



- Insérer fermement la seringue à embout cathéter dans l'orifice du ballonnet et en soutirer tout le liquide qu'il contient.
- Appliquer une contre-pression sur l'abdomen et retirer la sonde par traction, d'un mouvement délicat mais ferme.

REMARQUE : En cas de résistance, lubrifier la sonde et la stomie à l'aide d'un lubrifiant hydrosoluble. Pousser la sonde et la faire tourner simultanément. Dégager la sonde avec précaution. Si la sonde ne sort pas, remplir à nouveau le ballonnet avec la quantité d'eau prescrite et ouvrir le médecin. Ne jamais utiliser de force excessive pour retirer une sonde.

AVERTISSEMENT : Ne jamais tenter de remplacer la sonde sans formation préalable donnée par le médecin ou un autre membre du personnel soignant.

Procédure de remplacement

- Nettoyer la peau autour du site de stomie et lui permettre de sécher à l'air libre.
 - Sélectionner la sonde d'alimentation gastrostomique de taille appropriée et la préparer selon les instructions de la section sur la préparation de la sonde figurant ci-dessus.
 - Lubrifier l'extrémité distale de la sonde à l'aide de lubrifiant hydrosoluble et insérer délicatement la sonde de gastrostomie à travers la stomie jusque dans l'estomac.
 - Gonfler le ballonnet à l'aide de la seringue Luer-slip.
 - Remplir le ballonnet LV avec 1 à 3 ml d'eau stérile ou distillée.
 - Remplir le ballonnet standard avec 7 à 10 ml d'eau stérile ou distillée.
- ATTENTION : NE PAS DÉPASSER UN VOLUME TOTAL DE BALLONNET DE 5 ML À L'INTÉRIEUR DU BALLONNET LV. NE PAS UTILISER D'AIR. NE PAS INJECTER DE PRODUIT DE CONTRASTE DANS LE BALLONNET.**
- ATTENTION : NE PAS DÉPASSER UN VOLUME TOTAL DE BALLONNET DE 20 ML DANS LE BALLONNET STANDARD. NE PAS UTILISER D'AIR. NE PAS INJECTER DE PRODUIT DE CONTRASTE DANS LE BALLONNET.**
- Tirer la sonde vers le haut avec précaution pour la sortir de l'abdomen, jusqu'à ce que le ballonnet entre en contact avec la paroi interne de l'estomac.
 - Essuyer le liquide ou le lubrifiant résiduel de la sonde et de la stomie.
 - Faire glisser l'anneau SECUR-LOK® avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe à environ 1 à 2 mm au-dessus de la peau.
 - Vérifier le positionnement correct de la sonde selon les directives de la section ci-dessus, intitulée Vérification de la position de la sonde.

Administration de médicament

Dans la mesure du possible, utiliser un médicament sous forme liquide ou consulter un pharmacien pour déterminer s'il est possible d'écraser sans danger un médicament sous forme solide et de le diluer dans de l'eau. Si cela est sûr, pulvériser le médicament solide sous forme de poudre fine à dissoudre dans de l'eau, avant de l'administrer à travers la sonde d'alimentation. Ne jamais écraser de médicament entérique ni mélanger de médicament à une formule alimentaire.

Rincer la sonde avec la quantité d'eau prescrite à l'aide d'une seringue à embout cathéter.

Directives concernant la perméabilité de la sonde

Un rinçage adéquat de la sonde est le meilleur moyen d'éviter les obstructions et d'en assurer la perméabilité. Ce qui suit est une liste de quelques directives permettant d'éviter les obstructions et d'assurer la perméabilité de la sonde.

- Rincer la sonde d'alimentation à l'eau toutes les 4 à 6 heures pendant une alimentation en continu, à chaque interruption de l'alimentation, avant et après chaque alimentation intermittente ou au moins toutes les 8 heures en cas d'inutilisation de la sonde.
- Rincer la sonde d'alimentation avant et après l'administration de médicament et entre les médicaments. Ceci empêchera toute interaction entre le médicament et la formule alimentaire et ainsi tout risque d'obstruction de la sonde.
- Dans la mesure du possible, utiliser un médicament sous forme liquide ou consulter un pharmacien pour déterminer s'il est possible d'écraser sans danger un médicament sous forme solide et de le diluer dans de l'eau. Si cela est sûr, pulvériser le médicament solide sous forme de poudre fine à dissoudre dans de l'eau chaude avant de l'administrer à travers la sonde d'alimentation. Ne jamais écraser de médicament entérique ni mélanger de médicament à une formule alimentaire.
- Éviter d'utiliser des irrigants acides du type jus de canneberges et des boissons à base de cola pour rincer les sondes d'alimentation, du fait que leur qualité acide une fois combinée aux protéines des formules alimentaires peut contribuer à l'obstruction de la sonde.

Directives générales de rinçage

- Utiliser une seringue de 30 à 60 cc à embout cathéter. Ne pas utiliser de seringues plus petites car cela pourrait augmenter la pression sur la sonde et potentiellement briser les sondes plus petites.
- Utiliser de l'eau du robinet à température ambiante pour le rinçage des sondes. De l'eau stérile peut s'avérer appropriée lorsque la qualité de la source d'eau municipale est en question. La quantité d'eau va dépendre des besoins du patient, de son état clinique et du type de sonde, mais le volume moyen varie de 10 à 50 ml pour les adultes et de 3 à 10 ml pour les nourrissons. L'état d'hydratation influence également le volume utilisé pour le rinçage des sondes d'alimentation. Dans de nombreux cas, l'augmentation du volume de rinçage peut éviter le besoin en liquide intraveineux supplémentaire. Toutefois, les personnes souffrant d'insuffisance rénale et sujettes à d'autres restrictions au niveau des liquides doivent recevoir le volume minimal de rinçage nécessaire pour assurer la perméabilité.
- Ne pas exercer de force excessive pour rincer la sonde. Une force excessive peut perforer la sonde et causer des blessures au tractus gastrointestinal.
- Prendre note de l'heure et de la quantité d'eau utilisée, dans le dossier du patient. Ceci permet à tous les soignants de surveiller les besoins du patient avec davantage de précision.

Liste de contrôle pour les soins et l'entretien quotidiens

Évaluation du patient

Évaluer l'état du patient pour détecter tout signe de douleur, de pression ou de gêne.

Évaluation du site de stomie

Évaluer l'état du patient pour détecter tout signe d'infection, du type rougeur, irritation, œdème, enflure, chaleur, éruptions cutanées, drainage purulent ou

gastrointestinal. Évaluer l'état du patient pour détecter tout signe de nécrose de pression, lésions cutanées ou hypergranulation.

Nettoyage du site de stomie

Laver à l'eau chaude et au savon doux.

Utiliser un mouvement circulaire allant de la sonde vers l'extérieur.

Nettoyer les sutures, collerettes externes et tout dispositif de stabilisation à l'aide d'un applicateur ouaté.

Rincer et sécher soigneusement.

Évaluation de la sonde

Évaluer la sonde pour détecter toute anomalie du type endommagement, obstruction ou décoloration anormale.

Nettoyage de la sonde d'alimentation

Laver à l'eau chaude et au savon doux en prenant soin de ne pas tirer sur la sonde ni la manipuler excessivement.

Rincer et sécher soigneusement.

Nettoyage des orifices gastriques et du ballonnet

Utiliser un applicateur ouaté ou un chiffon doux pour retirer tout résidu de formule alimentaire et de médicament.

Faire tourner la sonde

Faire tourner la sonde de 360 degrés plus un quart de tour par jour.

Vérification de la mise en place de la collerette externe

Vérifier que la collerette externe repose de 2 à 3 mm au-dessus de la peau.

Rinçage de la sonde d'alimentation

Rincer la sonde d'alimentation à l'eau, à l'aide d'une seringue à embout cathéter ou slip, toutes les 4 à 6 heures pendant une alimentation en continu, à chaque interruption de l'alimentation ou au moins toutes les 8 heures en cas d'inutilisation de la sonde. Rincer la sonde d'alimentation après vérification de résidus gastriques. Rincer la sonde d'alimentation avant et après l'administration de médicaments. Éviter l'emploi d'irrigants acides du type jus de canneberges et boissons au cola pour rincer les sondes d'alimentation.

Entretien du ballonnet

Vérifier le volume d'eau dans le ballonnet une fois par semaine.

- Insérer une seringue Luer-slip dans l'orifice de gonflage du ballonnet et soutirer le liquide tout en maintenant la sonde en place. Comparer la quantité d'eau dans la seringue à la quantité recommandée ou à celle prescrite initialement et figurant dans le dossier du patient. Si la quantité est inférieure à celle recommandée ou prescrite, réinjecter le ballonnet à l'aide de l'eau sortie initialement, puis y ajouter la quantité nécessaire pour amener le volume du ballonnet à la quantité d'eau recommandée et prescrite. Lors du dégonflage du ballonnet, avoir conscience du fait qu'une certaine quantité de contenu gastrique puisse se répandre autour de la sonde. Prendre note du volume de liquide, de la quantité de volume à remplacer (au besoin), de la date et de l'heure.

- Patienter 10 à 20 minutes avant de répéter la procédure. Si le ballonnet a perdu du liquide, il s'agit d'une fuite et la sonde doit être remplacée. Un ballonnet dégonflé ou déchiré pourrait déloger ou déplacer la sonde. En cas de rupture du ballonnet, il devra être remplacé. Fixer la sonde en place à l'aide de ruban adhésif, puis suivre le protocole de l'établissement et/ou contacter le médecin pour des instructions.

REMARQUE : Remplir à nouveau le ballonnet à l'aide d'eau stérile ou distillée et non pas d'air ni de sérum physiologique. Le sérum physiologique peut cristalliser et boucher la valve ou la lumière du ballonnet et de l'air peut s'échapper et entraîner un effondrement du ballonnet. S'assurer d'utiliser la quantité d'eau recommandée du fait qu'un surgonflage peut obstruer la lumière ou réduire la durée de vie du ballonnet et qu'un sous-gonflage ne réussira pas à fixer correctement la sonde.



Diamètre



Longueur



À usage unique



Lire les instructions

STERILE R

Stérilisé par irradiation gamma



Quantité

Sur ordonnance uniquement (États-Unis)

REF

Numéro de référence

LOT

N° de lot



Ne pas utiliser si l'emballage est endommagé



Utiliser avant le



Date de fabrication

Occlusion de la sonde

Les causes habituelles d'occlusion de la sonde sont comme suit :

- Mauvaises techniques de rinçage
- Manque de rinçage après mesure de résidus gastriques
- Administration inappropriée de médicaments
- Fragments de comprimés
- Médicaments visqueux
- Formules épaisses, de type concentrées ou enrichies qui sont généralement plus épaisses et plus à même d'obstruer les sondes
- Contamination due aux formules et entraînant une coagulation
- Reflux gastrique ou intestinal vers le haut de la sonde

Pour déboucher une sonde

- S'assurer que la sonde d'alimentation n'est pas pliée ni pincée par un clamp.
- Si l'obstruction est visible au-dessus de la surface de la peau, masser délicatement la sonde avec les doigts pour l'éliminer.
- Ensuite, placer une seringue à embout cathéter, remplie d'eau chaude, dans la lumière ou l'adaptateur approprié de la sonde et tirer délicatement sur le piston avant de l'enfoncer pour déloger l'obstruction.
- Si l'obstruction demeure, répéter l'étape No. 3. Une aspiration délicate en alternance avec la pression d'une seringue devrait dégager la plupart des obstructions.
- En cas d'échec, consulter le médecin. Ne pas utiliser de jus de canneberges, boissons au cola, attendrisseur à viande ou chymotrypsine, du fait qu'ils sont susceptibles de créer eux-mêmes des obstructions ou des effets indésirables chez certains patients. En cas d'obstruction récalcitrante, impossible à dégager, la sonde devra être remplacée.

Longévité du ballonnet

La durée de vie exacte du ballonnet ne peut pas être prédite. Les ballonnets au silicone durent généralement de 1 à 8 mois, mais la durée de vie des ballonnets varie en fonction de plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci on compte : médicaments, volume d'eau utilisé pour gonfler le ballonnet, pH gastrique et soins apportés à la sonde.

Avertissement : Pour alimentation et/ou administration de médicaments par voie entérale uniquement.

Pour plus de renseignements, appeler le 1-800-KCHELPS aux États-Unis

ou consulter notre site Web www.khealthcare.com.

Livrets de formation : Un guide de soins appropriés (A guide to Proper Care) et un guide de dépannage pour site de stomie et sonde d'alimentation entérale (Stoma Site and Enteral Feeding Tube Troubleshooting Guide) sont disponibles sur demande. Veuillez contacter votre représentant local ou le service clientèle.

UNI'SET MIC®

RECOMMANDATIONS

Les étapes ci-dessous reprennent, de façon simplifiée, les informations utiles à l'utilisation des accessoires fournis pour la mise en place de la sonde, en remplacement d'un dispositif existant (stomie établie).

Veuillez vous référer au mode d'emploi de la sonde de gastrostomie MIC® ci après.

- Avant toute manipulation : respecter les règles d'hygiène. Se laver les mains de façon à éviter toute contamination manu portée. Les soins doivent être réalisés dans un environnement propre. Appliquer la lingette désinfectante sur les mains jusqu'à imprégnation totale. Ne pas rincer.
- Vérifier la symétrie et l'étanchéité du ballonnet de la sonde MIC® en le gonflant avec la seringue pré remplie d'eau. Le volume est indiqué sur le site de gonflement de la sonde "BAL". Puis dégonfler le ballonnet.
- Retirer la sonde en place.
- Imprégner une compresse de sérum physiologique. Nettoyer avec précaution la stomie. Puis utiliser les autres compresses pour sécher délicatement la peau.
- Lubrifier l'extrémité de la sonde (coté ballonnet) avec le gel lubrifiant. Faire pénétrer la sonde MIC® délicatement dans la stomie.
- Gonfler le ballonnet avec la seringue pré remplie d'eau. Le volume est indiqué sur le site de gonflement de la sonde "BAL" puis déconnecter la seringue. Ne pas utiliser le sérum physiologique pour gonfler le ballonnet.
- Tirer la sonde vers le haut avec précaution pour la sortir de l'abdomen jusqu'à ce que le ballonnet entre en contact avec la paroi interne de l'estomac.
- Faire glisser l'anneau SECUR-LOK® avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe à environ 1 à 2 mm au dessus de la peau.
- Vérifier le bon positionnement avant de commencer l'alimentation.
- Le fosset (ou bouchon) peut être utilisé comme obturateur de la sonde.

HOMECARE

- Un partenaire passionné et engagé à vos côtés
- Qualité de service et expérience à votre service
- Réactivité et flexibilité afin de répondre rapidement à vos besoins
- Traçabilité et sécurité maîtrisées pour vous fournir le meilleur



Asept InMed

Essentiellement simple...et tout simplement Essentiel

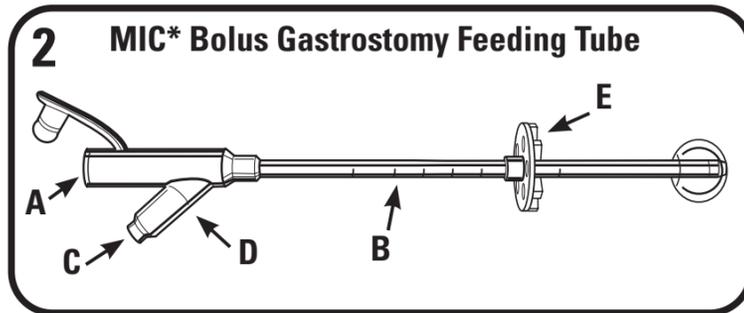
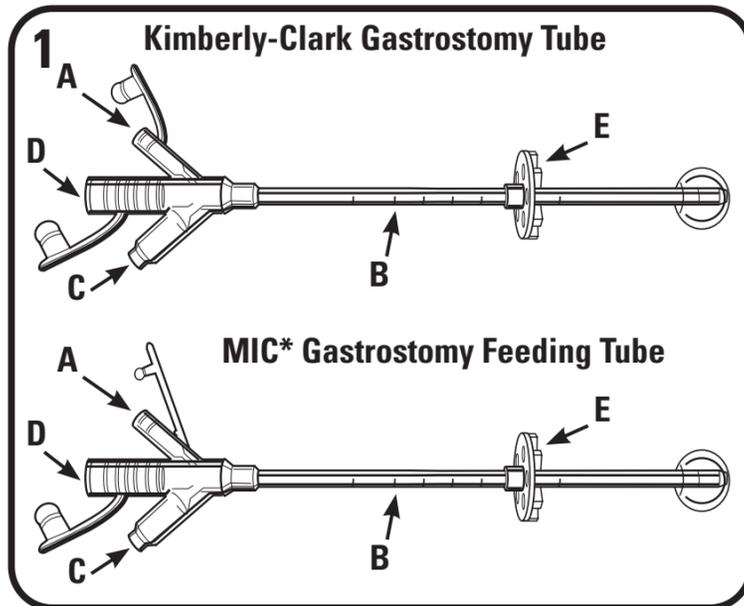
9, avenue Mercure - 31130 Quint Fonsegrives • Tél. : 05 62 57 69 00 - Fax : 05 62 57 69 01 • www.aseptinmed.fr

Kimberly-Clark*

MIC* Gastrostomy / Bolus Feeding Tube

Directions for Use

FR Sonde d'alimentation par bolus / pour gastrostomie MIC* - Mode d'emploi



Kimberly-Clark Distributed in the U.S. by Kimberly-Clark Global Sales, LLC, Roswell, GA 30076 USA
In USA, please call 1-800-KCHELPS • www.kchealthcare.com

Kimberly-Clark, Roswell, GA 30076 USA Kimberly-Clark N.V., Belgicastraat 13, 1930 Zaventem, Belgium
Sponsored in Australia by Kimberly-Clark Australia Pty Limited; 52 Alfred Street, Milsons Point, NSW 2061 • 1-800-101-021

*Registered Trademark or Trademark of Kimberly-Clark Worldwide, Inc.
©2007 KCWW. All rights reserved.

14-63-750-0-01 / 70085127

CE 0344

FR

Description

La sonde d'alimentation par bolus (Fig 2) / pour gastrostomie (Fig 1) MIC* de Kimberly-Clark* assure l'administration de médicaments et d'une nutrition entérale directement dans l'estomac et/ou une décompression gastrique.

Indications d'emploi

L'utilisation de la sonde d'alimentation par bolus / pour gastrostomie MIC* de Kimberly-Clark* est indiquée chez les patients nécessitant une alimentation à long terme, dans l'incapacité de tolérer une alimentation orale, à faible risque d'aspiration, exigeant une décompression gastrique et/ou une administration de médicaments directement dans l'estomac.

Contre-indications

Parmi les contre-indications à la mise en place d'une sonde d'alimentation pour gastrostomie on compte, mais sans caractère limitatif, les ascites, l'interposition du côlon, l'hypertension portale, la péritonite et l'obésité morbide.

Complications

Les complications suivantes peuvent être associées à l'usage de toute sonde d'alimentation gastrostomique extra-plate :

- Lésions cutanées
- Infection
- Hypergranulation
- Ulcère gastrique ou duodénal
- Fuite intrapéritonéale
- Nécrose par pression

REMARQUE : Vérifier l'intégrité de l'emballage. Ne pas utiliser si l'emballage est endommagé ou si la protection stérile est compromise.

Mise en place

Les sondes d'alimentation par bolus / pour gastrostomie MIC* de Kimberly-Clark* peuvent être mises en place chirurgicalement, de manière percutanée, sous guidage fluoroscopique ou endoscopique ou en remplacement d'un dispositif existant, en utilisant un tractus de stomie établi.

ATTENTION : UNE GASTROPEXIE DOIT ÊTRE RÉALISÉE POUR FIXER L'ESTOMAC À LA PARI ABDOMINALE ANTERIEURE, LE SITE D'INSERTION DE LA SONDE D'ALIMENTATION DOIT ÊTRE IDENTIFIÉ ET LE TRACTUS DE LA STOMIE DILATÉ AVANT L'INSERTION INITIALE DE LA SONDE, AFIN D'ASSURER LA SÉCURITÉ ET LE CONFORT DU PATIENT.

ATTENTION : NE PAS UTILISER LE BALLONNET DE RÉTENTION DE LA SONDE D'ALIMENTATION COMME DISPOSITIF DE GASTROPEXIE. LE BALLONNET PEUT ÉCLATER ET NE PAS RÉUSSIR À FIXER L'ESTOMAC À LA PARI ABDOMINALE ANTERIEURE.

Avertissement : Le site d'introduction chez les nourrissons et les enfants doit être haut placé sur la grande courbure de l'estomac, de façon à empêcher une occlusion du pylore lors du gonflement du ballonnet.

Préparation de la sonde

1. Sélectionner la sonde d'alimentation gastrostomique appropriée, la sortir de l'emballage et l'examiner pour déceler tout endommagement.
2. À l'aide d'une seringue Luer-slip, gonfler le ballonnet d'eau stérile ou distillée par l'orifice du ballonnet (Fig 1C & 2C).

• Pour les sondes de faible volume identifiées par la mention LV suivant le numéro de code de REF, gonfler le ballonnet avec 2 à 3 ml d'eau stérile ou distillée.

• Gonfler le ballonnet avec 7 à 10 ml d'eau stérile ou distillée pour les sondes standard.

3. Retirer la seringue et vérifier l'intégrité du ballonnet en pressant délicatement dessus pour révéler toute fuite. Procéder à un examen visuel du ballonnet pour s'assurer de sa symétrie. La symétrie peut être atteinte en faisant doucement rouler le ballonnet entre les doigts. Réinsérer la seringue et retirer toute l'eau du ballonnet.

4. Lubrifier l'extrémité de la sonde avec un lubrifiant hydrosoluble. Ne pas utiliser d'huile minérale. Ne pas utiliser de vaseline.

Suggestion de mise en place radiologique

1. Placer le patient en décubitus dorsal.
2. Préparer le patient et lui donner un sédatif conformément au protocole clinique.
3. S'assurer que le lobe gauche du foie ne se trouve pas au-dessus du fundus (grosse tubérosité) ou du corps de l'estomac.
4. Identifier le bord médian du foie par tomodynamogramme ou ultrasons.
5. 0,5 à 1,0 mg de glucagon peut être administré par i.v., afin de réduire tout péristaltisme gastrique.

ATTENTION : CONSULTER LE MODE D'EMPLOI DU GLUCAGON POUR LA VITESSE D'INJECTION PAR I.V. ET LES RECOMMANDATIONS D'EMPLOI POUR LES PATIENTS INSULINO-DÉPENDANTS.

6. Insuffler de l'air dans l'estomac à l'aide d'un cathéter nasogastrique, habituellement de 500 à 1 000 ml ou jusqu'à obtention d'une distension adéquate. Il s'avère souvent nécessaire de poursuivre l'insufflation d'air pendant l'intervention, surtout au moment de la ponction par l'aiguille et de la dilatation du tractus, afin de conserver l'estomac distendu, de manière à accoler la paroi gastrique à la paroi abdominale antérieure.
7. Choisir un site d'insertion du cathéter dans la région sous costale gauche, de préférence au-dessus de la face latérale ou latéralement au muscle grand droit de l'abdomen (N.B. l'artère épigastrique supérieure suit le long de la face médiane du grand droit) et directement au-dessus du corps de l'estomac vers la plus grande courbure. Sous fluoroscopie, choisir un emplacement permettant un trajet d'aiguille vertical aussi direct que possible. Obtenir un cliché de profil chirurgical à rayon horizontal avant la mise en place de la gastrostomie en cas de suspicion de côlon interposé ou de l'intestin grêle avant l'estomac.

REMARQUE : Un produit de contraste PO/NG peut être administré la nuit avant ou un lavement effectué avant la mise en place pour opacifier le côlon transverse.

8. Préparer et recouvrir de champs opératoires conformément au protocole de l'établissement.

Mise en place de la gastrostomie

ATTENTION : IL EST RECOMMANDÉ DE RÉALISER UNE GASTROPEXIE À TROIS POINTS, SELON UNE CONFIGURATION TRIANGULAIRE POUR ASSURER LA FIXATION DE LA PARI GASTRIQUE À LA PARI ABDOMINALE ANTERIEURE.

1. Placer un repère cutané au niveau du site d'insertion de la sonde. Définir le modèle de gastrostomie en plaçant trois repères cutanés équidistants du site d'insertion de la sonde et selon une configuration triangulaire.

AVERTISSEMENT : Prévoir suffisamment de distance entre le site d'insertion et la mise en place de la gastrostomie, afin d'éviter toute

interférence entre le point d'ancrage (T-Fastener) et le ballonnet gonflé.

2. Repérer les sites de ponction à l'aide de lidocaïne à 1 % et administrer un anesthésique local sur la peau et le péritoine.
3. Placer le premier point d'ancrage et confirmer la position intragastrique. Répéter l'intervention jusqu'à ce que les trois points d'ancrage soient insérés aux coins du triangle.
4. Fixer l'estomac à la paroi abdominale antérieure et terminer l'intervention.

Création du tractus de la stomie

1. Créer le tractus de la stomie avec l'estomac encore insufflé et en apposition à la paroi abdominale. Identifier le site de ponction au centre du modèle de gastrostomie. Sous guidage fluoroscopique, confirmer que le site recouvre le corps distal de l'estomac sous le rebord costal et au-dessus du côlon transverse.

ATTENTION : ÉVITER L'ARTÈRE ÉPIGASTRIQUE QUI PASSE À LA JONCTION DE LA PARTIE DES DEUX-TIERS MÉDIANS ET DU TIERS LATÉRAL DU MUSCLE DROIT.

AVERTISSEMENT : Prendre soin de ne pas faire avancer l'aiguille de ponction trop profondément, afin d'éviter toute ponction de la paroi gastrique postérieure, du pancréas, du rein gauche, de l'aorte ou de la rate.

2. Anesthésier le site de ponction à l'aide d'une injection locale de lidocaïne à 1 % jusque sur la surface du péritoine.

3. Insérer une aiguille introduitrice compatible de 0,038 po. au centre du modèle de gastrostomie et dans la lumière gastrique.

REMARQUE : Pour la mise en place d'une sonde de gastrostomie, le meilleur angle d'insertion est un véritable angle droit rapport à la surface de la peau. L'aiguille doit être dirigée vers le pylore en cas d'anticipation de conversion en sonde GEP-J.

4. Se servir de la visualisation fluoroscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

REMARQUE : Du produit de contraste peut être injecté au retour d'air pour visualiser les plis gastriques et confirmer la position.

5. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

6. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

Dilatation

1. À l'aide d'une lame de scalpel No. 11, créer une petite incision cutanée qui s'étend le long du fil-guide vers le bas, à travers les tissus sous-cutanés et le fascia des muscles abdominaux.

2. Faire avancer un dilateur au-dessus du fil-guide et dilater le tractus de la stomie à la taille souhaitée.

3. Retirer le dilateur au-dessus du fil-guide en laissant ce dernier en place.

Mise en place de la sonde

REMARQUE : Une gaine pelable peut être utilisée pour faciliter l'avancement de la sonde à travers le tractus de la stomie.

1. Sélectionner la sonde d'alimentation gastrostomique appropriée et la préparer selon les instructions de la section sur la préparation de la sonde figurant ci-dessus.

2. Faire progresser l'extrémité distale de la sonde sur le fil-guide, à travers la stomie et jusque dans l'estomac.

3. Vérifier que la sonde se trouve dans l'estomac, retirer le fil-guide ou peler la gaine le cas échéant et gonfler le ballonnet.

4. Gonfler le ballonnet à l'aide de la seringue Luer-slip.

• Remplir le ballonnet LV avec 2 à 3 ml d'eau stérile ou distillée.

• Remplir le ballonnet standard avec 7 à 10 ml d'eau stérile ou distillée.

ATTENTION : NE PAS DÉPASSER UN VOLUME TOTAL DE BALLONNET DE 5 ML À L'INTÉRIEUR DU BALLONNET LV. NE PAS UTILISER D'AIR. NE PAS INJECTER DE PRODUIT DE CONTRASTE DANS LE BALLONNET.

ATTENTION : NE PAS DÉPASSER UN VOLUME TOTAL DE BALLONNET DE 20 ML DANS LE BALLONNET STANDARD. NE PAS UTILISER D'AIR. NE PAS INJECTER DE PRODUIT DE CONTRASTE DANS LE BALLONNET.

5. Tirer la sonde vers le haut avec précaution pour la sortir de l'abdomen, jusqu'à ce que le ballonnet entre en contact avec la paroi interne de l'estomac.

6. Essuyer le liquide ou le lubrifiant résiduel de la sonde et de la stomie.

7. Faire glisser l'anneau SECUR-LOK* avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe environ 1 à 2 mm au-dessus de la peau.

Vérification de la position et de la perméabilité de la sonde

1. Fixer une seringue à embout cathéter remplie de 10 ml d'eau à l'orifice d'alimentation. Aspirer le contenu gastrique. En présence d'air ou de contenu gastrique, rincer la sonde.

2. Vérifier l'absence d'humidité autour de la stomie. En présence de signes de fuites gastriques, vérifier la position de la sonde et de l'anneau SECUR-LOK*. Ajouter du liquide selon les besoins par incréments de 1 à 2 ml. Ne pas dépasser la capacité du ballonnet, comme indiqué auparavant.

3. Ne commencer l'alimentation qu'après confirmation d'une perméabilité et d'un positionnement adéquats et conformément aux instructions d'un médecin.

Suggestion de méthode de mise en place endoscopique

1. Réaliser une œsophagoduodéoscopie (EGD) de routine. Une fois l'intervention terminée et en l'absence d'identification d'anomalies susceptibles de poser une contre-indication à la mise en place de la sonde, placer le patient en position de décubitus dorsal et lui insuffler de l'air dans l'estomac.

2. Éclairer par transparence à travers la paroi abdominale antérieure pour sélectionner un site de gastrostomie dépourvu de vaisseaux importants, de viscéres et de tissu cicatriciel. Le site se trouve habituellement à un tiers de la distance entre le nombril et le rebord costal gauche sur la ligne médioclavalaire.

3. Appuyer sur le site d'insertion prévu avec un doigt. L'endoscopiste devrait voir clairement la dépression correspondante à la surface antérieure de la paroi gastrique.

4. Préparer le champ opératoire et recouvrir la peau de champs stériles au niveau du site d'insertion choisi.

Mise en place de la gastrostomie

ATTENTION : IL EST RECOMMANDÉ DE RÉALISER UNE GASTROPEXIE À TROIS POINTS, SELON UNE CONFIGURATION TRIANGULAIRE POUR ASSURER LA FIXATION DE LA PARI GASTRIQUE À LA PARI ABDOMINALE ANTERIEURE.

1. Placer un repère cutané au niveau du site d'insertion de la sonde. Définir le modèle de gastrostomie en plaçant trois repères cutanés équidistants du site d'insertion de la sonde et selon une configuration triangulaire.

AVERTISSEMENT : Prévoir suffisamment de distance entre le site d'insertion et la mise en place de la gastrostomie, afin d'éviter toute interférence entre le point d'ancrage (T-Fastener) et le ballonnet gonflé.

2. Repérer les sites de ponction à l'aide de lidocaïne à 1 % et administrer un anesthésique local sur la peau et le péritoine.

3. Placer le premier point d'ancrage et confirmer la position intragastrique. Répéter l'intervention jusqu'à ce que les trois points d'ancrage soient insérés aux coins du triangle.

4. Fixer l'estomac à la paroi abdominale antérieure et terminer l'intervention.

Création du tractus de la stomie

1. Créer le tractus de la stomie avec l'estomac encore insufflé et en apposition à la paroi abdominale. Identifier le site de ponction au centre du modèle de gastrostomie. Sous guidage endoscopique, confirmer que le site recouvre le corps distal de l'estomac sous le rebord costal et au-dessus du côlon transverse.

ATTENTION : ÉVITER L'ARTÈRE ÉPIGASTRIQUE QUI PASSE À LA JONCTION DE LA PARTIE DES DEUX-TIERS MÉDIANS ET DU TIERS LATÉRAL DU MUSCLE DROIT.

Avertissement : Prendre soin de ne pas faire avancer l'aiguille de ponction trop profondément, afin d'éviter toute ponction de la paroi gastrique postérieure, du pancréas, du rein gauche, de l'aorte ou de la rate.

2. Anesthésier le site de ponction à l'aide d'une injection locale de lidocaïne à 1 % jusque sur la surface du péritoine.

3. Insérer une aiguille introduitrice compatible de 0,038 po. au centre du modèle de gastrostomie et dans la lumière gastrique.

REMARQUE : Pour la mise en place d'une sonde de gastrostomie, le meilleur angle d'insertion est un véritable angle droit rapport à la surface de la peau. L'aiguille doit être dirigée vers le pylore en cas d'anticipation de conversion en sonde GEP-J.

4. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

5. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

6. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

7. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

8. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

9. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

10. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

11. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

12. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

13. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

14. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

15. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

16. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

17. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

18. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

19. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

20. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

21. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

22. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

23. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

24. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

25. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

26. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

27. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

28. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

29. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

30. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

31. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

32. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

33. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

34. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

35. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

36. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.

37. Se servir d'une visualisation endoscopique pour vérifier la mise en place correcte de l'aiguille. De plus, pour faciliter la vérification, une seringue remplie d'eau peut être fixée au raccord d'aiguille et de l'air aspiré à travers la lumière gastrique.

38. Faire avancer un fil-guide à extrémité en J, jusqu'à 0,038 po., à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.

39. Retirer l'aiguille introduitrice, en conservant en place le fil-guide à extrémité en J et la mettre au rebut conformément au protocole de l'établissement.