



**ABORDS DIGESTIFS POUR L'ALIMENTATION  
ENTÉRALE CHEZ L'ADULTE EN HOSPITALISATION  
ET À DOMICILE**

**RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES POUR LES PRATIQUES  
DE SOINS**

**MAI 2000**

**Service Recommandations et Références Professionnelles**

## AVANT PROPOS

---

Le besoin de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé reconnaît plusieurs raisons : la variabilité des pratiques aussi bien des stratégies diagnostiques et thérapeutiques que des stratégies de soins, l'évolution rapide des connaissances et la constante amélioration des technologies médicales.

Le choix des meilleures stratégies et leur mise en œuvre la plus adaptée supposent d'avoir à sa disposition des référentiels de pratiques élaborés avec une méthode rigoureuse.

Dans le cadre de sa mission d'élaboration de Recommandations, l'ANAES a élaboré des recommandations concernant les soins et la surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale.

Ces recommandations s'appuient sur l'analyse critique de la littérature et l'identification du niveau de preuve scientifique fourni par cette littérature; l'avis d'experts; l'analyse des pratiques professionnelles en prenant en compte les documents professionnels. Elle a la particularité de définir de manière générale une suite ordonnée d'actions préconisées pour la réalisation d'une pratique de soins et d'apporter pour chacune d'entre elles le niveau et le type de justification.

Les recommandations professionnelles ainsi définies nécessitent ensuite une appropriation par une déclinaison en protocoles de soins.

Ces protocoles peuvent alors servir de référentiel dans des démarches qualité, type audit clinique ou Programme d'Amélioration de la Qualité, réalisées sur le terrain par les professionnels.

Le développement des recommandations professionnelles et leur application contribuent à une amélioration de la qualité des soins donnés aux patients et à une meilleure utilisation des ressources. L'ANAES souhaite répondre aux préoccupations des professionnels soucieux de fonder leurs pratiques de soins sur des bases les plus rigoureuses et objectives possibles.

Professeur Yves Matillon  
Directeur général de l'ANAES

Ces recommandations ont été établies dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé et :

- l'Association de Recherche en Soins Infirmiers,
- l'Association des Diététiciens de Langue Française,
- l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers diplômés ou étudiants,
- l'Association pour la Promotion de l'Expertise et de la Recherche en Soins Infirmiers,
- la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation,
- la Société Française de Gériatrie,
- la Société Française des Infirmiers de soins intensifs,
- la Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale,
- la Société Nationale Française de Gastro-entérologie,
- la Société de Réanimation de Langue Française.

L'ensemble du travail a été coordonné par Mme Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT sous la responsabilité de M. le Pr Alain DUROCHER, responsable du service recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Sylvie LASCOLS, sous la responsabilité de Mme Hélène CORDIER, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été réalisé par Mlle Marie-Laure TURLET.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique dont les noms suivent.

## COMITE D'ORGANISATION

---

Mme Maryse DALMASSE, cadre infirmier, Versailles

Mme Catherine DUBOYS-FRESNEY, infirmière générale, Paris

Mme le Dr Monique FERRY, gériatre, Valence

Mme Chantal GABA-LEROY, cadre infirmier supérieur, Clichy

Mme Marie-Claude LEFORT, infirmière générale, La Roche-sur-Yon

M. le Pr Éric LEREBOURS, hépato-gastro-entérologue, Rouen

M. le Pr Xavier LEVERVE, nutritionniste, Grenoble

Mme Michèle MAITRE, diététicienne, Charenton-le-Pont

M. le Pr Pierre MAURETTE, anesthésiste-réanimateur, Bordeaux

Mme le Pr Fabienne SAULNIER, réanimateur médical, Lille

---

## GROUPE DE TRAVAIL

---

M. le Pr Xavier LEVERVE, nutritionniste, Grenoble, coordonnateur

Mme Chantal JEANMOUGIN, cadre supérieur infirmier, Besançon, chargée de projet

M. le Dr Patrick BACHMANN, anesthésiste-réanimateur, Lyon

Mme Christiane BENEDETTI, infirmière, Marseille

M. le Dr BLEICHNER, réanimateur médical, Argenteuil

Mme Ginette ERICHER, infirmière, Ivry-sur-Seine

Mme le Dr Monique FERRY, gériatre, Valence

Mme Anne LEFEVRE, infirmière, Montreuil

Mlle Sylviane PASDELOUP, infirmière, Clamart

Mme le Dr Françoise RIAUD, pharmacienne, La Roche-sur-Yon

M. le Dr Stéphane SCHNEIDER, gastro-entérologue, Nice

Mme Nadine SIMON, infirmière, Lyon

Mme Mireille SIMON, diététicienne, Vandœuvre-lès-Nancy

M. Loïc TURBEL, infirmier, Rennes

---

## GROUPE DE LECTURE

---

M. le Dr Emmanuel ALIX, gériatre, Le Mans

Mme Agathe ANTOLINI, cadre infirmier, Ivry sur Seine

M. le Dr Jean-Michel BADET, ORL, Besançon

M. le Dr Philippe BEAU, gastro-entérologue, Poitiers

Mme Paule BIROT, infirmière générale, Arles

Mme le Dr Michèle BONCOMPAIN-GÉRARD, réanimateur médical, Lyon

Mme le Dr Monique BRET, réanimateur, Lyon

M. le Dr Jean-Félix BROUSSARD, gastro-entérologue, Antibes

Mlle Pascale CANI, infirmière, Argenteuil

Mme Geneviève CHIRON, cadre infirmier, La Roche-sur-Yon

Mme Dominique COMBRET, diététicienne, Lyon

M. le Dr Thierry CONSTANS, gériatre, Tours

Mme Maryse DALMASSE, cadre infirmier, Le Chesnay

Mme Monique DE PRADOS, cadre infirmier, Caluire

Mme le Dr Béatrice DERYCKE, gériatre, Draveil

M. le Pr Bertrand DUREUIL, membre du Conseil scientifique de l'ANAES, anesthésiste-réanimateur, Rouen

M. Roger FAROUX, gastro-entérologue, La Roche-sur-Yon

Mme Danielle FEILLEL, cadre infirmier, Paris

M. le Dr Albert FHIMA, généraliste, Lyon

Mme Chantal GABA-LEROY, cadre infirmier, Clichy

Mme Brigitte GARD-VALETTE, cadre infirmier, Paris

Mme Madeleine GAUVRIT, cadre infirmier, La Roche-sur-Yon  
 M. le Dr Patrick GELAS, réanimateur, Lyon  
 Mme Annie GLORIOD, cadre infirmier, Besançon  
 Mme le Dr Claire GUEDON, gastro-entérologue, Rouen  
 Mme Brigitte GUERRIN, cadre infirmier enseignant, Pontoise  
 Mme Murielle GUILLOT, cadre infirmier, Lyon  
 M. Gérard GUINGOUIN, infirmier, Bonnetable  
 Mme Myriane IDZIK, cadre infirmier, Lille  
 M. Guy ISAMBART, infirmier général, Clermont  
 Mme Laurence JAMMES-VEAUX, infirmière, Saint Jouan des Guerets  
 Mme Ljiljana JOVIC, cadre infirmier supérieur, Courbevoie  
 M. le Dr Jean-Pierre LAFARGUE, gastro-entérologue, La Roche sur Yon  
 Mme Marie-Claude LEFORT, infirmière générale, La Roche-sur-Yon  
 M. le Pr Éric LEREBOURS, gastro-entérologue, Rouen  
 M. le Dr Bruno LESOURD, gériatre, Ivry-sur-Seine  
 Mme Pierrette LHEZ, membre du Conseil scientifique de l'ANAES, directrice d'école de cadres, Bordeaux  
 Mme Nicole MAIRESSE, directrice Institut de formation en soins infirmiers, Rueil-Malmaison  
 Mlle Michèle MAITRE, diététicienne, Paris

Mme Annie MAUPPIN, cadre infirmier, Cholet  
 M. le Pr Pierre MAURETTE, anesthésiste-réanimateur, Bordeaux  
 M. le Dr Hervé MENTEC, réanimateur, Argenteuil  
 Mme Christiane OSTERMAN, infirmière, Marseille  
 M. le Dr Pierre PFITZENMEYER, gériatre, Dijon  
 Mme le Dr Marie-Astrid PIQUET, nutritionniste, Caen  
 Mme Geneviève POIRIER-COUTANSAIS, infirmière générale, Les Essarts  
 Mlle Isabelle POUGET, diététicienne, Nice  
 Mme Sylvaine RIVOLA, infirmière, Paris  
 Mme Geneviève ROBERTON, cadre infirmier enseignant, Villerest  
 M. le Dr François SAUDIN, anesthésiste-réanimateur, Honfleur  
 Mme le Pr Fabienne SAULNIER, réanimateur, Lille  
 M. le Dr Matthieu SCHNEE, gastro-entérologue, La Roche-sur-Yon  
 Mme le Dr Carole SZEKCHI, gériatre, Sevran  
 Mme le Dr Catherine TESSIER, anesthésiste-réanimateur, Clichy  
 M. le Dr Olivier TUEUX, anesthésiste-réanimateur, Bordeaux  
 Mme Odile VIENNOIS-MARION, infirmière, Caluire  
 Mme Sylvia WEHRLÉN-PUGLIESE, pharmacienne, Nice

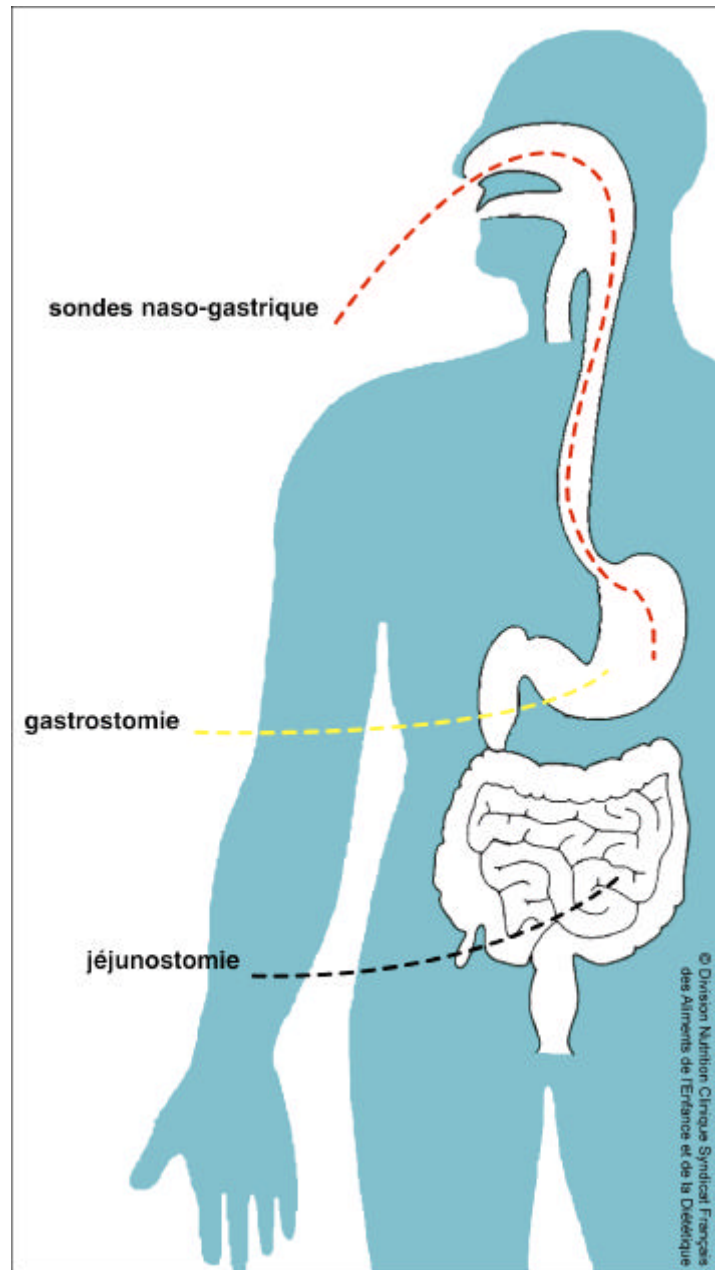
---

## TEST D'APPROPRIATION (Coordonnateurs)

---

M. Richard AGNETTI, cadre diététicien, Colombes  
 M. le Dr Hervé AUBE, médecin réanimateur, Dijon  
 M. le Dr Georges BOACHON, médecin ORL, Morance  
 M. le Dr Noël CANO, hépato-gastro-entérologue nutritionniste, Marseille  
 Mme Geneviève CHIRON, cadre infirmier, La Roche-sur-Yon  
 Mme Rita COLOMBO, cadre infirmier supérieur, Thann  
 Mme Dominique COMBARNOUS, cadre infirmier, Pierre-Bénite  
 Mme le Dr Maryvonne DEMASURE, médecin hygiéniste, Orléans

Mme Mireille FOUCHERE, cadre infirmier, Lyon  
 Mme Michèle FRUTOSO, cadre infirmier supérieur stomathérapeute, Avignon  
 Mme le Dr Frédérique GIRARDOT, gériatre nutritionniste, Mulhouse  
 Mme Mireille MALPELI, cadre infirmier supérieur, Paris  
 M. René PAPON, cadre infirmier, Tours  
 Mlle Catherine RENAULT, cadre infirmier, Lille  
 Mme Sylvaine SEVEIGNE, cadre infirmier, Caluire  
 Mme Jocelyne UHL, cadre infirmier supérieur, Charleville-Mézières  
 Mme Lydie WINTZ, cadre infirmier, Villejuif



**Figure 1.** Les abords digestifs pour l'alimentation entérale.

---

## **PREAMBULE**

---

### **I . Objet et domaine d'application des recommandations**

Les abords digestifs pour l'alimentation entérale concernent les sondes nasogastriques, naso-duodénales et naso-juvénales, la gastrostomie et la jéjunostomie chez l'adulte (figure 1).

Ont été exclus les indications de l'alimentation entérale, les modalités de pose des sondes de gastrostomie et de jéjunostomie, les modes d'administration et le suivi nutritionnel de l'alimentation.

Les recommandations proposent une suite ordonnée d'actions préconisées pour mettre en place une sonde naso-gastrique, mais aussi surveiller, apporter des soins quotidiens, informer et éduquer le patient en ce qui concerne les trois abords digestifs dont il est question.

### **II . Professionnels de santé concernés**

Le médecin prescrit la pose de l'abord digestif et les médicaments à administrer le cas échéant. Le choix des formes galéniques les plus appropriées se font en collaboration avec le pharmacien.

L'infirmier(ère) est habilité(e), sur prescription médicale, à poser une sonde nasogastrique en vue de l'alimentation entérale. Le médecin pose la sonde dont le site d'instillation se situe en post-pylorique (duodéal ou jéjunal).

Dans le cadre de son rôle, l'infirmière assure les soins et la surveillance des patients en assistance nutritive entérale, administre les médicaments et en surveille les effets, participe à l'éducation du patient et de son entourage, participe à la surveillance clinique des patients, change la sonde d'alimentation nasogastrique, communique au médecin toute information permettant une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution, enregistre ses actions et leur résultat dans le dossier de soins.

L'aide-soignant collabore à la réalisation des soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie sous la responsabilité de l'infirmière.

### **III . Méthodes**

Le texte des recommandations a été élaboré par un groupe de travail à partir de l'analyse de la littérature scientifique et de la documentation professionnelle existante réalisées par le chargé de projet, en collaboration avec le coordonnateur du groupe.

Le texte a été soumis à un groupe de lecture avant sa finalisation.

Une méthode de consensus formalisé d'experts a été utilisée pour les recommandations fondées sur un accord professionnel. Le groupe de lecture a apprécié la lisibilité, l'acceptabilité, l'applicabilité et la faisabilité des recommandations proposées. Les avis et remarques du groupe de lecture ont été transmis au groupe de travail. Ce dernier a modifié en conséquence le texte et a validé le texte final.

Les recommandations élaborées ont été ensuite testées dans des établissements de santé et structures de soins à domicile. Les spécialités concernées étaient les suivantes : hépatogastroentérologie, chirurgie digestive, cervico-faciale et ORL,

réanimation médicale et chirurgicale, gériatrie, médecine interne, néphrologie, soins à domicile.

L'objectif de ce test était de vérifier que les recommandations proposées permettaient de décrire la pratique professionnelle sous la forme d'un protocole de soins. Les résultats du test ont permis d'améliorer le texte final.

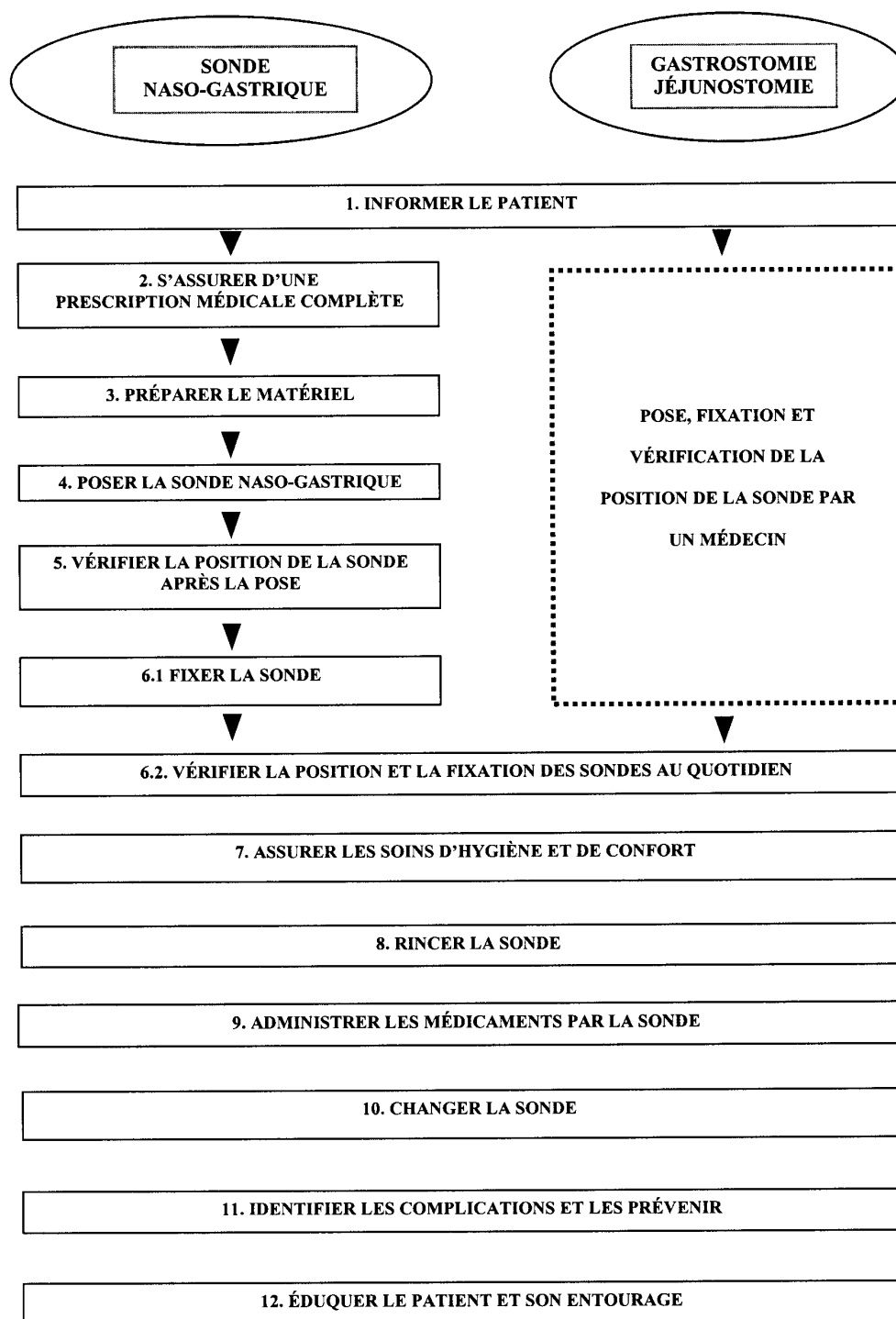
Les recommandations proposées sont classées selon les modalités suivantes : une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve. Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique, fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire. Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve. En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

Cette classification a pour but d'explicitier les fondements des recommandations. L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles.

La plupart des recommandations proposées ici reposent sur un accord professionnel. Cependant, l'absence de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Il est donc important d'initier des travaux de recherche notamment en ce qui concerne : la vérification initiale de la bonne position de la sonde naso-gastrique après la pose, les méthodes de fixation des sondes, la prévention de l'obstruction des sondes, ainsi que les modalités de désobstruction, l'éducation du patient et de son entourage.





**Figure 2.** Les étapes déterminantes de la procédure « Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile ».

---

## RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

---

Les étapes déterminantes des soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale ont été résumées sur la figure 2.

Les étapes 1 à 6 sont chronologiques. Les étapes suivantes portent sur la prise en charge du patient et les soins d'entretien de l'abord digestif. L'éducation du patient et de son entourage, tout comme l'identification et la prévention des complications sont une préoccupation des soignants tout au long des étapes de la pratique.

◆ **Étape n° 1 : Informer le patient (accord professionnel)**

L'information médicale portera sur la nécessité de la mise en place du dispositif de l'alimentation entérale, les bénéfices et les risques normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et les conséquences que ceux-ci pourraient entraîner.

Dans la mesure du possible, les préférences du patient seront prises en compte (choix de l'abord digestif, maintien de la qualité de vie).

Dans son domaine de compétence, l'infirmière vérifie la compréhension des informations reçues par la personne et apporte des compléments d'information, si nécessaire.

◆ **Étape n° 2 : S'assurer d'une prescription médicale complète (accord professionnel)**

La prescription doit être qualitative et quantitative, datée et signée. La prescription précise le matériau de la sonde, la charrière et la longueur, choisis en fonction de la durée prévisible de la nutrition, du site d'instillation et dans un souci de confort du patient. Un anesthésique de contact peut être prescrit.

La sonde peut, selon le cas, être munie d'un mandrin, lestée au tungstène et/ou à double courant. Le polyuréthane et le silicone sont les matériaux recommandés pour l'alimentation entérale en raison de leur souplesse et de leur bonne tolérance.

◆ **Étape n° 3 : Préparer le matériel (accord professionnel)**

Le matériel nécessaire au soin du nez, des gants à usage unique non stériles, la sonde, le matériel de fixation sont rassemblés. Si un lubrifiant est utilisé, il doit être compatible avec le matériau de la sonde. L'utilisation d'un lubrifiant à base de silicone est déconseillée si la sonde est en silicone.

◆ **Étape n° 4 : Poser la sonde naso-gastrique (accord professionnel)**

L'infirmier(e) ou le médecin pose la sonde naso-gastrique. La sonde naso-duodénale ou naso-jéjunale est posée par le médecin.

La pose de la sonde naso-gastrique est un geste simple, susceptible d'entraîner des complications chez tout patient et plus particulièrement chez ceux présentant des troubles de la déglutition et des troubles de la vigilance.

Les règles d'hygiène sont respectées à toutes les étapes de la pose. La pose est réalisée à jeun, la personne consciente est installée en position assise. La narine est éventuellement anesthésiée en fonction de l'avis médical.

La participation du patient est sollicitée plus particulièrement au moment de la déglutition. La sonde est fixée avant le contrôle de la bonne position de son extrémité. Lorsque la bonne position est confirmée, un repère indélébile est marqué sur la sonde à 2 ou 3 cm du nez et la longueur externe de la sonde est mesurée.

En raison du risque potentiel de complications, la pose de sonde naso-gastrique chez la personne présentant des troubles de la déglutition ou de la vigilance sera réalisée à proximité d'un plateau technique.

◆ **Étape n° 5 : Vérifier la position de la sonde après la pose (accord professionnel)**

En ce qui concerne la sonde naso-gastrique, l'absence de toux et de résistance durant la pose ne présume pas de la bonne position de la sonde naso-gastrique.

Le meilleur moyen de vérification initiale de l'emplacement est le contrôle radiologique pour les sondes gastriques. L'auscultation épigastrique après l'injection d'air dans la sonde naso-gastrique (risque de faux positif) ne garderait éventuellement une place qu'en l'absence de possibilité d'un contrôle radiologique.

◆ **Étape n° 6 : Fixer la sonde naso-gastrique (grade C) et vérifier la position et la fixation des sondes au quotidien (accord professionnel)**

La sonde naso-gastrique doit être fixée immédiatement après sa pose. La fixation allie efficacité, confort, esthétique et innocuité.

La méthode de fixation consiste à préparer la peau (lavage, séchage), à poser un ruban adhésif étanche à base de matière plastique enroulé autour de la sonde au niveau de la base du nez (repère utilisé comme moyen de vérification de la position de la sonde) et à appliquer la moitié d'une bande de ruban adhésif élastique d'environ 4 cm sur le nez, sa partie basse est fendue jusqu'à la pointe du nez, chaque moitié du sparadrap est alors enroulée autour de la sonde (grade C). La fixation sur la joue sera limitée au minimum en évitant de former une grande boucle qui rentre dans le champ visuel du patient et qui augmente les risques d'arrachement.

La fixation par un fil est utilisée dans des indications spécifiques, notamment en ORL.

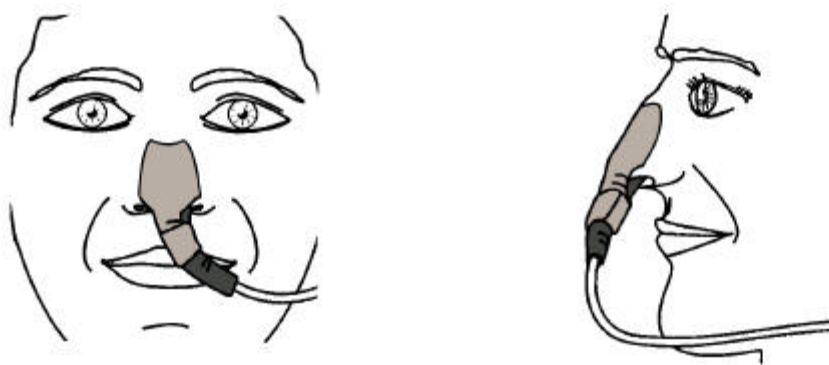
La sonde de gastrostomie est fixée par une collerette interne et un disque de retenue externe qui doit être repoussé contre la paroi abdominale. La vérification du positionnement de la sonde et de l'absence de tension contre la paroi gastrique s'effectue par une légère traction sur la sonde.

La sonde de jéjunostomie est fixée par un fil ou par des bandelettes adhésives.

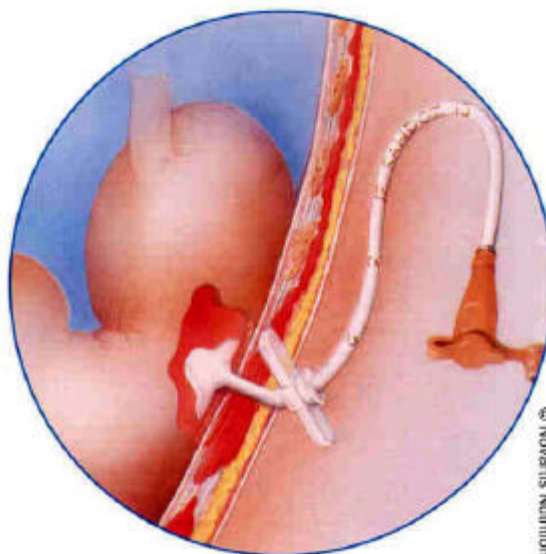
Le repérage de la marque indélébile sur la sonde, ainsi que la mesure de la longueur externe de la sonde, l'injection d'air dans la sonde et l'auscultation épigastrique sont des moyens de surveillance au quotidien de la position des sondes d'alimentation entérale.

L'emplacement de la sonde est vérifié au moins une fois par jour et systématiquement avant chaque utilisation.

Quel que soit le type de sonde, il est important de vérifier périodiquement le maintien de la fixation afin d'éviter le déplacement secondaire de la sonde. En cas d'agitation, rechercher les causes risquant d'entraîner l'arrachement de la sonde et trouver une solution en collaboration avec le médecin.



**Figure 3.** Fixation de la sonde naso-gastrique.



**Figure 4.** Fixation de la sonde de gastrostomie.

◆ **Étape n° 7 : Assurer les soins d'hygiène et de confort (accord professionnel)**

Quel que soit l'abord digestif, il est important d'assurer une bonne hygiène buccale et de maintenir les apports hydriques par la bouche chaque fois que cela est possible afin d'éviter la sécheresse des muqueuses.

Les soins visent également à aider la personne à exprimer ce qu'elle ressent face à l'altération ou à une perturbation de son image corporelle et à maintenir au maximum les activités de la vie quotidienne.

**1. Sonde naso-gastrique**

Les actions de soins consistent à dépister l'escarre de l'aile du nez ; éviter le risque de reflux gastro-œsophagien par la position demi-assise obligatoire pendant la nutrition et deux heures après la fin de cette dernière.

**2. Sonde de gastrostomie**

Éviter le risque de reflux gastro-œsophagien par la position demi-assise absolue pendant la nutrition et dans les deux heures qui suivent la fin de l'alimentation.

**3. Sonde de gastrostomie et de jéjunostomie**

Favoriser les soins d'hygiène générale : préconiser l'utilisation de la douche dès que possible.

Prendre en compte les difficultés éventuelles lors de l'habillage.

Les soins locaux visent à assurer l'hygiène locale et/ou l'antisepsie, à éviter la macération et à surveiller le site d'insertion.

◆ **Étape n° 8 : Rincer la sonde (accord professionnel)**

Le rinçage a pour but d'éviter l'obstruction de la sonde. Il permet également de désobstruer la sonde. Le liquide de rinçage est le plus souvent l'eau, sauf indication contraire.

Dans tous les cas, il est souhaitable d'obtenir une prescription de la quantité de liquide journalière à injecter ainsi que la nature du liquide de rinçage, en tenant compte du volume d'eau nécessaire à l'administration des médicaments. Il peut être nécessaire de quantifier ces volumes en fonction de l'état clinique du patient.

En prévention de l'obstruction des sondes, il semble utile de rincer la sonde chaque fois qu'elle est utilisée, après avoir vérifié sa bonne position.

En cas d'obstruction de la sonde, on ne doit pas utiliser le mandrin. Il est indispensable d'utiliser une seringue de gros calibre pour entreprendre des manœuvres de désobstruction. Divers produits peuvent être utilisés, toutefois, aucun n'a démontré sa supériorité.

◆ **Étape n° 9 : Administrer les médicaments par la sonde (accord professionnel)**

L'introduction de médicaments dans la sonde de nutrition doit se faire dans le respect de leur forme galénique. Le choix de cette dernière doit tenir compte des difficultés liées à la technique d'administration afin d'éviter les obstructions de la sonde ; des effets secondaires liés à la rupture de l'intégrité de la forme galénique ; des éventuelles

interactions entre médicaments et solution nutritive. L'avis du pharmacien est nécessaire. Il faudra tenir compte du site d'absorption du principe actif et du site d'instillation de la nutrition dans le choix de la forme galénique du médicament. La formule liquide est préférable si elle est possible. Dans le cas contraire, les médicaments devront être broyés, dilués et administrés séparément.

L'emplacement de la sonde sera vérifié avant l'administration de médicaments. La sonde sera rincée avant et après l'administration des médicaments et entre chaque médicament, avec une quantité comprise entre 5 et 10 ml en tenant compte de la charrière et de la longueur de la sonde, afin d'éviter les interactions médicamenteuses et l'obstruction de la sonde d'alimentation.

◆ **Étape n° 10 : Changer la sonde (accord professionnel)**

L'infirmière est habilitée à effectuer le changement de la sonde naso-gastrique.

Il n'existe pas de préconisations dans la littérature en faveur d'un rythme précis de changement des sondes qu'il s'agisse d'une sonde naso-gastrique, d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie.

En l'état actuel de la littérature et des pratiques professionnelles, il n'est pas possible de recommander une fréquence de changement des sondes.

◆ **Étape n° 11 : Identifier les complications et les prévenir (accord professionnel)**

Aucune étude n'a permis de classer l'ensemble des incidents ou complications par ordre de fréquence ou de gravité. Ceux-ci ont donc été classés par ordre alphabétique, pour chaque abord digestif, en différenciant les incidents et/ou accidents immédiats et ceux apparaissant à plus long terme, ainsi que les complications mécaniques et infectieuses.

Une synthèse des complications pour lesquelles les actions de prévention et une conduite à tenir sont possibles est présentée sur trois tableaux (1, 2 et 3).

**Tableau 1.** Complications immédiates liées à la pose de la sonde naso-gastrique : prévention et conduite à tenir.

<b>Incidents</b>	<b>Prévention</b>	<b>Conduite à tenir</b>
<b>Absence de coopération</b>	Expliquer le soin	Présence de 2 personnes lors de la pose
<b>Douleur</b>	Introduire doucement la sonde sans forcer	Surveiller la disparition de la douleur liée à la pose de la sonde
<b>Enroulement de la sonde</b>	Placer la sonde en silicone au réfrigérateur avant la pose - Regarder dans la bouche	Retirer et reposer la sonde
<b>Hémorragie nasale extériorisée par la bouche</b>	En fonction du contexte clinique, vérifier le bilan d'hémostase, lubrifier la sonde, introduire doucement la sonde	Retirer la sonde, comprimer la narine, appeler le médecin
<b>Obstruction orifices sonde</b>	Nettoyage de la narine au sérum physiologique isotonique	Oter la sonde, la désobstruer et la reposer
<b>Régurgitation</b>	Pose de la sonde 4 à 6 h après le dernier repas	Installer le patient en position latérale de sécurité
<b>Toux, larmoiments</b>	Position demi-assise, faire déglutir avec un peu d'eau, si possible	Retirer la sonde, la réintroduire, vérifier systématiquement la bonne position de la sonde
<b>Accidents</b>		
<b>Fausse route sous muqueuse pharyngée</b>	Introduire doucement la sonde	
<b>Fausse route intra-crânienne</b>	Pose de sonde contre-indiquée chez le traumatisé crânio-facial	
<b>Positionnement de la sonde dans l'arbre trachéo-bronchique</b>	En cas de difficulté de pose et d'utilisation d'un mandrin, pose par un médecin Vérifier l'emplacement de la sonde par contrôle radiologique, avant de démarrer la nutrition	

**Tableau 2.** Complications secondaires liées à la pose de la sonde naso-gastrique.

<b>Complications secondaires</b>	<b>Prévention</b>	<b>Conduite à tenir</b>
<b>Arrachement de la sonde :</b> accidentel ou volontaire	Expliquer, écouter, aider, fixer efficacement Vérifier la bonne position de la fixation	Reposer la sonde 4 à 6 heures après le passage du dernier repas
<b>Déplacement secondaire de la sonde</b>	Fixer efficacement Vérifier la fixation, marquer un repère ; vérifier la position de la sonde, en cas d'agitation, de vomissements	Selon l'importance du déplacement, remettre en place la sonde ou l'ôter et la reposer 4 à 6 heures après le passage de la nutrition
<b>Obstruction de la sonde</b>	Rincer la sonde	Effectuer des manœuvres de désobstruction Ne jamais utiliser le mandrin
<b>Douleur</b>	Vérifier l'état de la narine Réaliser les soins de nez et de réfection de la fixation de la sonde avec des gestes doux	Signaler l'apparition de douleur au médecin, administrer des antalgiques sur prescription
<b>Reflux gastro-œsophagien</b>	Installer le patient en position demi-assise pendant la nutrition	Informer le médecin
<b>Infection</b>	Observer l'état local, réaliser des soins locaux	Appeler le médecin Appliquer les traitements prescrits
<b>Ulcération</b>	Ulcération nasale, pharyngée observer régulièrement la narine, modifier l'emplacement de la fixation de la sonde afin de déplacer les zones de pression entre la narine et la sonde	En cas d'apparition d'une rougeur et d'une douleur : changer la sonde de narine



**Tableau 3.** Complications secondaires liées à la pose des sondes de gastrostomie et de jéjunostomie.

Complications secondaires	Gastrostomie		Jéjunostomie	
	Prévention	Conduite à tenir	Prévention	Conduite à tenir
<b>Arrachement de la sonde :</b> accidentel ou volontaire	Vérifier l'efficacité de la fixation écouter, aider	URGENCE : appeler le médecin (l'orifice se referme rapidement)	Vérifier l'efficacité de la fixation, écouter, aider	URGENCE : appel au médecin (l'orifice se referme très rapidement)
<b>Déplacement secondaire de la sonde</b>	Vérifier le repère externe et la longueur externe	Appeler le médecin	Vérifier le repère externe et la longueur externe	Appeler le médecin
<b>Obstruction de la sonde</b>	Rincer la sonde	Effectuer des manœuvres de désobstruction	Rincer la sonde	Effectuer les manœuvres de désobstruction
<b>Douleur</b>	Vérifier l'état local, s'assurer que la collerette n'est pas trop tendue	Fixer la sonde de manière à éviter toute traction sur la sonde	Éviter toute traction sur la sonde	Réaliser des soins locaux visant à éviter toute traction notamment au niveau des fils
<b>Reflux gastro-œsophagien</b>	Installer le patient en position demi-assise pendant la nutrition	Informers le médecin	–	–
<b>Infection</b>	Vérifier l'état local Réaliser les soins locaux	Appeler le médecin Appliquer les traitements prescrits	Vérifier l'état local Réaliser les soins locaux	Appeler le médecin Appliquer les traitements prescrits
<b>Ulcération</b>	Ulcération péristomiale (fuite de liquide gastrique par exemple) : vérifier la position de la sonde contre la paroi gastrique	Signaler au médecin Réaliser des soins locaux Vérifier l'absence de tension au niveau de la paroi gastrique	Éviter la tension au niveau des fils de fixation	Signaler au médecin Réaliser des soins locaux, vérifier l'absence de traction sur la sonde

◆ **Étape n° 12 : Éduquer le patient et son entourage (accord professionnel)**

Il est important d'anticiper le retour à domicile du patient porteur d'une sonde d'alimentation.

L'éducation du patient est une étape essentielle, réalisée progressivement, tout au long de l'hospitalisation. Elle est suivie d'une évaluation des capacités de la personne et de son entourage à prendre en charge les soins et à faire face à certaines difficultés techniques.

Le patient porteur d'un abord digestif ou l'entourage devra être capable de préparer le matériel de soins de manière exhaustive, de respecter les règles d'hygiène de base avant les soins et durant toutes les manipulations de l'abord digestif, de vérifier la bonne position de la sonde, de surveiller la fixation de la sonde et de remplacer le système de fixation si nécessaire, d'assurer les soins d'hygiène, de connaître les produits pouvant être administrés par la sonde, de rincer la sonde, d'administrer les médicaments prescrits par la sonde, de surveiller l'état cutané autour de la sonde et de signaler tout changement au médecin et/ou à l'infirmière.

La constitution d'une fiche de liaison hôpital-domicile est utile.

L'éducation sera complétée par la remise de supports écrits. Le retour à domicile sera organisé pour assurer un suivi et permettre au patient de faire appel facilement à un soignant en cas de besoin.