 Hôpitaux Universitaires Genève	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001412
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
Technique clinique de pose de sondes entérales chez l'enfant		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 22/10/2025

1. Résumé

Introduction d'une sonde dans l'estomac ou dans l'intestin grêle (duodénum, jéjunum) par les voies aéro-digestives supérieures, nasales ou orales.

Les indications les plus fréquentes sont l'hydratation, l'alimentation et l'administration de médicaments.

Dans d'autres contextes, la pose de sonde (sonde type Salem®) permettra de procéder à une aspiration manuelle ou continue du liquide gastrique, d'une distension gastrique d'air (**voir annexe**).

Les sondes oro gastrique et naso gastrique sont en général posées « à l'aveugle ». En néonatalogie, la sonde gastrique de nutrition est de préférence posée en oro-gastrique **Leur pose est un acte médico délégué.**

Les sondes naso-**duodénale** et naso-**jéjunale** sont en général posées sous contrôle radiologique ou endoscopique. Leur pose est un acte médical.

Mais elles peuvent aussi être posées « à l'aveugle » : il s'agit d'introduire en nasogastrique une sonde lestée qui va migrer en quelques heures au niveau jéjunale. **Ceci est alors un acte médico-délégué au personnel infirmier qui effectue le soin sur prescription médicale** (PM) précisant le choix de la sonde (calibre, lestée), de la longueur à introduire, des éventuels médicaments pro-cinétiques à administrer, des contrôles radiologiques à programmer.

[\(Technique clinique de pose de sonde naso-jéjunale en pédiatrie dite « à l'aveugle »\)](#)

Poser la sonde à distance suffisante du dernier repas (environ 4 heures)

Sondes munies d'un mandrin d'introduction : il est interdit de retirer le mandrin pendant la pose ou de le réintroduire lorsque la sonde est en place (risque de perforation, de lésion des muqueuses)

Toutes les sondes de nutrition sont munies d'un système ENFit™ ainsi que tous les accessoires (seringues, raccords, tubulures, ...) afin d'assurer une sécurité optimale et éviter tout risque d'erreur de connexions avec la voie IV.

La radiographie est la seule méthode fiable de contrôle de l'emplacement des sondes entérales :

- Il est donc recommandé, avant la première administration d'alimentation ou autre produit, de vérifier l'emplacement correct de la sonde par une radiographie
- Puis, mesurer et marquer la longueur externe de la sonde en place et documenter dans le dossier patient.

2. Cadre de référence

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

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

https://www.hug.ch/pharmacie/recommandations/document/sonde_obstruction_pedhttps://www.hug.ch/pharmacie/recommandations/document/seringues_enfit

3. Définitions (objet et contexte)

Introduction d'une sonde dans l'estomac ou dans l'intestin grêle (duodénum, jéjunum) par les voies aéro-digestives supérieure pour permettre des apports (hydratation, alimentation, médicaments) ou de procéder à une aspiration manuelle ou continue du contenu gastrique (air, liquide) avec une sonde type Salem®.

4. Indications – sur prescription médicale

Hydratation, alimentation, administration de médicaments :

- Alimentation orale impossible ou insuffisante malgré un tractus digestif fonctionnel
- Prévention ou correction d'une dénutrition (avant la pose d'une gastrostomie)
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles de la déglutition
- Immaturité de la coordination : succion, déglutition, respiration (prématurité)
- Pathologies du tube digestif (maladies inflammatoires, syndrome grêle court, problème de mobilité ...)

5. Contre-indications relatives

- Occlusion mécanique du grêle, colon (iléus)
- Atrésie des choanes
- Hémorragie digestive active
- Période post-opératoire de chirurgie de la sphère ORL, de l'œsophage - Fracture étage moyen de la face

Remarques :

- La présence de varices œsophagiennes n'est pas une contre-indication à la pose de SNG ; s'assurer que l'extrémité de la sonde soit bien lisse, arrondie et bien la lubrifier
- Le lavage d'estomac n'est plus pratiqué en pédiatrie.

6. Précautions / prévention

6.a Choix du type de sonde

âge	Néonat.	NN	3 mois	6 mois	1 an	2 ans	3 ans	5 ans	7 ans	10 ans	14 ans et +
poids	-	3	5	7	10	12	15	20	25	35	>50
taille	-	50	60	70	75	90	95	110	125	140	>160
SNG- calibre											
nutrition	4	4-5	5-6	5-6	6- 6,5	6- 6,5	7-8	8	8	8	8
<i>aspiration</i>	<i>6-8</i>	<i>8</i>	<i>8</i>	<i>8</i>	<i>8- 10</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>12- 14</i>	<i>14- 18</i>	<i>16- 18</i>	<i>16-18</i>

6.b Au moment de la pose

- Poser la sonde à distance suffisante du dernier repas (environ 4 heures)
- En néonatalogie, la sonde est de préférence posée en oro-gastrique pour favoriser dégagement des voies aériennes - Risque de :
 - Fausse route : introduction de la sonde dans l'arbre trachéo-bronchique
 - Réflexe vagal, par irritation de la région pharyngée
 - Perforation gastrique
- En cas d'obstacle ou de résistance lors de la pose de la sonde naso-gastrique : ne pas insister et faire appel à une ou un médecin
- Lorsque les sondes sont munies d'un mandrin d'introduction métallique, il est interdit de retirer le mandrin pendant la pose ou de le réintroduire lorsque la sonde est en place (risque de perforation, de lésion des muqueuses)

6.c A court et moyen terme

- Diminution de la lumière des voies aériennes nasales surtout chez le nourrisson
- Lésions des ailes du nez et des cloisons nasales : escarres, nécroses avec risque de séquelles irréversibles
- Irritation des muqueuses par exemple lors d'utilisation de sondes en polyéthylène car elles sont organiquement actives et provoquent une réaction inflammatoire de la muqueuse.
- Augmentation du reflux gastro œsophagien
- Rhinites et otites chroniques

6.d Soins quotidiens

- **Vérifier l'emplacement de la sonde entérale :**
 - Après la pose initiale
 - Avant chaque début d'alimentation intermittente
 - Avant l'administration de médicaments ou autres produits
 - **Alimentation administrée en continu** : vérifier la longueur externe de la sonde au minimum à chaque changement d'équipe (ou chaque 8 heures) et documenter dans dossier patient

Technique clinique de pose de sondes entérales chez l'enfant

- Si l'enfant tousse de façon inhabituelle,
- Si l'enfant a vomi
- **Utiliser les méthodes de vérification suivante :**
 - Il est recommandé, avant la première administration d'alimentation ou autre produit, ou en cas de doute, de vérifier l'emplacement correct de la sonde par une radiographie
 - L'auscultation à l'insufflation, telle qu'elle est couramment réalisée, ne peut pas être une preuve suffisante : **un borborygme peut être perçu même avec une position intra-oesophagienne de la sonde**
 - Pour assurer une meilleure sécurité, il est recommandé **d'associer 2 des méthodes suivantes :**
 - Confirmer la longueur externe de la sonde
 - **Et/ou** Observer, évaluer le contenu gastrique après en avoir aspiré, avec une seringue de 5-10 ml, une petite quantité : transparent, légèrement jaune, légèrement vert
 - **Et/ou** Mesurer pH du liquide aspiré : Méthode pas assez fiable pour les patients et patientes sous traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), ou les patientes et patients recevant une alimentation entérale en continu.

Pour rappel, le pH de l'estomac est acide, valeurs entre 1 et 4 ; si pH > 4, mauvaise position sonde ; il faut envisager une radiographie.
- **Fixation de la sonde :** Pour éviter son arrachage, pour éviter les points d'appuis, pour éviter les dystimulations de la sphère orale
 - En évitant une boucle trop large entre les 2 points de fixation Nez-Joue (risque d'arrachage)
 - Sur le nez, en évitant les points d'appui sur l'aile du nez et la cloison médiane puis sur la joue.
 - Possibilité de recouvrir la joue avec un pansement protecteur (deuxième peau) puis fixer la sonde sur ce pansement avec l'adhésif prévu à cet effet.
 - La sonde oro-gastrique, en néonatalogie, sera fixée par une cravate au plus près de la commissure labiale et sous le menton du côté opposé
- **Soins quotidiens**
 - Mobiliser la sonde une fois par jour en changeant les points d'appui.
 - Soins de nez au minimum 1x /jour : maintenir la muqueuse propre et humide
 - Soins de bouche au minimum 3x /jour
 - Sollicitations gustatives et olfactives (soin de soutien au développement sensorimoteur)
 - Changer le pansement protecteur (deuxième peau) une fois par semaine au minimum
 - Changer la sonde : la fréquence dépend du matériau ; environ toutes les 4 semaines pour les sondes nasogastriques en polyuréthane radio-opaques type Freka® ; chaque semaine pour les sondes prévues pour l'aspiration (sondes à double courant en polyéthylène de marque Vygon®, Sondes de Salem® avec prise d'air,...)

Technique clinique de pose de sondes entérales chez l'enfant

- Rincer la sonde avec de l'eau de préférence tiède = minimum 2x le volume de la sonde après avoir administré la nutrition et après chaque médicament
- S'assurer que les médicaments prescrits peuvent être administrés par la sonde, favoriser des formes liquides.
- En cas d'obstruction de la sonde gastrique, se référer aux procédures **pédiatriques**. Ne pas utiliser de jus d'orange, de sodas, de bicarbonate d'enzymes pancréatiques (Créon®, ...)

7. Matériel

- Solution hydro-alcoolique pour se frictionner les mains
- 1 boîte de gants non stériles
- Bassin réniforme
- Protection pour l'enfant
- Mouchoirs en papier
- Verre d'eau / paille ou sucette
- Sonde adaptée à la taille de l'enfant et à l'utilisation
- Pansement de fixation prêt à l'emploi ou préparé
- Pansement de protection pour la peau de la joue (selon situation)
- Lubrifiant : eau ou gelée lubrifiante non anesthésiante.
- Seringue ENFit : 2 ml pour nourrisson - 5 ml pour enfants
- Rouleau Papier mesure pH estomac
- Feutre indélébile

8. Déroulement

1. Préparer l'enfant/parents
2. Préparer le matériel
3. Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique
4. Installer l'enfant selon son âge, ses souhaits et lui proposer une analgésie adaptée
Nourrisson : position proclive, utilisation de solutions sucrées associée à la succion non nutritive
Enfants : semi-assis, assis sur le lit ou sur une chaise et proposer hypnose
5. Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
6. Mettre les gants non stériles
7. Sondes avec mandrin : vérifier la mobilité du mandarin (mouvement de rotation- **ne pas faire coulisser**)
8. Mesurer la longueur de sonde à introduire, repères : lobe oreille / aile du nez / pointe du sternum (xiphoïde) + 1 cm
9. Marquer le repère sur la sonde avec el feutrer indélébile
10. Lubrifier la sonde en la trempant dans le verre d'eau et/ou appliquer gel lubrifiant non anesthésiant.
11. Fléchir légèrement la tête de l'enfant en avant et introduire la sonde sans forcer, de façon horizontale
12. Donner la sucette ou une gorgée d'eau (selon âge) pour faciliter la déglutition.
13. Continuer la progression jusqu'au repère en respectant le rythme de déglutition de l'enfant, en associant distraction et suggestions qui le détendent
14. Fixer la sonde

15. Contrôler l'emplacement de la sonde en couplant 2 techniques (voir 6d.)
17. Réinstaller confortablement l'enfant et le féliciter
19. Documenter le soin, les réactions de l'enfant et noter la longueur externe de la SNG dans le dossier patient

9. Contrôle et surveillance

- Pendant la pose : les réactions de l'enfant
- Pendant et après l'alimentation entérale, la survenue de : nausées, vomissements, sudations, diarrhées, hypoglycémie
- Emplacement de la sonde : fréquence et méthodes selon le type de sonde et son utilisation
- La perméabilité de la sonde
- La fixation à la peau
- L'état de la peau et des muqueuses nasales

10. Education de la personne soignée

Un diagnostic éducatif adapté au projet de soins sera posé avec la famille et l'enfant pour répondre aux besoins de l'enfant, aux pré-requis de la famille, à leurs compétences, à leur disponibilité.

11. Elimination des déchets

Elimination des déchets selon la procédure institutionnelle pour les déchets infectieux et/ou souillés par des liquides biologiques ([lien](#))

12. Références

<https://www.aboutkidshealth.ca/fr/sonde-nasogastrique-ng--comment-mettre-enplace-une-sonde-ng-chez-un-enfant>

<https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-371/Quand-l-enfant-ne-peut-plus-senourrir-techniques-d-alimentation-enterale>

https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2023/10000/reducing_the_risk_of_nasogastric_tube.6.aspx

Irving SY, Rempel G, et al., Pediatric Nasogastric Tube Placement and Verification: Best Practice Recommendations From the NOVEL Project. Nutr Clin Pract. 2018 Dec;33(6):921-927. doi: 10.1002/ncp.10189. Epub 2018 Sep 6. PMID: 30187517.

13. Personnes rédactrices

PALLERON Corinne, infirmière spécialiste clinique, direction des soins

14. Personnes relectrices et validatrices

MC LIN Valérie, médecin adjointe agrégée responsable d'unité, service des
spécialités pédiatriques
Groupe bonnes pratiques (TEK-PED)
Référentiel médico-soignant (RMS)

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.



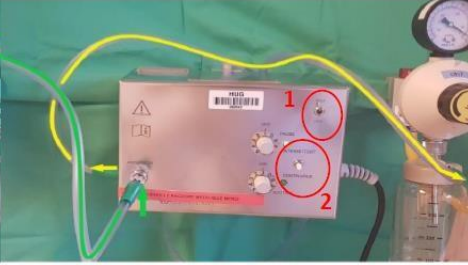

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.

15. Liens / Annexes

- Aspiration gastrique / sonde type Salem™

	DFEA/Pédiatrie	Approuvé le décembre 2021
	Responsable :	Version n°2

Aspiration gastrique intermittente pédiatrie

Confort patient respecté

Sonde gastrique vérifier :

- la sonde est à double courant type « Salem® »
- la prise d'air de la sonde doit impérativement rester ouverte afin d'éviter les érosions de la muqueuse
- la sonde est bien positionnée en gastrique
- la fixation

Tuyaux vérifier:

- l'absence de coudures et les connexions sur toute la ligne

Réceptacle et bocal de recueil vérifier :

- le sac de recueil est clippé au bocal cylindrique
- Le bocal gradué conique reçoit le liquide gastrique du patient
- Après mesure, il est versé dans le sac de recueil en circuit fermé

Le rupteur d'aspiration permet une aspiration intermittente 10/10

Contrôler :

- l'interrupteur latéral est sur ON
- l'interrupteur **1** est sur « SEC »
- le commutateur **2** est sur « intermittent »
- les deux minuteurs à molette sont réglés sur 1
- la lumière jaune s'allume pendant 10 secondes lors des pauses
- la lumière verte s'allume pendant 10 secondes lors de l'aspiration

Régulateur de vide Vérifier :

- Le manomètre est ouvert

Adapter la force d'aspiration pour diminuer le risque de lésion et d'ulcération de la muqueuse gastrique :

NN et prématuré :

- 30 à -50 mmHg max.

Nourrisson/ enfant/adolescent :

- 40 à -60 mmHg

Référence : Sarasota Memorial hospital. (2020,octobre). Gastric suction, gravity drainage and irrigation (pediatric). Sarasota, EU.

Auteurs : Mme Nathalie Bochaton, Mme Maria-Sol Castella

Relecture et validation : Dre I. Andrieu Vidal et Prof. R. Pfister