

ALIMENTATION PAR SONDE

PROBLÈME

L'efficacité de la sonde gastrique est difficile à évaluer. Comme les complications nombreuses et les bénéfices difficiles à déterminer, l'efficacité de la sonde gastrique comme moyen de traitement à long terme mérite une évaluation minutieuse

Il est inacceptable qu'une sonde soit posée pour la commodité de l'équipe soignante, parce que le résident a de la difficulté à manger et que l'équipe ne dispose que d'un temps limité pour l'assister. La seule justification admissible est une indication médicale en vue de prévenir la malnutrition ou la déshydratation. Même dans ce cas, toutes les alternatives possibles devraient être envisagées avant d'accepter cette solution à long terme, et on devrait toujours garder comme objectif le retour à une alimentation normale.

L'utilisation d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale peut entraîner bien des complications, comme, par exemple, de l'agitation, l'arrachage de la sonde (par le patient), des infections, une aspiration, une mauvaise introduction de la sonde dans la trachée ou les poumons, un déplacement inattendu de celle-ci, des douleurs.

Ce protocole se concentre sur l'examen de l'état du résident porteur d'une sonde.

Les protocoles "État nutritionnel" et "Déshydratation/Équilibre hydrique" sont consacrés aux besoins du résident qui justifient la pose d'une sonde. Pour aider à clarifier cette dernière question, les directives qui suivent proposent la marche à suivre pour s'assurer que la sonde gastrique n'est utilisée que dans une situation acceptable et exceptionnelle. En règle générale les résidents qui sont incapables de manger pendant quelques jours à cause de problèmes physiques de mastication ou de déglutition (p. ex., en cas d'attaque, de Parkinson), ou à cause de problèmes psychiques (p. ex., dépression due à la maladie d'Alzheimer) devraient être soumis à une évaluation pour déterminer la nécessité de poser une sonde ou trouver une méthode d'alimentation alternative. De plus, si l'apport calorique est insuffisant en présence d'une sonde endotrachéale ou d'une trachéotomie, l'indication d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale peut se justifier. Enfin, on peut accepter l'utilisation d'une sonde pour prévenir une hypoxémie due au repas (trop peu d'oxygène dans le sang), ce qui peut arriver en cas de syndrome obstructif chronique ou d'un autre problème pulmonaire qui interfère avec l'alimentation (p. ex., l'utilisation d'oxygène, bronchodilatateurs, trachéotomie, sonde endotrachéale avec ventilation assistée).

1- La première mesure à prendre avant de poser une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale consiste à évaluer quelles sont les causes d'un mauvais état nutritionnel qui peuvent être identifiées et corrigées.

a - Les troubles affectant les fonctions de manger, mâcher et avaler peuvent influencer négativement l'état nutritionnel (mauvais rapport poids/taille, perte de poids, protéines sanguines, problèmes de régime). La première chose à faire est d'identifier les causes potentielles et la durée probable de ces troubles. Les derniers examens de laboratoire devraient également être consultés pour voir s'il existe un déséquilibre des électrolytes, du bilan hydrique, de la créatinine, des protéines sanguines avant de prendre une décision de traitement. La mesure du sodium et du potassium permet de voir s'il existe un déséquilibre des électrolytes. Les résidents qui prennent des diurétiques peuvent avoir des pertes de potassium qui doivent être compensées. Si ce genre de déséquilibre ne peut être corrigé par voie orale ou parentérale, on peut envisager la pose d'une sonde gastrique ou naso-intestinale.

b. Déterminez si ces problèmes d'absorption de liquides et d'hydratation sont à court ou à long terme.

c. Inquiétez-vous d'une éventuelle distension gastro-intestinale, hémorragie, hyperacidité gastrique, probabilité d'ulcère de stress, douleur abdominale.

d. Identifiez les problèmes pulmonaires (p. ex., syndrome pulmonaire obstructif chronique et utilisation de sonde endotrachéale, trachéotomie ou autre appareillage) qui peuvent interférer avec l'alimentation et l'hydratation.

e. Identifiez les problèmes mentaux qui ont une influence sur l'alimentation, tels que la dépression, l'agitation, l'état confusionnel aigu, la démence et les troubles de l'humeur.

f. Considérez également les autres problèmes tels que les maladies cardio-vasculaires et les attaques.

2 - Déterminez la nécessité d'une telle sonde. Cherchez les alternatives possibles. Il faudrait toujours envisager les alternatives à la pose d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale. Une alimentation parentérale devrait être mise en place en cas de traitement à court terme ou, en tous cas, en guise de première option. Pour un traitement à long terme, une jéjunostomie peut avoir des avantages bien que le risque d'infection soit augmenté. Une gastrostomie est mieux tolérée par des patients agités et ceux qui nécessitent un long traitement (plus de deux semaines). Une

gastrostomie est préférable au port d'une sonde gastrique OU naso-intestinale pour des raisons de confort et pour prévenir les problèmes de déplacement ou autres associés à la sonde nasale. C'est aussi moins défigurant puisqu'on peut la cacher presque complètement sous les vêtements lorsqu'on ne l'utilise pas.

3. Garantisiez un consentement éclairé et le droit de refuser le traitement. Les avantages, les désavantages et les complications potentielles doivent être discutées et le consentement éclairé doit être obtenu avant l'introduction de la sonde. Ce sont, en principe, les arguments du résident qui doivent emporter la décision de poser une sonde gastrique. Il faudra également tenir compte de la loi en vigueur. Si le résident est jugé incapable de prendre une décision, il faudra consulter sa volonté exprimée auparavant ou un représentant légal pour déterminer qui a le droit de décider au nom du résident. Dans certains cas, il appartiendra au médecin de prendre la responsabilité de la décision. Dans tous les cas, lors de maladies terminale et/ou irréversibles, les moyens techniques de pourvoir à l'hydratation et à l'alimentation doivent être considérés comme des moyens exceptionnels (plutôt qu'habituels) de prolonger la vie.

4. Surveillez les complications éventuelles et adaptez les procédures si nécessaire. Il faut changer la sonde périodiquement bien qu'il n'y ait pas de consigne stricte à propos de cette période. L'évaluation et la décision de continuer ce traitement doivent être envisagées avant de reposer la sonde. Il est nécessaire de disposer des prescriptions écrites du médecin.

Les personnes qui présentent un risque d'aspiration pulmonaire (ainsi que celles qui ont des réflexes pharyngés altérés ou qui sont inconscientes) devraient recevoir une sonde naso-intestinale plutôt que naso-gastrique ou quelque autre traitement alternatif. Celles qui présentent un risque de déplacement de la sonde à cause de la toux, des vomissements ou celles qui ont subi une intubation endotrachéale sont également dans ce cas.

SIGNAUX D'ALARME

1. Sonde utilisée actuellement [**L4b = coché**].

DIRECTIVES

COMPLICATIONS DUES À L'ALIMENTATION PAR SONDE

Pour mémoire, les risques potentiels de complication grave sont l'agitation, la dépression, les troubles de l'humeur, l'arrachage de la sonde par le patient, les infections, les aspirations, les déplacements de la sonde dans la trachée ou les poumons, la douleur ou le mauvais fonctionnement de la sonde. De mauvais résultats de laboratoire peuvent survenir. Il faut contrôler ce point.

Infection de la trachée ou des poumons.

À la suite de l'alcalinisation du pH gastrique, la flore gastrique augmente. Les microbes sont transmis à la trachée et entraînent une pneumonie nosocomiale. Dans une étude, on a trouvé que 89% des patients ventilés et nourris par sonde étaient "colonisés" au bout de 4 jours d'alimentation entérale et 62% des patients étudiés présentaient une infection respiratoire nosocomiale. Il convient de surveiller les symptômes d'infection respiratoire, y compris la toux, le souffle court, la fièvre, la douleur pectorale, l'arrêt respiratoire, le délire, la confusion et les convulsions.

Aspiration de micro-organismes gastriques dans la trachée et les poumons.

L'incidence de ce cas est difficile à déterminer, mais la plupart des études suggèrent qu'elle est assez fréquente.

Mauvaise position de la sonde (dans le système respiratoire).

C'est le plus commun des effets indésirables de la pose d'une sonde gastrique. Dans une étude, un examen radiologique indique que 15% des sondes gastriques et 27-50% des sondes naso-intestinales n'étaient pas à la place voulue, sans qu'il y ait un autre signe de mauvaise position. Le placement dans les voies respiratoires peut arriver chez chaque patient, mais le plus grand risque existe chez les personnes déprimées neurologiquement, fortement calmées, incapables d'ouvrir la bouche ou intubées. Il est difficile de déceler cette erreur. Voici encore quelques conseils concernant ce problème :

- L'examen radiologique est le moyen le plus sûr de détecter une mauvaise position de la sonde. Ainsi, on évite un pneumothorax et une introduction malencontreuse dans les voies respiratoires en introduisant d'abord la sonde dans l'oesophage jusqu'à l'appendice xiphoïde puis en vérifiant le processus avec une radiographie, on achève la mise en place de la sonde dans l'estomac et on fait un deuxième cliché. Le mandrin peut alors être retiré et l'alimentation commencer. Il est cependant peu probable que l'établissement dispose d'un tel équipement, et le transport d'un résident vers un autre établissement pour cela n'est en principe pas justifié.
- L'examen du pH gastrique est une méthode prometteuse pour contrôler si la sonde est dans l'estomac, dans l'intestin ou dans les voies respiratoires. Cependant les paramètres pour caractériser les différentes sécrétions ne sont pas encore bien définis cliniquement.
- L'examen visuel des sécrétions aspirées, même s'il est pratiqué fréquemment, représente une méthode discutable dans la mesure où ce liquide peut apparaître à l'oeil semblable aux sécrétions des voies respiratoires.
- Méthode de l'auscultation : même si des gargouillis devraient indiquer que la sonde est dans l'estomac, il peut arriver qu'on entende les mêmes bruits lorsque la sonde est placée dans le pharynx, l'oesophage et les voies respiratoires. En général, les sondes fines sont plus difficiles à

placer, mais il peut arriver qu'une grosse sonde placée par erreur dans les voies respiratoires laisse entendre des gargouillis.

Déplacement accidentel de la sonde

Une sonde non lestée (par un poids de mercure ou de tungstène) se déplacera plus facilement qu'une sonde lestée.

Autres complications.

Elles comprennent : douleur, saignements de nez, pneumothorax, hydrothorax, nécrose nasale, nasopharyngite, oesophagite, inflammation de la trompe d'Eustache, sténose de l'oesophage, obstruction des voies respiratoires, perforation au niveau du pharynx ou de l'oesophage. Il convient de surveiller l'apparition d'une infection respiratoire.

Complications des infections du système digestif et problèmes gastriques.

Les symptômes comprennent : douleurs abdominales, gonflement de l'abdomen, ulcères de stress et hémorragies gastriques. Il faudra aussi surveiller l'apparition de diarrhées, nausées, distension de l'abdomen et asphyxie. Toutes ces complications impliquent que vous prévoyiez un changement de formule ou une évaluation en vue d'un nouveau diagnostic.

Complications pour le système cardiovasculaire.

Il convient de surveiller les signes de souffrance ou d'arrêt cardiaque tels que douleur pectorale, pouls filant, perte de connaissance, arrêt respiratoire.

Tests périodiques pour surveiller l'équilibre azoté pendant la période d'alimentation par sonde.

Lorsque l'azote est trop bas, on adoptera une formule à haute teneur en azote. La capacité de bien des patients âgés d'absorber des protéines est déficiente et devrait être mesurée. Une alimentation efficace devrait garantir un équilibre azoté positif maintenir ou augmenter le poids du corps, le pli cutané du triceps et le tour du bras, la capacité de fixation du fer et le taux d'azote uréique. On surveillera également régulièrement l'apport de calories et le poids du résident.

23 juin 2009

Éditique : Dr Lucien Mias