 HUG Hôpitaux Universitaires Genève	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001114
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 18/04/2024

1. Résumé

Est appelée gastrostomie la communication créée entre l'estomac et la paroi abdominale. La gastrostomie permet d'équiper le patient d'un dispositif (sonde ou bouton) pouvant être utilisé pour l'alimentation, l'administration de médicaments et/ou la décompression de l'estomac.

Sonde et bouton de gastrostomie doivent être mobilisés par rotation ou mouvement axial (en dedans en dehors) à la fréquence suivante :

- 4x par jour durant la 1^{ère} semaine post pose
- 1x par jour dès la 2^{ème} semaine post pose

Si présence d'un ballonnet : vérifier son remplissage tous les 7 à 10 jours.

Le ballonnet doit être gonflé avec de l'eau : eau distillée stérile à l'hôpital, eau potable à domicile (4 ml à 10 ml selon prescription médicale)

Si ablation accidentelle, un(e) nouvelle sonde/bouton devrait être posé(e) dans les 2-3 heures qui suivent la sortie.

Un kit complet de pose, identique à la sonde/bouton en place, devrait toujours être disponible à l'hôpital et à domicile.

2. Cadre de référence

Règles d'hygiène et d'asepsie en vigueur dans l'institution (SPCI) -

<https://vigigerme.hug.ch/principes-dhygiene-et-dasepsie>

Gastrostomies, PEG, sondes et boutons : pour ne plus les confondre et savoir les gérer !
O.Reinberg et coll. Paediatrica Vol. 19 N° 4, Lausanne 2008

Manuels destinés aux professionnels et livrets d'information pour les patients des laboratoires.

3. Description

Confection de gastrostomie :

- **Par endoscopie percutanée** = PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy). Acte pratiqué sous anesthésie générale, conjointement par un ou une chirurgienne et une ou un gastroentérologue.
L'accolement des parois s'opère par le contact maintenu par les dispositifs de rétention interne et externe des sondes. Cet accolement cicatrise au bout de 2-3 semaines.
- **Par laparoscopie ou chirurgie ouverte.** Acte pratiqué sous anesthésie générale par la ou le chirurgien. Pour éviter une fuite de nutriments dans la cavité péritonéale, la paroi de l'estomac est fixée à la paroi abdominale par des points de suture (=gastropexie).
La cicatrisation peut être retardée par certains états pathologiques tels que par ex. : la dénutrition, l'immunosuppression (chimiothérapie ou corticothérapie).

Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton

4. Indications

- Nutrition par sonde naso-gastrique excédant 4 semaines.
- Troubles de la déglutition : IMC, lésions cérébrales autres, malformations, tumeurs de la sphère ORL, traumatismes faciaux, myopathies
- Apport calorique insuffisant (maladies chroniques) : Néoplasies, mucoviscidose, insuffisances respiratoire, cardiaque, hépatique ou rénale, SIDA
- Troubles digestifs complexes (alimentation à débit continu) : malabsorption (intestin court, diarrhées chroniques, maladie de Crohn, lymphangio-matose intestinale)

5. Contre-indications

Générales

- Iléus mécanique ou paralytique
- Diarrhées sévères
- Pancréatite aiguë
- Moyen de s'alimenter jugé inacceptable par le patient ou son tuteur légal, en accord avec les statuts de l'hôpital et les lois en vigueur
- Pronostic non amélioré
- Infections intra abdominales
- Troubles de la coagulation
- Ascite sévère
- Décompensation cardio-respiratoire (post greffe, cardiopathies et pneumopathies congénitales/chroniques)

Spécifiques à la pose par endoscopie percutanée (PEG) :

- Impossibilité d'effectuer une gastroscopie :
 - Pathologies ORL (obstruction, trismus, chirurgie ORL récente, cancer)
 - Pathologies œsophagiennes (malformation obstructive, sténose anastomotique, compression extérieure)
- Impossibilité de visualiser l'estomac par transillumination :
 - Interposition intestinale (colon)
 - Cicatrices abdominales chirurgicales ou séquelles de malformations de la paroi abdominale (par exemple : omphalocèle, laparoschisis)
 - Adhérences
 - Obésité morbide
 - Estomac haut situé sous le rebord costal (scoliose, paralysie diaphragmatique)

Risques

- Infection du point d'insertion et de la zone péristomiale : rougeur, douleur, écoulement, tuméfaction.
- Prolapsus de la muqueuse gastrique
- Lésions cutanées et de la muqueuse gastrique
- Hémorragies
- Péritonite
- Hernie
- Obstruction pylorique par migration de la sonde
- Arrachement accidentel de la sonde, du bouton

Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton

6. Précautions / prévention

- L'alimentation entérale par la sonde ou le bouton de gastrostomie peut débuter après réveil complet du patient de la narcose lors de la technique percutanée (PEG).
- En cas de laparotomie ou laparoscopie attendre la reprise du transit.
 - S'assurer que la sonde n'a pas migré vers l'intérieur (duodénum) en vérifiant la longueur externe de la sonde = dispositif de rétention externe toujours à la même longueur (cm),
 - Pour administrer les produits par les boutons de gastrostomie il est nécessaire de connecter l'adaptateur spécifique à la marque du bouton.
 - La solution nutritive (volume et type) sera prescrite par le médecin et administrée en tenant compte du poids, de l'âge et de la condition du patient pédiatrique, (*Document institutionnel interne* - Technique alimentation entérale)
 - Rincer la sonde, l'adaptateur + bouton avec 5 à 20 ml d'eau tiède (selon la taille du dispositif et l'état de l'enfant) après chaque administration d'alimentation et/ou de médicaments.
 - Séparer les soins des plaies opératoires de ceux de la gastrostomie : débuter par les plaies opératoires et terminer par la stomie.
 - Éviter les pansements occlusifs, autour de la stomie car ils sont à l'origine d'irritations cutanées et infections.
 - Si défenses immunitaires diminuées, pansement et surveillances selon prescription médicale.
 - Éviter l'utilisation de pommades liposolubles (ex : Fudicine®) car risque de dissolution du matériel. Les pommades hydrosolubles ou les poudres sont à utiliser uniquement sur prescription médicale.

Préventions – précautions spécifiques aux sondes-boutons avec ballonnet

- **Le ballonnet de la sonde ou du bouton de gastrostomie est rempli avec de l'eau distillée stérile** en milieu hospitalier. A domicile eau potable courante.
- Le **volume** d'eau contenu dans le ballonnet est adapté par le médecin pour chaque enfant et doit figurer dans le dossier du patient : **volume entre 4 ml et 10 ml au maximum.**
- **Fréquence du contrôle du volume** : tous les 7-10 jours. Cette manœuvre permet de s'assurer de l'étanchéité du ballonnet. La présence de suc gastrique dans le liquide du ballonnet indique son usure ou rupture.
- **Important** : ne jamais gonfler le ballonnet avec de l'air ou avec une solution saline, car l'air s'échappe facilement et la solution saline s'incruste sur la valve qui ne remplit plus ses fonctions anti-reflux (fuites).
- Maintenir la valve de remplissage propre. Aucun autre produit ne doit être injecté par cet orifice (BAL).

7. Matériel

Solution hydro alcoolique pour les mains

1 seringue de 10 ml

1 seringue de 6 ml (fait partie du kit de pose) ou 10 ml, **réservée uniquement à cet effet.**

Ampoule de 5-10 ml d'eau distillée stérile.

Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton

8. Déroulement

La 1^{ère} semaine post opératoire :

- Désinfecter la stomie 1x/jour avec antiseptique aqueux
- Mobiliser la sonde ou le bouton par rotation ou mouvement axial (en dedans et en dehors)
- 4x/jour, même si le patient n'est pas alimenté par la sonde
- Protéger la peau en mettant une compresse sèche entre la peau et la sonde
- Doucher l'enfant en protégeant la stomie avec un pansement imperméable

Dès la 2^{ème} semaine post opératoire :

- Laver quotidiennement la stomie à l'eau et au savon ou douche, bien sécher.
- Mobiliser la sonde ou le bouton par rotation ou mouvement axial (en dedans et en dehors)
- 1 x par jour
- Protéger la peau en mettant une compresse sèche entre la peau et la sonde si nécessaire.

Dès la 3^{ème} semaine il est possible de prendre des bains, d'aller en piscine, veiller à bien rincer et sécher la stomie.

- Protéger la peau en mettant une compresse sèche entre la peau et la sonde si nécessaire

8.1 Vérification du volume de remplissage du ballonnet quelques soient la sonde ou le bouton à ballonnet

1. Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique
2. Préparer, dans la seringue réservée à cet effet, le volume d'eau distillée stérile prescrit.
3. Maintenir **fermement** la sonde en place jusqu'à la fin du soin.
4. Connecter la seringue de 10 ml vide au port du ballonnet (BAL).
Attention : la valve s'ouvre en poussant avec une certaine force
5. Aspirer pour vider le ballonnet
6. Vérifier la quantité de liquide.
7. Connecter la seringue contenant l'eau distillée au port du ballonnet (BAL) et injecter le volume prescrit.
8. Enlever la seringue en tournant légèrement et vérifier que le liquide ne s'échappe pas.
9. Exercer une légère traction vers l'extérieur pour vérifier que le ballonnet est bien gonflé
10. Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique

8.2 Décompression de l'estomac

La décompression de l'estomac peut être indiquée dans les cas suivants :

- Post-opératoire (iléus fonctionnel)
- Distension gastrique aigue : de l'air peut s'accumuler dans l'estomac (par exemple suite intervention antireflux type Nissen), ce qui se manifeste par un ventre tendu et un inconfort, car l'enfant n'est pas capable d'évacuer l'air par les voies naturelles (risque de rupture gastrique).

Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton

- Peut se pratiquer avant l'administration de solutions nutritives, sur prescription médicale en respectant la durée prescrite.

Pour évacuer l'air au moyen de la sonde de gastrostomie :

- Ouvrir la sonde et laisser l'air s'échapper ou le retirer au moyen d'une seringue

Pour évacuer l'air par les boutons de gastrostomie :

- Connecter l'adaptateur spécifique à chaque bouton afin d'ouvrir la valve anti-reflux et soit laisser l'air s'évacuer, soit le retirer avec une seringue.
- Pour le bouton de MicKey® il est possible d'utiliser les deux prolongateurs (page 7)

8.3 Ablation accidentelle de la sonde ou du bouton

Si la sonde/bouton de gastrostomie sort accidentellement, il est primordial de garder le canal stomial ouvert. La nouvelle sonde doit être posée dans les 2-3 heures qui suivent l'ablation. Si pas de sonde spécifique disponible, introduire une sonde urinaire à ballonnet : gonfler le ballonnet et fixer à l'extérieur avec ruban adhésif.

S'assurer que les parents ont un kit de réserve à la maison (donner ordonnance médicale).

9. Contrôle et surveillance

- Douleurs
- Site d'insertion et peau de la zone péristomiale : rougeur, douleur, écoulement, tuméfaction
- Pansement sec et propre
- Position de la sonde dans l'estomac.
- Perméabilité de la sonde.
- Fuites alimentaires
- Confort (sensation de plénitude pré et post prandiale)
- Tolérance à l'alimentation

10. Elimination des déchets

Elimination des déchets selon la procédure institutionnelle pour les déchets infectieux et/ou souillés par des liquides biologiques - <https://vigigerme.hug.ch/elimination-dechets-et-excreta>


11. Références

12. Personnes rédactrices

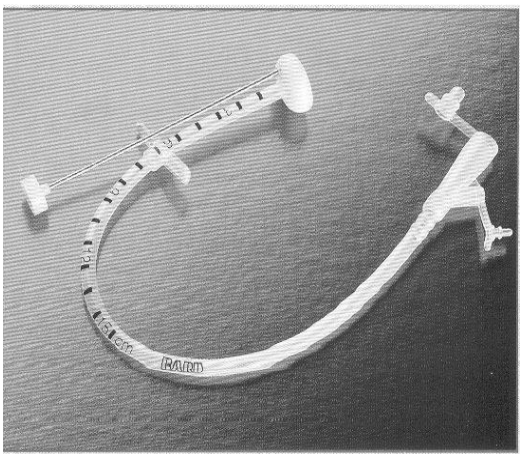


DE ROSSO A., précédemment
PALLERON Corinne, infirmière spécialiste clinique, direction des soins

13. Personnes relectrices et validatrices

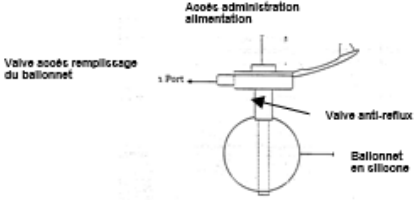

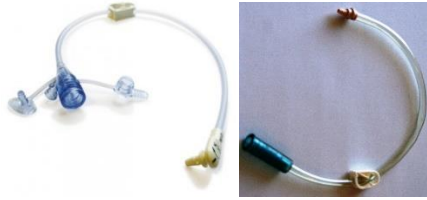
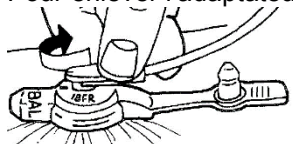
Référentiel médico-soignant (RMS)


	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001114
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 18/04/2024

14. Liens / Annexes

Le matériel			
1. Les sondes	Elles sont en polyuréthane ou en silicone recouvertes de polyuréthane et se différencient par leur dispositif de rétention interne : soit à champignon (types Bard®), soit à dôme en mousse (type CORFLO MAX®) ou à ballonnet (Type Mic-Key®, Foley®). Ces sondes possèdent aussi un dispositif de rétention à la peau afin d'éviter la migration trans-pylorique. Elles ne sont pas munies de valve anti-reflux.		
	Sonde à champignon type Bard®	Sonde avec dôme en mousse type Corflo Max®	Sonde à ballonnet type Mic®
			
Retrait	Les sondes à champignon et avec disque en mousse sont retirées ou changées par le ou la médecin. Le retrait est effectué par endoscopie sous anesthésie générale. Le dispositif de rétention interne est retiré, après avoir coupé à fleur de peau la tige de la sonde.	La sonde est retirée par le médecin, après vidange du ballonnet et traction externe	
Changement	Il est conseillé de changer ce type de sonde tous les 2 ans, plus si nécessaire surtout pour la PEG à ballonnet (voir bouton)		

Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton

<p>2. Les boutons</p>	<p>Le bouton de gastrostomie est une sonde d'alimentation à fleur de peau composée d'un dispositif de rétention interne, d'une valve anti-reflux et d'un accès d'alimentation. Le dispositif de rétention intra-gastrique posé actuellement est à ballonnet (Type Mic-Key®). D'autres types de rétention intra-gastrique existent exemple : à champignon(voir sonde) En général, le bouton remplace une sonde de gastrostomie posée par voie percutanée (PEG). Il faut attendre pour cela que le canal stomial soit formé et que la paroi de l'estomac soit accolée au péritoine = minimum 12 semaines. Le bouton peut aussi être mis en place directement lors de la confection de la gastrostomie par laparoscopie ou par laparotomie.</p>	
		
<p>Retrait Changement</p>	<p>Bouton à ballonnet est retiré, après vidange, par le médecin. En principe le bouton à ballonnet n'est changé que lorsqu'il est abîmé, usé (dégonflement du ballonnet, rupture, fuites, ablation accidentelle). Le changement est en général plus fréquent car le ballonnet est fragile et devient poreux. Le changement est pratiqué par le médecin mais aussi par l'enfant ou ses proches s'ils ont appris : vider le ballonnet et traction externe.</p>	
<p>Les adaptateurs</p>	<p>Pour administrer les produits par les boutons de gastrostomie il est nécessaire de connecter un adaptateur</p>	
	 <p>Les adaptateurs pour boutons de MicKey® existent en 2 longueurs mais sont adaptables sur tous les boutons de la cette marque, quel que soit leur calibre.</p>	<p>Connexion-déconnexion de l'adaptateur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insérer l'adaptateur dans le site d'alimentation de la sonde : aligner repère de l'adaptateur avec celui de la sonde. 2. Tourner l'adaptateur jusqu'à résistance, ne pas forcer au-delà = 3/4 de tour. 3. Pour enlever l'adaptateur aligner à nouveau les repères 
<p>Entretien</p>	<p>Les adaptateurs sont lavés soigneusement après chaque utilisation et placés dans une solution de Stérinova®. Ils sont personnels à chaque patient-e pendant l'hospitalisation et remis au patient au moment du départ.</p>	

 HUG Hôpitaux Universitaires Genève	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001114
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
Recommandation clinique des soins et surveillance enfant porteur gastrostomie : sonde-bouton		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 18/04/2024

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.