



GASTROSTOMIE

LIVRET MÉDICAL

Résumé

Livret élaboré par le Docteur Mattéo pour accompagner les confrères dans leur exercice

TABLE DES MATIÈRES

Définition.....	2
Selection des patients.....	3
Aspects techniques.....	4
Gastostomies endoscopique.....	4
Gastrostomie radiologique.....	5
Gastrostomie Chirurgicale	5
Soins de gastrostomie.....	7
Administration	7
Soins Locaux	7
Complication des gastrostomie.....	8
Situations cliniques	10
Conclusion	11

DÉFINITION

Une stomie désigne la mise à la peau d'un organe creux ou canalaire (partie du tube digestif, uretère) 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).

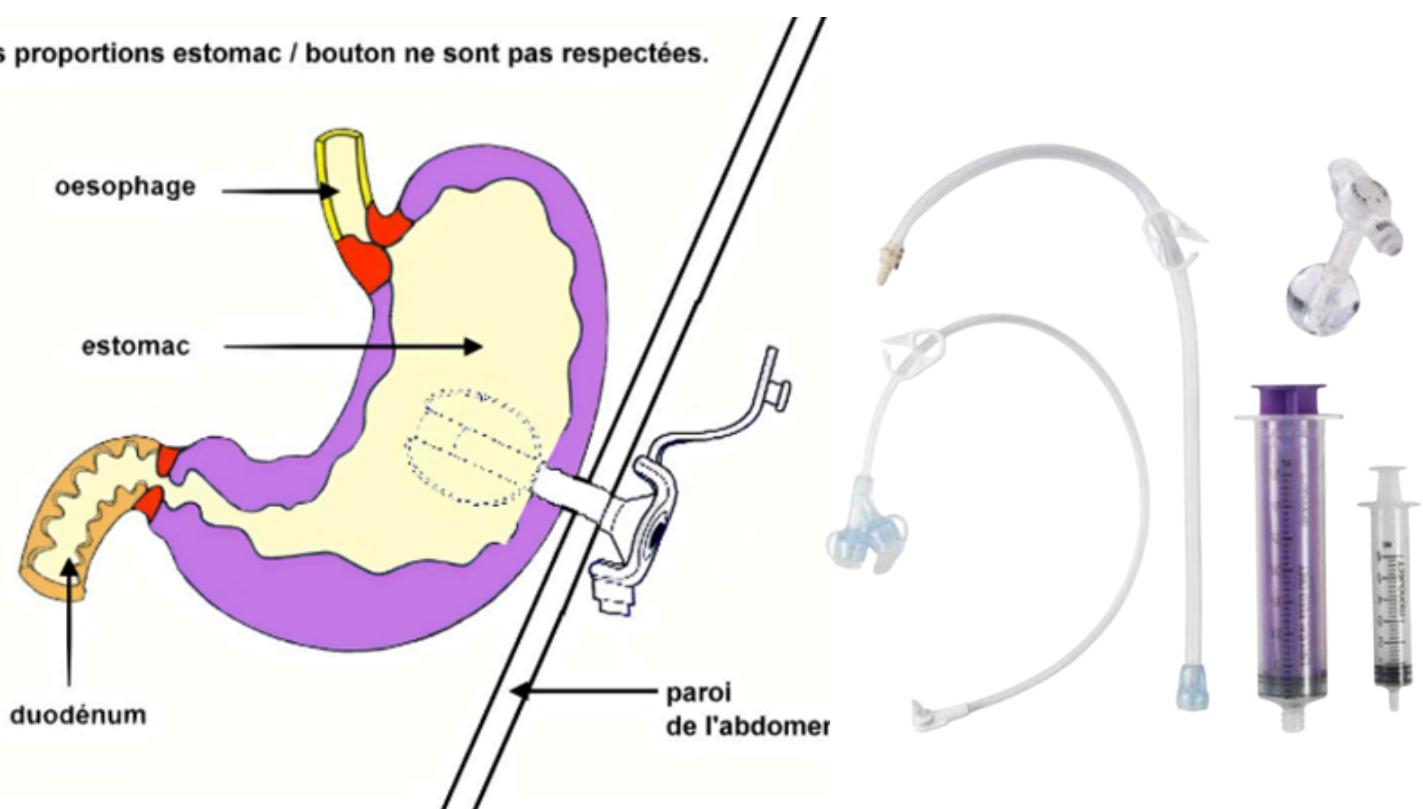
Elle assure une nutrition quasi-physiologique, beaucoup plus confortable qu'une nutrition par sonde nasogastrique et permet d'éviter dans de nombreux cas la nutrition parentérale (intraveineuse) beaucoup plus contraignante et moins physiologique.

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.

Les proportions estomac / bouton ne sont pas respectées.



SELECTION DES PATIENTS

Elle doit être rigoureuse en fonction des bénéfices attendus et des risques, relatifs au terrain, à l'état général et nutritionnel et des pathologies associées (cardiaques, pulmonaires, troubles de coagulation, hypertension portale, ascite, pathologie péritonéale, ulcère gastrique) ainsi que des conditions anatomiques (antécédents de chirurgie abdominale, grosse hernie hiatale, obésité sévère, état de la paroi abdominale, présence d'une dérivation péritonéale).

Elle sera faite conjointement à la consultation d'anesthésie, obligatoire.

Il peut en découler une contre-indication.

Une information du patient et de la famille sera faite avec obtention d'un consentement éclairé écrit.

L'intervention est faite le plus souvent sous anesthésie générale avec consultation d'anesthésie préalable.

Elle peut être faite sous anesthésie locale si contre-indication à l'AG ou à la demande du patient.

ASPECTS TECHNIQUES

1.La gastrostomie endoscopique : la plus utilisée

Elle nécessite 2 opérateurs : l'un qui tient l'endoscope, l'autre qui fait la ponction et la mise en place de la sonde.

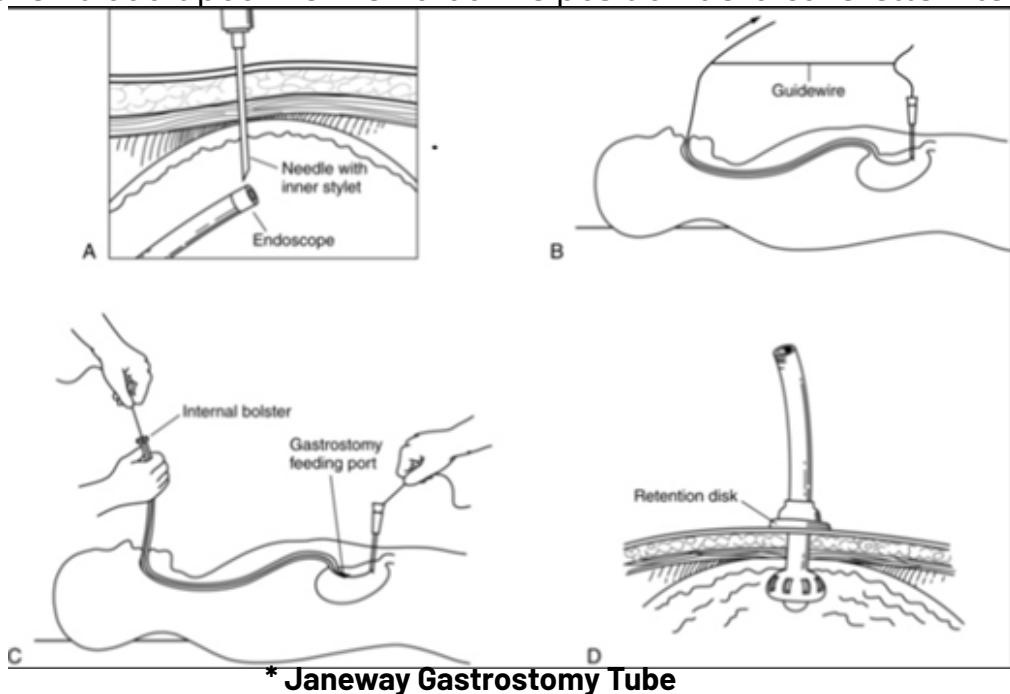
L'intervention débute donc par une endoscopie qui fait l'état des lieux de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum. Le point de ponction est déterminé par transillumination (visibilité de la lumière de l'endoscope à travers la peau et dépression au doigt de la paroi abdominale visible par l'endoscope).

Ce repérage peut être difficile ou échouer en cas de grande obésité, de volumineuse hernie hiatale, de chirurgie gastrique antérieure, d'interposition d'un organe (foie, côlon) ; dans ce cas la procédure sera interrompue et annulée.

Une fois ce repérage obtenu, l'estomac est largement insufflé par l'endoscope (gaz CO₂ résorbable) afin de plaquer l'estomac à la paroi et faciliter sa ponction. Ensuite, deux procédés sont possibles :

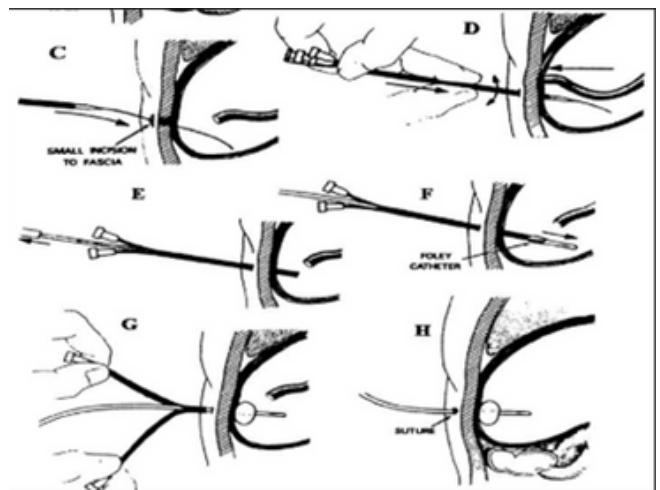
- La technique PULL (tirer) : La plus ancienne. Après ponction un fil guide est introduit dans l'estomac, récupéré par l'endoscope qui est ressorti par la bouche et sur lequel on fait coulisser la sonde de gastrostomie qui passe par la bouche amarrée au fil et ressort par l'orifice de ponction par traction ; elle est maintenue par une colllerette interne et une colllerette externe. Elle passe donc par la bouche avec un trajet interne/externe (estomac-paroi).

L'endoscope est réintroduit pour vérifier la bonne position de la colllerette interne.



PUSH TECHNIQUE

- La technique INTRODUCER ou PUSH (pousser) :
Plus récente, un peu plus complexe. La ponction après repérage est faite sous contrôle endoscopique, avec mise en place d'un fil guide. La paroi gastrique est fixée à la paroi abdominale par trois ancrages disposées en triangle (gastropexie). Sur le fil guide sont effectuées des dilatations successives puis est mise en place la sonde de gastrostomie maintenue à la paroi gastrique par un ballonnet rempli d'eau. La sonde ne passe pas par la bouche et suit un trajet direct externe/interne.



PPT - Gastrostomie u dorosłych PowerPoint Presentation, free download - ID:2681550

Cette dernière technique est actuellement la plus pratiquée en cancérologie car ne passant pas par la bouche, il existe une diminution de complications infectieuses.

- En cas de cancer ORL ou œsophagien, l'absence de contact avec la tumeur (avec risque de greffe néoplasique sur la paroi ou la peau) en fait la méthode de référence.
- En l'absence de colllerette interne (un ballonnet à sa place), le remplacement de la sonde sera faite sans nécessité d'endoscopie ni d'anesthésie.

Quelle que soit la technique choisie, l'intervention est faite au bloc opératoire après un jeûne strict d'au moins 6 heures et des conditions d'asepsie rigoureuses.

La technique PULL impose un lavage de bouche préalable et une antibioprophylaxie.

L'antibioprophylaxie n'est pas systématique avec la technique INTRODUCER.

Le patient est maintenu en hospitalisation 12 h à 48 h.

La sonde peut être utilisée 6 à 8 heures après la procédure initialement avec du serum physiologique puis en l'absence de problème avec le produit de nutrition entérale.

2. La gastrostomie radiologique



Elle est la méthode de référence dans certains centres.
Elle utilise la méthode INTRODUCER, mais sans recours à l'endoscopie.
L'insufflation gastrique est assurée par une sonde nasogastrique de fin calibre.
Le repérage de la ponction peut s'aider de l'échographie.

3. La gastrostomie chirurgicale

Est indiquée en cas d'échec ou impossibilité (gastrectomie) des techniques précédentes ou en complément d'une autre intervention. Il s'agit souvent d'une jejunostomie (la sonde est alors directement placée dans l'intestin grêle).



SOINS DE GASTROSTOMIE

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.

1. 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**

2. Soins Locaux

Les soins locaux : faits 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 à 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.

COMPLICATIONS DES GASTROSTOMIE

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'abcélation.

- Quoique peu fréquentes des complications majeures surviennent dans 3% des cas.
La mortalité liée au geste est inférieure à 1% :
- Défaillance cardio-respiratoire, laryngospasme, inhalation massive.
- Périctonite, plaie d'un organe digestif par interposition, plaie de la paroi gastrique postérieure), perforation de l'œsophage ; nécrose pariétale étendue.
- Déplacement précoce de la sonde accidentel ou par arrachage avant cicatrisation du trajet.
- Hémorragies gastrique
 - Les complications mineures sont fréquentes :
- Douleurs post-opératoires, hématome de paroi.
- Ileus (arrêt du transit) avec distension gastrique persistante, absence de reprise du transit.
- Retarde la mise en route de l'alimentation et prolonge l'hospitalisation.
- Infections péristomiales, fuites, incarcération de la collerette interne de la sonde.

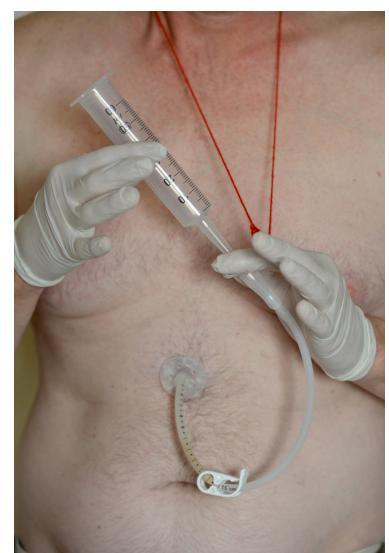
2. Les complications à distance

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, nitratage 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 incarcération (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).

■ 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 jejunostomie.
- Bilan nutritionnel : effectué par le médecin avec éventuellement avis d'un nutritionniste : 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...)

SITUATIONS CLINIQUE ET GUIDE DE PRISE EN CHARGE

1-Chute accidentelle/arrachage de la sonde : c'est une URGENCE ++

*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.

*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.

2-INFECTION PERISTOMIALE

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 retrait de la sonde.

3-FUITES STOMIALES

Vérifier la position de la sonde, sa mobilité, l'étanchéité du ballonnet, son adaptation à l'orifice.

Rechercher une infection associée, bactérienne ou fungique, 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.

4-INCARCERATION DE LA COLLERETTE INTERNE OU DU BALLONNET (BURIED BUMPER)

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.

5-La sonde est bouchée

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.

6-Le tissu de granulation.

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.

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.

Cette information ne se substitue pas à celle apportée par votre équipe médicale qui assurera le suivi et sera maintenue informée de tout évènement.

