



TITRE: LIGNES DIRECTRICES POUR LA MISE EN PLACE DES TUBES DE GASTROSTOMIE ENDOSCOPIQUE PERCUTANÉE

Avis de non-responsabilité

La Société canadienne des infirmières et infirmiers en gastroentérologie et travailleurs associés (SCIIGTA) présente cette ligne directrice pour qu'elle serve de référence dans l'élaboration des politiques, procédures et protocoles institutionnels. La SCIIGTA n'assume aucune responsabilité quant aux pratiques ou aux recommandations d'un membre ou d'un autre professionnel de la santé, ou aux politiques et procédures d'un milieu de pratique quelconque. Les infirmières et infirmiers autorisés exercent leurs fonctions à l'intérieur du champ de pratique de l'organisme provincial d'attribution des permis et de la politique institutionnelle de l'endroit où ils sont employés.

Contexte

L'alimentation entérale par un tube de gastrostomie est recommandée si l'alimentation entérale doit durer plus de 30 jours. L'insertion du tube de gastrostomie endoscopique percutanée (GEP) est également connue sous le nom de technique du *pull through* et peut être effectuée en utilisant un gastroscopie régulier ou à usage thérapeutique.

Indications

- Obstruction œsophagienne (cancer)
- Rétrécissement chronique de l'œsophage
- Volvulus gastrique
- Dysphagie liée à un accident vasculaire cérébral ou à une lésion cérébrale
- Alimentation entérale devant durer plus de 30 jours
- Traumatisme de la tête, du cou ou du visage
- Troubles neurologiques tels que la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou la dystrophie musculaire (SM)
- Décompression gastrique ou de l'intestin grêle

LIGNES DIRECTRICES POUR LA GEP

Contre-indications

- Maladie foudroyante, progressive, incurable
- Comorbidités multiples (maladie respiratoire grave)
- Résection gastrique
- Ascite
- Hépatomégalie
- Obésité
- Incapacité d'examiner par transillumination ou de placer une canule d'aiguille
- Multiples opérations de l'abdomen près du site d'insertion du tube de gastrostomie
- Ordonnance NPO (nil per os) non respectée selon la norme de l'établissement
- Patient non coopératif
- Coagulopathie
- Absence de consentement
- Sténose œsophagienne

Avant l'intervention

1. S'assurer que l'équipement standard de réanimation cardiaque est disponible.
2. Prévoir le nécessaire pour la procédure et rassembler le gastroscopie régulier ou à usage thérapeutique, la trousse de GEP, la xylocaïne injectable, les écouvillons de chlorhexadine, les gants stériles et tout autre équipement qui pourrait ne pas être dans la trousse (anse/pince à préhension).
3. S'assurer que le patient est NPO.
4. Vérifier que le RIN est dans la marge thérapeutique exigée pour faire la procédure.
5. Vérifier que les antibiotiques prophylactiques ont été administrés conformément aux prescriptions pour les patients à haut risque ou à la discrétion du médecin.
6. Confirmer toute chirurgie abdominale ou gastro-intestinale avec le patient ou à partir du tableau.
7. S'assurer que les signes vitaux de base ont été pris, que les allergies sont connues et que l'anamnèse des soins infirmiers a été effectuée.

Révision finale et approbation le 22 février 2014

LIGNES DIRECTRICES POUR LA GEP

8. Documenter les formations reçues par le patient / la famille et la compréhension de la procédure.
9. Vérifier que les soins à domicile de suivi sont organisés pour assurer le relâchement de la pièce en T ainsi que l'éducation à la nutrition entérale.
10. S'assurer que le patient a une ligne intraveineuse pour la sédation.
11. Il faut un chauffeur désigné si le patient se fait administrer une sédation et rentre à la maison le jour même.

Pendant l'intervention

Lorsque l'infirmière ou l'infirmier autorisé joue un rôle élargi, au cours d'une intervention thérapeutique comme l'insertion d'un tube de GEP, une deuxième infirmière ou infirmier doit être présent et avoir la responsabilité de surveiller le patient, d'administrer les médicaments tel que prescrit, de maintenir la perméabilité des voies respiratoires, de pratiquer l'aspiration, d'assurer le suivi de la tolérance de l'intervention et de documenter les soins. Reportez-vous à l'énoncé de position de la SCIIGTA sur le rôle de l'infirmière ou de l'infirmier autorisé dans la mise en place du tube de GEP, qui souligne l'importance de la responsabilité, de la compétence et des connaissances entourant cet acte qui est soumis à des restrictions.

1. L'insertion d'un tube de GEP doit toujours être effectuée dans un environnement collaboratif et aidant comme l'unité d'endoscopie ou les soins intensifs.
2. L'infirmière ou l'infirmier qui s'occupe du patient doit être en mesure de surveiller en permanence les voies respiratoires du patient et d'effectuer des évaluations régulières de la saturation en oxygène, des signes vitaux, du niveau de conscience, de l'état de la peau et du confort du patient, notamment. Dans certains établissements, l'anesthésiologiste ou l'inhalothérapeute peuvent aider à remplir ce rôle.
3. L'infirmière ou l'infirmier aidant à l'exécution de l'acte soumis à des restrictions doit démontrer, sous la surveillance **directe** du médecin, qu'il ou elle a les connaissances et les compétences requises, ainsi que la responsabilité de ses actes, lors de la réalisation d'activités soumises à des restrictions telles que l'injection de xylocaïne, l'incision, l'introduction du trocart et la manipulation des composantes de commande de l'endoscope, et être en mesure de prévoir et de gérer les complications. **Les activités soumises à des restrictions doivent être approuvées par l'organisme d'attribution des permis de l'IA et par l'établissement qui l'emploie. Il incombe à l'établissement de s'assurer que les compétences de l'IA sont à jour.**
4. Toutes les personnes qui participent aux interventions endoscopiques comme l'insertion du tube de GEP doivent porter leur équipement de protection personnelle (EIP),

LIGNES DIRECTRICES POUR LA GEP

notamment la blouse, les gants et une protection oculaire et l'aire entourant l'abdomen du patient devrait être considérée comme un champ stérile.

5. Étant donné les différences possibles entre les établissements, suivre les recommandations du fabricant sur la procédure d'insertion de tube de GEP ainsi que toutes les lignes directrices établies par l'établissement.
 - Inspecter tous les équipements nécessaires pour s'assurer qu'ils n'ont pas de défauts de fabrication lors de l'ouverture et vérifier avec le médecin l'endoscope qui doit être utilisé.
 - Élever la tête du lit de 30 à 45 degrés en gardant le patient en position couchée.
 - Être prêt à pratiquer l'aspiration des fluides et des sécrétions de l'œsophage.
 - La mise sous sédation doit être pratiquée de la même manière que pour une gastroscopie.

Après l'intervention

1. L'IA doit démontrer une compréhension des complications possibles et prévoir l'équipement nécessaire pour les traiter si elles surviennent. Voici quelques complications possibles à surveiller chez le patient.
 - Douleurs abdominales et distension (ventiler le tube de GEP si nécessaire)
 - Hémorragies
 - Aspiration du contenu gastrique
 - Perforation
 - Péritonite
 - Infection de la plaie
 - Fasciite nécrosante / nécrose tissulaire
 - Fistules gastro-coliques / colo-cutanées
 - Septicémie
 - Fuite péristomiale
 - Déplacement de l'appareil
 - Arrêt respiratoire ou cardiaque

LIGNES DIRECTRICES POUR LA GEP

2. La sonde d'alimentation peut être utilisée dans les 24 heures suite à l'insertion, une fois que la mise en place a été confirmée et documentée.
3. L'évaluation continue de la saturation en oxygène du patient, des signes vitaux et du site de ponction doit se poursuivre jusqu'à ce que le niveau de conscience du patient et ses signes vitaux soient revenus aux valeurs de référence.
4. Veiller à documenter la taille du tube, la tolérance du patient à l'intervention, les observations attendues et inattendues et l'éducation du patient.
5. Le patient doit recevoir des instructions écrites sur son congé et des dispositions pour le suivi doivent être prises (prise en charge à domicile du tube de GEP et relâchement de la pièce en T dans les 24 heures suivant l'insertion, rendez-vous chez le médecin et consultation nutritionnelle concernant l'alimentation entérale), conformément aux politiques de l'établissement. Les patients qui viennent de recevoir une sédation doivent avoir un chauffeur désigné responsable pour retourner à la maison. Les instructions concernant les soins après une sédation consciente doivent également être examinées avec le patient avant le congé. Il peut y avoir quelques différences d'un hôpital à l'autre concernant la politique de sédation consciente. Toujours suivre la politique de son propre établissement.

Références

- Conmed Corporation. (2010) Entake PEG safety kit: Pull placement technique, instructions for use. *Conmed Instruction Technologies*, 1-4.
- CSGNA (2013). The role of the registered nurse in the placement of percutaneous endoscopic Gastrostomy (PEG) tube placement.
- Nicholson, F.B., Korman, M.G., & Richardson, M.A. (2000). Percutaneous endoscopic gastrostomy: a review of indications, complications and outcome. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 15, 21-25.
- Rafferty, G.P., & Tham, T.C. (2010). Endoscopic placement of Enteral feeding tubes. *World Journal of Gastroenterology*, 2(5), 155-165. doi: 10.4253/wjge.v2.i5.155