

(Attention, ceci n'est pas un protocole) **Législation**

La pose de sonde gastrique (également appelée sonde de Salem ou de Levin selon qu'elle ait ou non une prise d'air) et son ablation relèvent de l'article 6 du décret de compétence du 11 février 2002. La surveillance et les soins relatifs à la sonde sont effectués dans le cadre du rôle propre.

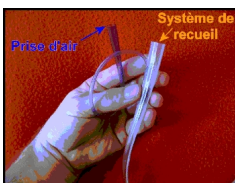
Indications

Les indications sont relatives à l'abord gastrique nécessaire. On peut vouloir drainer le contenu de l'estomac (air, sécrétions, chez un patient intubé ou en occlusion...), alimenter le patient (alimentation entérale), préciser un diagnostic (recherche d'une hémorragie, prélèvement) ou effectuer un lavage (solutés froids en cas d'hémorragie, intoxication...)

Matériel

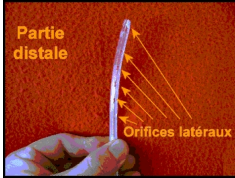
Liste du matériel à préparer :

- La sonde gastrique : Elle se présente sous la forme d'un tuyau souple transparent comportant généralement deux orifices au niveau de sa partie proximale. Le premier orifice sera connecté à un système d'aspiration et/ou de recueil. Le second orifice, plus petit est destiné à permettre une prise d'air si une aspiration ponctuelle ou continue est réalisée (ceci afin d'éviter de léser la muqueuse gastrique). Un obturateur doit être disponible si le sachet de recueil est destiné à être placé en déclive. La prise d'air est alors bouchée.

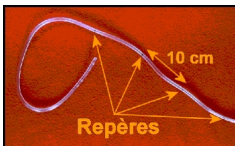


La partie distale est ouverte en son extrémité et comporte une dizaine d'orifices latéraux, afin de permettre le passage des matières liquides dans les deux sens. Cette sonde est radio

opaque et sa position peut donc être vérifiée sur une radiographie.



Des repères annotés sur toute la longueur de la sonde permettent d'évaluer précisément sa position. Le diamètre (de 10CH à 20CH) et la longueur (de 90 à 120cm) des sondes sont variables. Plus le diamètre est grand, moins la sonde est souple.



- Des gants : Il n'est pas nécessaire que ces gants soient stériles. La pose de sonde gastrique est un geste propre, mais non stérile.
- Un lubrifiant : Sous forme de gel ou avec un aérosol de silicone afin de lubrifier la sonde et limiter les adhérences sur les tissus pendant la pose.
- Une poche de recueil ou un système d'aspiration vidangeable ou non : La poche doit être graduée et transparente afin d'estimer la quantité et l'aspect du liquide recueilli.

Un système d'aspiration comprend un bocal de recueil relié d'une part à l'extrémité proximale de la sonde et d'autre part au système d'aspiration mural. Attention, il ne faut jamais connecter directement l'aspiration sur la prise murale. Il convient de brancher un manomètre qui va permettre de régler la dépression (en cmH₂O) de l'aspiration.

Du ruban adhésif, un lien large : Pour fixer la sonde, il faudra au choix et selon les protocoles locaux, utiliser un lien ou du ruban adhésif pour fixer la sonde. Si on utilise un lien, il faut que celui-ci soit large afin de limiter le risque d'escarres et de veiller au confort du patient.

- Un " haricot " : Immédiatement disponible en cas de nausées.
- Un stéthoscope : Il sera nécessaire pour vérifier la bonne position de la sonde.
- Une seringue de 50 ml à embout conique : Pour insuffler de l'air et tester la position de la sonde.



Le matériel de pose de SNG

Installation du patient

Patient conscient :

Il faut expliquer au patient l'intégralité du geste et son intérêt dans le cadre de sa prise en charge.

Position assise la tête légèrement penchée en avant (lui demander de " rentrer le menton ").

Si possible poser la sonde à distance des repas afin de limiter les risques de vomissements.

Patient présentant des troubles de la conscience :

Placer d'abord le patient en Position Latérale de Sécurité (PLS), de préférence sur le côté gauche. Fléchir légèrement sa tête en ramenant le menton vers le manubrium sternal.

Seuls les patients inconscients intubés peuvent être laissés en décubitus dorsal pour la pose de sonde gastrique.

Technique de pose

La voie nasale est la plus fréquemment utilisée. La voie orale est utilisée lors de traumatismes faciaux ou lorsque des troubles de la coagulation sont connus.

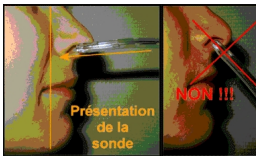
Mettre les gants

Evaluer la distance nez-tragus-nombril afin de mesurer la distance de sonde à enfoncer. Noter le repère.

Lubrifier l'extrémité distale la sonde à l'aide du gel ou du spray. Attention, ne pas lubrifier en même temps les gants ou la sonde trop haut sinon la prise en main de la sonde sera difficile

voire impossible.

Présenter la sonde perpendiculairement au plan facial, en l'orientant légèrement vers le palais. Avancer de 10 cm environ (s'aider des repères sur la sonde). Si le patient présente un réflexe de toux, retirer légèrement la sonde.



Demander au patient de déglutir, en le prévenant que vous allez en même temps faire avancer la sonde. Au moment où le patient avale, (la glotte se soulève) avancer franchement la sonde. Si le patient présente des difficultés respiratoires, retirer à nouveau la sonde jusqu'au repère des 10 cm et retenter l'opération.



La bonne position de la sonde est confirmée par le recueil de liquide gastrique et par l'injection brutale d'au moins 30 ml d'air à l'aide d'une seringue à embout conique. Le borborygme produit avec l'air doit être perçu en plaçant le stéthoscope au niveau gastrique. Immédiatement après la pose, on peut vérifier à l'oreille qu'on ne perçoit pas de souffle synchrone à la respiration (la sonde serait passée dans la trachée).

Marquer un repère au niveau de l'orifice d'entrée de la sonde et fixer avec l'adhésif ou le lien large.

Expliquer au patient qu'il faut éviter les gestes brusques et ne pas hésiter à appeler de l'aide (système d'appel à portée de main) pour toute mobilisation.

Complications

- Fausse route dans la trachée. Si le patient se met à tousser et présente une dyspnée retirer immédiatement la sonde jusqu'à 10 cm avant de réitérer l'opération.
- Hémorragie nasale provoquée par un traumatisme lors du passage de la sonde dans le

nez. S'enquérir de l'hémostase du patient, bien lubrifier la sonde, ne pas forcer sur un obstacle. L'épistaxis est souvent bénin et se tarit spontanément. Il peut être utile de vérifier l'absence d'écoulement de sang, en demandant au patient d'ouvrir la bouche pour visualiser l'arrière gorge.

- Inhalation alimentaire. Toujours être préparé à cette éventualité afin d'éviter cette complication. Les patients à l'état de conscience altéré doivent être placés en PLS pour la pose.
- Fausse route intracrânienne. Ne jamais passer par voie nasale en cas de traumatisme facial (on passe alors par voie buccale).
- Passage de la sonde en sous muqueux. Si la sonde n'apparaît pas dans la bouche et progresse difficilement, il faut la retirer sans délai.

Soins et surveillance

- La vérification de bonne position de la sonde doit être effectuée à chaque prise de service. Elle fait partie de la prise en charge du patient.
- La quantité et la qualité du liquide doivent être relevés au moins une fois par service, voire plus souvent selon la prescription et les écoulements.
- L'aspiration douce (en général -20cm H2O) doit faire l'objet d'une prescription.
- Le lien de fixation doit faire l'objet d'un remplacement au moins une fois toutes les 24 heures et plus si elle est souillée.
- Les soins et la surveillance du point d'entrée de la sonde doivent être réguliers afin d'éviter l'apparition d'escarres et de points de pression.

Trucs et astuces

- Demander au patient de respirer fort par le nez avant de poser la sonde. On peut ainsi vérifier la perméabilité de la voie nasale.
- Vérifier les antécédents du patient et demander s'il présente une particularité au niveau de son nez (une déviation de la cloison par exemple). Si la cloison présente une déviation, préférer la narine opposée à cette déviation pour introduire la sonde.
- La sonde présente souvent un sens de courbure. Une fois que vous avez progressé de 10 cm et avant de passer vers l'œsophage, tournez cette sonde de 180° afin de l'orienter vers l'œsophage. Cette technique augmente les chances de succès. Prudence avec les sondes rigides de ne pas léser la muqueuse nasale.
- Si le patient ne comprend pas comment avaler la sonde, lui proposer de boire une gorgée d'eau et pousser la sonde à ce moment précis. Attention, cette pratique est à proscrire si le patient présente des troubles de la conscience ou de la déglutition.
- Lorsque la prise d'air est ouverte pour une aspiration douce, utiliser la seringue de 50 ml à laquelle vous aurez retiré le piston pour l'adapter sur la prise d'air. Attacher ensuite cette seringue sur un porte perfusion à l'aide d'une bande. De cette façon, on évite les écoulements accidentels de liquide gastrique dans le lit.
- Si vous n'avez pas de stéthoscope sous la main pour vérifier la position de la sonde, vous pouvez simplement poser la main sur l'estomac en appliquant une très légère pression. Vous pourrez ainsi ressentir les vibrations provoquées par l'injection de l'air.

- Préférer placer le sac de recueil sur le côté du patient plutôt qu'au dessus de la tête. D'une part, cela permet une surveillance plus facile, d'autre part la sonde n'ira pas tirer vers le haut en sortant de la narine.
- Chez le patient intubé, surgonfler légèrement le ballonnet de la sonde, le temps de la pose afin d'éviter de passer dans la trachée. Attention il faut impérativement dégonfler à nouveau le ballonnet ensuite.

Vincent ELMER - HAERRIG
Rédacteur Infirmiers.com

Références bibliographiques

- Christophe Prudhomme, **L'infirmière et les Urgences**, Maloine 2003.
- Gabriel Perlemuter, Rosine Guimbaud, **Soins Infirmiers aux Personnes Atteintes d'Affections Digestives**, Masson 1996.

A lire aussi

- [Fiche technique - Pose de sonde naso-gastrique \(SNG\)](#)