Procédure de soin

Gastrostomie percutanée par gastropexie (GPR / Pexact)

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

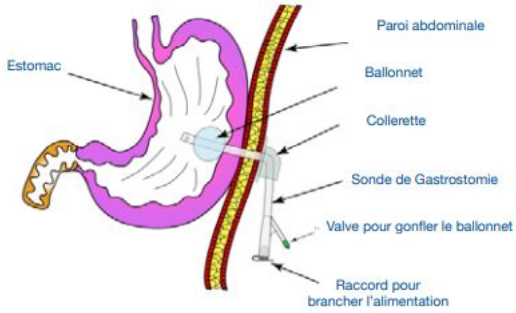
Contexte

Définition

Une gastrostomie percutanée par gastropexie est une stomie équipée d'une sonde d'alimentation mise en place dans l'estomac au niveau de la grande courbure soit par voie percutanée radiologique (GPR), soit par voie percutanée endoscopique (Pexact). La gastropexie est une technique de fixation de la paroi gastrique contre la paroi abdominale antérieure par 2-3 points d'ancrage. La sonde est maintenue en place par un ballonnet. Ce dispositif permet une alimentation entérale à moyen et long terme.

•



- 
- 

Indications

- **Spécifiques à la gastrostomie par gastropexie :**
  - Sténose œsophagienne sévère
  - Varices œsophagiennes
  - Obstacle infranchissable par l'endoscope au niveau du tube digestif haut
- **Alimentation orale impossible ou insuffisante avec un tractus digestif fonctionnel :**
  - 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)
- Pancréatite aigue
- Gastroparésie ou autre trouble de la vidange

Contre-indications relatives

- peuvent être levées par le médecin prescripteur
  - Trouble de la coagulation
  - Status post résection gastrique
  - Modifications inflammatoires ou néoplasiques de la paroi antérieure de l'estomac
  - Carcinomatose péritonéale
  - Shunt ventriculo-péritonéal
  - Status post-laparotomie (si adhérences marquées ou multiples)

Recommandations de pratique

Conditions pour la pose et le retrait

Pose

- Patient doit être à jeun 12h avant la pose
- Une pose de sonde nasogastrique sur prescription médicale est nécessaire pour que le médecin poseur puisse gonfler l'estomac et faire la gastropexie (mise en place des points d'ancrage).
- Une voie veineuse périphérique est également nécessaire pour ce geste
  Attention ! La pose d'une sonde nasogastrique dans les situations suivantes ne doit pas se faire à l'aveugle. En fonction des pathologies, elle doit être posée sous contrôle endoscopique, radiologique ou nasofibroscope :
  - TP<50% et plaquettes 50'000 g/l
  - Varices œsophagiennes stade 1 – 4
  - Cancers ORL
  - Chirurgie digestive haute récente
  - Fracture base du crâne

Retrait

- La SNG est retirée selon l'évolution clinique du patient, sur prescription médicale, et après avoir testé la fonctionnalité de la GPR
- Le retrait de la GPR peut se faire au plus tôt 30 jours après la pose par le médecin ou par l'infirmier.ère sur prescription médicale et ne nécessite pas de contrôle radiologique ou endoscopique. Dès lors, le remplacement de la GPR par un bouton/gastrotube d'alimentation est possible
- Le retrait de la sonde de stomie se fait au minimum 2h après le dernier repas
- Reprise de l'alimentation orale possible de suite après le retrait

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.
  - Au retour de la pose de GPR, le patient peut avoir un pansement sec (compresses-adhésif) en cas de saignement. Dans ce cas :
    - A l'étage : J1 - réfection du pansement avec film transparent par l'infirmière de nutrition
    - En ambulatoire : J0 - réfection du pansement avec film transparent avant la sortie (inf. radiologie)
- **J6-7 :**
  - Réfection du 1er pansement par le service poseur (infirmier.ère : radiologie et/ou nutrition clinique)
- **J6-7 à J15 :**

- Pansement stérile quotidien par l'infirmier.ère (technique identique au 1er pansement)

- **J15 :**
  - Ablation des points d'ancrage pour Pexact en endoscopie (prise de RDV au 021.314.07.15)
  - Pour la GPR, pas de RDV nécessaire car fils résorbables
- **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 GPR (J0) sauf contre-indication du médecin poseur.
- Le **début de la nutrition entérale** est possible dès la pose de la GPR (J0) sauf contre-indication du médecin poseur.
- Positionnement du patient lors de l'alimentation par sonde : **buste à 30° minimum**.
- 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
  - 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 des 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 et ainsi 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.
- Vérifier l'étanchéité du ballonnet 1x/mois afin d'éviter la perte de la sonde et/ou la fermeture de la gastrostomie : retirer l'eau présente dans le ballonnet et si insuffisante, la compléter à la quantité prescrite.
- En cas de sortie de la sonde : introduire une sonde vésicale dans la stomie pour la garder ouverte

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 20ml d'eau minérale** (en cas de restriction hydrique : 15ml)
- Rincer **au minimum 1x/24h** même en cas de non utilisation de la GPR
- 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 » et de rotation
- Nettoyer la gastrostomie 1x/j minimum
- Varier l'emplacement des points de fixation au niveau abdominal

Détérioration de matériel/sonde

Prévention et attitude

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

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

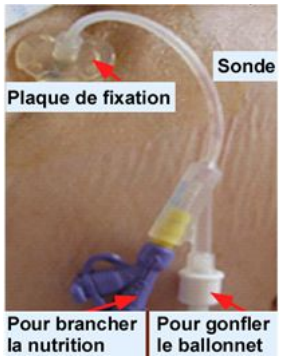
Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

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

Pansement stérile quotidien (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)
- Coulisser la plaque de fixation sur la sonde
  -



- Retirer les gants
- Rincer la sonde avec minimum 20ml d'eau minérale pour vérifier la perméabilité ou la présence d'une éventuelle fuite
- Evaluer la peau du pourtour de la gastrostomie
- Désinfecter le site d'insertion de la gastrostomie avec des tampons imprégnés de désinfectant 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.
  - 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 GPR en tirant doucement sur la sonde jusqu'à une légère résistance
  - Pour **l'adhérence** : positionner la plaque de fixation contre la peau
    - La 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)
    - Ne jamais mobiliser les points d'ancrage de la sonde
- Remettre la plaque de fixation en place selon le modèle
- 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 GPR posée ultérieurement, les soins quotidiens doivent

être effectués même en cas de non utilisation de la GPR)

- 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 GPR 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 de la GPR
  - 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
- Etanchéité du ballonnet : retirer l'eau présente dans le ballonnet 1x/mois et si insuffisante, la compléter à la quantité prescrite sur la sonde. Utiliser de l'eau stérile, du robinet ou distillée mais **PAS** de NaCl 0.9%

Suivi du patient

Retour à domicile

Pour le patient hospitalisé :

- Infirmier.ère de liaison contacte le CMS pour la réfection du pansement à J6-7
- Nutrition clinique organise la nutrition 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 la nutrition par sonde à domicile
- Enseigner la manipulation du système au patient et/ou à l'entourage selon le degré d'autonomie

Références

- Nutrition clinique infirmières: 079 55**6 85 20**
- Bip garde radiologie interventionnelle : 079 55**6 15 09**
- Bip de garde NC : 079 55**6 95 73**

Liens

Procédures de soins liées

Nutrition entérale

Hydratation par sonde entérale

Date de validation	Auteurs	Experts
24.06.2019	Florence Gatsigazi, Infirmière spécialiste, Unité de nutrition clinique, CHUV Anne Kouadio, médecin responsable nutrition clinique	Sylvie Bock, Infirmière / HDJ Radiologie