site gastrique
- Décompression gastrique ou par drainage passif
- Sténose du pylore
- Sténose duodénale

Contre-indications absolues

- Iléus
- Dialyse péritonéale
- Sepsis, péritonite
- Sténoses œsophagiennes non dilatables
- Gastropathie d'hypertension portale, varices œsophagiennes, ascite
- Obésité morbide, impossibilité de transluminer la paroi abdominale
- Maladie ulcéreuse gastroduodénale active
- Chirurgie œsophagienne

Contre-indications relatives

- peuvent être levées par le médecin prescripteur
  - Trouble de la coagulation
  - Carcinomatose péritonéale
  - Shunt ventriculo-péritonéal
  - Status post-laparotomie

Recommandations de pratique

Conditions pour la pose et le retrait

Pose :

- 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 l'**extension jéjunale seule** ne nécessite pas de gastroscopie et peut être réalisé par l'infirmière sur prescription médicale. La mise à jeun du patient n'est pas indispensable
- Le retrait de la **PEG et de l'extension jéjunale** 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-J est possible par un bouton/sonde gastro-jéjunale d'alimentation
- 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 des 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
- **J6-7 :**
  - Réfection du 1er pansement par le médecin poseur de la PEG-J
- **J6-7 à J15 :**
  - Pansement stérile quotidien par l'infirmier.ère (technique identique au 1er pansement)
- **J15 :**
  - Vérifier si les points d'ancrage de la PEG sont résorbés
- **Dès J16 :**
  - Plus de pansement nécessaire. Voir Soins quotidiens

Attention ! En cas de complications locales postopératoires contacter le médecin poseur

Alimentation orale et nutrition entérale

- La **reprise de l'alimentation et de l'hydratation orale** peut se faire dès la pose de la PEG-J (J0) sauf contre-indication du médecin poseur.
- Le **début de la nutrition entérale** est possible dès la pose de la PEG-J (J0) sauf contre-indication du médecin poseur.
- Positionnement du patient lors de l'alimentation par sonde : **buste à 30° minimum**.
- Respecter un **débit maximum de 80ml/h**.
- L'administration de l'alimentation entérale se fait sur la voie jéjunale (connexion verte et violette)
- Administration des solutions nutritives lentement et augmentation progressive des quantités
- Si des effets secondaires apparaissent (nausées, vomissements, troubles du transit, etc.) stopper la nutrition entérale et contacter l'équipe de Nutrition Clinique
- Voir fiche technique de soin pour la : Nutrition entérale

Attention ! Contacter l'équipe de Nutrition Clinique pour la proposition du type et de la quantité de produit d'alimentation

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

Infection sur la gastrostomie

Prévention et attitude

- 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
- Ne pas appliquer 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.
- S'assurer que les embouts des extrémités des sondes (PEG et extension) sont connectés avec la pièce en Y afin d'éviter que la sonde se déplace en site gastrique, ce qui pourrait provoquer le **reflux gastrique et broncho-aspiration**

Rupture de la sonde

Prévention et attitude

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

Obstruction de la sonde

Prévention et attitude

- Rincer avant et après son utilisation avec **minimum 20 ml d'eau minérale** (en cas de restriction hydrique : 15ml)
- Rincer au **minimum 1x/24h** même en cas de non utilisation de la sonde
- Privilégier les médicaments sous forme liquide plutôt que l'écrasement des comprimés. Se référer aux recommandations du Pharminfo n° 02 – 2016 en cas de sonde bouchée.

Escarre ou lésion des muqueuses

Prévention et attitude

- Changer l'adhésif de fixation au niveau l'abdominal 1x/j ou plus si décollé et/ou souillé
- Mobiliser la sonde par un mouvement de « va et vient » de 1 à 5cm 1x/j

- Attention ! le mouvement rotatif est à éviter sur la PEG-J pour ne pas déplacer l'extension jéjunale en site gastrique

- Nettoyer la gastrostomie 1x/j minimum
- Varier l'emplacement des points de fixation au niveau l'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 » SANS mouvement 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)
2 Pansement film transparent sans compresse intégrée (Type : Tegaderm®/Opsite®)
1 Bande adhésive (Type : Mefix®)
1 Paire de ciseaux stériles

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...).

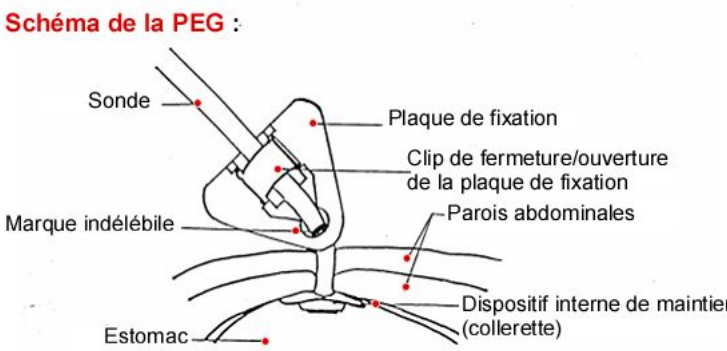
Hygiène des mains

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

Pansement stérile quotidien (J6-7 à J15)

- 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 20ml d'eau minérale pour vérifier la perméabilité ou la présence d'une éventuelle fuite
- S'assurer que les embouts des extrémités des sondes (PEG et extension) sont connectés avec la pièce en Y

- 

- 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 PEG-J avec des tampons 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
- Contrôler la traction **PUIS** l'adhérence de la sonde :
  - Pour la **traction** : mobiliser la PEG-J en tirant doucement sur la sonde jusqu'à une légère résistance
  - Pour **l'adhérence** : positionner la plaque de fixation contre la peau. Laisser un espace de 2-3 mm entre la plaque et la peau afin d'éviter les irritations, fuites et infection de paroi.
  - La plaque doit pouvoir tourner librement sans laisser passer plus de 2-3mm 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 le nouveau pansement en coupant les 2 pansements film transparent jusqu'au milieu avec une paire de ciseaux stériles. Les superposer en les faisant se croiser l'un sur l'autre autour de la sonde
- Fixer la sonde sur l'abdomen avec la bande adhésive

Soins quotidiens (dès J16 ou pour une PEG-J posée ultérieurement, les soins quotidiens doivent être effectués même en cas de non utilisation de la PEG-J)

- Hygiène :
  - Laver au savon, rincer à l'eau et bien sécher le site d'insertion, la plaque de fixation et la sonde
  - Douches et bains possibles, si la cicatrisation est bonne
- Laisser la stomie à l'air. Jamais 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
  - **Pas de mouvement rotatif** lors d'extension jéjunale
  - 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 2-3mm 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 20ml d'eau minérale
  - Au minimum 1x/24h même en cas de non utilisation
  - Avant et après le passage de la nutrition entérale ou des médicaments
  - Si la sonde est bouchée, désobstruer selon les consignes du bulletin de Pharminfo n° 02 - 2016
- Matériel : changer la tubulure de nutrition, les seringues, etc. 1x/24h

Suivi du patient

Retour à domicile

Pour le patient hospitalisé

- Nutrition clinique organise 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 :

- Nutrition clinique contacte le CMS pour la réfection du pansement à J6-7 et organise 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

- Nutrition clinique: infirmières: tél: 079 556 85 20
- Bip de garde: 079 556 95 73
- Gastro-entérologie, bip de garde : 079 556 33 07

Liens

Procédures de soins liées

Nutrition entérale

Hydratation par sonde entérale

Date de validation	Auteurs	Experts
07.05.2019	Florence Gatsigazi, Infirmière spécialiste, Unité de nutrition clinique, CHUV Anne Kouadio, médecin responsable nutrition clinique	Evelyne Bourquin, ICLS Audrey Gagnaire, Infirmière PF