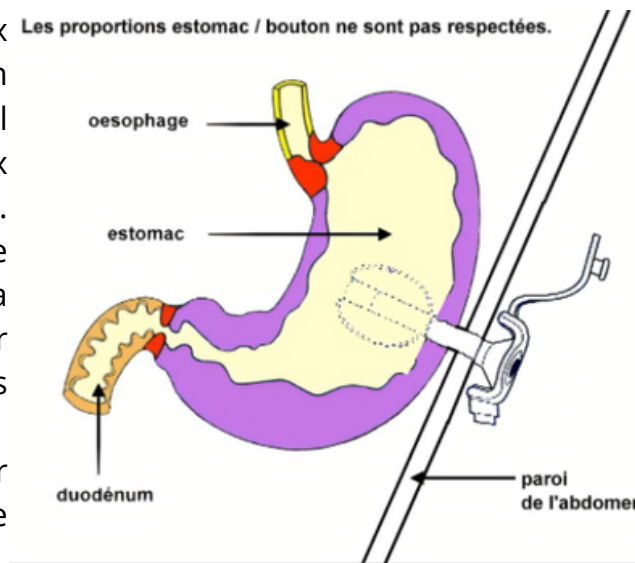




Gastrostomie

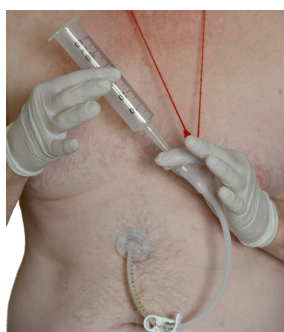
Une stomie désigne la mise à la peau d'un organe creux ou canalaire (partie du tube digestif, urètre) afin d'effectuer une dérivation et/ou un accès à cet organe. Il peut s'agir aussi de mettre en communication deux organes entre eux (estomac-intestin grêle par exemple). Une gastrostomie consiste donc à créer une communication directe entre l'estomac et la peau de la paroi abdominale. Ceci afin d'y accéder, assurer hydratation, nutrition et administration de médicaments lorsque la voie normale par la bouche est insuffisante ou impossible (cancer ORL, œsophagien, accompagnement thérapeutique de chirurgie et/ou de chimiothérapie).

Les proportions estomac / bouton ne sont pas respectées.



Elle assure une nutrition quasi-physiologique, beaucoup plus confortable qu'une nutrition par sonde nasogastrique et permet d'éviter dans de nombreux cas la nutrition parentérale (intraveineuse) beaucoup plus contraignante et moins physiologique.

Elle peut être temporaire, prolongée ou définitive. Elle est matérialisée par une sonde (un tuyau) ou un bouton (plus discret) qui va de l'estomac à la peau et ressort entre l'ombilic et le rebord costal ; elle est facilement dissimulée sous les vêtements et permet une vie normale. Elle n'interdit pas lorsqu'elle est possible, la poursuite d'une alimentation par la bouche.



La gastrostomie (endoscopique ou radiologique) a un taux de succès supérieur à 95% mais comme toute intervention elle peut être affectée de complications, qui sont influencées par l'état général et nutritionnel, les comorbidités et le mauvais état immunitaire induit par la maladie et/ou les traitements.

1. **Les complications immédiates et précoces** : elles sont dominées par les infections de paroi autour de la sonde, les fuites et risques d'abcédation.

- **Les complications majeures**, quoique peu fréquentes, surviennent dans 3% des cas. La mortalité

liée au geste est inférieure à 1% : Défaillance cardio-respiratoire, laryngospasme, inhalation massive. Péritonite, plaie d'un organe digestif par interposition, plaie de la paroi gastrique postérieure, perforation de l'œsophage ; nécrose pariétale étendue. Déplacement accidentel précoce de la sonde ou par arrachage avant cicatrisation du trajet. Hémorragies gastriques

- **Les complications mineures sont fréquentes** : Douleurs post-opératoires, hématome de paroi, Arrêt du transit (ileus) avec distension gastrique persistante, absence de reprise du transit, Retard de la mise en route de l'alimentation et prolonge l'hospitalisation. Infections péristomiales, fuites, incarceration de la collerette interne de la sonde.

Surveillance et contrôle

2. Les complications à distance :

Elles sont dominées par les infections péristomiales, les abcès de paroi et les fuites. Elles soulignent l'importance des **soins locaux** avec vérification de la peau, mobilisation de la sonde et du ballonnet, nitrage d'un éventuel bourgeon charnu. La fuite favorisée par une neutropénie (baisse des globules blancs neutrophiles dans le sang) qui doit être toujours recherchée. **La sonde ne doit pas subir une traction excessive** afin d'éviter une incarceration (buried bumper). Une sonde ou un ballonnet détériorés doivent être changés, mais pas avant d'avoir obtenu une cicatrisation complète du trajet (4 à 6 semaines).

3. Effets secondaires à la nutrition elle-même

Reflux gastroesophagien, d'autant plus si préexistant ou hernie hiatale : passer la nutrition en position demi-assise à 30 degrés, avec un débit plus lent. Utilisation de médicaments type IPP à discuter avec l'équipe médicale. Dans les formes rebelles possibilité de transformer la gastrostomie en jéjunostomie.

Bilan nutritionnel : effectué par le médecin avec éventuellement avis d'un diététicien : surveiller poids, constantes biologiques spécifiques.

Troubles du transit : Diarrhée, plus rarement constipation ; peut compromettre tolérance et efficacité. Attention à l'utilisation de médicaments type SMECTA qui risquent de boucher la sonde. Modifier avec le médecin prescripteur le protocole nutritionnel (débit, composition avec ou sans fibre, avec ou sans lactose...)

Conclusion

Le recours à une gastrostomie est fréquent en cancérologie digestive.

Il s'agit d'une technique bien codifiée à faible risque, d'utilisation simple, bien tolérée, dont les complications sont peu fréquentes.

Le but de cette rubrique est de vous informer, de vous familiariser avec cette technique, la connaître dans sa manipulation et les situations possibles sources de complications ce qui facilitera leur prise en charge.

Ce fascicule, à destination des soignants, a été conçu par le **Docteur André Matteo, gastro-entérologue, et Madame Christelle Quideçon-Matteo, infirmière diplômée d'Etat.**

Remerciements au **Docteur Anne Le Sidaner du Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren de Limoges** qui nous a aimablement autorisé à utiliser leurs données. remerciements au Pr Grandval du CHU Timones qui nous a autorisé à utiliser son film dédié à la technique de la gastrostomie.

Situations cliniques et guide de prise en charge

| | | |
|---|---|--|
| <p>Chute accidentelle ou arrachage de sonde</p> |  | <p>Sonde de moins de 1 mois avec trajet de fistulisation non cicatrisé. Risque de péritonite. Hospitalisation en urgence pour remplacement de la sonde sous contrôle radio, prévention de la péritonite.</p> <p>Gastrostomie de plus de 1 mois (trajet cicatrisé). Il s'agit de sauver la gastrostomie avant fermeture du trajet avec mise en place dans les 6 heures d'une sonde de remplacement ou à défaut d'une sonde urinaire type Foley</p> |
| <p>Infection péristomiale</p> |  | <p>Douleur, gonflement rougeâtre écoulement de pus. Consultation médicale ou spécialisée. Soins locaux antiseptiques quotidiens ou biquotidiens. Prélèvements locaux. Antibiotiques. Selon évolution et après avis, discuter du retrait de la sonde.</p> |
| <p>Fuites stomiales</p> |  | <p>Vérifier position de la sonde, sa mobilité, l'étanchéité du ballonnet, son adaptation à l'orifice. Rechercher une infection associée, bactérienne ou fongique, une neutropénie. Signaler à l'équipe médicale. Elle peut être favorisée par l'acidité gastrique et justifier un IPP. Ralentir le débit de perfusion ; modifier la position du patient.</p> |
| <p>Incarcération de la colerette interne ou du ballonnet (Buried bumper)</p> |  | <p>C'est une urgence ! La nutrition ne passe plus ; la peau est bombée et douloureuse ; la sonde ou le ballonnet ne sont plus mobilisables. Favorisé par une traction trop forte sur la sonde, un trajet angulé, un arrachage incomplet, quelquefois une prise de poids qui a modifié l'épaisseur de la paroi. Adresser le patient aux urgences ou au centre spécialisé de référence.</p> |
| <p>La sonde est bouchée</p> |  | <p>Aspirer le contenu à la seringue et faire de petits mouvements d'injection-réinjection à l'eau tiède ; y revenir secondairement ; en cas d'échec changer la sonde. Intérêt du rinçage de la sonde avant et après utilisation.</p> |
| <p>Le tissu de granulation</p> |  | <p>C'est une excroissance exubérante qui se forme au contact de la stomie ; elle est rougeâtre, fragile et peut suinter voire saigner. Outre les soins locaux (pansements secs en évitant de mobiliser la sonde), ils peuvent être traités par application de nitrate d'argent ou en cas d'échec de corticoïdes locaux après avis médical.</p> |

Les soins

Les soins initiaux sont bien sûr assurés par le Centre Opérateur.

Au retour au domicile, les soins sont faits par un-e infirmier-e à domicile avec l'aide d'un prestataire de santé indiqué par le Centre Opérateur, qui aura établi le protocole (type de produit, débit, durée) et les détails des soins locaux.

Administration

L'administration se fait par une pompe électrique qui assure un débit régulier les épaules du patient légèrement surélevées (30 à 45°).

Des médicaments au mieux liquides très fluides peuvent être passés par la sonde. S'ils sont solides (gélules ou comprimés), la gélule sera ouverte ou le comprimé écrasé et administré avec de l'eau par une seringue, après avis du médecin et/ou du pharmacien.



Ne pas passer d'alimentation autre que celle prescrite

Un lavage de la sonde est effectué avant et après toute utilisation

En cas de vomissement, stopper la nutrition entérale et contacter le médecin

Une poche de nutriments entamée doit être jetée au-delà de 24 heures.

Soins locaux immédiat

Ils sont réalisés par l'infirmier-e : pansement antiseptique quotidien pendant 7 à 10 jours au début puis 3 par semaine, avec vérification de l'état local (inflammation, douleur, fuites).

La cicatrisation avec organisation du trajet fistuleux (communication entre estomac et paroi) est obtenue en 3 à 6 semaines ; les douches et bains sont alors possibles.

La sonde ne doit pas être changée avant cicatrisation du trajet fistuleux, soit 1 à 2 mois (risque de péritonite).

A distance les soins locaux sont réduits à un lavage quotidien à l'eau savonneuse avec utilisation éventuelle d'un coton-tige pour accéder au pourtour immédiat de la sonde. Bien sécher.

L'application de crème à l'oxyde de zinc est utile en cas d'irritation.

En fonction des recommandations du centre opérateur, la sonde peut être prudemment mobilisée par de petits mouvements rotatifs (demi-tour à un tour) et de va et vient afin d'éviter l'impaction dans la paroi ; cette mobilisation ne doit pas être douloureuse.

Attention : Ceci concerne les sondes de gastrostomies

? UNE SONDE JEJUNALE NE DOIT JAMAIS ETRE TOURNEE (risque de déplacement).

L'étanchéité du ballonnet doit être vérifiée, surtout en cas de fuite : dégonfler à la seringue et vérifier que la quantité de liquide recueilli correspond à celle injectée selon les recommandations de la firme ; le regonfler rapidement à l'eau stérile (jamais de sérum physiologique, le sel rend le ballonnet poreux) Répéter éventuellement l'opération le lendemain : si perte de liquide constatée, la sonde doit être changée.