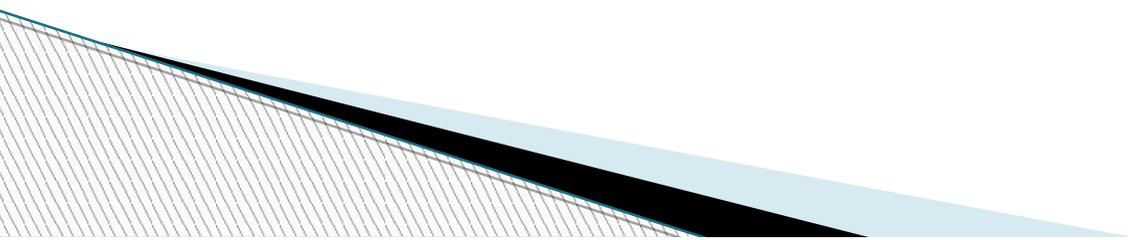


**ATELIER DISPOSITIFS MÉDICAUX  
ET ALIMENTATION ENTÉRALE**

ACPPHOS, Saintes, le 14  
AVRIL 2015

- ▶ Nutrition entérale : Nutrition dite « artificielle » pour les patients dénutris ayant des fonctions digestives normales ou peu altérées.
- ▶ Elle consiste à apporter les nutriments nécessaires **DIRECTEMENT** dans l'estomac ou le jéjunum , par l'intermédiaire d'une sonde ou un dispositif médical adapté pour combler les besoins nutritionnels journaliers.
- ▶ La nutrition entérale peut être de courte ou de longue durée.
- ▶ En établissement de santé ou à domicile



Evaluation de l'état nutritionnel

Dénutrition modérée et  
Apports inférieurs au 2/3 des  
besoins

Tube digestif  
FONCTIONNEL

NUTRITION ENTERALE

COURT TERME  
soit Inférieur à 4 semaines

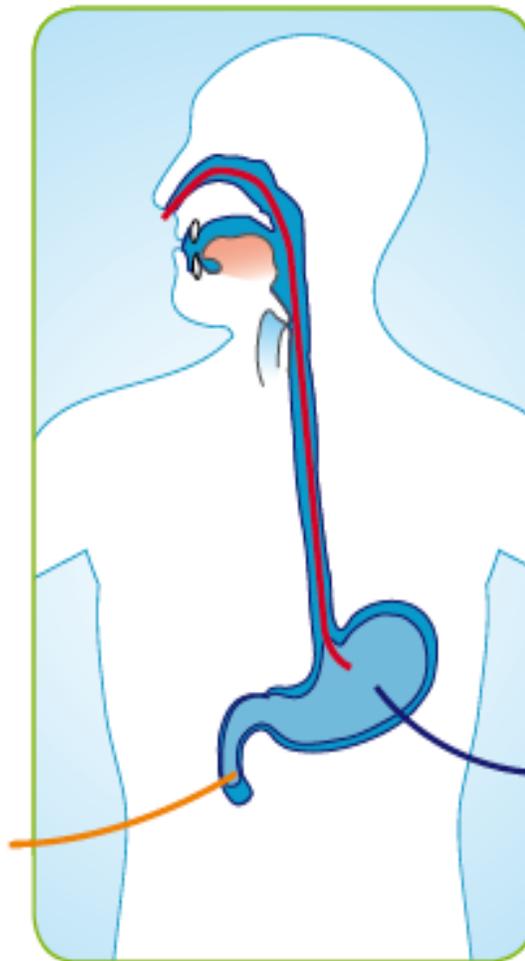
MOYEN/LONG TERME

# LES DIFFÉRENTES VOIES D'ABORD

sondes nasogastrique, naso-jéjunale: sans effraction  
sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie : avec effraction

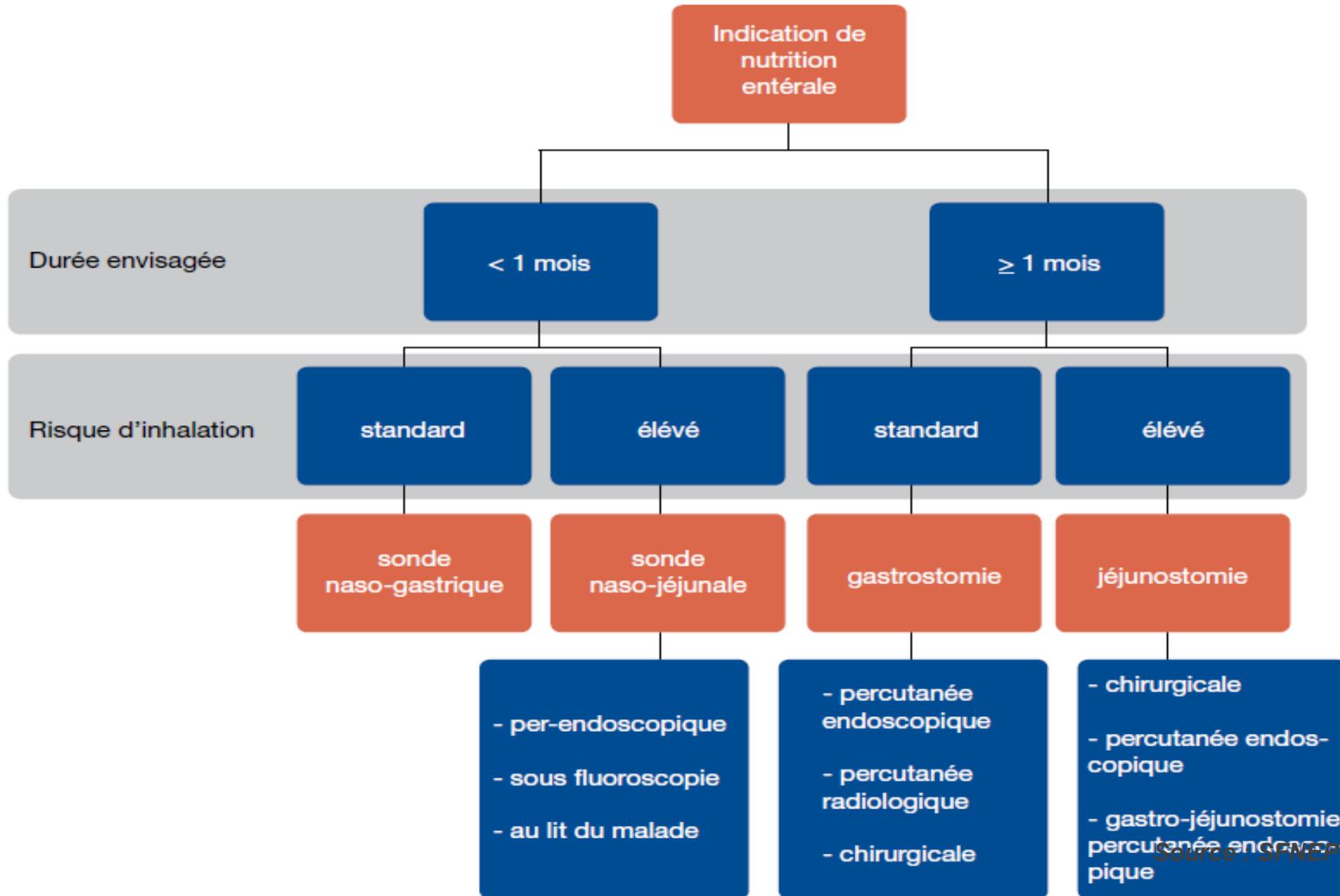
**Sonde naso-gastrique :**  
Sonde posée par le nez  
à destination de l'estomac

**Sonde de jéjunostomie :**  
Sonde posée au niveau  
du ventre à destination  
de l'intestin

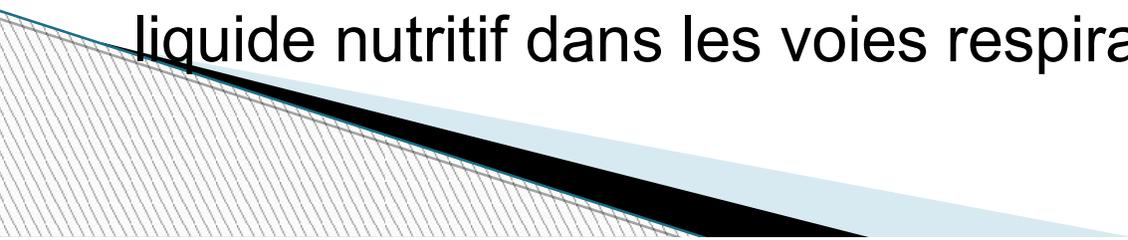


**Sonde de gastrostomie :**  
Sonde posée au niveau  
du ventre à destination  
de l'estomac

# CRITÈRES DE CHOIX DE LA VOIE D'ABORD

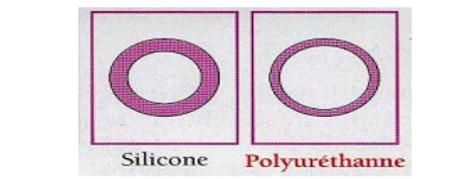


# CRITÈRES DE CHOIX DE LA VOIE D'ABORD

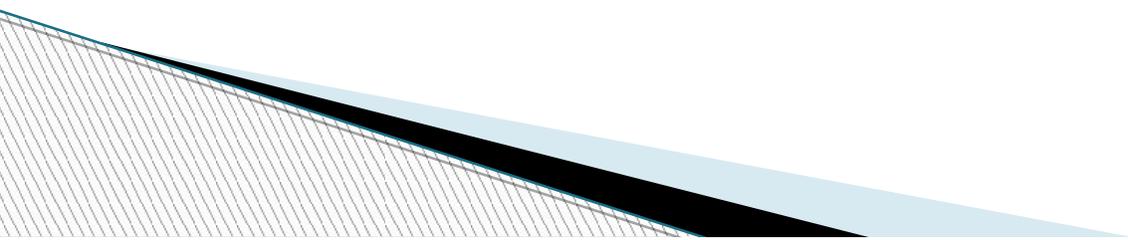
- ▶ Le site gastrique est privilégié car plus physiologique et plus accessible.
  - ▶ La nutrition entérale par sonde gastrique est parfois mal supportée par les malades en soins intensifs, provoquant distension abdominale ou vomissements. Dans ces cas, l'alimentation par voie jéjunale offre une meilleure tolérance clinique avec moins de risques de stase gastrique et de reflux gastro œsophagien.
  - ▶ L'abord jéjunal est utilisé en cas d'impossibilité (pathologie de l'estomac ou du duodénum) ou de contre indication du site gastrique comme un risque élevé d'inhalation = reflux du liquide nutritif dans les voies respiratoires(50% décès).
- 

# SONDE NASOGASTRIQUE

- ▶ La sonde en PVC comme la sonde de Salem (double courant pour aspiration) ou la sonde de Levin (prélèvement bactériologique) ne sont pas indiquées en nutrition entérale. Le PVC est traumatique pour muqueuse œsophagienne et gastrique.
- ▶ Pour les nutritons de longue durée, pour des raisons de biocompatibilité et de résistance aux acides, on privilégiera :

POLYURÉTHANE	SILICONE
<ul style="list-style-type: none"><li>✦ meilleur rapport calibre interne / externe</li></ul>  <p>Silicone Polyuréthane</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✦ mieux tolérée avec une bonne résistance à l'acidité digestive</li><li>✦ Coût plus élevé que PUR</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>✦ surface interne plus lisse, moins propice aux adhérences.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La sonde en silicone doit être rincée en raison de petites irrégularités possibles à l'intérieur de celle-ci.</li></ul>
<p>→ Pour passer le pylore, il existe des <b>sondes LESTEES ou bien avec un MANDRIN d'INTRODUCTION</b> (silicone plus souple). Dans ce dernier cas, seul un médecin peut la poser.</p>	

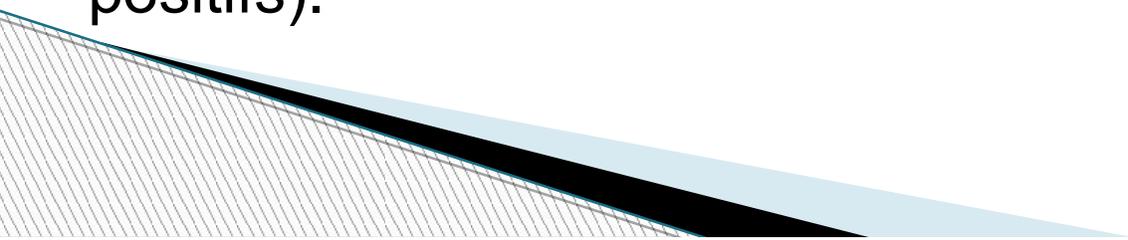
# SONDE NASOGASTRIQUE

- ▶ Les sondes recommandées pour la nutrition entérale sont de CH6 (2mm) à CH12 (4mm) maximum **si administration de médicaments** indispensable. La CH16 a un diamètre de 5,3mm.
  - ▶ Chez l'enfant, les charrières utilisées vont de CH4 (1,33mm) à CH10 (3,3mm).
  - ▶ Leur longueur varie de 60 à 125cm.
  - ▶ Elles ont une ligne ORX + graduations ORX le long de la tubulure pour les contrôles radiologiques de la position de la sonde.
- 

# CONDITIONS PRÉALABLES À LA POSE D'UNE SONDE NASOGASTRIQUE

- ▶ Nutrition de 3 jours à un mois
  - ▶ Prescription médicale
  - ▶ Patient à jeun depuis 6 heures
  - ▶ Expliquer au patient l'intérêt du geste et le déroulement du soin
  - ▶ Anesthésie locale en spray avec parfois vasoconstricteur nasal
  - ▶ Acte infirmier pour sondes en silicone
  - ▶ Acte médical
    - Pour sondes avec mandrin
    - Si intervention récente sur les voies digestives hautes
    - Douleur et saignement sur le trajet de la sonde
    - Tout ce qui est « post – pylorique »
- 

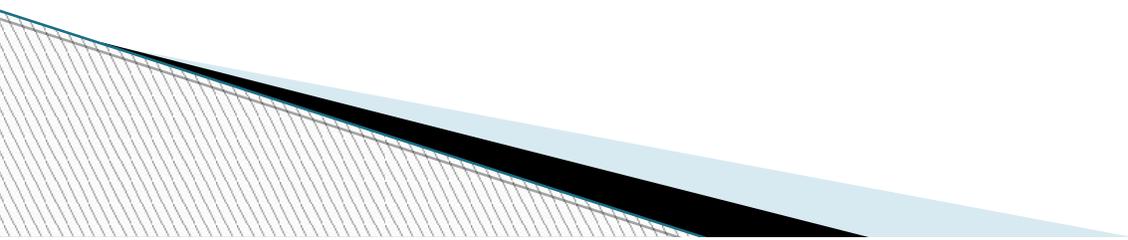
# POSE D'UNE SONDE NASOGASTRIQUE

- ▶ Patient en position semi-assise
  - ▶ Rigidifier la sonde en silicone 2 heures au réfrigérateur
  - ▶ Lubrifier la sonde avec un gel hydrosoluble.
  - ▶ Introduction par voie nasale (sauf chez le prématuré)
  - ▶ Faire un repère sur la sonde au marqueur au ras de la narine
  - ▶ Fixation de la sonde sur la joue ou sur l'aile du nez et derrière l'oreille au niveau du cou
  - ▶ Vérifier position de la sonde par un contrôle radiologique ou auscultation épigastrique avec insufflation d'air (risque de faux positifs).
- 

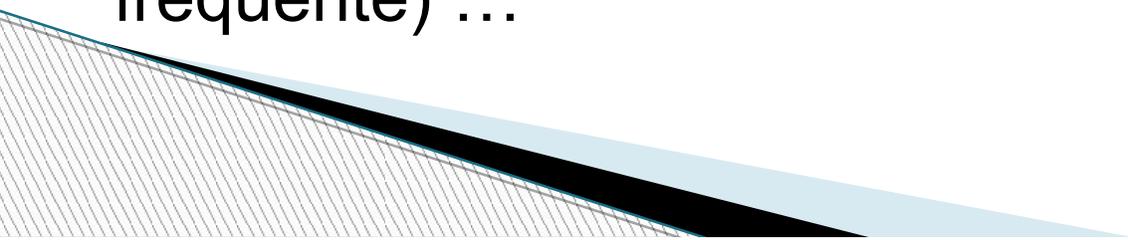
# SURVEILLANCE

# SONDE NASOGASTRIQUE

- ▶ Vérifier position de la sonde 1 fois par jour et avant chaque utilisation :
  - si trop proche du cardia = risque de reflux
  - si dans l'antre = risque de mauvaise vidange gastrique
- ▶ Rinçages réguliers
- ▶ Hygiène locale



# COMPLICATIONS

- ▶ Obstruction de la sonde : rincer en pression avec eau tiède ou boisson au cola sans bulle (pas de guide métallique)
  - ▶ Arrachement de la sonde : remplacement sur prescription médicale
  - ▶ Lésion de la muqueuse nasale
  - ▶ Sinusite ou otite moyenne
  - ▶ Autres : RGO, fausse route, pneumopathies, troubles digestifs comme diarrhées (complication la plus fréquente) ...
- 

# SONDE NASOJÉJUNALE

- ▶ Sonde nasojéjunale : sonde en PUR plus longue que la sonde nasogastrique ( ex 152cm ) et lestée (ex 7g). La Sonde de Bengmark est spiralée à l'extrémité pour faciliter sa migration spontanée dans le jéjunum avec positionnement plus optimal.
- ▶ Pose : en milieu hospitalier en per opératoire ou per fibroscopie  
Avant la pose, donner une dose de métopropramide  
La nutrition peut commencer dès la pose de la sonde  
L'alimentation se fera avec un débit progressif en respectant la tolérance du patient (diarrhées, sudations)
- ▶ L'alimentation doit être administrée de manière continue. PAS DE BOLUS par sonde nasojéjunale.
- ▶ Eviter l'administration de médicaments car plus fines.

# GASTROSTOMIE PERCUTANEE

- Tube digestif fonctionnel
- NE prolongée, > 4 semaines
- L'extrémité distale se trouve dans l'estomac (gastrostomie) ou dans le jéjunum (jéjunostomie)
- L'extrémité proximale sort de l'organisme sur une 15aine de cm et se branche directement sur la tubulure de nutrition



# GASTROSTOMIE PERCUTANEE

## INDICATIONS

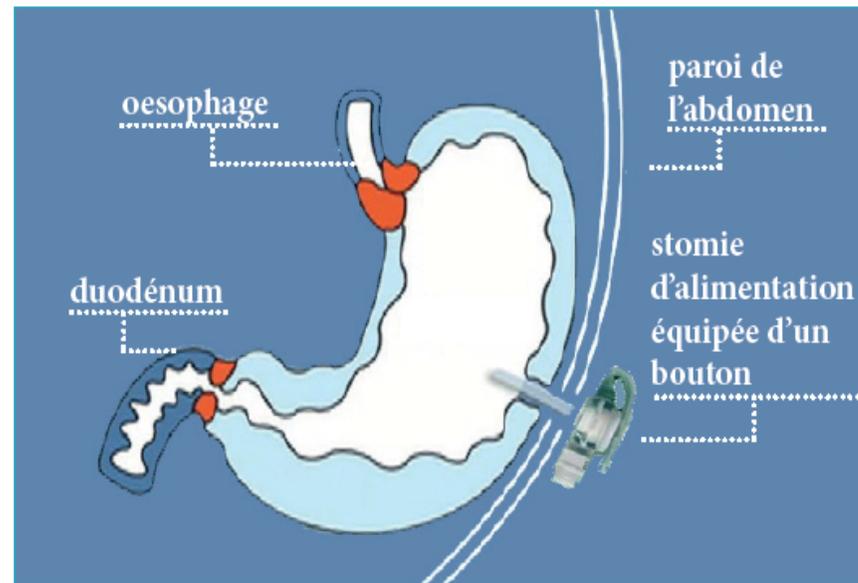
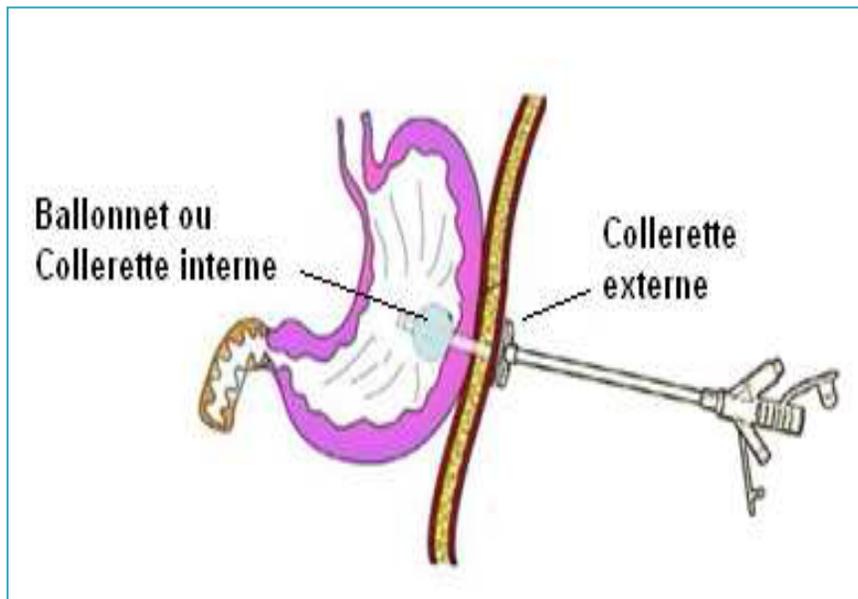
- ▶ Cancer (ORL, Stomato, Œsophage)
- ▶ Neurologique (AVC, SLA, troubles de la déglutition...)
- ▶ Dénutrition sévère
- ▶ Pathologies métaboliques (MICI)
- ▶ Pédiatrie : atrésie de l'œsophage et polyhandicapés
- ▶ Polytraumatisés

## CONTRE-INDICATIONS

- Pronostic vital < 1 mois
- Gastrectomie totale
- Trouble de l'hémostase
- Ascite
- Atteinte pariétale : inflammation, cellulite, cicatrice
- Ulcère gastrique
- Syndrome infectieux
- Refus du patient ou de la famille

# GASTROSTOMIE PERCUTANEE

- Création de l'orifice de stomie d'alimentation



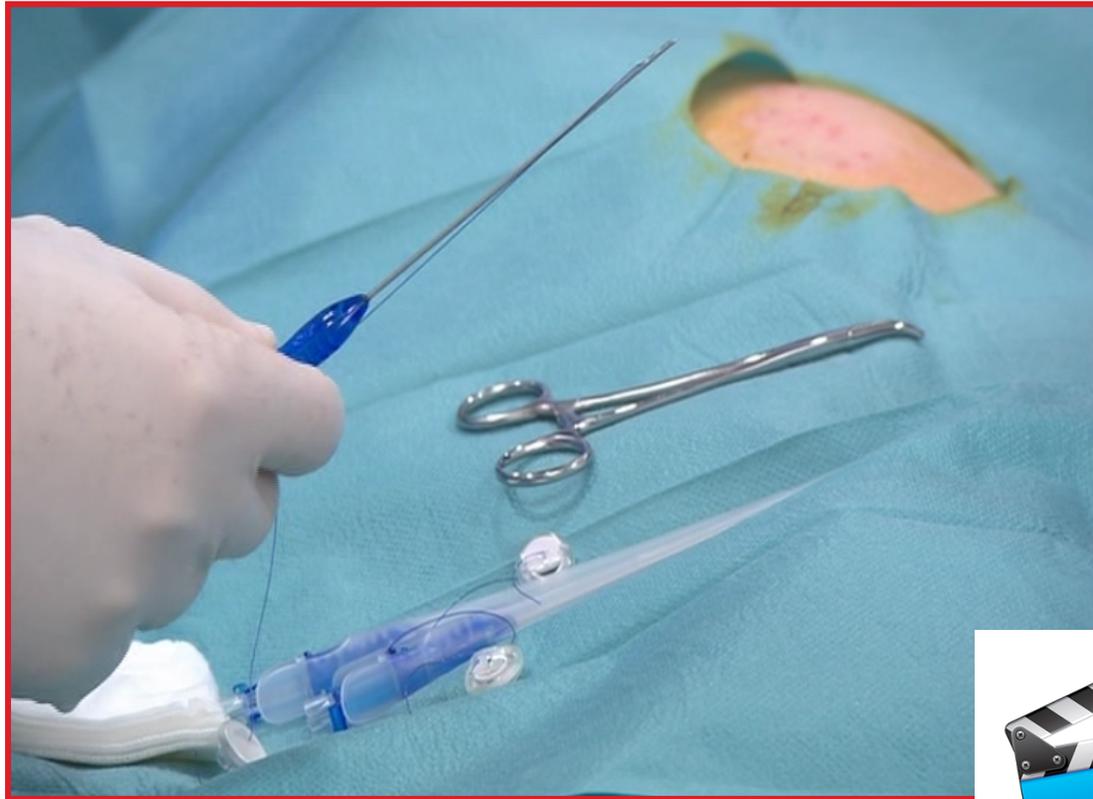
# GASTROSTOMIE PERCUTANEE

## Technique PULL



# GASTROSTOMIE PERCUTANEE

## Technique INTRODUCER/PUSH

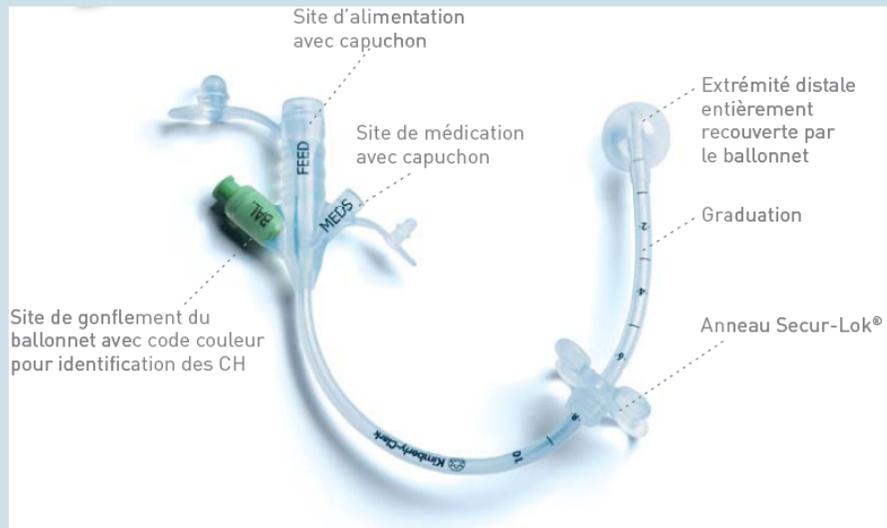


# SYNTHÈSE TECHNIQUES DE POSE

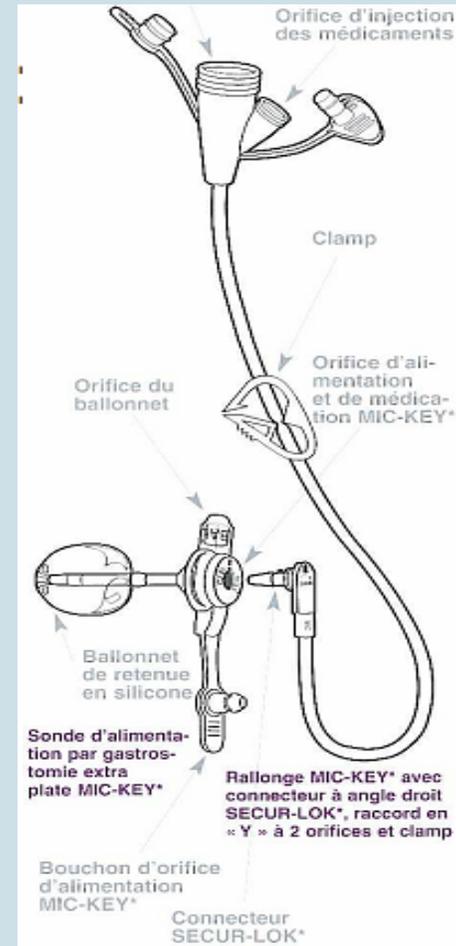
	<b>PULL</b>	<b>INTRODUCER / PUSH</b>
	La plus communément utilisée	Proche de la GPR, avec pexie gastrique
<b>TYPES D'INTERVENTION</b>	Par voie endoscopique, sous AG ou AL Durée : 8 à 10min	Par voie endoscopique, sous AG + nasofibroscope, Ou par voie radiologique, sous AL Durée : 8 à 10min
<b>TYPES DE SONDES POSEES</b>	Sonde avec dôme ou collerette semi rigide	Sonde/bouton de gastrostomie à ballonnet ou Sonde/bouton transgastrique jéjunale à ballonnet
<b>MATÉRIEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonde en silicone ou PU</li> <li>• CH10 à 24</li> <li>• système de rétention externe par collerette plate, coudée, etc. pour maintien à la peau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonde en silicone</li> <li>• CH12 à 20</li> <li>• système de rétention externe par collerette plate, coudée, etc. pour maintien à la peau</li> <li>• Kits spécifiques avec notamment fixation pour pexie gastrique, dilatateurs, fil guide, etc.</li> </ul>
<b>AVANTAGES</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de contact avec les VADS et l'œsophage lors de la pose (infections, migration tumorale, etc.)</li> <li>• □ risque des infections péri-orificielles</li> <li>• □ risque de retrait accidentel</li> <li>• Simplicité du 1<sup>er</sup> remplacement (système ballonnet)</li> </ul>

# TYPES DE SONDÉS A BALLONNET

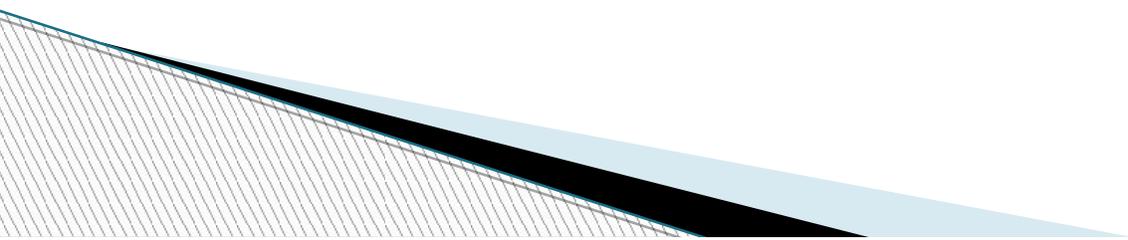
## SONDE DE GASTROSTOMIE



## BOUTON DE GASTROSTOMIE TYPE MIC-KEY

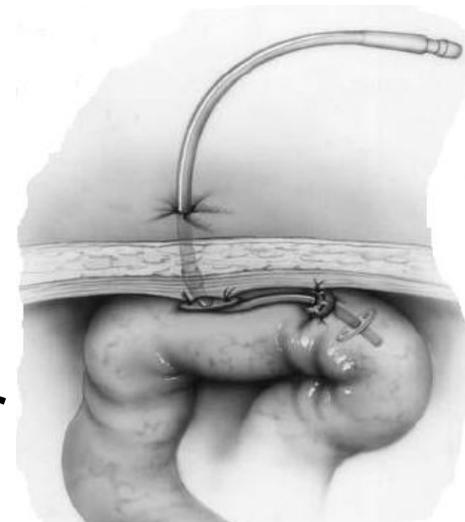
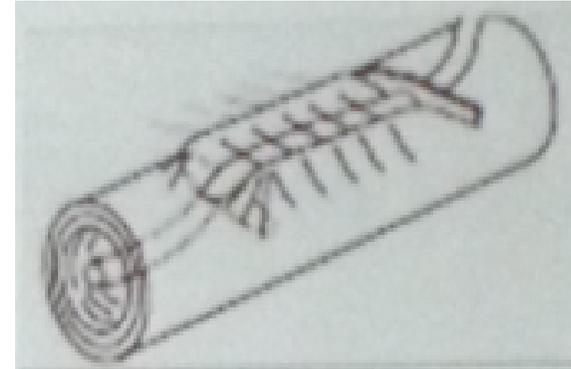


# APRES LA POSE

- ▶ Le soir de la pose , on passe 500ml d'eau si tout va bien et dès le lendemain on peut commencer l'alimentation, généralement à l'aide d'une pompe pour une meilleure tolérance.
  - ▶ Bien piler les traitements en comprimés: ne pas administrer de forme LP ou gastro résistante par la sonde
  - ▶ Bien rincer avec une seringue d'eau de 50cc après chaque poche d'alimentation et chaque administration de médicaments
- 

# JÉJUNOSTOMIE

- ▶ Patients avec risque important d'inhalation (RGO, maladies neuromusculaires, vomissements intermittents...)
- ▶ Sous AG au bloc opératoire
- ▶ Cathéter transcutané mis en place par chirurgien
- ▶ Par laparoscopie ou chirurgie ouverte (ex technique de Witzel par enfouissement)



# JÉJUNOSTOMIE

- ▶ Matériel :
  - Sonde en silicone sans ballonnet CH10 à 16
  - Sonde avec manchon sous cutané pour prévenir fuites et faciliter fixation.
  - Sonde à ballonnet, rare, gonflement ballonnet 2-3ml à cause de la taille du jéjunum
  - Fixation de la sonde à la peau par un fil ou 2 ou bandelettes adhésives afin d'éviter son arrachement.



# TECHNIQUES D'ADMINISTRATION DE L'ALIMENTATION

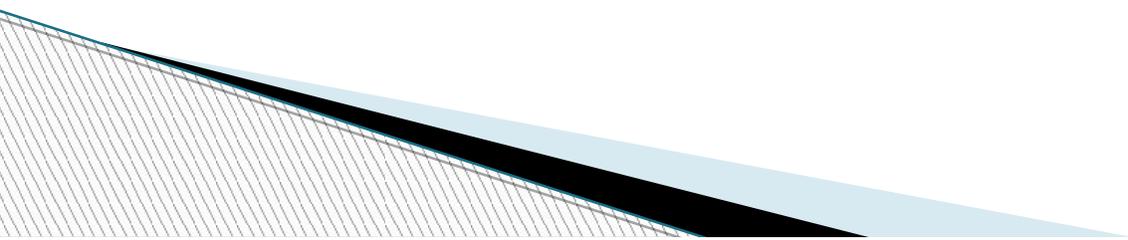
- ▶ La sonde de nutrition quelle que soit la voie d'abord choisie va être reliée à un système d'administration le plus souvent constitué par l'ensemble nutriments en poche et tubulure les amenant à la sonde ( plus hydratation+ ajout de médicaments possible) .

Les différentes techniques d'administration :

- ▣ GRAVITE
- ▣ PRESSION
  - ▣ POUSSE SERINGUES
  - ▣ POMPES A NUTRITION

# TECHNIQUES D'ADMINISTRATION DE L'ALIMENTATION

## ▶ PAR GRAVITE

- avec tubulure spécifique pour administration en discontinu au cours de la journée, en 2 ou 4 heures.
  - Le débit est réglé en nombre de gouttes /minute.
- 

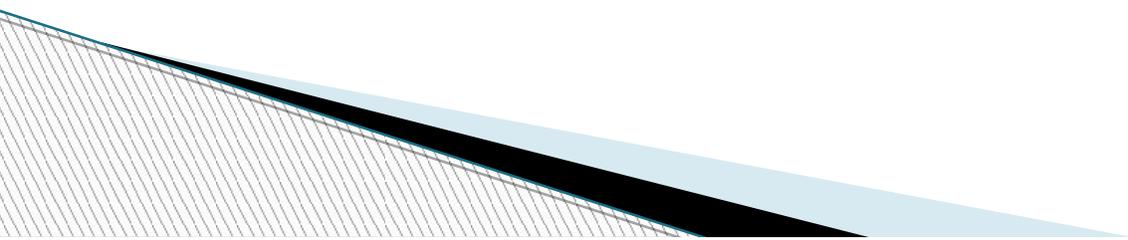
# TECHNIQUES D'ADMINISTRATION DE L'ALIMENTATION

- ▶ Tubulures par gravité : en PVC sans phtalate
- ▶ Avec trocart universel pour poche souple et régulateur de débit
- ▶ Avec ou sans raccord Y et Clamp à roulette.
- ▶ Avec un trocart poche souple avec et sans Y
- ▶ Tubulure double
- ▶ Tubulure gros débit
- ▶ Emballage individuel, stérile EO



# TECHNIQUES D'ADMINISTRATION DE L'ALIMENTATION

- ▶ PAR INTERMEDIAIRE DE SERINGUE avec pousse seringue ( en pédiatrie).
- ▶ Eviter les bolus car risques infectieux et digestifs augmentés.



# TECHNIQUES D'ADMINISTRATION DE L'ALIMENTATION

## PAR POMPE A NUTRITION

- ▶ régulateur de débit électronique.
- ▶ Le débit est précis et programmé par la pompe.
- ▶ Evite les passages trop rapides et diminue donc les risques de troubles digestifs, régurgitations et pneumopathies par inhalation
- ▶ Moins de manipulations (nutriments en grands contenants)
- ▶ L'administration par pompe est indispensable chez le patient à haut risque d'inhalation, en cas de nutrition nocturne, en cas de NE en site jéjunal, chez le sujet âgé et chez l'enfant. Il est possible de moduler le débit selon la tolérance de l'enfant.



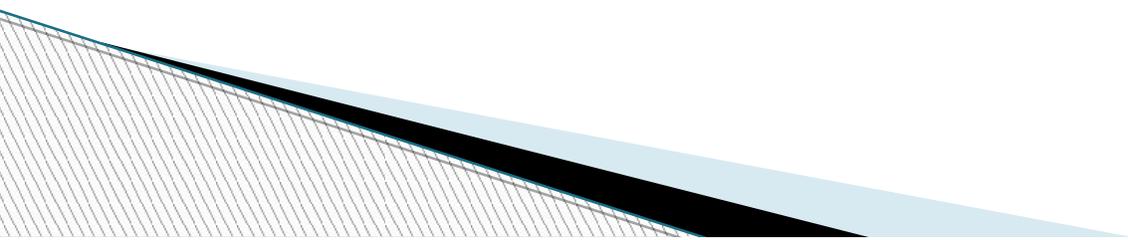
# TECHNIQUES D'ADMINISTRATION DE L'ALIMENTATION

Les pompes peuvent être portables ou non suivant leur lieu d'utilisation, avec un système réfrigérant ou non pour les nutriments sur plusieurs jours. Elles fonctionnent sous le même principe qu'une pompe à perfusion utilisant comme système, l'entraînement du soluté.

## Tubulures pour pompes à régulateur de débit

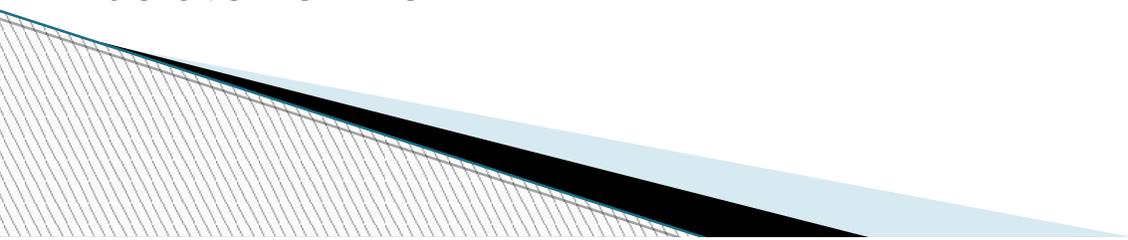
Exemple de tubulure kangaroo pour e pump

- Nota : La tubulure sera changée toutes les 24 heures



# TECHNIQUES D'ADMINISTRATION DE L'ALIMENTATION

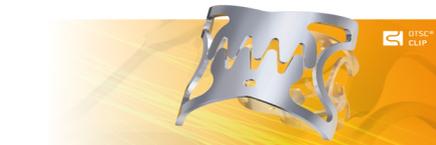
L'administration des apports peut être :

- ▶ En bolus : passage de 200cc à 400cc sur 15 à 60 minutes à intervalles réguliers
  - ▶ Intermittente ou discontinue : la plus utilisée, avec intervalles de 6 heures ou la nuit pour le confort de vie des patients.
  - ▶ Continue : en site jéjunal, pour diminuer le risque de diarrhée et de dumping syndrome ( vidange gastrique rapide) mais augmentation du pH intra gastrique avec risque pullulation bactérienne
- 

# BONNES PRATIQUES

## RETRAIT KIT DE GPE

- ▶ La sonde peut être remplacée après 4 à 6 semaines après cicatrisation de la stomie
- ▶ La sonde est retirée par voie endoscopique ou par traction si le système de rétention interne est souple. Il est déconseillé de laisser le système de rétention interne s'évacuer spontanément par les voies naturelles sous risque de complications (obstructions, etc.)
- ▶ Le retrait par traction peut entraîner une désolidarisation du système de rétention interne, aussi il est important de prendre en compte certains facteurs avant le retrait : état de la sonde, stomie cicatrisée, mouvement de la sonde, durée de mise en place (Cf. Recommandations AFSSAPS DM-RECO 05/03)
- ▶ Si problème de cicatrisation de l'orifice, il est nécessaire de refaire une fibroscopie afin de refermer celui-ci soit par clips repositionnables soit par clip (ovesco®) type piège à loup.



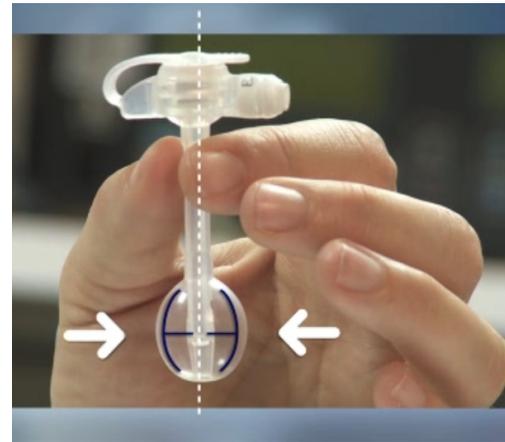
# BONNES PRATIQUES

## ▶ Avant d'introduire la sonde ou le bouton à travers la gastrostomie, que faut-il vérifier au préalable ?

- la conformité du ballonnet à l'aide d'une seringue remplie d'eau :

- ▢ Symétrie du ballonnet par rapport à la sonde

- ▢ Absence de fuites



# BONNES PRATIQUES

- ▶ Avec quoi peut-on lubrifier une sonde pour faciliter son introduction à travers la gastrostomie ?

- Avec de l'eau ou à l'aide d'un gel hydrosoluble



→ Ne jamais utiliser de corps gras ou de produits à dérivés pétroliers qui altèrent le silicone (ex. huile, vaseline)

# BONNES PRATIQUES

## ► Comment s'effectue le remplissage du ballonnet d'une sonde ou d'un bouton ?

- en connectant une seringue
- sur le site « BAL »
- remplie d'eau stérile



→ Ne jamais remplir le ballonnet avec du sérum physiologique (phénomène de cristallisation) ou avec de l'air (porosité)

# BONNES PRATIQUES

## ▶ Avec quel volume d'eau gonfle-t-on le ballonnet ?

- Le volume moyen préconisé est de :

- ▢ Pour le bouton à ballonnet

- ▢ 3ml (CH12)

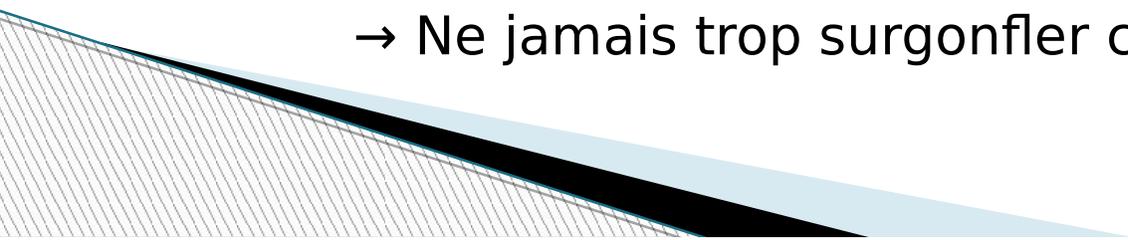
- ▢ 5ml (CH14 à 24)

- ▢ Pour la sonde à ballonnet

- ▢ 3 à 5ml pour la sonde (CH12 à 16)

- ▢ 7 à 10ml pour la sonde (CH18 à 30)

→ Ne jamais trop surgonfler car fragilise le ballonnet.

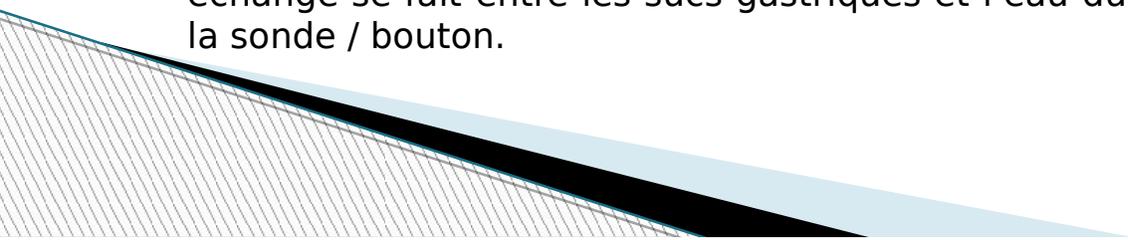


# BONNES PRATIQUES

## ► **Combien de fois vérifie-t-on l'état du ballonnet une fois en place ?**

- 1 fois par mois (2 fois maximum)

## ► **Comment faut-il faire ?**

- Vider le ballonnet à l'aide d'une seringue
  - Examiner :
    1. Le volume : si le volume d'eau présent dans la seringue est inférieur au volume initial, le ballonnet est poreux. Réajuster le volume et envisager le changement de la sonde / bouton.
    2. La couleur : si la couleur de l'eau est trouble et/ou colorée, le ballonnet est poreux (un échange se fait entre les sucs gastriques et l'eau du ballonnet). Envisager le changement de la sonde / bouton.
- 

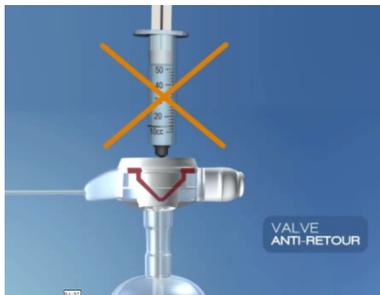
# BONNES PRATIQUES

- ▶ **Que faire du prolongateur du bouton après son utilisation ?**
  - Il faut déconnecter la prolongateur du bouton en dehors de l'administration de nutriments ou médicaments afin d'éviter de laisser la valve ouverte.

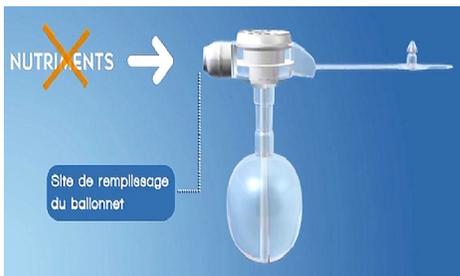


# BONNES PRATIQUES

- ▶ **Pour le bon fonctionnement du bouton à ballonnet, quels sont les gestes à respecter?**



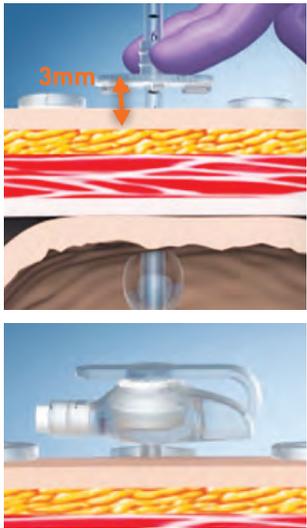
Ne jamais connecter de seringue directement sur les site de connexion du prolongateur sous peine de détériorer la valve anti-retour



Ne jamais injecter des nutriments ou médicaments au niveau du site de gonflement du ballonnet (site « BAL »)

# BONNES PRATIQUES

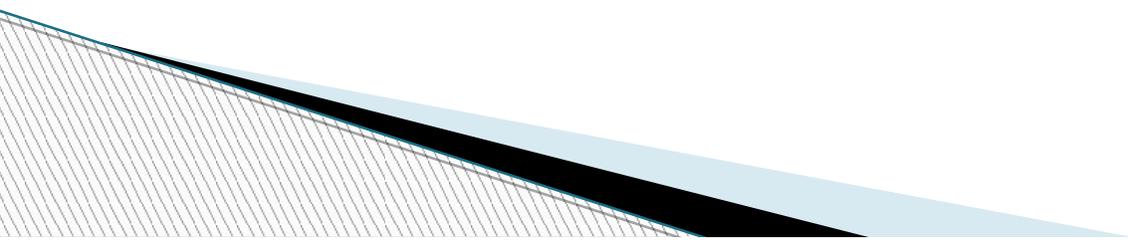
## ► Que faut-il y faire chaque jour au niveau des sondes et boutons à ballonnet ?



- Eviter toute tension au niveau de la sonde
- Positionner le système de rétention externe à environ à 3mm au dessus de la peau afin d'éviter son incurvation. Le bouton aussi ne doit être trop serré.
- Tourner la sonde sur elle-même lors du nettoyage quotidien pour éviter toute adhérence à la peau.
- Exercer une légère traction lors du nettoyage, si un déplacement exagéré est observé, contrôler le volume du ballonnet.

# BONNES PRATIQUES

- ▶ **Quelles sont les règles d'entretien des sondes et boutons ?**
  - Avant, entre et après chaque administration, il est essentiel de réaliser un rinçage à l'aide d'une seringue d'eau afin d'éliminer toute trace résiduelle.
  - Après chaque utilisation, le prolongateur du bouton doit être nettoyé à l'eau tiède et au savon, rincer puis mis de côté à sécher jusqu'à la prochaine utilisation.



# BONNES PRATIQUES

## ► Quand faut-il changer une sonde ou un bouton à ballonnet ?

- Différents facteurs peuvent entraîner un changement :
  - ▢ l'acidité gastrique
  - ▢ les traitements médicamenteux (forme galénique, viscosité, interactions, etc.)
  - ▢ la contamination et le mauvais entretien de la sonde
- Le remplacement est indiqué dès lors qu'un dysfonctionnement et/ou une détérioration liée à l'utilisation du dispositif survient, à savoir :
  - ▢ Ballonnet poreux ou percé
  - ▢ Signes extérieurs de dégradation du matériau de la sonde
  - ▢ Déformation ou détérioration de la valve interne du bouton
  - ▢ Déformation ou détérioration du capuchon de la sonde
  - ▢ Elargissement de l'orifice de la stomie
  - ▢ Sonde obstruée
  - ▢ Retrait accidentel

◦ De cette façon, il est indispensable de prévoir de façon systématique une sonde ou un bouton neuf de secours à domicile afin de prévenir tout changement inattendu.

# BONNES PRATIQUES

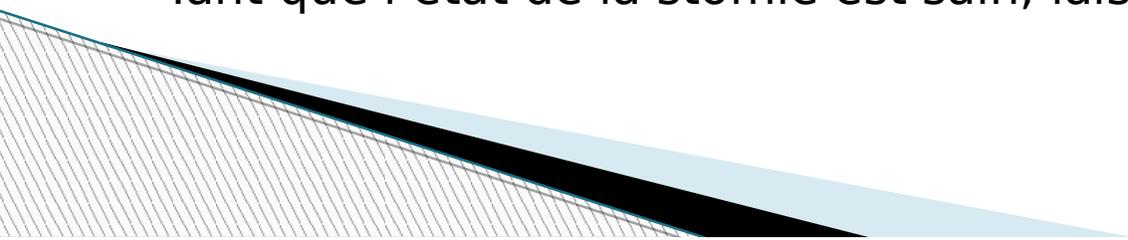
## ► Quelle est la fréquence recommandée de remplacement d'une sonde ou d'un bouton à ballonnet et de son prolongateur ?

- La fréquence de changement recommandée d'une sonde ou d'un bouton est de 2 à 4 fois par an\*.
- Le prolongateur doit être changé toutes les semaines\*/\*\*.
- Les remplacements ultérieurs peuvent se faire à domicile par le médecin traitant ou l'infirmier(e), voire par le patient lui-même ou une personne de son entourage après éducation\*\*.

\*Information relative à l'arrêté du 9 Novembre 2009 publiés au JO du 17 Novembre 2009  
\*\* Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile – 2014 - SFNEP

# BONNES PRATIQUES

## ► Quelles sont les règles d'hygiène d'une gastrostomie ?

- Examiner la gastrostomie après chaque alimentation. La peau doit être propre, sèche et sans suintement.
  - Toujours vérifier l'absence de rougeur, de douleur, d'irritation, de gonflement ou d'écoulement inhabituel.
  - Les soins sont propres et non stériles.
  - Chaque jour, le nettoyage de la peau autour de la gastrostomie se fait avec de l'eau et du savon doux en soulevant la collerette de la sonde ou l'embase externe du bouton. Rincer à l'eau puis sécher ensuite soigneusement. Possibilité de prendre une douche.
  - Tant que l'état de la stomie est sain, laisser la stomie à l'air.
- 

# COMPLICATIONS

## Fuites péri-stomiales :

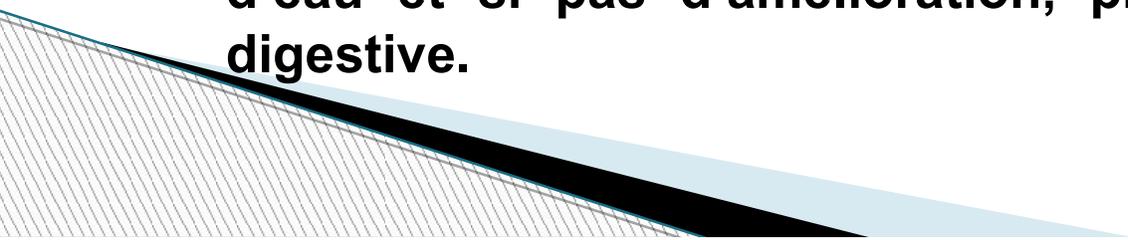
### □ par une collerette mal positionnée :

Après mobilisation de la sonde et nettoyage en 3 temps de la peau (protocole bétadine) , plaquer la collerette interne ou le ballonnet contre la paroi et repositionner la collerette externe, en ayant au préalable mis une compresse en Y pour protéger la peau. Fermer avec un pansement absorbant.

### □ ballonnet dégonflé ou poreux:

Vérifier l'intégrité du ballonnet en le dégonflant puis le regonflant avec de l'eau stérile. Exercer ensuite une traction sur la sonde et ramener la collerette externe.

**Vérifier la bonne perméabilité de la sonde en injectant 50cc d'eau et si pas d'amélioration, prendre RDV en endoscopie digestive.**





# COMPLICATIONS

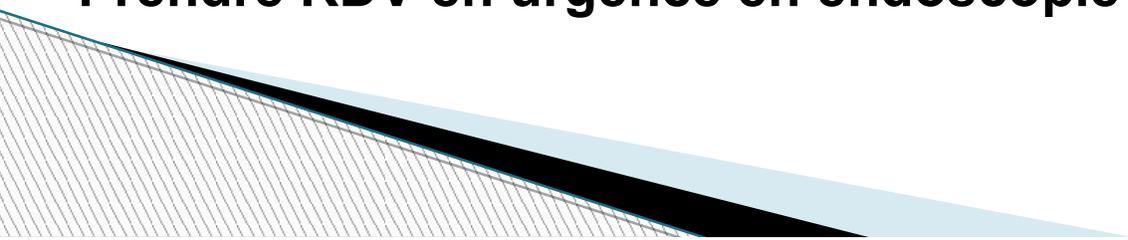
## Collerette ou ballonnet impacté dans la paroi abdominale

par trop de traction, absence de mobilisation de la sonde, prise de poids (surtout pour les boutons)

Cela se manifeste par une absence de mouvements de va-et-vient de la sonde, avec plus ou moins un bombement de la paroi abdominale au niveau de l'orifice, une rougeur, de la douleur, avec ou sans fièvre

□ arrêt de l'utilisation de la sonde (sinon, risque de diffusion de l'alimentation voire d'abcès)

**Prendre RDV en urgence en endoscopie digestive**





# COMPLICATIONS

## Bourgeon charnu :

Relever la collerette externe

Nettoyage de l'orifice

Nitrater avec du nitrate d'argent

Mettre une compresse en Y

Rabaisser la collerette externe



# COMPLICATIONS

## Sonde bouchée, détériorée :

- seringue d'eau à 40°C environ 10-20 ml
- seringue de Cola sans bulle
- écouvillonnage

En prévention, rincer à l'eau tiède avant et après le passage de médicaments (soigneusement pilés ou dissous) et de l'alimentation entérale (minimum 50 cc)

Pour les sondes sans ballonnet: En cas de détérioration du raccord en Y, possibilité de le changer

En cas de détérioration de la tubulure, possibilité de la couper et de raccorder le Y



# COMPLICATIONS

## Sonde arrachée :

- dès que possible, mettre doucement une sonde urinaire ou kit de remplacement dans l'orifice jusqu'à obtenir une butée, sans gonfler le ballonnet, avec un pansement



**Le trajet se referme en quelques heures et totalement en 48h**

# AUTRES DISPOSITIFS MÉDICAUX SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION ENTÉRALE

- Poches à eau: pour hydratation (eau minérale )

De 0,5 litre à 2 litres/ graduations/Usage unique pour 24h



# AUTRES DISPOSITIFS MÉDICAUX SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION ENTÉRALE

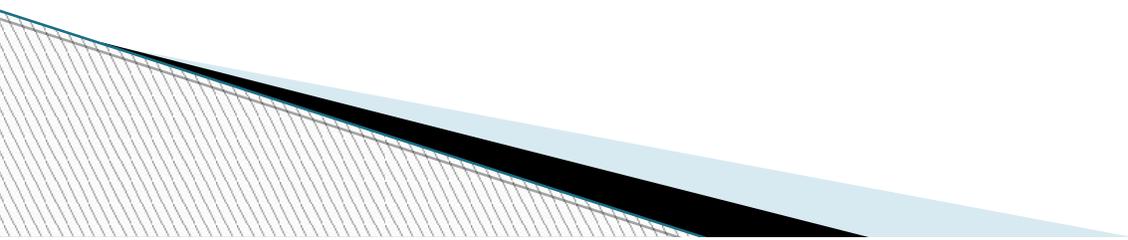
- ▶ Dispositifs médicaux spécifiques à la nutrition entérale en néonatalogie :
  - Ces DM pour alimentation chez les nouveaux nés sont montés entre eux avec connectiques spécifiques et ne peuvent pas être connectés à un dispositif pour perfusion.
  - La couleur violette des connexions pour l'administration entérale permet de les différencier de celle pour l'administration parentérale.
    - (norme EN NF 1615 publiée en juin 2001)

# CONNECTIQUES POUR NUTRITION ENTERALE EN NEONATALOGIE

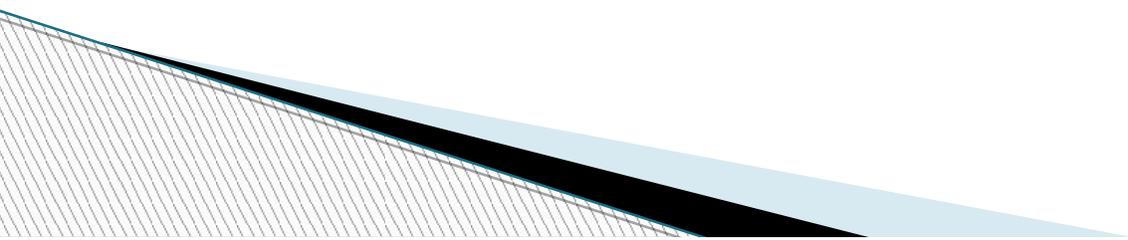
- ▶ La nutrition entérale pédiatrique est celle qui à ce jour est la plus sécurisée.
- ▶ 3 laboratoires en France commercialisent des dispositifs entièrement sécurisés Cair, Vygon et Segap.
- ▶ DM captifs et non compatibles entre eux.



# CONNECTIQUES POUR NUTRITION ENTERALE EN NEONATALOGIE

- ▶ Sondes dite de gavage de 40cm à sondes pour couveuse de 125 cm.
    - De la charrière 4 à 12
    - En PVC, PUR, Silicone, radio détectables avec marquage centimétrique
    - Extrémité distales fermées munies de 2 orifices latéraux
    - Extrémité proximale équipée d'un bouchon
  - ▶ Et aussi des seringues 3 pièces, dispositifs pour prélèvement de lait et accessoires tous connectables entre eux dans une même marque de fournisseur.
- 

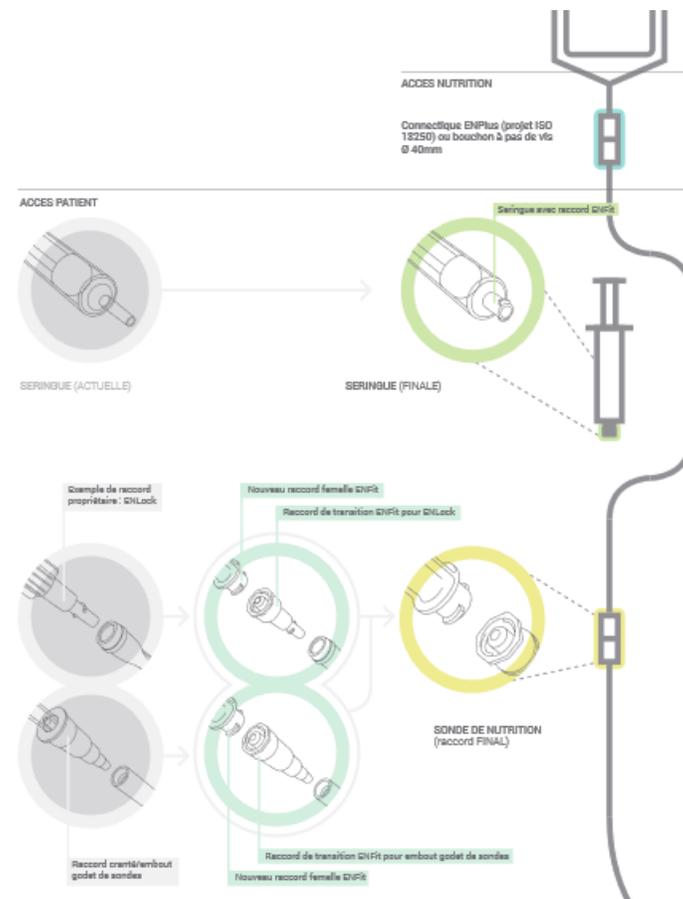
# CONNECTIQUES POUR NUTRITION ENTERALE CHEZ L'ADULTE

- ▶ La nutrition adulte n'est pas totalement sécurisée
  - ▶ Plusieurs incidents d'erreur de connexion ont été décrites( branchement d'une réhydratation sur un robinet 3 voies)
  - ▶ L'utilisation de raccords sondes / seringues permettent l'injection de médicaments avec des seringues de perfusion ce qui est interdit( définition de la norme e- de la directive)
- 

# NOUVELLES NORMES connectique EN FIT

## □ ZOOM Norme ISO 80369 :

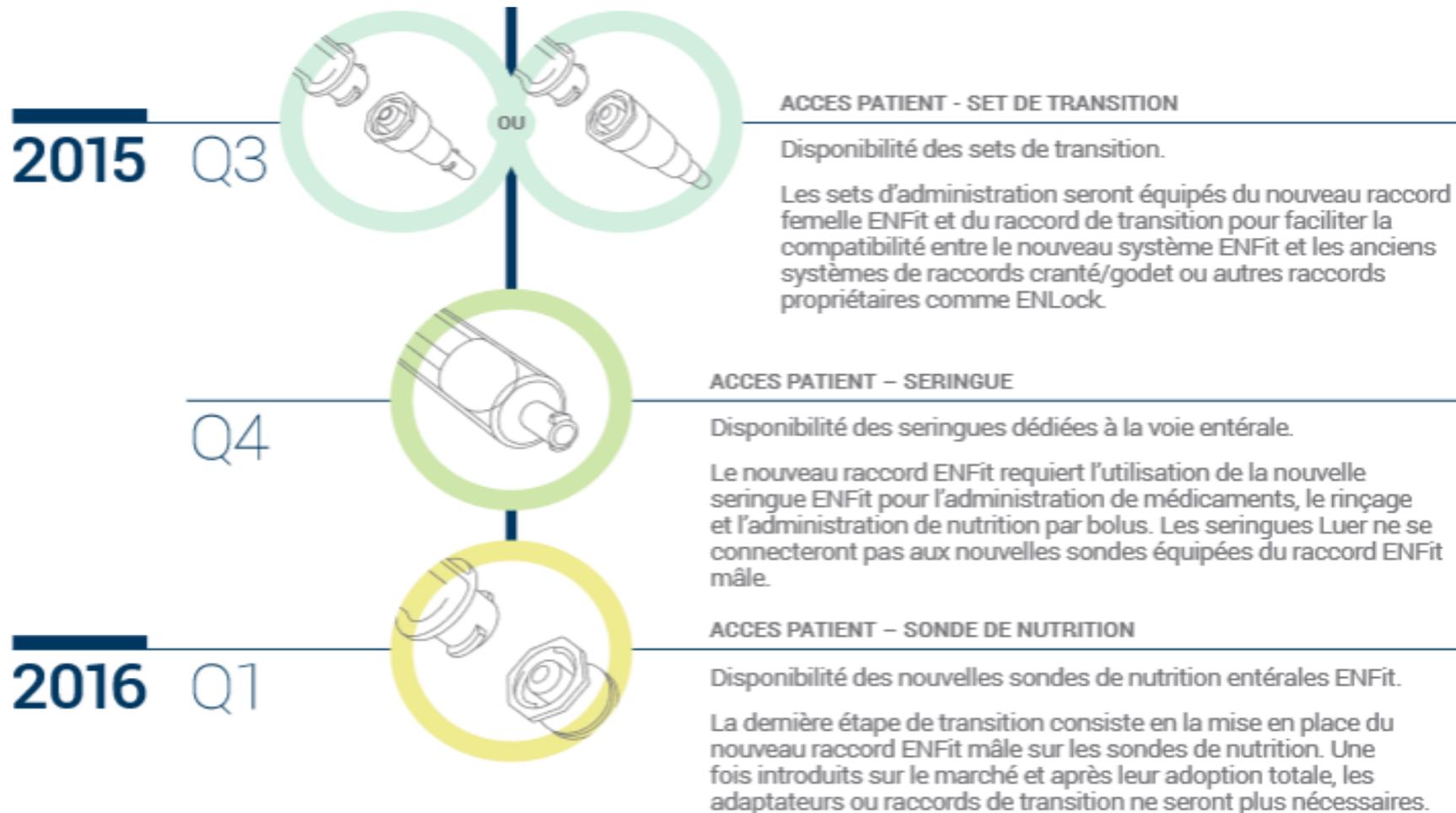
- définira, parmi d'autres, le **nouveau raccord pour l'entéral : ENFit**
- L'introduction de ce raccord entéral normalisé **impacterait l'intégralité du système de Nutrition entérale.**
- **Une solution mondiale unique** visant à améliorer la sécurité des patients et de prévenir tout mauvais raccordement ou absence de raccordement.
- Pour garantir un raccord entéral mondial unique, **une période de transition** est nécessaire. Durant cette phase, les fournisseurs mettront à disposition des raccords de transition ENFit pour permettre le raccordement au port d'alimentation actuel.



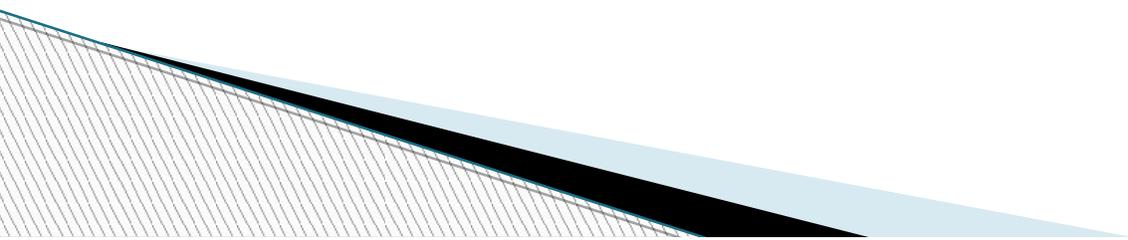
# NOUVELLES NORMES FIT

# connectique EN

## ► Retroplanning EUROPE



# CONCLUSION

- ▶ Tous ces paramètres techniques font qu'aujourd'hui la nutrition entérale à domicile est possible dans les meilleures conditions, dans le respect de l'intégrité physiologique du tube digestif qui restera fonctionnel.
  - ▶ Si sa pathologie le permet, un patient, enfant ou adulte, peut continuer à vivre une vie aussi normale que possible, poursuivre une scolarité, des études, un travail, des activités physiques, des déplacements, et une vie sociale.
- 

# BIBLIOGRAPHIE

- ▶ Céline Lafont des laboratoires Asept Inmed
- ▶ Prévention des risques liés à la nutrition entérale Maachi, Fresselinat Gresser
- ▶ Le moniteur hospitalier n°206
- ▶ « image » ovesco®
- ▶ Les voies d'abord en nutrition entérale Santé services limousin alair avd
- ▶ Nutrition entérale : quel abord du tube digestif CRMDM commission nutrition chu T
- ▶ La nutrition entérale par la vieparunfil
- ▶ Images nutricia medwin

**Merci pour votre attention**

