



PÔLE SANITAIRE

**IRF Pomponiana Hyères
UP Pomponiana Marseille**

**299 chemin de Pomponiana
BP 90041 – 83407 Hyères Cedex**

] 04 94 35 94 35



**Equipe Mobile d'Expertise
en Réadaptation**

Contact EMER 83

emer83@salinsdebregille.com

Tél : 04 94 35 96 40

***Troubles de déglutition
et
alimentation entérale***

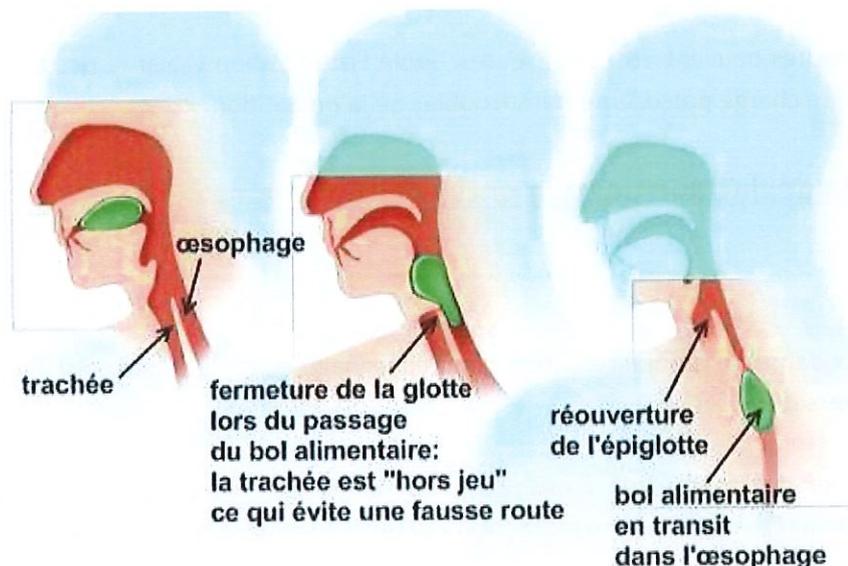
Les troubles de la déglutition

La déglutition est un geste vital qui nous permet d'avaler notre salive et surtout de nous nourrir. Lorsqu'elle ne pose aucun problème, c'est un acte auquel on ne pense jamais. Mais il en est autrement lorsque l'on éprouve des difficultés à avaler. Outre l'inconfort qui en résulte, les troubles de la déglutition peuvent avoir des conséquences sur la santé et sur votre qualité de vie.

Qu'est-ce que la déglutition ?

Pour manger, la nourriture est mise en bouche et mastiquée pour former une boule homogène compacte appelée bol alimentaire. Ensuite, les muscles arrière de la langue et de la gorge se resserrent pour propulser le bol vers l'arrière.

A ce moment, les voies respiratoires se ferment afin que les aliments ne suivent qu'une seule voie : l'œsophage qui conduira le bol alimentaire vers l'estomac.



La commande nerveuse d'une partie des muscles de la déglutition peut être déficiente, si bien que le déroulement habituel de la déglutition est perturbé. Les patients peuvent ressentir un blocage des aliments au fond de la gorge. Un réflexe de toux peut se produire au moment d'avaler les aliments ou les boissons ce qui traduit une « fausse-route », c'est-à-dire un passage de l'aliment ou de la boisson dans les voies respiratoires.

La douleur, la gêne et l'anxiété au moment de se mettre à table peuvent être à l'origine de carences nutritionnelles et d'une déshydratation. Cet état de dénutrition augmente le risque d'infections, de chutes et accroît la perte d'autonomie.

Les « fausses routes » à répétition peuvent entraîner un encombrement des bronches et des infections pulmonaires.

Les troubles de la déglutition

Quels sont les signes qui doivent vous alerter ?

- ⌘ La toux, l'étouffement, la suffocation immédiatement après la déglutition
- ⌘ La toux retardée (dans la minute qui suit la déglutition)
- ⌘ Présence d'une voix gargouillante dans la minute qui suit la déglutition
- ⌘ Présence d'une voix d'intensité très diminuée (voix voilée) dans la minute qui suit la déglutition
- ⌘ Un besoin de se racler la gorge récurrent
- ⌘ L'allongement du temps de repas
- ⌘ Des régurgitations, un reflux nasal
- ⌘ Une angoisse, une appréhension vis-à-vis des repas
- ⌘ Une perte de poids



Attention, les fausses routes peuvent être silencieuses. Seule l'observation vigilante des autres signes que la toux permet de prendre en charge précocement les troubles de la déglutition.

Comment faciliter la déglutition des aliments et des boissons ?

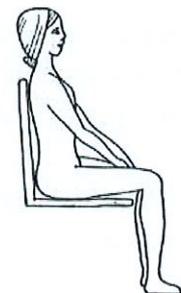
L'environnement

- ✓ Prenez vos repas dans une ambiance détendue et conviviale, éviter les distractions au cours des repas (télévision, conversation,...etc.)
- ✓ Pour boire, utiliser des contenants à ouverture très large (bol, coupe à fruit,...). Ceci vous évitera d'avoir à pencher la tête en arrière au moment d'avalier. Ne pas hésiter à laisser les fonds de verre. Une paille peut être utilisée avec prudence.
- ✓ Il existe aussi des aides techniques qui peuvent faciliter la prise alimentaires (Verre à encoche nasale, couverts adaptés, tapis antidérapant,...etc.)
- ✓ Ne prendre qu'une bouchée à la fois. Ne pas prendre des bouchées trop importantes.

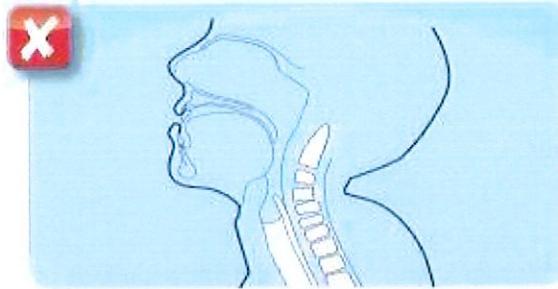


La position, l'installation à table

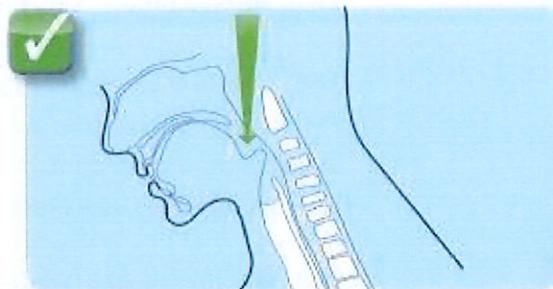
- ✓ Etre assis bien droit (alignement tête-tronc) et fléchir légèrement la tête en avant (Menton sur la poitrine) au moment d'avalier



Les troubles de la déglutition



Cette position favorise l'ouverture des voies respiratoires et peut donc créer des fausses routes.



Cette position favorise la fermeture des voies aériennes et ralentit le passage des aliments.

- ✓ Eviter absolument de boire ou de manger allongé ou semi-allongé
- ✓ Veiller à avoir des appareils dentaires adaptés et en place
- ✓ Attendre au moins 1h après le repas avant de se mettre en position allongée

Si une aide au repas est nécessaire :

- ✓ S'asseoir en face de la personne afin d'éviter la rotation de la tête, légèrement plus bas afin d'éviter à la personne de pencher la tête en arrière
- ✓ Ne pas engager de discussion
- ✓ Respecter le rythme de repas de la personne
- ✓ Proposer des quantités adaptées (1/2 cuillère à soupe ou 1 cuillère à café bombées)
- ✓ S'assurer que la bouche est vide entre chaque bouchée et à la fin du repas

En cas d'accès de toux :

- ✓ Ne pas s'empêcher de tousser
- ✓ Ne pas donner de tapes dans le dos
- ✓ Ne pas faire boire

Les troubles de la déglutition

En cas de fausse route grave :

- ✓ Garder son calme
- ✓ Faire tousser et cracher
- ✓ Appeler le SAMU (15)

Si la fausse route entraîne un blocage complet de la respiration, il faut pratiquer immédiatement la manœuvre de « Heimlich » (cf. ci-dessous) pour expulser l'aliment coincé dans les voies respiratoires.



En position debout

Elle consiste à comprimer brutalement la partie supérieure de l'abdomen (au-dessus du nombril) pour provoquer une surpression à l'intérieur du thorax et ainsi expulser le corps étranger hors des voies respiratoires.

- Placez-vous derrière la personne et collez-vous à elle.
- Passez vos bras sous les siens et entourez-lui la taille.
- Penchez la personne en avant.
- Placez un de vos poings fermé (paume orientée vers le sol) dans le creux de son estomac (au-dessus du nombril et sous le triangle formé par les côtes).
- Saisissez votre poing avec votre autre main.
- Maintenez vos coudes écartés au maximum pour ne pas appuyer sur les côtes de la personne.
- Si la personne est debout, passez une jambe entre les siennes pour avoir un bon point d'appui.
- Enfoncez le poing d'un coup sec, vers vous et vers le haut.

En position allongée

- Se placer à genoux sur les jambes de la personne, celle-ci étant allongée sur le dos.
- Placer le talon de la main droite chez un droitier (gauche chez un gaucher) dans le creux de l'estomac (partie supérieure de l'abdomen, sous l'appendice xiphoïde, c'est à dire juste sous le triangle formé par les côtes).
- Placer l'autre main sur la première et exercer 5 à 6 compressions brutales en poussant vers le bas et vers l'avant (vers la tête de la victime).
- Nettoyer ensuite la bouche de la personne.



Les troubles de la déglutition

Comment adapter l'alimentation ?

Si vous avez des difficultés à manger, il est nécessaire de trouver des solutions permettant de maintenir une alimentation suffisante. Voici quelques conseils

En cas de ...

Sensation d'aliments coincés

Difficultés à mastiquer

Toux fréquente avec l'eau plate

Toux fréquente avec tous les liquides

Reflux gastrique

Vomissements fréquents
Repas longs (> 45 min.) et fatigants

Il faut...

Eviter les aliments à petites particules, secs (lentilles, riz,...), les aliments fibreux (endives, poireaux,...), les aliments qui collent (pain de mie,...)

Ajouter de la sauce, des matières grasses pour permettre aux aliments de « descendre » facilement.

Modifier la texture des aliments (viande hachée, purées de légumes, ...etc.), choisir des aliments qui s'écrasent en bouche.

Préférer les boissons bien fraîches ou chaudes, gazeuses, aromatisées, épaisses (ex : nectars, sodas, limonade)



Eviter les boissons à température ambiante.

Opter pour des boissons épaissies (avec une poudre épaississante à prendre en pharmacie).

Eviter les aliments acides et épicés.
(Attendre 1h avant de s'allonger après le repas)

Fractionner les repas en prenant des collations régulièrement

Comment stimuler la déglutition ?

- ✦ Préférer les plats bien chauds ou bien froids
- ✦ Ne pas hésiter à faire réchauffer le plat en cours de repas
- ✦ Relever le goût des préparations au maximum (épices, aromates, ...)



Les troubles de la déglutition

Comment adapter la texture des repas ?

- ✦ Lorsque les difficultés apparaissent mais restent minimales et que les « fausses routes » sont occasionnelles, une alimentation dite tendre ou hachée peut être préconisée. Vous trouverez les conseils pratiques sur la fiche dédiée.
- ✦ Lorsque les difficultés deviennent plus importantes, que les « fausses routes » se multiplient et que vous évitez un grand nombre d'aliments, la texture mixée/lisse devient toute indiquée. Vous trouverez les conseils pratiques sur la fiche dédiée.

Troubles de la déglutition chez le sujet âgé en situation palliative

La prise en charge terminale des sujets âgés nous confronte souvent à des questions très concrètes dans le champ de l'alimentation orale. Ce patient peut-il encore manger ? Avec quels plaisirs ? Quels risques ? Quels types d'aliments ? Cette fiche pratique se veut être une aide pour le praticien et les soignants qui souhaitent évaluer les risques et les possibilités du patient dans ce domaine afin de prendre les décisions les plus adaptées à la situation. Ne pas priver le malade d'un plaisir oral encore possible, sans prendre de risque inconsidéré de provoquer des fausses routes est l'objectif principal de cette synthèse clinique. L'ensemble des mesures proposées dans cette fiche vise en outre à éviter les poses injustifiées et/ou inadaptées de sondes d'alimentation. (voir fiche « réévaluation pose GPE).

Fausses routes ou inhalations bronchiques

Définition: passage de liquides ou aliments dans les voies aériennes supérieures

Détection / Signes cliniques d'alertes :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> toux lors de la déglutition | Si oui : <input type="checkbox"/> en début de repas
<input type="checkbox"/> en fin de repas
(fatigabilité pharyngée) | <input type="checkbox"/> avec salive
<input type="checkbox"/> avec les liquides
<input type="checkbox"/> avec les solides
<input type="checkbox"/> avec liquides et solides |
|--|---|--|
- gêne respiratoire (dyspnée), apnée ou cyanose lors de la déglutition
 voix mouillée ou rauque après plusieurs bouchées ou à distance du repas ou de la prise de boisson
- pneumopathies à répétition et/ou bronchites chroniques
 gêne ou douleur à la déglutition
 amaigrissement et dénutrition et/ou déshydratation inexplicables
 régurgitation par le nez
 toux nocturne
 odeur buccale désagréable
 bavage, crachats et salive excessive (car non déglutie)
 raclement de gorge fréquent
 bruit anormal pendant ou après le repas
 allongement du temps de repas
 angoisse au moment du repas (peur d'étouffer) et/ou refus de participer à des repas en commun
 sélection ou exclusion de certains aliments ou consistances d'aliments et/ou diminution des quantités ingérées

Contextes à risque (pathologies causales et facteurs favorisants) :

- Troubles de la vigilance (sommolence, fatigue)
- Troubles praxiques (difficulté pour se servir, manger, mâcher ou avaler),
- Troubles de la posture (hyperextension de la nuque, position allongée...),
- Maladie neurologique dégénérative (Démence, SLA, SEP, Parkinson...),
- Pathologie vasculaire cérébrale (Démence, post-AVC),
- Affections sphère ORL (Cancer ORL ou voies digestives hautes, diverticule Zencker),
- Sonde naso-gastrique en place,
- Affections musculaires (myopathies, polymyosites),
- Iatrogénie :
 - myopathies (corticoïdes, colchicine, ...)
 - hyposensibilité endobuccale (stomatite toxique, soins de bouche à la xylocaïne)
 - sècheresse muqueuse (Oxygène, antidépresseurs, anticholinergiques, morphiniques...)
 - diminution du niveau de conscience (benzodiazépines, neuroleptiques, antiémétiques, antihistaminiques)
- Reflux gastro-oesophagien (premier ou favorisé par une sonde naso-gastrique en place),
- Mycose oro-pharyngée (douleur et hyposensibilité endo-buccale),
- Mauvais état bucco-dentaire et troubles masticatoires (prothèses inadaptées, hygiène),
- Dyspnée sévère (temps d'apnée raccourci).

Évaluation des risques :

En contexte palliatif seule l'évaluation clinique paraît justifiée, d'autant que le diagnostic étiologique ne change que peu les attitudes thérapeutiques choisies. Pour trouver la meilleure prise en charge des troubles de déglutition en fin de vie il est nécessaire de faire une évaluation (rapide/simple) des possibles origines pour ne pas priver le patient d'options encore possible dans son cas.

Les 2 tests cliniques d'évaluation des capacités de déglutition simplifiés présentés peuvent aider à obtenir des précisions et certains repères pour la prise en charge. Ils permettent d'évaluer les capacités à déglutir les différentes textures. Ils sont réalisables uniquement chez un patient coopérant, sans trouble de vigilance, en position assise buste droit ou légèrement en arrière (maximum 30°).

Matériel nécessaire :

Un verre d'eau, une cuillère à café, une cuillère à soupe, de l'eau gélifiée standard, (ou une compote de pomme sans morceaux ou un yaourt nature), un aliment mixé (sans morceaux ni fibres), et une serviette de table.

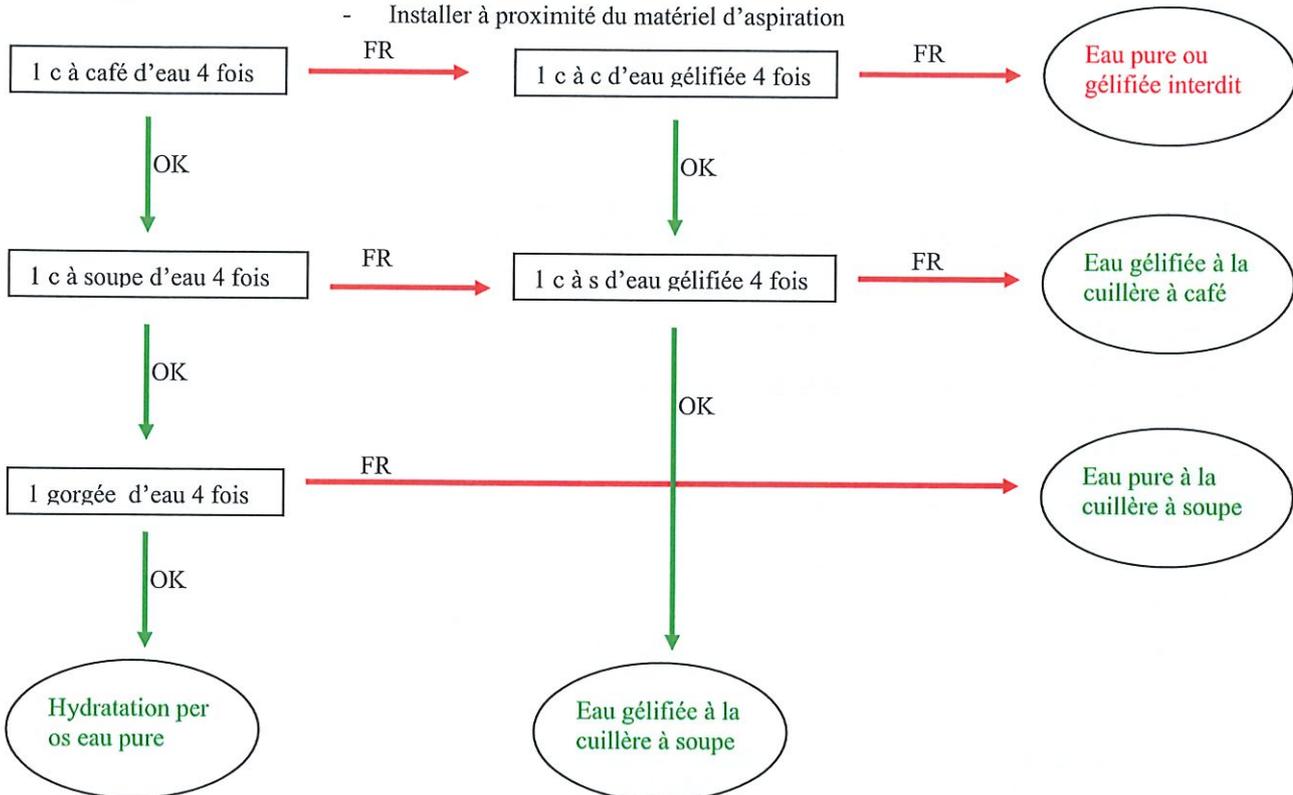
On va donner au patient progressivement différentes textures à déglutir en petite quantité en commençant par une cuillère à café d'eau et en évaluant le déclenchement de fausses routes (FR) identifiées (toux juste après la bouchée ou 1 minute après) ou encore un doute sur le bon passage dans l'œsophage (voix mouillée ou rauque/ bavage / bruits anormaux / gêne respiratoire ou autre signe de malaise). Il est nécessaire de bien appuyer sur la langue avec la cuillère pour déclencher le réflexe archaïque de déglutition.

Tests de capacité fonctionnelle de la déglutition

TESTS A L'EAU

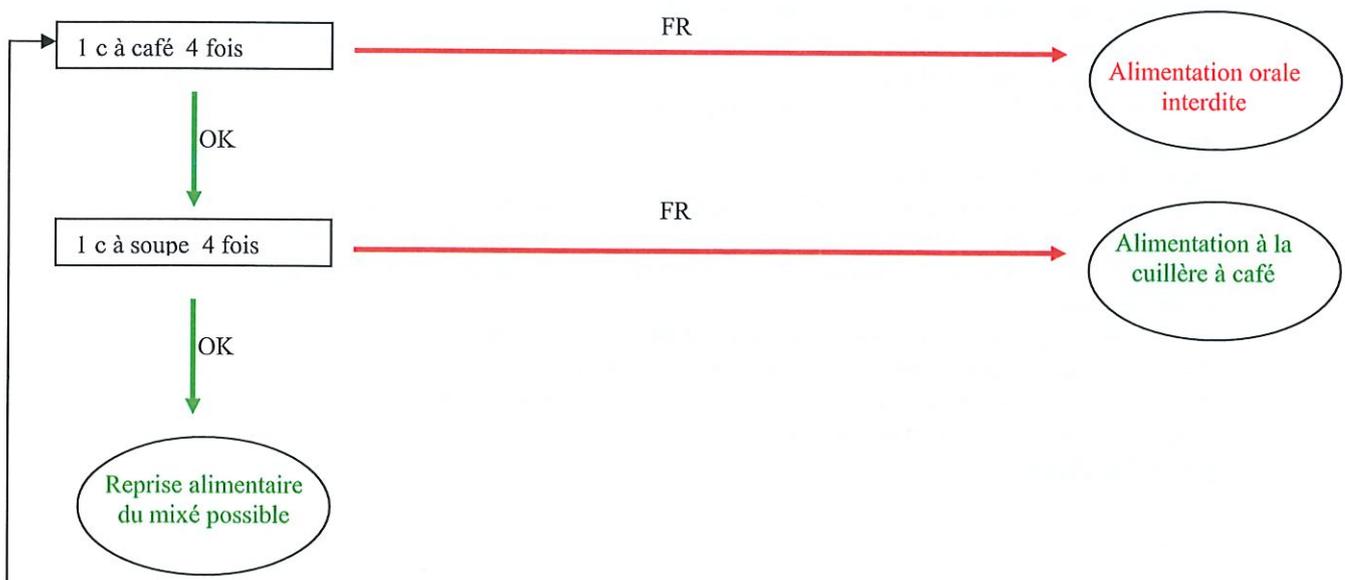
Au préalable :

- Réaliser un soin de bouche
- Installer à proximité du matériel d'aspiration



Tests de capacité fonctionnelle de la déglutition

TESTS AVEC ALIMENTS MIXES



Eventuellement renouveler le test avec du mouliné

Recommandations de prise en charge :

Etat oral :

- Vérifier que la bouche est hydratée et propre.
- S'assurer que les prothèses dentaires sont en place et adaptées et si problème, les enlever.

Position du patient:

- Assise, buste droit ou légèrement vers l'arrière (maximum 30 °) et menton fléchi sur la poitrine (un coussin placé dans le dos et une tablette pour s'accouder peuvent aider).
- Si un soignant aide le patient, il se doit d'être assis au même niveau pour éviter au patient de lever la tête.
- Interdire : la tête en arrière (moins de protection des voies aériennes).
- Si hémiplégié : possibilité de tester l'efficacité de la rotation de la tête vers côté malade.

Environnement :

- Cadre plaisant.
- Respecter le temps nécessaire au repas (pause d'au moins cinq secondes entre chaque bouchée).
- Calme et absence de distraction (télé et radio éteinte).

Adaptation des textures et des aliments :

- Privilégier les aliments et boissons stimulant la sensibilité endo-buccale : sel, poivre, acide, boissons pétillantes ou aromatisées, températures fraîches (froid, chaud).
- Interdire : eau à température ambiante.
- Eviter certains aliments très fibreux (salade) ou en graines (coucous, riz) ou à texture enveloppante/collante (purée compacte).
- Si fatigabilité (toux après 5 à 10 bouchées/ fin repas): diminuer les quantités et fractionner les repas.
- Si nécessité d'enrichissement nutritionnel possibilité d'introduire dans la préparation des ingrédients riches (jaune d'œuf, crème, beurre, lait en poudre, fromage râpé...).

Matériel :

- Ustensiles adaptés : petite cuillère, cuillère à dessert, verre avec encoche nasale ou à grande ouverture, paille si aspiration maîtrisée, tasse à large ouverture avec anse (type mug).
- Interdire l'usage de : verres canard (qui restent utiles pour faire boire un patient allongé qui ne présente pas de fausses routes), verre à petite ouverture, cuillère à soupe.

Mode d'alimentation :

- Petites bouchées.
- Latence de 5 à 10 secondes entre deux bouchées.
- Positionnement des aliments au milieu de la langue (ou sur coté sain si hémiplégié de face), pression de la cuillère sur la langue.
- En cas d'apraxie stimuler par des conseils («mâchez, appuyez fort la langue en haut et en arrière sur le palais, avalez »).
- Vérification de la déglutition de chaque bouchée (+/- demander d'avaler à vide).
- Vérification de l'absence de résidus alimentaires dans la bouche en fin de repas.
- Si possible, ne pas recoucher le patient avant 30 minutes.
- Si difficulté à la prise des médicaments : favoriser les formes adaptées avec accord du médecin (oro-dispersible, ouverture des gélules, piler les comprimés, solutions buvables, suppositoires, sous-cutané).

Annexes

Manœuvre de désobstruction de Heimlich :

Cette manœuvre, dont le but est de déclencher le réflexe de toux et l'expulsion de ce qui a été inhalé, en attendant d'éventuels secours, est précédée de 5 claques sèches dans le dos.

Patient debout ou assis:

Se positionner derrière le patient, mains posées juste en dessous du sternum (poings serrés qui se tiennent l'un l'autre), pratiquer une pression vers l'arrière et le haut (vers le diaphragme), renouveler 5 à 6 fois la pression si le corps étranger ne sort pas.



Examen clinique d'évaluation des risques de fausses routes:

- **Test du temps oral** (évalue le maintien en bouche et la mastication) :
 - Faire porter la langue aux 4 points cardinaux, fermer et ouvrir la mâchoire, bouger la mandibule de gauche à droite, gonfler les joues et siffler, claquer la langue.
 - **Si trouble de la mastication** : favoriser les textures molles (fruits cuits, poissons.)
 - **Si problème de maintien en bouche** : ralentir le bol alimentaire en choisissant des textures mixées et/ou épaissies
- **Test du mouvement du voile du palais** (protection des inhalations par le nez) :
 - Faire dire : « aah-en-aah-en » plusieurs fois.
 - **Si difficultés** : prévenir le risque d'inhalation par le nez et/ou de fausses routes secondaires en évitant les liquides et en choisissant des textures épaissies.
- **Test du temps pharyngo-laryngé** :
 - Poser le pouce sur l'articulation temporo-mandibulaire, l'index sur les lèvres, le majeur sous le menton et l'annulaire sur l'os cricoïde et faire avaler.
 - on doit sentir :
 - Une fixité de l'articulation (maintien en bouche),
 - une fermeture persistante des lèvres (maintien en bouche),
 - un mouvement de la langue (propulsion bol),
 - et une montée franche d'au moins 2 cm du larynx (sécurisation voies aériennes).

Si survenue d'une anomalie prendre un avis auprès d'une orthophoniste ou d'un kinésithérapeute

Définition des textures :

- **Liquide** : boisson standard comme de l'eau (non pétillante), vin, thé ou café.
- **Liquide peu épaissi** : jus de fruits avec pulpe, eau mélangée avec un peu de compote de fruits (1 cuillerée à soupe de compote dans un verre standard -150ml-).
- **Liquide épaissi** : potage, yaourt, nectars, eau mêlée de compote (3 cuillerées à soupe de compote pour un verre), eau gélifiée standard.
- **Texture molle** : fruits cuits, poisson, purée de légumes.
- **Haché** : seuls les aliments durs à mâcher (viande) sont coupés à la main ou brièvement mixés.
- **Mouliné** : tous les aliments sont passés au mixeur pour lisser les morceaux durs, tout en gardant un peu la texture des aliments.
- **Mixé** : tous les aliments sont passés au mixeur pour lisser très finement les morceaux. (essayez de ne pas mélanger les légumes avec les féculents et la viande car il est important de pouvoir différencier les goûts pour conserver du plaisir).

Techniques d'épaississement des liquides :

Eau gélifiée : 25 g de gélatine en feuille pour 1 litre d'eau. Faire tremper les feuilles de gélatine, les égoutter, les incorporer dans l'eau chaude, aromatiser (sirop, jus de fruits, extraits de vanille, café, thé tisane etc...) répartir en portions individuelles et conserver au réfrigérateur (48 h maximum).

Agar-Agar : 4 g d'Agar-Agar pour 1 l d'eau. Ajouter au liquide en ébullition, laisser cuire quelques minutes en remuant, aromatiser et répartir en portions individuelles qui seront conservées au réfrigérateur.

Épaississant du commerce : Gel Mix, Magic Mix, Epailiss, Thicken up neutre, clinutren, Gerlinéa...

Dosage en fonction du mode d'emploi et de la viscosité souhaitée.

Procédés artisanaux : Féculé, tapioca, flocons de pommes de terre, semoule fine, farines instantanées pour bébé, pulpe de fruits...

Bibliographie :

- Greuillet F, Couturier P. Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé. La revue de gériatrie, Tome 30, N°1 JANVIER 2005, p39-46.
- Troubles de la déglutition (dossier sous coordination P. Azouvi) J. Réadapt.Méd., 1999,19,n°3,pp.91-103.
- Saffon N. Nutrition et fin de vie. Age et nutrition 2004-volume 15, n°2, p90-95
- Association pour la recherche sur la SLA et autres maladies du motoneurone. Troubles de la déglutition ou dysphagie. Note sur l'alimentation. www.ars.asso.fr
- Poudroux P, jacquot J.M, Royer E, Finiels H. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : procédés d'évaluation. La Presse médicale. 2001,vol30, n°33, pp 1635-1644
- ANAES. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral- Aspects paramédicaux- Juin 2002
- Troubles de la déglutition chez la personne âgée et Alzheimer. Du dépistage à la prise en charge. Laboratoires Pfizer 2006.
- Bonnes pratiques de soins en EHPAD. Recommandations. DGSA. Juin 2004.

BOUTON MIC-KEY® BONNES PRATIQUES

► Soins cutanés autour du bouton MIC-KEY®

Avant toute manipulation, lavez-vous les mains de façon à éviter toute contamination. Les soins sont propres et non stériles.

LE 1^{er} MOIS APRÈS LA POSE

Nettoyage

- Nettoyage et pansement antiseptique quotidien pendant 1 à 2 semaines puis espacer 3 fois par semaine pendant 2 à 3 semaines.

Surveillance

- Surveillance quotidienne de la température, de l'abdomen et du point de ponction.

R La douleur au point de ponction est souvent bénigne mais doit attirer l'attention sur une éventuelle infection locale, une tension excessive ou une fuite au niveau de l'abdomen.

R Dans le cas d'une pose d'emblée, les 3 plots de fixation de gastropexie vont tomber dans un délai d'environ 2 à 4 semaines. Au-delà, s'ils sont encore en place, contacter le médecin pour envisager de couper les fils en-dessous des plots.

► Entretien du bouton MIC-KEY®

Rinçage

- Avant, entre et après chaque administration, il est essentiel de rincer le bouton connecté à son prolongateur à l'aide d'une seringue d'eau de façon à éliminer toute trace de résidus alimentaires ou médicamenteux.

Nettoyage

- Après chaque utilisation, le prolongateur du bouton doit être nettoyé à l'eau tiède et au savon, rincé puis mis de côté à sécher jusqu'à la prochaine utilisation.

Rotation

- Afin de limiter les adhérences au niveau de la peau, il est conseillé d'effectuer tous les jours lors du nettoyage quotidien :
 - une rotation d'au moins ¼ de tour du bouton sur lui-même (sauf bouton gastro jéjunal)
 - un mouvement léger du bouton d'avant en arrière.

AU DELÀ D'UN MOIS, AU QUOTIDIEN

Surveillance

- Examiner la gastrostomie et la zone cutanée qui l'entoure après chaque utilisation. Toujours vérifier l'absence de rougeur, de douleur, d'inflammation, de gonflement ou d'écoulement inhabituel.

Nettoyage

- Les soins antiseptiques ne sont plus nécessaires. Nettoyer la peau autour du site de gastrostomie avec de l'eau et du savon doux. Rincer cette même zone à l'eau puis sécher ensuite soigneusement.
- La douche est autorisée sans protection. Les bains (baignoire, piscine, mer) sont possibles à l'aide d'un pansement film transparent.

Cicatrisation

- Une fois la gastrostomie cicatrisée et tant que l'état de la peau est sain, tout pansement est inutile et peut même provoquer une rétention d'humidité entraînant des problèmes cutanés (type rougeur, brûlure, etc.). Une peau saine correspond à laisser la gastrostomie à l'air libre.

Vérification

- Exercer une légère traction lors du nettoyage, si un déplacement exagéré est observé, contrôler le volume du ballonnet.
- Une fois par mois, dégonfler le ballonnet à l'aide d'une seringue connectée sur le site «BAL» pour vérifier l'état du ballonnet.

1. Examiner le volume

Si le volume d'eau présent dans la seringue est inférieur au volume initial, le ballonnet est poreux. Réajuster le volume et envisager le changement du bouton.

2. Examiner la couleur

Si la couleur de l'eau est trouble et/ou colorée, le ballonnet est poreux (un échange se fait entre les sucs gastriques et l'eau du ballonnet). Envisager le changement du bouton.

R En dehors de l'administration de nutriments et/ou de médicaments, il est recommandé d'éviter de laisser le prolongateur connecté sur le bouton qui laisse la valve ouverte.

► Changement du bouton MIC-KEY® et de son prolongateur SECUR-LOCK™

Bouton

- La fréquence de changement recommandée du bouton est de **2 à 4 fois par an***.
- Les remplacements ultérieurs **peuvent se faire à domicile** par le médecin traitant, l'infirmier(e), le patient lui-même ou une personne de son entourage **après éducation****.

Prolongateur

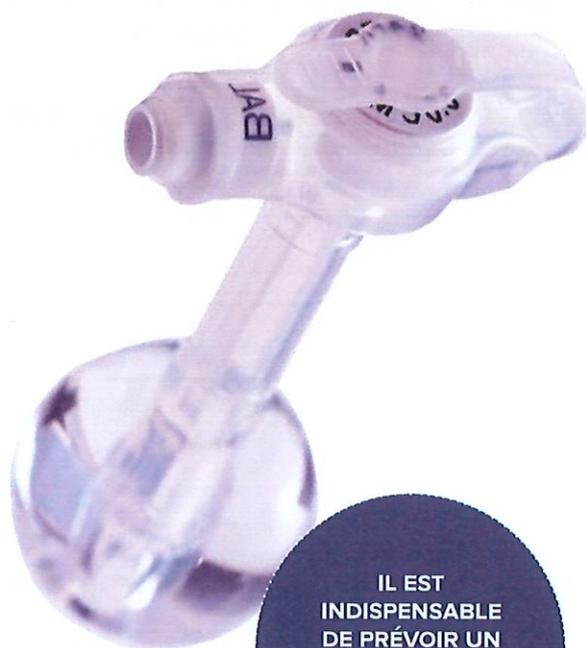
- Le prolongateur doit être changé **toutes les semaines.**/****

Volume préconisé pour le gonflement du ballonnet

- 3ml : CH12ml.
- 5ml : CH14 à CH24.

FACTEURS POUVANT ENTRAÎNER LE REMPLACEMENT DU BOUTON

- Ballonnet poreux ou percé
- Signes extérieurs de dégradation du matériau de la sonde
- Déformation ou détérioration de la valve interne du bouton
- Déformation ou détérioration du capuchon
- Elargissement de l'orifice de la stomie
- Sonde bouchée
- Retrait accidentel
- Hyper acidité gastrique
- Interaction avec certains traitements médicamenteux
- La contamination et le mauvais entretien



IL EST
INDISPENSABLE
DE PRÉVOIR UN
BOUTON NEUF DE
SECOURS
À DOMICILE.

*Source : Recommandations de la SFED - Consensus en Endoscopie Digestive (CED) Gastrostomie et Jéjunostomie Percutanées Endoscopiques - Chargé de projet : Anne LE SIDANER - Septembre 2007 - Réf. 2FT0057 - ISBN 978-2-914703-76-5 - EAN 9782914703765
**Information relative à l'arrêté du 9 Novembre 2009 publiés au JO du 17 Novembre 2009
*** Source : Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile - Coordinatrices : Corinne Bouteloup et Cécile Chambrier - Edition 2014 - Les éditions de la SFNEP - EAN9782914558860 - Réalisation K'Noé



BOUTON MIC-KEY® REMPACEMENT

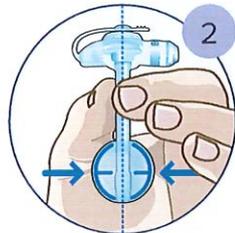
Le **1er remplacement se fait en général par le médecin** pour mesurer l'épaisseur de la paroi abdominale. Il peut ensuite s'effectuer, après formation préalable, par le médecin traitant, l'infirmier(e), le patient ou une personne de son entourage*.



1 PRÉPARATION DU MATÉRIEL

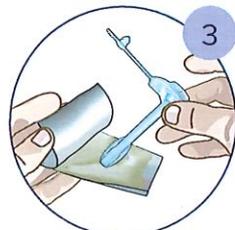
- ▶ Eau stérile (hôpital), minérale (domicile)
- ▶ Gel hydrosoluble
- ▶ Un kit MIC-KEY® (contrôler l'intégrité de l'emballage).

R Toujours se laver les mains avant utilisation.



2 INTÉGRITÉ DU NOUVEAU BOUTON

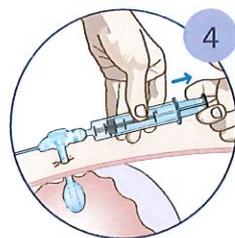
- ▶ Contrôler la symétrie et l'absence de fuite au niveau du ballonnet en connectant une seringue sur le site "BAL", avec la quantité d'eau appropriée : 3ml : CH12 / 5ml : CH14 à CH24.



3 LUBRIFICATION

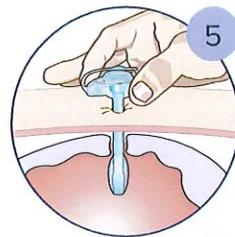
- ▶ Lubrifier la sonde du bouton à l'eau ou à l'aide d'un gel hydrosoluble.

R Ne jamais utiliser de produits à dérivés pétroliers ou à corps gras.



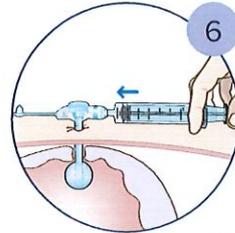
4 RETRAIT DU BOUTON

- ▶ Connecter la seringue sur le site "BAL". Dégonfler le ballonnet et retirer le bouton en place.



5 INTRODUCTION DU BOUTON

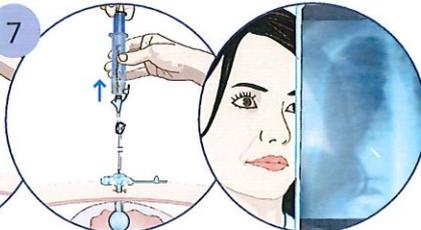
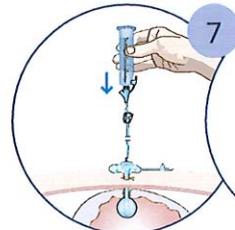
- ▶ Dégonfler le ballonnet du nouveau bouton et l'introduire dans la gastrostomie sans forcer.



6 GONFLEMENT DU BALLONNET

- ▶ Connecter la seringue remplie avec le volume d'eau préconisé : 3ml : CH12 / 5ml : CH14 à CH24. Gonfler le ballonnet.

R Ne jamais gonfler à l'air ni avec du serum physiologique. Volume max. 10 ml.



7 VÉRIFICATION DU BON POSITIONNEMENT

- ▶ Par gravité : en visualisant la baisse du niveau d'eau dans la seringue via le prolongateur.
- ▶ Par aspiration : du contenu gastrique avec une seringue via le prolongateur connecté au bouton.
- ▶ A la radiologie : Obligatoire lors du 1er changement et/ou si anomalie lors de la pose.

FRÉQUENCE DE CHANGEMENT

2 à 4 fois par an en cas :** d'usure de la valve anti-retour du site d'alimentation ou du ballonnet qui varie selon l'hyper acidité gastrique du patient, l'entretien et certains médicaments, de ballonnet percé, déchiré ou poreux, d'évolution de la morphologie abdominale ou d'obstruction de la sonde.

* Guide de bonnes pratiques de nutrition artificielle à domicile - Edition 2014 - Les éditions de la SFNCM - EAN9782914558860

** Conformément à l'Arrêté du 17/11/09 paru au JO





PSS-PMS

Domaine : processus Hygiène / S6

Document : Fiche technique

Référence :
S.6-09.FT.01

Version: 03

REPLACEMENT DU BOUTON MIC-KEY

Date de création : 11/09/2012

Date d'application :
20/03/2020

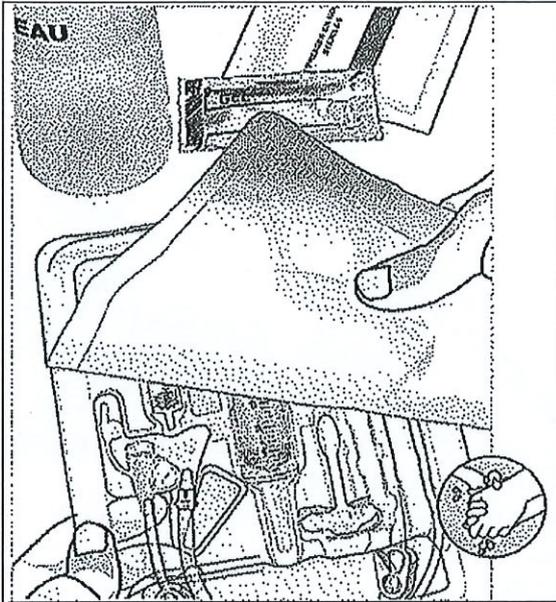
Page : 1 / 3

Le premier remplacement est généralement effectué par le médecin.

Le soin est ensuite réalisé par l'équipe soignante, le patient ou son entourage après formation préalable.

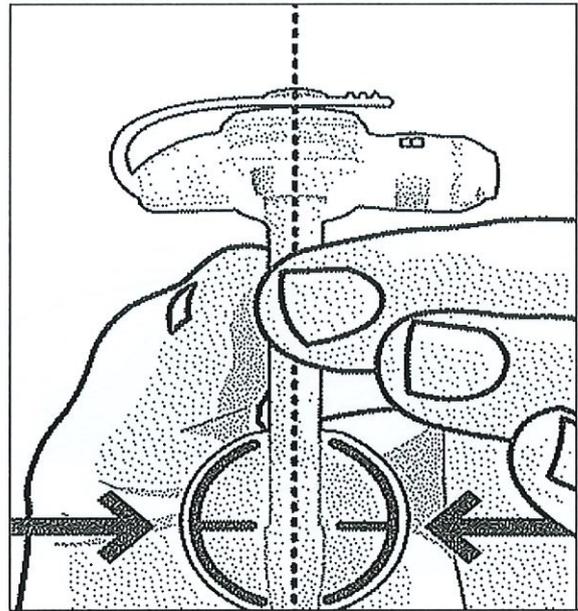
Il est impératif de vérifier longueur et charnière du bouton **avant d'ouvrir l'emballage**

(Source : Asept InMed)



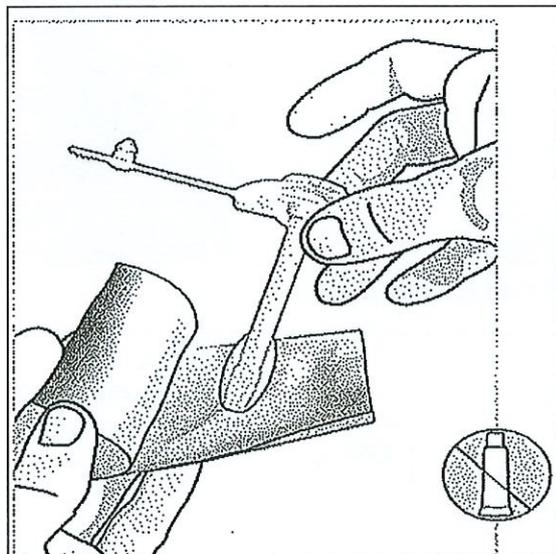
1- PREPARATION DU MATERIEL

Eau stérile
Gel hydro soluble
Kit MIC-KEY
Gants à UU



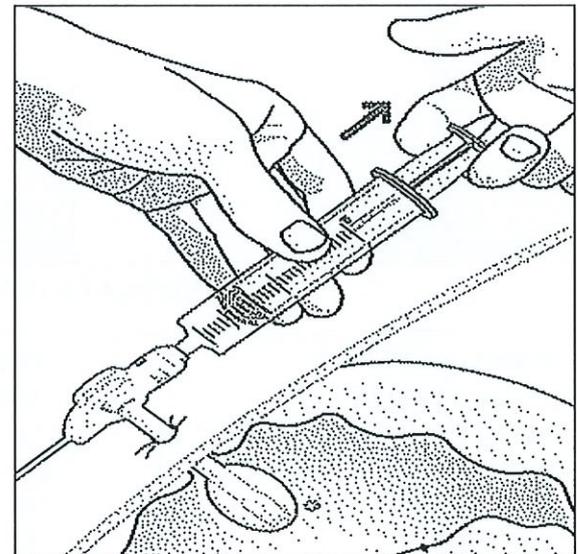
2- INTEGRITE NOUVEAU BOUTON

Effectuer une Friction Hydro alcoolique
Contrôler -avec de l'eau- l'absence de fuite au niveau du ballonnet en connectant la seringue sur le site « BAL »



3- LUBRIFICATION

Lubrifier le bouton à l'eau ou avec un gel hydrosoluble



4- RETRAIT DU BOUTON

Connecter la seringue sur le site « BAL » pour dégonfler le ballonnet et retirer le bouton en place.



PSS-PMS

Domaine : processus Hygiène / S6

Document : Fiche technique

REPLACEMENT DU BOUTON MIC-KEY

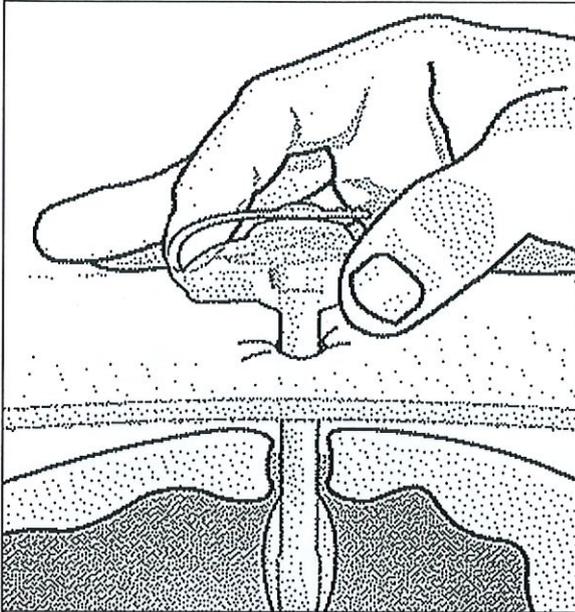
Référence : S.6-09.FT.01

Version: 03

Date de création : 11/09/2012

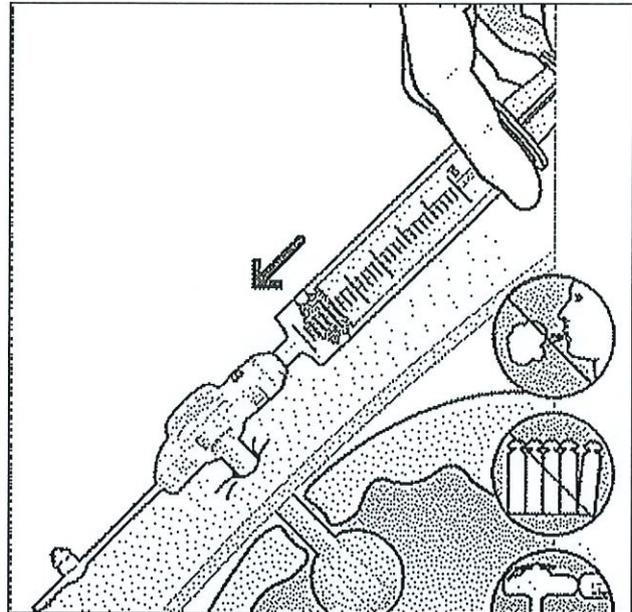
Date d'application : 20/03/2020

Page : 2 / 3



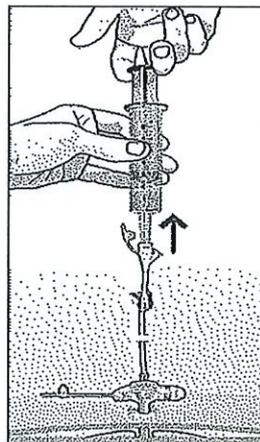
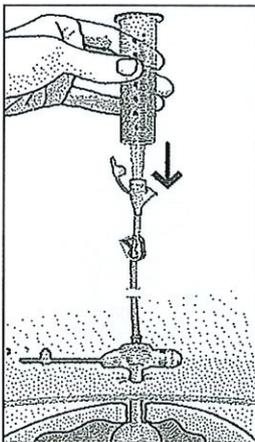
5- INTRODUCTION DU BOUTON

Introduire le nouveau bouton dans la stomie sans forcer.



6- GONFLAGE DU BALLONNET

Connecter la seringue remplie avec 3 à 5 ml d'eau sur le site « BAL » et gonfler le ballonnet.



7- VERIFICATION DU BON POSITIONNEMENT :

PAR GRAVITE

en visualisant la baisse du niveau d'eau dans la seringue via le prolongateur.

OU

PAR ASPIRATION

du contenu gastrique avec une seringue via le prolongateur connecté au bouton.

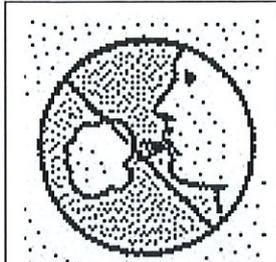
OU

A LA RADIOLOGIE

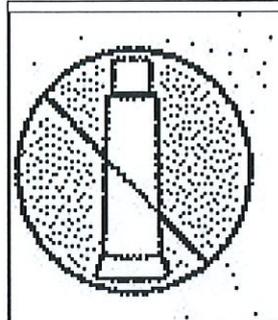
si anomalie lors de la pose.

REPLACEMENT DU BOUTON MIC-KEY

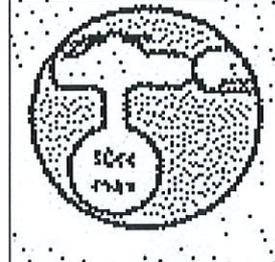
RECOMMANDATIONS :



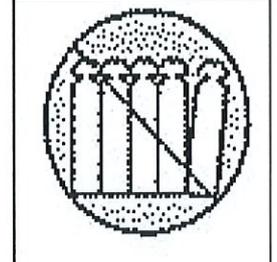
Ne jamais gonfler le ballonnet à l'air



Ne jamais utiliser de produits à dérivés pétrolier ou à corps gras.



Des volumes importants fragilisent le ballonnet (10 ml maximum)



Ne pas gonfler le ballonnet au sérum physiologique

FREQUENCE DE CHANGEMENT :

2 à 4 fois par an, et au-delà en cas :

- d'usure de la valve anti-retour du site d'alimentation
- d'usure du ballonnet qui varie selon l'hyperactivité gastrique du patient, l'entretien et certains médicaments
- de ballonnet percé, déchiré ou poreux
- d'évolution de la morphologie abdominale
- d'obstruction de la sonde

GUIDE PRATIQUE
DE LA NUTRITION ENTERALE

A PROPOS DE LA SONDE D'ALIMENTATION PAR GASTROSTOMIE MIC-KEY

Changement du prolongateur Mic-Key 1fois/semaine

Vérification du volume d'eau dans le ballonnet TOUS LES 7 à 10 JOURS (volume recommandé : entre 5 et 10ml selon le ballonnet)

Remarques : Pour gonfler/dégonfler le ballonnet, il faut insérer une seringue à embout Luer dans la valve du ballonnet.

Utilisez de l'eau stérile ou minérale (EPT) pour remplacer le liquide dans le ballonnet. Jamais d'air, ni de NaCl.

Chute des points d'ancrage normale : 7 à 10jours ; sinon nous contacter (retrait hôpital)

Faites pivoter la sonde d'alimentation MIC-KEY® sur 360° (un tour complet) lorsque vous effectuez l'entretien quotidien + de haut en bas ; Cela permet d'empêcher la sonde ou le ballonnet d'adhérer à la peau.

Il n'est pas nécessaire d'appliquer un pansement sur la sonde d'alimentation MIC-KEY. Si irritation ou présence de bourgeon, nous le signaler

Retirer le prolongateur du bouton Mic-Key, entre chaque passage de la nutrition.

Remplacement intégral de la sonde d'alimentation par gastrostomie Mic-Key (par IDEL uniquement) :

<https://www.aseptinmed.fr/fr/sondes-boutons-de-gastrostomie/23-BoutonGastrostomieMic-Key.html>

ALIMENTATION CONTINUE

↳ Toujours vérifier l'intégrité de la poche de nutrition avant la mise en place (ne doit pas être gonflée, ni avoir coulé ; apparence de la nutrition « normale »), et secouer la poche avant ouverture

↳ Conservation et administration des produits à température ambiante, à l'abri du soleil

↳ Un flacon ouvert doit être utilisé au maximum dans les 24 heures après ouverture

↳ À la mise en place de l'alimentation, augmentation progressive du débit en fonction de la tolérance (temps de passage moyen d'une poche de 500ml : 3h, possibilité de réduire à 2h maximum/poche)

↳ Vitesse moyenne de nutrition la nuit : 80ml/h maximum

↳ Il faut éviter la position couchée stricte (risque de régurgitation), le patient doit être placé en position 1/2 assise (au moins 30° d'inclinaison) pendant le passage du produit et au moins une heure après

↳ Il est indispensable de rincer la sonde, avec 30 à 50 ml d'eau à température ambiante, avant et après chaque poche ou administration de médicaments.

Rinçage de la tubulure de pompe entre les 2 alimentations : Brancher la tubulure de Pompe directement à la poche à eau et purger quelques minutes pour la rincer, ensuite déconnecter la tubulure du prolongateur.

↳ Passé une fois par semaine

Hydratation : par HydroBag ou à la seringue

- volume de remplissage de maximum de l'hydrobag : 1,5 litre.

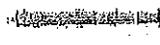
- utilisation pendant 3 à 4 jours maximum.

- relier une tubulure par gravité à l'hydrobag et brancher directement la tubulure gravité en Y à la tubulure de pompe ou au prolongateur Mic-Key ou à la GPE, puis régler le débit avec la molette.

RISQUES ET COMPLICATIONS

	CAUSES	CAT
Une diarrhée = 3 à 4 selles liquides par jour ou plus	produits qui passent trop vite ou sont mal absorbés par le tube digestif.	Ralentir le débit.
	utilisation abusive de laxatifs	Réajustement nutrition si besoin. Arrêter le traitement laxatif.
	Non-respect des conditions d'hygiène	Rinçage de la sonde à chaque passage. La tubulure doit être changée chaque jour
	le produit ou l'eau passe à trop basse température.	Il doit passer à température ambiante (environ 20 °C)
	une mauvaise position de la sonde	Appel AXDOM : Radiographie pour vérification du bon positionnement
	une fièvre, qui peut être un signe de diarrhée infectieuse.	Appel axdom
	antibiotiques, chimiothérapie...	
Constipation	manque d'eau / déshydratation	augmenter la quantité d'eau, soit à la seringue, soit dans l'hydrobag
	manque de fibres alimentaires	apport de fibres => en parler au diet
	manque d'activité physique	proposer au patient d'essayer de se lever et de marcher pour favoriser le transit intestinal
	prise de médicaments antidouleur comme la morphine	Mise en place de laxatif.
Nausées, vomissements, ballonnements, reflux, sensation de pesanteur abdominale	mauvaise position de la sonde	Surveiller si le repère, sur la sonde nasale, n'a pas bougé
	Position trop allongée pendant le passage du produit /!\ Un reflux trop important risque d'entraîner le produit vers les voies respiratoires, et provoquer une infection pulmonaire	position assise ou demi-assise (inclinaison à 30° minimum conseillée) pendant le passage du produit et au moins une heure après
	réalimentation trop rapide	Ralentir la vitesse de temps de passage
	Certaines chimiothérapies ou radiothérapies	médicaments adaptés sont proposés pour les soulager => nous le signaler
Amaigrissement	apports caloriques insuffisants	En parler à notre diététicien(ne)
	troubles digestifs	
	augmentation des dépenses énergétiques (cancer, traitements associés)	
	difficulté du patient pour prendre les quantités prescrites	
Sonde bouchée		Administration de liquide tiède (eau, thé, café)/Coca/eau gazeuse riche en bicarbonate. Si elle ne peut être débouchée, il faudra la remplacer
Déplacement de la SNG		Repose de la sonde, avec contrôle radiographique

Utilisation du matériel :

	Matériel	Utilisation
	Tubulure pompe	1 par jour
	Adaptateur Double voie Si 2 poches simultanées	1 par jour
	Seringue 60 ml injection trt, eau et rinçage avant et après poche	1 tous les 2 jours
	Poche à eau Hydratation si besoin et rinçage tubulure.	2 par semaine
	Tubulure gravité Pour hydratation si besoin et si pb pompe en attendant dépannage.	1 à 2 par semaine.
	Prolongateur mickey Permet de brancher tubulures et seringues au bouton	1 par semaine.
	Bouton mickey maintenu dans l'estomac par un ballonnet gonflé d'eau. (eppi)	Entre 4 à 6 mois. 1 en réserve

	SNG	GPE / MIC-KEY
calibre	Recommandé : charrière 8 à 12	Mickey: nous transmettons les références du bouton lors de l'installation.
Pose / remplacement du matériel	vérification systématique de son bon positionnement (contrôle radiologique) à chaque pose de SNG Toujours avoir une sonde de secours	Mickey: Changement tous les 4 à 6 mois à l'hôpital ou au domicile par le médecin libéral. Toujours avoir un bouton de remplacement au domicile. GPE: 4 mois