



**MIC\***  
**JEJUNAL**  
**FEEDING TUBE**  
WITH ENFit® CONNECTOR

Placement Instructions for Use

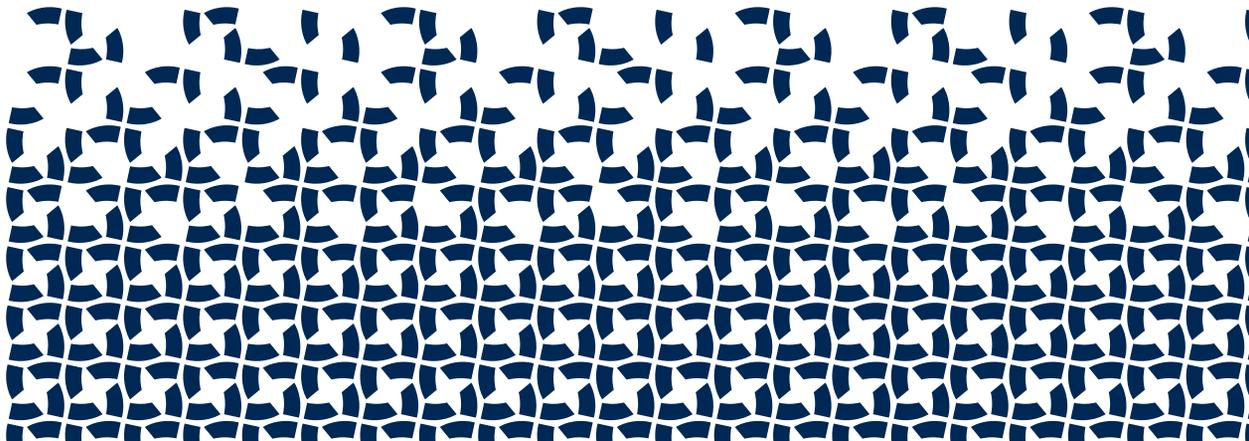
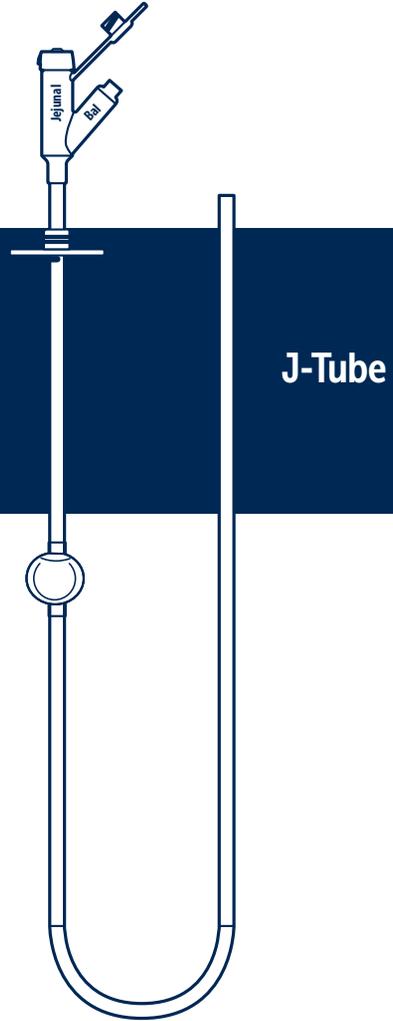
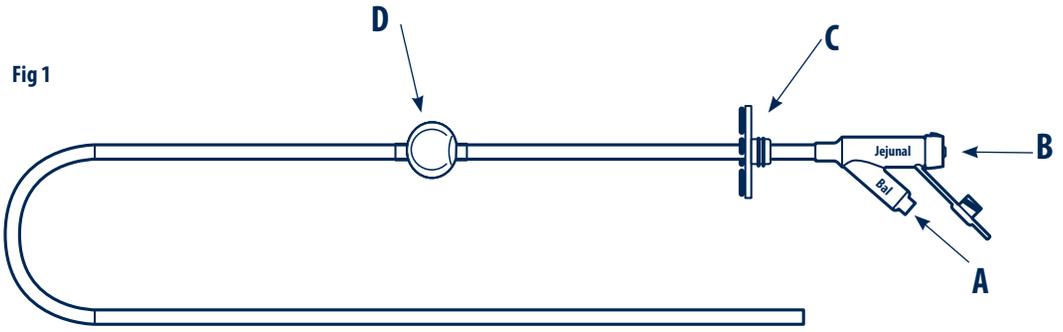


Fig 1



Diameter	Length	MR Safe	Single Use Only	Sterilized by Gamma Irradiation	Do not use if package is damaged
Do not resterilize	Product is NOT made with DEHP as a plasticizer	Rx Only	Caution	Consult instructions for use	

## Mode d'emploi

Sur prescription seulement : La loi fédérale (États-Unis) limite la vente de ce dispositif à un médecin ou à la demande d'un médecin.

## Description

La sonde d'alimentation jéjunale (J) HALYARD\* MIC\* (fig. 1) permet l'administration d'une nutrition entérale et de médicaments directement dans le duodénum distal ou le jéjunum proximal.

## Indications

La sonde d'alimentation J HALYARD\* MIC\* est indiquée chez les patients incapables d'absorber une nutrition adéquate par l'estomac, présentant des troubles de la motilité intestinale, une obstruction du défilé gastrique, un reflux gastro-œsophagien grave, qui courent un risque d'aspiration ou qui ont subi auparavant une œsophagectomie ou une gastrectomie.

## Contre-indications

Les contre-indications à la mise en place d'une sonde d'alimentation J comprennent, sans toutefois s'y limiter, ce qui suit :

- Interposition du côlon
- Ascite
- Hypertension portale
- Péritonite
- Coagulopathie non corrigée
- Incertitude quant au sens et à la longueur du tractus de gastrostomie (épaisseur de la paroi abdominale)
- Manque d'adhérence de l'estomac à la paroi abdominale (remplacement uniquement)
- Absence de tractus de gastrostomie établi (remplacement uniquement)
- Signes d'infection autour du site de stomie (remplacement uniquement)
- Présence de plusieurs tractus fistuleux au niveau du site de stomie (remplacement uniquement)

## ⚠ Avertissement

**Ne pas réutiliser, retraire ou restériliser ce dispositif médical. Toute réutilisation, tout retraitement ou toute restérilisation peut 1) affecter négativement les caractéristiques de biocompatibilité connues du dispositif, 2) compromettre l'intégrité structurelle du dispositif, 3) faire en sorte que le dispositif ne fonctionne pas comme prévu ou 4) créer un risque de contamination et entraîner la transmission de maladies infectieuses pouvant se traduire par une blessure, une maladie ou même le décès du patient.**

## Complications

Les complications suivantes peuvent être associées à toute sonde d'alimentation J :

- Nausées, vomissements, ballonnement abdominal ou diarrhée
- Aspiration
- Douleur péristomiale
- Abscess, infection de plaie et lésions cutanées
- Nécrose de pression
- Tissu d'hypergranulation
- Fuite intrapéritonéale
- Enfoncement de la collerette interne
- Fuite péristomiale
- Défaillance de ballonnet ou déplacement de sonde
- Obstruction de sonde
- Saignements gastro-intestinaux ou ulcération
- Sténose du défilé gastrique
- Occlusion intestinale ou gastro-parésie
- Volvulus intestinal et gastrique

D'autres complications, comme des lésions abdominales, peuvent être associées à la procédure de mise en place de la sonde d'alimentation.

## Mise en place

Cette sonde d'alimentation J HALYARD\* peut être mise en place selon les méthodes suivantes :

- Ⓢ Par voie chirurgicale
- Ⓡ Par voie percutanée, sous guidage fluoroscopique (radiologique)
- ⓔ Par voie percutanée, sous guidage endoscopique
- ⓧ En remplacement d'un dispositif existant à l'aide d'un tractus de stomie établi

⚠ **Avertissement : une gastropexie doit être réalisée pour fixer l'estomac à la paroi abdominale antérieure, le site d'introduction de la sonde d'alimentation doit être identifié et le tractus de stomie doit être dilaté avant l'introduction initiale de la sonde afin de garantir la sécurité et le confort du patient.**

⚠ **Avertissement : ne pas utiliser le ballonnet de rétention de la sonde d'alimentation comme dispositif de gastropexie. Le ballonnet risque d'éclater et de ne pas parvenir à fixer l'estomac à la paroi abdominale antérieure.**

## Ⓢ Ⓡ ⓔ ⓧ Préparation de la sonde

⚠ **Avertissement : vérifier l'intégrité de l'emballage. Ne pas utiliser ce dispositif si l'emballage ou la barrière stérile sont endommagés.**

1. Sélectionner la sonde d'alimentation J MIC\* appropriée, la sortir de l'emballage et l'examiner pour déceler tout dommage.

2. Ajuster la longueur de la sonde en coupant l'extrémité distale avec une lame de rasoir ou un bistouri. S'assurer que la coupe est lisse et arrondie et que la longueur est suffisante pour que la sonde soit placée de 10 à 15 cm au-delà du ligament suspenseur de l'angle duodéno-jéjunal.
3. À l'aide d'une seringue à embout Luer mâle, gonfler le ballonnet (fig. 1-D) avec de l'eau par le port de gonflage du ballonnet (fig. 1-A). Ne pas utiliser d'air.
  - Gonfler le ballonnet avec 2 à 3 ml d'eau pour les sondes à faible volume identifiées par la mention LV après le numéro du code RÉF.
  - Gonfler le ballonnet avec 7 à 10 ml d'eau pour les sondes standard.
4. 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.
5. Vérifier l'anneau de rétention externe (fig. 1-C). L'anneau doit glisser le long de la sonde avec une résistance modérée.
6. Inspecter toute la longueur de la sonde à la recherche d'anomalies.
7. À l'aide d'une seringue ENFit®, purger la lumière jéjunale (fig. 1-B) de la sonde avec de l'eau pour en confirmer la perméabilité.
8. Lubrifier l'embout de la sonde avec un lubrifiant hydrosoluble. Ne pas utiliser d'huile minérale. Ne pas utiliser de pétrolatum.
9. Bien lubrifier la lumière jéjunale à l'aide d'un lubrifiant hydrosoluble. Ne pas utiliser d'huile minérale. Ne pas utiliser de pétrolatum.

## Ⓢ Intervention chirurgicale suggérée (gastrostomie de Stamm)

1. Au moyen d'une laparotomie médiane, identifier le pylote et l'artère épigastrique supérieure dans la paroi abdominale.
2. Le site de la gastrostomie doit se trouver à 10-15 cm du pylote sur la plus grande courbure de l'estomac. Le site de la gastrostomie doit aussi se trouver à au moins 3 cm du rebord costal afin d'éviter tout dommage au ballonnet de rétention dû à des abrasions provoquées par les mouvements.
3. Effectuer deux sutures concentriques en cordon de bourse autour du site. Laisser les aiguilles pour sutures en cordon de bourse en place.
4. Sur le péritoine pariétal antérieur, choisir un site de sortie proche de la gastrostomie. Éviter l'artère épigastrique supérieure, les drains et autres stomies.
5. Faire une entaille du péritoine pariétal antérieur à la surface extra-abdominale. Insérer la sonde de l'extérieur vers l'intérieur de la cavité abdominale.
 

**Remarque :** une pince à angle droit peut être utilisée pour faciliter la mise en place.

⚠ **Attention :** Ne jamais utiliser une pince dotée de dents tranchantes ni de tenaculum pour tirer la sonde et la mettre en place. Cela risque d'endommager la sonde.
6. À l'aide de pinces Babcock positionnées au niveau de la surface antérieure de l'estomac, saisir l'estomac.
7. Ouvrir l'estomac par électrocautérisation ou avec un bistouri.
8. Gonfler l'entérotomie avec une pince hémostatique.

## Ⓡ ⓔ Suggestion de préparation de site

1. Utiliser des techniques radiologiques ou endoscopiques standard pour visualiser et préparer la mise en place de la sonde gastrostomique.
2. Vérifier l'absence d'anomalies susceptibles de constituer une contre-indication pour la mise en place de la sonde et mettre le patient en décubitus dorsal.
3. Sélectionner un site de gastrostomie exempt de vaisseaux sanguins majeurs, de viscères et de tissu cicatriciel. En général, le site correspond à un tiers de la distance entre le nombril et le rebord costal de gauche, au niveau de la ligne médioclaviculaire.
4. Préparer le site d'introduction et mettre en place le champ, conformément au protocole de l'établissement.

## Ⓡ ⓔ Mise en place de la gastropexie

⚠ **Avertissement : Il est recommandé de réaliser une gastropexie à trois points, selon une configuration triangulaire pour assurer la fixation de la paroi gastrique à la paroi abdominale antérieure.**

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

⚠ **Attention :** Prévoir suffisamment de distance entre le site d'introduction et la mise en place de la gastropexie, afin d'éviter toute interférence entre le point d'ancrage (T-Fastener) et le ballonnet gonflé.
2. Repérer les points 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 sous guidage fluoroscopique (radiologique)

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

⚠ **Avertissement : 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.**

- Anesthésier le site de ponction à l'aide d'une injection locale de lidocaïne à 1 % jusque sur la surface du péritoine.
- Insérer une aiguille pour introducteur compatible de 0,038 po au centre du modèle de gastropexie et dans la lumière gastrique, en direction du pylore.  
**Remarque :** pour la mise en place d'une sonde d'alimentation J, le meilleur angle d'introduction est un angle de 45 degrés par rapport à la surface de la peau.
- Vérifier la mise en place correcte de l'aiguille par visualisation fluoroscopique. 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 :** il est possible d'injecter un produit de contraste au retour de l'air afin de visualiser les replis de la muqueuse gastrique et de vérifier le positionnement.
- Faire avancer un fil-guide, jusqu'à 0,038 po, à travers l'aiguille et l'enrouler dans la grosse tubérosité de l'estomac. Confirmer la position.
- Retirer l'aiguille pour introducteur, tout en maintenant en place le fil-guide, et mettre l'aiguille au rebut conformément au protocole de l'établissement.
- Faire avancer un cathéter souple compatible de 0,038 po sur le fil-guide et manipuler ce dernier dans l'antré de l'estomac en se servant du guidage fluoroscopique.
- Faire progresser le fil-guide et le cathéter souple jusqu'à ce que l'extrémité du cathéter atteigne le pylore.
- Franchir le pylore et faire progresser le fil-guide et le cathéter dans le duodénum et de 10 à 15 cm au-delà du ligament suspenseur de l'angle duodéno-jéjunal.
- Retirer le cathéter, en maintenant en place le fil-guide et mettre le cathéter au rebut conformément au protocole de l'établissement.

### **(E) Création du tractus de la stomie sous guidage endoscopique**

- Créer le tractus de la stomie avec l'estomac encore insufflé et en apposition à la paroi abdominale. Identifier le point de ponction au centre du modèle de gastropexie. Sous guidage endoscopique, confirmer que le site recouvre le corps distal de l'estomac sous le rebord costal et au-dessus du côlon transverse.  
**⚠ Avertissement :** 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.
- Anesthésier le site de ponction à l'aide d'une injection locale de lidocaïne à 1 % jusque sur la surface du péritoine.
- Insérer une aiguille pour introducteur compatible de 0,038 po au centre du modèle de gastropexie et dans la lumière gastrique, en direction du pylore.  
**Remarque :** pour la mise en place d'une sonde d'alimentation J, le meilleur angle d'introduction est un angle de 45 degrés par rapport à la surface de la peau.
- Vérifier la mise en place correcte de l'aiguille par visualisation endoscopique.
- Faire avancer un fil-guide, jusqu'à 0,038 po, à travers l'aiguille et dans l'estomac. Confirmer la position.
- Sous guidage endoscopique, saisir le fil-guide avec des pinces traumatiques.
- Retirer l'aiguille pour introducteur, tout en maintenant en place le fil-guide, et mettre l'aiguille au rebut conformément au protocole de l'établissement.

### **(R) (E) Dilatation**

- À l'aide d'une lame de bistouri n° 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. Une fois l'incision réalisée, mettre le bistouri au rebut conformément au protocole de l'établissement.
- Faire avancer un dilateur au-dessus du fil-guide et dilater le tractus de la stomie jusqu'à atteindre au moins quatre charnières (French size) de plus que la sonde d'alimentation entérale en cours de mise en place.
- Retirer le dilateur au-dessus du fil-guide en laissant ce dernier en place.  
**Remarque :** après la dilatation, une gaine pelable peut être utilisée pour faciliter l'avancement de la sonde dans le tractus de la stomie.

### **(S) Mise en place chirurgicale de la sonde**

- Faire progresser la sonde d'alimentation J MIC\* jusque dans l'estomac.
- Palper la sonde à travers le duodénum. Si la sonde est placée de façon satisfaisante, vérifier sa position. Son extrémité doit se trouver de 10 à 15 cm au-delà du ligament suspenseur de l'angle duodéno-jéjunal.
- Gonfler le ballonnet à l'aide de la seringue à embout Luer mâle.
  - 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 5 ml dans un ballonnet LV et de 20 ml dans un ballonnet standard. Ne pas utiliser d'air. Ne pas injecter de produit de contraste dans le ballonnet.
- Entourer la sonde de sutures en cordon de bourse.
- 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.
- Utiliser les sutures en cordon de bourse pour attacher l'estomac au péritoine. Veiller à ne pas percer le ballonnet.
- Essuyer le liquide ou le lubrifiant résiduel de la sonde et de la stomie.
- Faire glisser l'anneau de rétention externe avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe environ 2 à 3 mm au-dessus de la peau. Ne pas suturer l'anneau à la peau.

### **(R) Mise en place de la sonde sous guidage fluoroscopique (radiologique)**

- Faire progresser l'extrémité distale de la sonde sur le fil-guide, à travers la stomie et jusque dans l'estomac.
- Faire tourner la sonde d'alimentation J MIC\* tout en la faisant progresser pour en faciliter le passage à travers le pylore et dans le jéjunum.
- Faire progresser la sonde jusqu'à ce que l'extrémité de celle-ci se trouve de 10 à 15 cm au-delà

du ligament suspenseur de l'angle duodéno-jéjunal et que le ballonnet soit à l'intérieur de l'estomac.

- Gonfler le ballonnet à l'aide de la seringue à embout Luer mâle.
  - 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 5 ml dans un ballonnet LV et de 20 ml dans un 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 de rétention externe avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe environ 2 à 3 mm au-dessus de la peau. Ne pas suturer l'anneau à la peau.
- Retirer le fil-guide.

### **(E) Mise en place de la sonde sous guidage endoscopique**

- Faire progresser l'extrémité distale de la sonde sur le fil-guide, à travers la stomie et jusque dans l'estomac.
- Saisir la boucle de suture ou l'extrémité de la sonde à l'aide de pinces traumatiques.
- Faire avancer la sonde d'alimentation J MIC\* à travers le pylore et le duodénum supérieur. Continuer à faire progresser la sonde au moyen des pinces, jusqu'à ce que l'extrémité se trouve de 10 à 15 cm au-delà du ligament suspenseur de l'angle duodéno-jéjunal et que le ballonnet soit à l'intérieur de l'estomac.
- Relâcher la sonde et retirer l'endoscope et les pinces simultanément, en laissant la sonde en place.
- Gonfler le ballonnet à l'aide de la seringue à embout Luer mâle.
  - 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 5 ml dans un ballonnet LV et de 20 ml dans un 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 de rétention externe avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe environ 2 à 3 mm au-dessus de la peau. Ne pas suturer l'anneau à la peau.
- Retirer le fil-guide.

### **(S) (R) (E) (X) Vérification de la position et de la perméabilité de la sonde**

- Vérifier radiographiquement la mise en place correcte de la sonde, afin d'éviter toute complication potentielle (p. ex. irritation ou perforation des intestins) et s'assurer que la sonde ne forme pas de boucle dans l'estomac ou l'intestin grêle.
- Purger la lumière jéjunale avec de l'eau pour en vérifier la perméabilité.
- 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 de rétention externe. Ajouter de l'eau stérile ou distillée, au besoin, par incréments de 1 à 2 ml. Ne pas dépasser la capacité du ballonnet, comme indiqué auparavant.
- Vérifier que l'anneau de rétention externe n'est pas placé trop fermement contre la peau et repose de 2 à 3 mm au-dessus de l'abdomen pour la mise en place initiale et à 1-2 mm au-dessus de l'abdomen pour une sonde de remplacement.
- Ne commencer l'alimentation qu'après confirmation d'une perméabilité et d'un positionnement adéquats et conformément aux instructions d'un médecin.

### **(X) Procédure de remplacement par un tractus de gastrostomie établi**

- Nettoyer la peau autour du site de stomie et la laisser sécher à l'air libre.
- Sélectionner la sonde d'alimentation J MIC\* de taille appropriée et la préparer selon les instructions de la section sur la préparation de la sonde figurant ci-dessus.
- Sous guidage endoscopique, effectuer une œsophagogastroduodéoscopie (EGD) de routine. Une fois l'intervention terminée et si aucune anomalie susceptible de poser une contre-indication à la mise en place de la sonde n'est observée, placer le patient en position de décubitus dorsal et lui insuffler de l'air dans l'estomac. Manipuler l'endoscope jusqu'à ce que la sonde de gastrostomie interne apparaisse dans le champ visuel.
- Sous guidage fluoroscopique ou endoscopique, introduire un fil-guide à embout souple, jusqu'à 0,038 po, à travers la sonde de gastrostomie à demeure.
- Retirer la sonde de gastrostomie sur le fil-guide.
- Mettre en place la sonde d'alimentation J MIC\* conformément à la section Mise en place de la sonde, ci-dessus.  
**⚠ Attention :** Pour le remplacement d'une sonde d'alimentation, faire glisser l'anneau de rétention externe avec précaution jusqu'à ce qu'il se situe environ 1 à 2 mm au-dessus de la peau. Ne pas suturer l'anneau à la peau.
- Vérifier la position et la perméabilité de la sonde selon les directives de la section Vérification de la position et de la perméabilité de la sonde, ci-dessus.

### **Directives concernant la perméabilité de la sonde**

La meilleure façon d'éviter les obstructions et de maintenir la perméabilité de la sonde est de la purger convenablement. Les directives suivantes visent à éviter les obstructions et à maintenir la perméabilité de la sonde.

- Purger la sonde d'alimentation avec de l'eau toutes les quatre à six heures dans le cas d'une alimentation continue, dès que l'alimentation est interrompue ou au moins toutes les huit heures si la sonde n'est pas utilisée.
- Purger la sonde d'alimentation avant et après l'administration de médicaments et entre deux administrations. Cela permettra d'éviter que le médicament interagisse avec la formule et puisse obstruer la sonde.

- Utiliser des médicaments liquides autant que possible et consulter le pharmacien pour déterminer si l'on peut écraser le médicament solide et le mélanger avec de l'eau. Le cas échéant, pulvériser le médicament solide en fine poudre et dissoudre la poudre dans de l'eau tiède avant de l'administrer par la sonde d'alimentation. Ne jamais écraser de médicament gastro-résistant ni mélanger de médicament avec la formule.
- Éviter d'utiliser des liquides acides comme le jus de canneberges et les boissons à base de cola pour purger les sondes d'alimentation parce que la combinaison de l'acidité du liquide avec les protéines de la formule peut en fait contribuer à obstruer la sonde.

## Directives générales de purge

- Purger la sonde d'alimentation avec de l'eau à l'aide d'une seringue ENFit® toutes les quatre à six heures dans le cas d'une alimentation continue, dès que l'alimentation est interrompue ou au moins toutes les huit heures si la sonde n'est pas utilisée ou si les instructions du médecin l'exigent. Purger la sonde d'alimentation avant et après chaque administration de médicaments et entre deux administrations. Éviter d'utiliser des solutions d'irrigation acides comme le jus de canneberges et les boissons à base de cola pour purger les sondes d'alimentation.
- Utiliser une seringue ENFit® de 30 à 60 ml. Ne pas utiliser une seringue plus petite parce que cela peut augmenter la pression de la sonde et risque de causer une rupture des plus petits tubes.
  - Utiliser de l'eau à température ambiante pour purger la sonde. Il peut être approprié d'utiliser de l'eau stérile lorsque la qualité de l'eau de l'approvisionnement municipal suscite des inquiétudes. La quantité d'eau dépendra des besoins du patient, de l'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 enfants. Le niveau d'hydratation a également une incidence sur le volume utilisé pour purger les sondes d'alimentation. Bien souvent, augmenter le volume d'eau de purge peut éviter la nécessité de soluté intraveineux supplémentaire. Cependant, les personnes atteintes d'insuffisance rénale et autres restrictions liquidiennes devraient recevoir le volume de purge minimal nécessaire pour maintenir la perméabilité.
  - Éviter d'exercer une force excessive pour purger la sonde. Une force excessive peut perforer la sonde et léser le tractus gastro-intestinal.
  - Consigner le temps et la quantité d'eau utilisée dans le dossier du patient. Cela permettra à tous les soignants de surveiller les besoins du patient avec plus de précision.

## Administration de la nutrition

1. Ouvrir le bouchon du port d'accès de la sonde d'alimentation J MIC®.
2. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
3. Retirer la seringue de purge du port d'accès.
4. Bien connecter une trousse d'alimentation ENFit® au port d'accès.  
**⚠ Attention :** Ne pas trop serrer le connecteur de la trousse d'alimentation ou la seringue dans le port d'accès.
5. Effectuer l'alimentation conformément aux instructions du clinicien.
6. Retirer la trousse d'alimentation ou la seringue du port d'accès.
7. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
8. Retirer la seringue de purge du port d'accès.
9. Fermer le bouchon du port d'accès.

## Administration de médicaments

Utiliser des médicaments liquides autant que possible et consulter le pharmacien pour déterminer si l'on peut écraser le médicament solide et le mélanger avec de l'eau. Le cas échéant, pulvériser le médicament solide en fine poudre et dissoudre la poudre dans de l'eau tiède avant de l'administrer par la sonde d'alimentation. Ne jamais écraser de médicament gastro-résistant ni mélanger de médicament avec la formule.

1. Ouvrir le bouchon du port d'accès de la sonde d'alimentation J MIC®.
2. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
3. Retirer la seringue de purge du port d'accès.
4. Bien connecter une seringue ENFit® contenant le médicament au port d'accès.  
**⚠ Attention :** Ne pas trop serrer la seringue dans le port d'accès.
5. Administrer le médicament en appuyant sur le piston de la seringue ENFit®.
6. Retirer la seringue du port d'accès.
7. Utiliser une seringue ENFit® pour purger la sonde avec la quantité d'eau prescrite conformément aux directives générales de purge.
8. Retirer la seringue de purge du port d'accès.
9. Fermer le bouchon du port d'accès.

## Entretien du ballonnet

La durée de vie du ballonnet ne peut pas être prévue avec précision. En général, les ballonnets en silicone durent 1 à 8 mois, mais leur durée de vie varie en fonction de plusieurs facteurs, notamment les médicaments, le volume d'eau utilisé pour gonfler le ballonnet, le pH gastrique et l'entretien de la sonde.

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

- Insérer une seringue à embout Luer mâle dans le port de gonflage du ballonnet (BAL.) et aspirer 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 l'eau sortie initialement dans le ballonnet, 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, garder à l'esprit le fait qu'une certaine quantité de contenu gastrique peut 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 de 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, celui-ci doit être remplacé. Fixer la sonde en place à l'aide de ruban adhésif, puis suivre le protocole de l'établissement et/ou communiquer avec le médecin pour des instructions.

**⚠ Attention :** Remplir à nouveau le ballonnet avec de l'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 puisqu'un surgonflage peut obstruer la lumière ou réduire la durée de vie du ballonnet et qu'un sous-gonflage ne permettra pas de fixer correctement la sonde.

## Liste de contrôle d'entretien et de soins quotidiens

- Évaluer le patient pour déceler tout signe de douleur, de pression ou d'inconfort.
- Évaluer le site de stomie pour déceler tout signe d'infection, par exemple rougeur, irritation, œdème, enflure, sensibilité, chaleur, éruptions cutanées, purulence ou drainage gastro-intestinal. Évaluer le patient pour déceler tout signe de nécrose de pression, de lésions cutanées ou de tissu d'hypergranulation.
- Utiliser de l'eau tiède avec du savon doux.
- Effectuer un mouvement circulaire de la sonde vers l'extérieur.
- Purger à fond et bien sécher.
- Évaluer la sonde pour déceler toute anomalie, comme des dommages, une obstruction ou une décoloration anormale.
- Utiliser de l'eau tiède avec du savon doux en prenant soin de ne pas trop tirer ou manipuler la sonde.
- Purger à fond et bien sécher.
- Nettoyer les ports jéjunal et de gonflage du ballonnet. Utiliser un applicateur ouaté ou un chiffon doux pour éliminer toute quantité résiduelle de formule et de médicament. Utiliser un applicateur ouaté ou un chiffon doux pour éliminer toute quantité résiduelle de formule et de médicament.
- Vérifier si le bouton externe est 1 ou 2 mm au-dessus de la peau.
- Purger la sonde d'alimentation de la façon décrite à la section Directives générales de purge ci-dessus.  
**⚠ Attention :** Ne pas faire pivoter l'anneau de rétention externe, pour ne pas risquer de tordre la sonde ou de la déloger.

## Obstruction de la sonde

L'obstruction de la sonde est généralement causée par :

- de mauvaises techniques de purge;
- une administration inappropriée de médicaments;
- des fragments de pilules;
- des formules épaisses, comme des formules concentrées ou enrichies qui sont généralement plus épaisses;
- une contamination de la formule qui entraîne sa coagulation;
- un reflux du contenu gastrique ou intestinal dans la sonde.

## Pour déboucher une sonde

1. S'assurer que la sonde d'alimentation n'est pas entortillée ou pincée.
2. Si l'obstruction est visible au-dessus de la surface de la peau, masser ou pomper doucement la sonde avec les doigts pour défaire l'obstruction.
3. Connecter une seringue ENFit® de 30 à 60 ml remplie d'eau tiède au port d'accès jéjunal de la sonde, puis tirer et enfoncer doucement le piston pour déloger l'obstruction. Ne pas utiliser une seringue plus petite parce que cela peut augmenter la pression de la sonde et risque de causer une rupture des plus petits tubes.
4. Si l'obstruction persiste, répéter l'étape 3. Alternier une aspiration douce avec une pression de la seringue permettra d'éliminer la plupart des obstructions.
5. Si cela ne fonctionne pas, consulter le médecin. Ne pas utiliser de jus de canneberges, de boissons à base de cola, d'attendrisseur à viande ou de chymotrypsine, puisque cela peut en fait causer des obstructions ou créer des effets indésirables chez certains patients. Si l'obturation persiste et ne peut pas être éliminée, il faut remplacer la sonde.  
**⚠ Attention :** Ne pas insérer de corps étrangers dans la sonde.

## Information sur la sécurité et les IRM

La sonde d'alimentation jéjunale MIC® sont conformes aux normes de sécurité sur la résonance magnétique.

**⚠ Avertissement :** pour la nutrition entérale et/ou l'administration entérale de médicaments seulement.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-844-425-9273, aux États-Unis, ou consulter notre site Web, à l'adresse [halyardhealth.com](http://halyardhealth.com).

Brochures éducatives disponibles sur demande : « A Guide to Proper Care » et « A Stoma Site and Enteral Feeding Tube Troubleshooting Guide ». Veuillez communiquer avec votre représentant local ou le service à la clientèle.

 Diamètre	 Longueur	 Conforme aux normes de sécurité sur la résonance magnétique	Le produit NE contient PAS de DEHP comme plastifiant
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

[www.halyardhealth.com](http://www.halyardhealth.com)

Distributed in the USA by Halyard Sales, LLC, Alpharetta, GA 30004

In USA, please call 1-844-425-9273 • [halyardhealth.com](http://halyardhealth.com)

🏢 Halyard Health, Inc., 5405 Windward Parkway, Alpharetta, GA 30004 USA

🇧🇪 [CE][REP] Halyard Belgium BVBA, Leonardo Da Vincilaan 1, 1930 Zaventem, Belgium

Sponsored in Australia by Halyard Australia Pty Limited; 52 Alfred Street, Milsons Point, NSW 2061

製造販売元 ハリヤード・ヘルスケア・インク 横浜市西区みなとみらい二丁目2番1号

\*Registered Trademark or Trademark of Halyard Health, Inc., or its affiliates. © 2015 HYH. All rights reserved. 2016-11-28  
15-H1-916-0-00 / 70204761

