

Gastrojéjunostomie percutanée radiologique avec extension jéjunale (GPR-J)

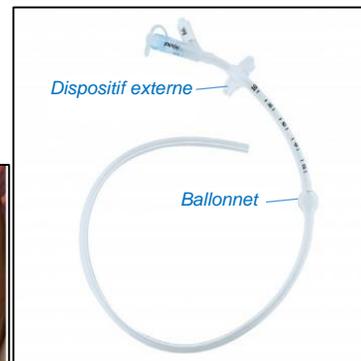
Avertissements : La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu au CHUV. L'adoption de ces techniques de soins par une autre institution relève de la responsabilité de sa direction. Tout soin nécessite des connaissances appropriées et ne peut donc être exécuté que par des professionnels qualifiés. La forme et le contenu de ce document peuvent faire l'objet d'amélioration continue ou d'évolution dans les versions futures. Seule la version électronique fait foi.

Cadre de référence : [Hygiène des mains : pourquoi, comment et quand](#)
[Information et installation du patient](#)
[Préparation et rangement du matériel](#)
[REFMED](#)
[Fichier des examens](#)
Directive institutionnelle : [Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV](#)
Directive institutionnelle : [Port du bracelet d'identification des patients \(BIP\)](#)
Directive institutionnelle : [Gestion de la douleur](#)

- [Définition](#)
- [Indications à la pose](#)
- [Contre-indications à la pose](#)
- [Prévention des risques](#)
- [Déroulement des soins après la pose](#)
- [Pansement](#)
 - [Matériel](#)
 - [Déroulement du soin](#)
- [Soins quotidiens](#)
- [Début de l'alimentation orale et de la nutrition entérale](#)
- [Préparation à la sortie de l'hôpital](#)
- [Conditions pour la pose et le retrait](#)
- [Personnes ressources](#)

DEFINITION

Une gastrojéjunostomie percutanée radiologique est une stomie équipée d'une sonde d'alimentation dont l'extrémité distale est placée au niveau du jéjunum (au-delà de l'angle de Treitz), sous contrôle radiologique à travers une gastrostomie. La gastrostomie percutanée est faite par gastropexie qui est une technique qui consiste en une fixation de la paroi gastrique contre la paroi abdominale antérieure par 2-3 points d'ancrage. La sonde est maintenue en place par un ballonnet et un dispositif de fixation externe. Cette sonde permet une alimentation entérale à moyen et long terme.



© Aseptimed.fr

INDICATIONS A LA POSE

Alimentation orale impossible ou insuffisante avec un tube digestif haut non fonctionnel :

- Trouble de la vidange gastrique
- Patients à haut risque de broncho-aspirations
- Echec de l'alimentation en site gastrique
- Décompression gastrique ou par drainage passif
- Sténose du pylore
- Sténose duodénale

CONTRE-INDICATIONS A LA POSE

Absolues :

- Iléus
- Dialyse péritonéale
- Sepsis, péritonite
- Pancréatite aigue
- Gastropathie d'hypertension portale, varices œsophagiennes, ascite
- Obésité morbide, impossibilité de transluminer la paroi abdominale
- Maladie ulcéreuse gastroduodénale active
- Modifications inflammatoires ou néoplasiques de la paroi antérieure de l'estomac
- Status post-laparotomie (contre-indication relative si adhérences marquées ou multiples)

Relatives : (peuvent être levées par le médecin prescripteur)

- Trouble de la coagulation
- Carcinomatose péritonéale
- Shunt ventriculo-péritonéal
- Status post-laparotomie

Titre : Gastrojéjunostomie percutanée radiologique avec extension jéjunale (GPR-J)	Référence : DSO-FT -Adultes-066
Version : 1.2	Date d'application : 22/09/2020
Domaine : Adultes	Catégorie : Alimentation / Hydratation / Nutrition

PREVENTION DES RISQUES

RISQUES	PREVENTION
Hématome et/ou saignement	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier que le taux de coagulation ne constitue pas un risque majeur avant l'intervention <p>Normes souhaitées : TP à 50% et plaquettes \geq 50'000 g/l</p>
Iléus fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> Surveiller le transit
Infection sur la gastrostomie	<ul style="list-style-type: none"> Respecter des règles d'asepsie lors de la réfection du pansement jusqu'à ce que la gastrostomie soit cicatrisée
Écoulement et/ou protrusion de la muqueuse gastrique (granulation)	<ul style="list-style-type: none"> Mettre la sonde sous traction avant la fixation de la plaque externe afin d'éviter le jeu de la sonde Ne pas appliquer de pommade sur la peau pour éviter le glissement de la plaque de fixation et ainsi une fuite gastrique
Délogement de la sonde	<ul style="list-style-type: none"> Relever la graduation externe de la sonde et la documenter dans le dossier patient afin de garantir la même position durant les soins et tout le temps de sa mise en place Vérifier l'étanchéité du ballonnet 1x/mois afin d'éviter la perte de la sonde et/ou la fermeture de la gastrostomie. Retirer l'eau présente dans le ballonnet et si insuffisante, la compléter à la quantité prescrite. Utiliser de l'eau du robinet ou distillée mais pas de NaCl 0.9% En cas d'arrachage ou sortie du bouton/gastrotube, mettre un bouton de réserve ou glisser une sonde vésicale dans la stomie pour la garder ouverte
Rupture de la sonde	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas utiliser de seringue avec un volume inférieur à 5ml. En cas de résistance lors de l'injection ou de rinçage, ne pas forcer le piston de la seringue Se référer aux recommandations du Pharminfo n° 02 - 2016 en cas de résistance
Obstruction de la sonde	<ul style="list-style-type: none"> Rincer avant et après son utilisation avec minimum 20ml d'eau minérale (en cas de restriction hydrique : 15ml) Rincer au minimum 1x/24h même en cas de non utilisation de la GPR-J

	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les médicaments sous forme liquide plutôt que l'écrasement des comprimés. Se référer aux recommandations du Pharminfo n° 02 – 2016 en cas de sonde bouchée
Escarre ou lésion des muqueuses	<ul style="list-style-type: none"> • Changer l'adhésif de fixation au niveau l'abdominal 1x/j ou plus si décollé et/ou souillé • Mobiliser la sonde par un mouvement de « va et vient » et de rotation • Nettoyer la gastrostomie 1x/j minimum • Varier l'emplacement des points de fixation au niveau l'abdominal
Détérioration de matériel/sonde	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas appliquer de désinfectant à base d'iode qui teinte et endommage le matériel

DEROULEMENT DE SOINS APRES LA POSE

J0 à J5 : Pansement transparent **dès J0**.

Ne pas toucher ce pansement durant 5-6 jours (accolement des parois gastrique et abdominale). Pendant cet intervalle, surveillance visuelle du site d'insertion de la sonde, en cas d'apparition de signes inflammatoires, aviser le médecin pour un contrôle local et la réfection anticipée du 1^{er} pansement

J6-7 : Réfection du 1^{er} pansement par le médecin poseur de la GPR-J

J6-7 à J15 : [Pansement](#) stérile quotidien par l'infirmière (technique identique au 1^{er} pansement)

J15 : Vérifier si les points d'ancrage de la GPR-J sont résorbés

Dès J16 : Plus de pansement nécessaire. Voir [Soins quotidiens](#)

Attention ! En cas de complications locales postopératoires contacter le médecin poseur

SOINS QUOTIDIENS

Dès J16 ou pour une GPR posée ultérieurement

Les soins quotidiens doivent être effectués même en cas de non utilisation de la GPR

- Hygiène :
 - Laver au savon, rincer à l'eau et bien sécher le site d'insertion, la plaque de fixation et la sonde
 - Douches et bains possibles, si la cicatrisation est bonne
- Laisser la stomie à l'air. Jamais de compresses entre la peau et la plaque de fixation.

- Mobilisation et fixation quotidienne :
 - Effectuer un mouvement de « va et vient » de 2 ou 3 cm avec la sonde vers l'intérieur de l'estomac. **Attention** : pas de rotation (360°) qui enrôlerait l'extension sur elle-même.
 - Stabiliser la sonde sur l'abdomen avec une fixation adhésive (ex : Mefix®)
- Vérification de la perméabilité : rincer avec minimum 20ml d'eau minérale
 - Au minimum 1x/24h même en cas de non utilisation de la GPR-J
 - Avant et après le passage de la nutrition entérale ou des médicaments
 - Si la sonde est bouchée, désobstruer selon les consignes du bulletin de [Pharminfo n°02 - 2016](#)
- Matériel : changer la tubulure de nutrition, les seringues, etc. 1x/24h
- Etanchéité du ballonnet : retirer l'eau présente dans le ballonnet 1x/mois et si insuffisante, la compléter à la quantité prescrite sur la sonde (7-10ml en général). Utiliser de l'eau stérile, du robinet ou distillée mais **PAS** de NaCl 0.9%.

PANSEMENT

Matériel

- 1 solution/gel hydro-alcoolique pour la désinfection des mains
- 1 boîte de gants non stériles
- 1 set de désinfection
- 1 solution aqueuse à base de [chlorhexidine gluconate 0.05%](#) (ex : Hibidil®)
- 1 fioles de NaCl 0.9% - 10ml
- Compresses stériles 5x5
- 1 paire de ciseaux stérile
- 2 pansements film transparent (ex : Opsite® ou Tegaderm™)
- 1 fixation adhésive (ex : Mefix®)

Déroulement du soin

- Se désinfecter les mains
- Installer le patient en décubitus dorsal
- Se désinfecter les mains et mettre une paire de gants non stériles
- S'assurer que la sonde soit fermée mais ne pas clamber la sonde avec une pince
- Retirer très doucement le pansement en place, sans traction sur la peau, la plaque de fixation ou la sonde
- Vérifier l'efficacité de la fixation de la sonde et sa longueur externe (repère ou graduation)
- Evaluer l'état cutané en soulevant la plaque de fixation et observer le point d'insertion de la sonde
- Retirer les gants et se désinfecter les mains
- Rincer la sonde avec minimum 20ml d'eau minérale pour vérifier la perméabilité ou la présence d'une éventuelle fuite
- S'assurer que l'embout rouge de l'extrémité de la sonde soit bien connecté avec la sonde
- Se désinfecter les mains

Titre : Gastrojéjunostomie percutanée radiologique avec extension jéjunale (GPR-J)	Référence : DSO-FT -Adultes-066
Version : 1.2	Date d'application : 22/09/2020
Domaine : Adultes	Catégorie : Alimentation / Hydratation / Nutrition

- Désinfecter le site d'insertion de la GPR-J et les points d'ancrage avec des tampons imprégnés de désinfectant non alcoolisé
- Effectuer un mouvement de « va et vient » de **2 ou 3 cm** avec la sonde vers l'intérieur de l'estomac.
 - ✓ Ce mouvement ne doit pas être douloureux.
 - ✓ **Attention !** tout doute concernant le déplacement de l'extension mérite un contrôle radiologique
- Utiliser une fixation adhésive pour la bonne fixation de la sonde
- Mettre en place un nouveau pansement film transparent
- Se désinfecter les mains

ALIMENTATION ORALE ET NUTRITION ENTERALE

- La reprise de l'alimentation et de l'hydratation orale peut se faire dès la pose de la GPR-J (J0) sauf contre-indication du médecin poseur.
- Le début de la nutrition entérale est possible dès la pose de la GPR-J (J0) sauf contre-indication du médecin poseur.
- Positionnement du patient lors de l'alimentation par sonde : **buste à 30° minimum.**
- L'administration de la solution nutritive se fait en site jéjunal. Respecter un **débit maximum de 80ml/h.**
- Si des effets secondaires apparaissent (nausées, vomissements, troubles du transit, etc.) stopper la nutrition entérale et contacter l'équipe de Nutrition Clinique
- Voir fiche technique de soin pour la : [Nutrition entérale](#)

Attention ! Contacter l'équipe de Nutrition Clinique pour la proposition du type et de la quantité de produit d'alimentation

PREPARATION A LA SORTIE DE L'HOPITAL

- Pour le patient hospitalisé
 - Infirmier.ère de liaison contacte le CMS pour la réfection du pansement à J6-7
 - Nutrition clinique organise l'alimentation par sonde à domicile
 - Enseigner la manipulation du système au patient et/ou à l'entourage selon le degré d'autonomie
- Pour le patient ambulatoire :
 - Nutrition clinique contacte le CMS pour la réfection du pansement à J6-7 et organise l'alimentation par sonde à domicile
 - Enseigner la manipulation du système au patient et/ou à l'entourage selon le degré d'autonomie

CONDITIONS POUR LA POSE ET LE RETRAIT



• **Pose :**

- Patient doit être à jeun 12h avant la pose
- Une pose de sonde nasogastrique sur prescription médicale est nécessaire pour que le médecin poseur puisse gonfler l'estomac et faire la gastropexie (mise en place des points d'ancrage).

Attention ! La pose d'une sonde nasogastrique dans les situations suivantes doit être posée sous contrôle endoscopique :

- TP < 50% et plaquettes 50'000 g/l
- Varices œsophagiennes stade 1 – 4
- Cancers ORL
- Chirurgie digestive haute récente
- Fracture base du crâne

- **Changement :** la sonde est changée tous les 6 mois car le ballonnet devient poreux/défectueux. Le changement est organisé par le CHUV lors de la consultation ambulatoire en Nutrition clinique.
- **Retrait :**
- Le retrait de la GPR-J ne nécessite pas d'endoscopie ou contrôle radiologique et peut être fait par un.e médecin ou un.e infirmier.ère sur prescription médicale.
- Le ballonnet est dégonflé avant le retrait du bouton/gastrotube-J. La stomie peut se refermer 6h après l'ablation
- Patient doit être à jeun les 2-6h qui précèdent le retrait du bouton/gastrotube-J
- Reprise de l'alimentation orale possible de suite après le retrait

PERSONNES RESSOURCES



- Nutrition clinique infirmières : 079 556 85 20
- Bip de garde NC: 079 556 95 73
- Bip garde radiologie interventionnelle : 079 556 15 09

Experts consultés :

Révision : Florence Gatsigazi (infirmière nutrition clinique/NUT1), Dr. Anne Kouadio (médecin responsable nutrition clinique/NUTD)

Relecture : Sylvie Bock (infirmière/HDJ radiologie)

Titre : Gastrojéjunostomie percutanée radiologique avec extension jéjunale (GPR-J)	Référence : DSO-FT -Adultes-066
Version : 1.2	Date d'application : 22/09/2020
Domaine : Adultes	Catégorie : Alimentation / Hydratation / Nutrition