

L'ASPIRATION GASTRIQUE

1/ DEFINITION

Introduction d'une sonde dans l'estomac dans le but d'aspirer les sécrétions normales ou pathologiques soit par :

- gravité : la sonde est reliée à une poche de recueil
- dépression : la sonde est reliée à un manomètre, permettant une aspiration douce et contrôlée

Soin sur prescription médicale.

2/ BUTS

L'aspiration à un but de décompression de l'estomac.

Elle va permettre de :

- vider du liquide gastrique, de l'excédent : vomissements ou hémorragie
- soulager s'il y a une stase
- mettre l'intestin au repos après stomie, colectomie ...
- soulager si ballonnement, sensation de pesanteur

L'aspiration gastrique a un retentissement biologique, elle doit donc être :

- prescrite lors d'indications précises
- surveillée
- aspiration → perfusion obligatoire qui sera adaptée en fonction des résultats de la surveillance

3/ INDICATIONS

- Occlusion intestinale, pour aspirer le liquide de stase dû à un obstacle (tumeur, corps étranger, paralysie intestinale...) se traduisant par l'arrêt du transit
- Péritonite
- Hémorragie digestive, complication de l'ulcère G ou D et de rupture de varices oesophagiennes, afin de pratiquer des lavages à l'eau pour diminuer l'hémorragie. La sonde ayant tendance à favoriser les saignements, l'ablation de la sonde est préconisée dès que le liquide revient clair
- Dilatation aiguë de l'estomac
- Patient comateux ou anesthésié pour éviter les fausses routes pouvant entraîner l'inondation trachéale

- Chirurgie générale en post-opératoire, l'anesthésie ralentit ou arrête le péristaltisme ce qui → une stase liquidienne avec distension des organes creux
- une sensation de pesanteur avec nausées et vomissements
- une tension au niveau des sutures avec risque de lâchage
- Préparation pré-opératoire de l'estomac
- Pancréatite pour éviter la stimulation du pancréas

4/ LA SONDE GASTRIQUE

1. Intérêts

- Aspirer par gravité ou par dépression
- Faire des prélèvements bactériologiques : BK (suspicion de tuberculose), étude du liquide gastrique (acide chlorhydrique)
- Faire des lavages à l'eau glacée de l'estomac
- Pratiquer une alimentation entérale
- Passer des médicaments

2. Description

Tuyau perforé en silicone ou PVC, d'environ 1m20, souple et radio-opaque
 Il existe des points de repère pour apprécier la longueur de la sonde introduite
 Différentes charnières (tailles), 14, 16, 18 sont les plus utilisées
 La sonde de Salem, possède une prise d'air pour éviter le vide dans l'estomac et que la sonde ne se collabe (ou sonde à double courant)

3. Pose de la sonde gastrique, en vue d'une aspiration

Fiche technique à distribuer

5/ SURVEILLANCE DU MATERIEL

1. De la sonde

Vérifier sa perméabilité

Ne doit pas être coudée, collabée ou bouchée et la prise d'air doit être libre

Si le patient vomit ou qu'elle ne donne rien, c'est qu'elle n'est plus en place

ou bouchée et la réaspirer

Changer la sonde toutes les 3 semaines

2. Du matériel

- Par gravité : étanchéité du circuit

change du sac toutes les 24h ou avant qu'il ne soit plein

- Par dépression : contrôle permanent du fonctionnement de la dépression et du débit prescrit

6/ SURVEILLANCE DU PATIENT

1. Du liquide gastrique

Surveillance de l'écoulement : aspect, quantité, odeur, couleur et à noter plusieurs fois par jour

Hormis l'ulcère qui saigne, quand le liquide est hémorragique il faut arrêter l'aspiration

2. Du patient

Aspiration = pertes liquidiennes gastriques → pose d'une perfusion pour éviter la déshydratation et des troubles électrolytiques et sert à compenser les pertes

Faire le bilan des entrées = compensation gastrique

des sorties = liquide gastrique aspiré

En générale, à partir de 500 ml d'aspiration recueillie, il faut compenser en quantité égale avec du G 5% ou du B 21

Surveillance biologique sur prescription, tous les jours ou 1j /2 : iono sang et urinaire et réserve alcaline (bicarbonate)

Exemples de prescription de compensation:

A partir de 500 ml de liquide gastrique recueilli, compenser volume par volume avec du G 5%. Faire une feuille de surveillance sous forme de tableau.

HEURES	PERTES GASTRIQUES	COMPENSATION
8H	0 ml	0 ml
9H	350 ml	0 mL
10H	500 ml	0 ml
11H	600 ml	100 ml
8h	90 ml	0 ml
9H	230 ml	0 ml
10H	560 ml	60 ml
11H	630 ml	70 ml
12H	645 ml	15 ml
13H	710 ml	65 ml
8h	480 ml	0 ml
9H	540 ml	40 ml
10H	660 ml	120 ml
11H	700 ml	40 ml
12H	700 ml	0 ml

3. Soins locaux

- Au niveau du nez :

Nettoyage des narines et de la sonde avec du sérum physiologique ou de l'eau stérile

Prévenir l'escarre ou l'irritation de l'aile du nez, due à l'appui de la sonde, par des soins quotidiens, 3 à 4 fois par jour :

- fixation non traumatique de la sonde (cravate au niveau du nez, fixation front et sonde derrière l'oreille)
- changer le sparadrap tous les jours, après avoir nettoyé les points de fixation
- mobiliser la sonde pour éviter les points d'appui
- surveiller l'apparition de rougeur

- Au niveau buccal :

Soins de bouche à faire obligatoirement : la cavité buccale se dessèche à cause de l'arrêt des boissons → desquamation de la langue et difficulté à parler

A faire 4 à 5 fois par jour avec du bicarbonate à 14/1000 ou Hextril® non dilué ou Eludril® dilué

Sur prescription médicale, possibilité d'humidifier la langue et les lèvres avec des compresses humides ou un vaporisateur d'eau, pour éviter la sensation de bouche sèche → terrain propice aux mycoses

La sonde gastrique n'empêche pas le brossage des dents 3 fois/j

4. Ablation de la sonde

Sur prescription, elle est souvent associée à la reprise du transit

Une épreuve de clampage peut être prescrite, se fait 1H toutes les 3H, si absence de nausées ou vomissements, elle peut être ôtée le jour même

Oter la sonde toujours clampée pour éviter toute fuite de liquide, doucement et d'un geste rapide

Nettoyer les narines et faire un soin de bouche juste après l'ablation

Le patient sera réalimenté progressivement par un régime liquide

7/ CONCLUSION

Pour la pose, besoin impératif du patient

Si déviation de la cloison nasale, introduire la sonde par la bouche

Vérifier la bonne mise en place de la sonde par le test au stéthoscope

Prévenir la rougeur de l'aile du nez en changeant impérativement le point d'appui de la sonde et la mobiliser

La sonde ne doit ni déformer, ni tirer le nez

Protéger l'intégrité de la muqueuse nasale et buccale

Mesurer les pertes liquidiennes

Mettre en place le protocole de compensations

Surveiller l'état d'hydratation du patient

Aspiration → perfusion → compensation → à jeun

Si prescription d'une administration médicamenteuse par la sonde gastrique:

- arrêter l'aspiration en dépression
- clamber la sonde
- passer le médicament dilué et écrasé
- rincer la sonde avec 30 ml d'eau tiède
- laisser la sonde clampée environ 30 à 45 mn après le passage du médicament, sinon il sera réaspiré

EN VUE D'UNE ASPIRATION GASTRIQUE

MATERIEL :

Sonde de Salem stérile de charrière adaptée.

Protection.

Compresse pas nécessairement stériles.

Seringue de Guyon : seringue de 60 ml à gros embout.

Sérum physiologique ou eau stérile : vaseline ou bombe siliconée déconseillée par le CLIN (les germes se fixent sur le lubrifiant).

Gants à usage unique si le patient est infecté.

Stéthoscope.

Un demi-verre d'eau avec autorisation médicale.

Haricot.

Sparadrap hypoallergique.

En fonction de la prescription médicale :

- Aspiration par gravité :

Sac de recueil du liquide gastrique gradué

- Aspiration par dépression :

Manomètre à dépression de vide (fiche à 2 crans avec une bague verte).

Bocal gradué avec couvercle hermétique + support.

Tuyau de raccordement.

Raccord à placer entre la sonde d'aspiration et le tuyau de l'appareil relié au vide.

Ce matériel d'aspiration doit être vérifié avant l'emploi.

TECHNIQUE :

Prévenir le patient avant le soin de la nécessité de la pose de la sonde.

Expliquer le déroulement.

Prévenir que c'est un soin désagréable, mais non douloureux.

La coopération du patient est indispensable.

S'informer de l'absence de déviation de la cloison nasale du patient.

Poser la sonde loin du dernier repas.

*Les échecs à la pose de la sonde gastrique sont en général liés au refus donc :

- bien informer le patient (message clair et simple)
- choisir le moment avec le patient
- rassurer et rester calme
- se faire assister d'une aide-soignante si le patient est agité ou anxieux

- en cas d'échec, attendre avant de recommencer.

Installer le patient en position demi-assisee, un oreiller derrière la tête ou assis, le cou fléchi.

Demander au patient de se moucher.

Mettre la protection autour du cou ou lui faire tenir le haricot sous le menton.

Se laver les mains.

Mettre les gants à usage unique si nécessaire.

Humidifier la sonde avec une compresse imbibée de sérum physiologique ou d'eau stérile.

A l'aide d'une compresse, prendre la sonde gastrique.

Mesurer la longueur d'introduction de la sonde :

- placer la sonde de l'extrémité du nez jusqu'au lobe de l'oreille,
- puis du lobe de l'oreille jusqu'à la hauteur de l'appendice xiphoïde (partie inférieure du sternum)
- rajouter 8 à 10 cm sous le sternum pour se situer au niveau épigastrique.
- repérer la graduation sur la sonde (entre la 2^{ème} et la 3^{ème} environ).

Introduire la sonde par une narine, tête légèrement fléchie en avant, demander au patient de déglutir tout en poussant doucement.

Marquer un temps de pause pour permettre au patient de reprendre son souffle.

Dès que la sonde atteint le pharynx (environ la distance nez-oreille), demander au patient d'avaler sa salive ou lui donner une gorgée d'eau (après avis médical) : la déglutition facilite le passage du carrefour pharyngé et continuer à pousser la sonde pendant qu'il déglutit.

Faire descendre la sonde jusqu'au 3^{ème} repère.

Si le patient tousse, étouffe ou a des hauts de cœur, stopper la progression de la sonde car elle peut être située dans la bronche ou entortillée dans l'arrière gorge (à vérifier en faisant ouvrir la bouche du patient).

Vérifier la bonne position de la sonde en injectant avec force 10 à 20 cc d'air par la seringue de Guyon, tout en écoutant avec le stéthoscope au niveau de l'estomac. On doit entendre un bruit aérique ou des gargouillis

Il est possible également d'aspirer avec la seringue ; l'apparition de liquide gastrique montre la bonne position de la sonde.

Une radiographie peut être demandée pour vérifier la position de la sonde.

Fixer la sonde à l'aide du sparadrap.

Raccorder la sonde au raccord d'aspiration ou au sac de recueil.

S'assurer de l'aisance du tuyau par rapport aux mouvements du patient.

Régler le débit de l'aspiration en fonction de la prescription médicale (varie en fonction des appareils) pour une aspiration douce - 30 à - 50 cm d'eau.

Aspiration en continue ou discontinue.

* Le patient doit rester à jeun tant qu'il est en aspiration gastrique.