



Klinikeindruck/Stempel



Thieme Compliance

ITh 13 FR

proCompliance

Gastrostomie endoscopique percutanée/ jéjunostomie

Perkutane endoskopische Gastrostomie/Jejunostomie

Insertion d'une sonde d'alimentation dans l'estomac/l'intestin grêle via la paroi abdominale, éventuellement extension/changement/retrait de la sonde

Einlegen einer Ernährungssonde durch die Bauchwand in den Magen/Dünndarm, ggf. Verlängerung/Wechsel/Entfernung der Sonde

Patientendaten/Aufkleber

Intervention prévue:

Vorgesehener Eingriff:

- Pose d'une sonde d'alimentation**
Einlegen einer Ernährungssonde
 - GPE (sonde d'alimentation dans l'estomac)**
PEG (Ernährungssonde in den Magen)
 - JPE (sonde d'alimentation dans l'intestin grêle)**
PEJ (Ernährungssonde in den Dünndarm)
 - Sonde d'écoulement GPE en cas d'obstruction**
PEG-Ablaufsonde bei Passagebehinderung
- Changement de sonde**
Wechsel der Sonde
- Retrait de la sonde**
Entfernung der Sonde

Chère patiente, cher patient, chers parents,

La pose (ou le changement/le retrait) d'une sonde d'alimentation vous a été recommandée. Ce formulaire vous prépare à l'entretien explicatif avec votre médecin et apporte un éclairage sur les points essentiels. Veuillez le lire attentivement dans son intégralité et répondre consciencieusement aux questions.

Pourquoi l'intervention est-elle nécessaire?

Étant donné que l'apport naturel en liquide et en aliments n'est pas ou seulement partiellement possible ou que le liquide gastrique de l'estomac ne peut plus être transporté dans l'intestin grêle, il est nécessaire de poser (ou changer) une sonde d'alimentation/d'écoulement par la paroi abdominale.

Comment l'intervention est-elle réalisée?

Un instrument optique flexible (l'endoscope) est inséré par la cavité buccale dans l'œsophage et l'estomac, le cas

échéant il parvient jusque dans l'intestin grêle (Ill. 1). En cas de besoin ou sur demande, un tranquillisant doux (sédation) vous est administré, ainsi qu'un anti-douleurs (analgésique) le cas échéant. Une anesthésie courte est également possible. Dans ce cas, une anesthésie locale du pharynx est également pratiquée. Votre médecin discutera avec vous des procédures prévues dans votre cas, des consignes à respecter ainsi que des risques qui y sont éventuellement liés.

Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de limiter votre liberté de mouvement pendant une courte durée (par ex. fixation des mains) pour ne pas vous blesser.

Pose d'une sonde d'alimentation

L'appareil digestif est rempli d'air via l'endoscope afin de déplier ce dernier et de définir l'endroit adapté pour l'insertion de la sonde d'alimentation. Après avoir effectué une anesthésie locale de la paroi abdominale de l'extérieur, le médecin ponctionne la paroi abdominale et stomacale (GPE), le cas échéant l'intestin grêle (JPE), à l'aide d'une aiguille sous contrôle endoscopique.

Dans le cadre d'une **méthode de passage de fil-guide**, le médecin fait glisser un fil-guide de l'extérieur dans l'estomac ou l'intestin grêle. À l'aide d'une petite pince insérée avec l'endoscope, le fil-guide est capturé de l'intérieur et (avec l'endoscope) il est extrait par l'œsophage et la bouche. En tirant la sonde fixée sur le fil-guide par l'extrémité située à l'extérieur de la paroi abdominale, elle est tirée jusque dans l'appareil digestif où elle y ancrée.

Dans le cadre de la **technique de ponction directe**, la sonde d'alimentation est directement insérée de l'extérieur dans l'estomac par la paroi abdominale. Le contrôle du système est assuré par l'endoscope ou il est surveillé dans des cas exceptionnels par échographie ou radiographie.

En cas d'utilisation d'une **sonde GPE-Jet**, on place tout d'abord une sonde GPE. Puis, une autre sonde est insérée à travers cette sonde, laquelle est déplacée à l'aide de l'endoscope depuis l'estomac, en passant par l'intestin grêle supérieur, jusqu'au plus profond possible de l'intestin grêle.

Changement d'une sonde d'alimentation

Si nécessaire, la sonde peut être changée au moyen de l'endoscope ou remplacée par une sonde bouton fixée à la paroi abdominale à l'aide d'un support ressemblant à un bouton.

Retrait d'une sonde d'alimentation

Si la sonde doit être retirée, on procède en règle générale au retrait dans le cadre d'une gastroscopie. Dans certains cas, il est possible de retirer la sonde simplement en l'extrayant par la paroi abdominale. Elle peut également s'éliminer naturellement une fois séparée de la plaque de support interne par l'anus. Les points de ponction sur la région de la paroi abdominale et de l'appareil digestif guérissent souvent complètement en peu de temps.

Existe-t-il des méthodes alternatives?

En guise d'alternative aux méthodes décrites ici, une sonde d'alimentation peut être posée dans le cadre d'une intervention chirurgicale **par incision abdominale ou laparoscopie**. Cette méthode nécessite toutefois une anesthésie générale et comporte de plus grands risques (par exemple des

hémorragies plus fortes, une lésion des organes voisins) et une phase de guérison/de rétablissement plus longue. Dans certains cas, il est possible d'assurer l'alimentation à l'aide d'un **tube gastrique** pour des périodes plus courtes. Si un apport suffisant en eau et en aliments n'est pas possible par l'intestin, il est en outre possible de procéder à une **administration via le système sanguin**.

Si le liquide gastrique ne peut plus être transporté dans l'intestin grêle, on a recours à des alternatives possibles à la pose d'une sonde d'écoulement consistant à insérer des petits tuyaux métalliques par voie endoscopique ou en procédant à une intervention chirurgicale.

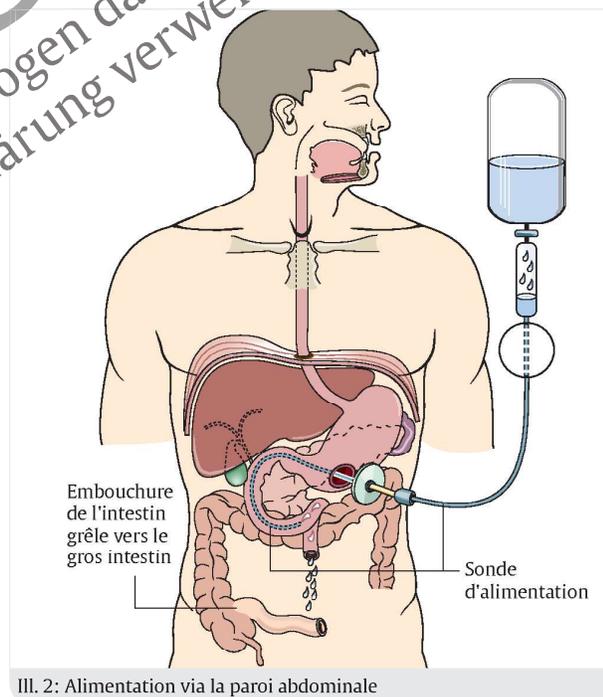
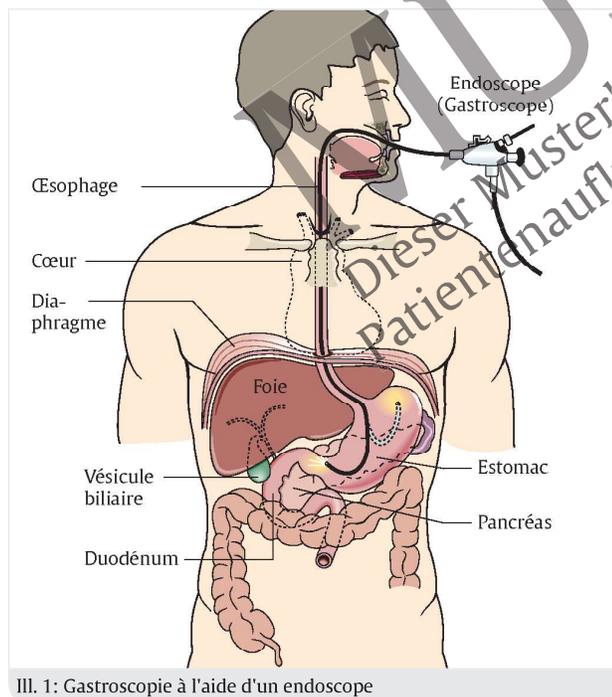
Votre médecin vous conseille de procéder à la pose endoscopique d'une sonde d'alimentation/d'écoulement car elle représente la méthode la moins agressive selon l'évaluation de tous les résultats jusqu'à présent obtenus. Il vous donnera de plus amples informations sur sa recommandation au cours de l'entretien d'information.

Existe-t-il des risques/complications?

Malgré tout le soin apporté, des complications peuvent survenir, lesquelles peuvent se révéler mortelles dans certains cas, et nécessiter d'autres mesures de traitement/opérations. Les indications de fréquence sont une estimation générale et doivent aider à estimer les risques. Elles ne correspondent pas aux définitions d'effets secondaires qui se trouvent dans les notices de médicaments. Les antécédents et les particularités individuelles peuvent influencer considérablement les fréquences des complications.

Risques généraux

- Occasionnellement peuvent survenir des **lésions de la paroi de l'appareil digestif, des organes internes** (par ex. foie, gros intestin) ou du **larynx** et de la **trachée** dues à l'endoscope, aux instruments complémentaires (par ex. aiguille de ponction), à l'air insufflé ou à la sonde d'alimentation. Des **douleurs, troubles de la déglutition, légères hémorragies et un léger enrouement** peuvent s'ensuivre. Le plus souvent, elles ne nécessitent pas de traitement et disparaissent ou s'arrêtent d'elles-mêmes.



mes. Occasionnellement, une **perforation** peut survenir. Elle nécessite en général une intervention de médecine intensive et/ou chirurgicale immédiate, et le cas échéant une entérotomie. Si des bactéries sortent du thorax ou de la cavité abdominale, une **inflammation du médiastin**, de la **plèvre** ou du **péritoine** (péritonite) et/ou du péricarde peut survenir, laquelle se traite en général facilement par antibiotique.

- **Hémorragies** occasionnelles dues à la ponction ou dans le cadre de l'observation endoscopique. Elles s'arrêtent le plus souvent d'elles-mêmes et peuvent être traitées par l'injection de médicaments hémostatiques via l'endoscope. Dans des cas très rares, de **fortes hémorragies** nécessitant une **transfusion de sang de donneur/composés de sang** et/ou une **opération** peuvent survenir. Si le recours à une transfusion de sang étranger est sérieusement envisagé, vous serez informé(e) de manière séparée sur sa réalisation mais également sur les mesures d'économie de sang étranger (par ex. don de sang autologue, fluidification du sang, récupération de ses propres globules rouges du sang) ainsi que sur les avantages et les inconvénients, les différentes contraintes et les risques (par ex. réactions d'intolérance, infections). De nos jours, le risque de transmission d'une hépatite ou d'une infection au VIH (SIDA) à travers les conserves de sang étranger est extrêmement faible. Après une transfusion, il peut être constaté après un examen de contrôle qu'une telle infection est survenue contre toute attente.
- Une **allergie/hypersensibilité** (par ex. au latex, aux médicaments, aux anesthésiants/anesthésiques, désinfectants) peut entraîner un choc circulatoire aigu nécessitant un traitement médical intensif. Les séquelles graves, éventuellement permanentes (par exemple défaillance organique, lésion cérébrale, paralysies), sont très rares.
- La salive ou le suc gastrique peuvent parvenir jusque dans la trachée, **altérer la respiration** et entraîner une **pneumonie**. La surveillance pendant mais également après l'intervention par le médecin et ses assistants réduit néanmoins nettement ce danger; des mesures de traitement (par exemple aspiration de liquide et de salive) devenant éventuellement nécessaires peuvent alors être prises immédiatement. L'administration d'antibiotiques peut également devenir nécessaire. Les antibiotiques sont en général bien supportés, mais peuvent cependant générer des effets secondaires (par ex. diarrhée).
- Rarement des **infections** entraînant de la **fièvre** (se traitant bien par antibiotiques), très rarement une inflammation de la muqueuse intestinale ou des diverticules; très rarement une **propagation de germes** dans le circuit sanguin (bactériémie) voire une **septicémie** ou une **inflammation de l'endocarde** (endocardite) ou d'autres infections graves, nécessitant un traitement en médecine intensive.
- Rarement des **lésions de la dentition**, en particulier en cas de dents déchaussées, qui nécessitent un traitement dentaire;
- Les **lésions de la peau/des tissus/des nerfs** dues au positionnement et aux mesures d'accompagnement de l'intervention (par exemple injections, désinfections, laser, courant électrique) sont rares. Séquelles possibles, éventuellement permanentes: douleurs, inflammations, nécroses tissulaires, cicatrices ainsi que troubles de la

sensation, troubles fonctionnels, paralysies (par exemple des membres).

- Les médicaments de sédation/anesthésie courte ou pour soulager la douleur peuvent provoquer des troubles respiratoires et une chute de la tension artérielle dans de rares cas; en règle générale, ces effets peuvent être soignés par la prise d'oxygène, de médicaments et de liquides. De par leur action, les médicaments peuvent involontairement faire passer un patient sous narcose en sommeil profond, et causer un évanouissement, un arrêt respiratoire et une défaillance cardio-vasculaire. Dans ce cas, le patient doit immédiatement être mis sous respiration artificielle et un traitement de médecine intensive doit être mis en place.

Troubles possibles provoqués par la pose d'une sonde d'alimentation

- Si de l'air est resté dans la cavité abdominale (pneumopéritoine), des **douleurs** peuvent survenir dans les épaules, dans la zone abdominale et la gorge mais disparaissent d'elles-mêmes après quelques heures, rarement après quelques jours.
- Au début de l'alimentation effectuée via la sonde, des troubles de base tels que la **diarrhée** ou la **constipation** peuvent parfois survenir. Dans la plupart des cas, ces symptômes diminuent d'eux-mêmes ou l'apport en aliments doit être ajusté en conséquence.
- Fréquemment, de **légères inflammations** de la peau abdominale dans la région où se trouve la sonde d'alimentation peuvent apparaître. Des suintements, des sensations de brûlure ou des douleurs peuvent survenir. En règle générale, il est toutefois possible de bien les traiter par des mesures de thérapeutiques locales ou par des antibiotiques.
- Occasionnellement peut survenir une **infection du péritoine** pouvant entraîner une **paralysie intestinale** voire une **obturation intestinale** (iléus). Il est toutefois rare d'observer l'apparition d'une **inflammation générale** provoquée par le déplacement de germes (bactériémie) jusqu'à un **empoisonnement du sang** (septicémie) ou une **inflammation de l'endocarde** (endocardite). L'administration d'antibiotiques permet d'éviter ces inflammations ou de les traiter avec succès.
- Dans de rares cas, des soins inadaptés ou la fatigue des matériaux peuvent donner lieu à une **séparation de la sonde d'alimentation**. Elle est évacuée dans la plupart des cas d'elle-même par les voies naturelles dans les selles. **Si la sonde se déplace** dans la cavité abdominale, une intervention chirurgicale peut être nécessaire en vue de la retirer. **Si la sonde glisse vers l'extérieur** de manière inaperçue, l'incision effectuée dans la paroi abdominale peut se fermer si vite qu'il est nécessaire d'insérer une nouvelle sonde de manière endoscopique ou chirurgicale. Avec une sonde GPE-Jet, la section latérale intestinale peut rentrer dans l'estomac, se tourner, se plier et nécessiter une nouvelle pose ou un remplacement.
- Dans de rares cas, la sonde peut être **obturée**. L'infirmière/infirmier en nutrition responsable ou le médecin peut généralement rétablir la perméabilité à l'aide d'une méthode simple.
- Dans de rares cas, le contenu de l'estomac peut parvenir jusque dans l'œsophage (reflux) et/ou la trachée et les poumons (aspiration) et être à l'origine d'**aigreurs** et de **vomissements** et/ou d'une grave **infection pulmonaire** (pneumonie).

Troubles possibles provoqués par le retrait d'une sonde d'alimentation

- Si la sonde n'est pas retirée à l'aide d'un endoscope, une **occlusion intestinale** peut survenir dans de très rares cas. Le point de ponction peut s'**inflammer** et/ou des sécrétions ou aliments peuvent sortir par l'ouverture si la plaie ne se referme pas correctement spontanément. Une traitement chirurgical est nécessaire dans de très rares cas.

Votre médecin vous fournira des explications plus précises lors d'un entretien sur les risques et complications possibles dans votre cas particulier.

Au cours de l'entretien d'information, vous pouvez poser des questions sur tout ce qui vous semble important ou pas clair.

Perspectives de réussite

La sonde permet de garantir un apport de tous les éléments nutritifs nécessaires (glucides, lipides, protéines, vitamines, sels minéraux) et de liquides. Néanmoins, la réussite l'intervention ne peut être garantie. En règle générale, la sonde peut rester posée des mois, voire des années sans aucun problème.

Dans de rares cas et malgré l'expérience et le grand soin apporté par le médecin, des particularités corporelles (par exemple des rétrécissements de l'œsophage) ou des problèmes techniques (par exemple des défauts de l'endoscope) peuvent empêcher la pose (ou le changement/le retrait) de la sonde. Dans de tels cas, l'intervention doit être répétée ou il est nécessaire d'avoir recours à une méthode alternative.

À quoi faut-il veiller?

Veillez respecter les indications de votre médecin!

Avant l'intervention

Veillez indiquer à votre médecin tous les médicaments pris (également ceux à base de plantes et vendus sans ordonnance) – notamment les anticoagulants (par ex. Aspirine®, Héparine, Marcoumar®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa® etc.). Les médicaments ne doivent être pris ou interrompus qu'en accord avec le médecin.

Veillez présenter les documents comme par ex. attestations/carnets (allergie, Marcoumar®, implants, etc.), les résultats et images pertinents, si vous les possédez.

Afin de pouvoir effectuer la pose de la sonde d'alimentation de manière correcte, l'appareil digestif supérieur doit être exempt de restes alimentaires. En ce qui concerne la nourriture, les boissons, le tabac, veuillez respecter scrupuleusement les indications de votre médecin. Sauf indication contraire, vous ne devez absorber ni boisson ni aliment au moins six heures avant l'intervention.

La paroi abdominale est désinfectée avant l'intervention. Chez les patients masculins ayant une forte pilosité dans la région abdominale, on procède à un rasage local.

Après l'intervention

Après une narcose courte/une sédation ou la prise de calmants/antidouleurs, vous serez placé sous surveillance jusqu'à ce que vous soyez assez éveillé et que le fonctionnement de vos organes soit à nouveau normal et stable. Il est normal que la sensation de sommeil et de fatigue persiste un certain temps ensuite.

Si le pharynx a été anesthésié, si un calmant/antidouleur vous a été administré ou si le traitement a été réalisé sous anesthésie courte/sédation, vous ne devez **pas manger ni boire pendant au minimum 1 heure**, sauf indication contraire du médecin. Votre médecin vous indiquera quand vous pourrez manger et prendre des médicaments et à quoi vous devrez veiller. **Veillez respecter les recommandations** du médecin traitant ou de l'équipe de nutrition.

En cas d'**intervention en ambulatoire**, veillez à ce qu'une personne adulte vienne vous chercher. Demandez à votre médecin si vous devez suivre des consignes particulières et s'il est nécessaire qu'une personne vous surveille pendant un certain temps une fois chez vous. Si on vous a administré un calmant et/ou un antidouleur ou si l'examen/l'intervention s'est déroulé sous anesthésie courte/sédation, vous ne devez en général **pas participer activement à la circulation pendant 24 heures** (ni comme piéton, ni comme conducteur d'un véhicule motorisé ou d'un deux-roues), ni prendre de décisions importantes ou exercer d'activité dangereuse (par exemple sur des machines dangereuses, des travaux sans fixation stable), boire de l'alcool ou encore fumer. Votre médecin traitant vous donnera des recommandations plus précises quant à votre capacité à participer à la circulation routière et d'autres instructions de comportement.

Si des **douleurs** et d'**autres symptômes** (par exemple vertiges, nausée, hématurie, forte transpiration, fièvre) surviennent, informez-en **immédiatement** votre médecin traitant, les services d'urgence de la clinique ou votre médecin de famille.

Tant que la sonde d'alimentation est présente, vous serez accompagné par l'**équipe de nutrition**. Vous et/ou le médecin qui vous prendra en charge serez informés des **rendez-vous de contrôle réguliers**.

Questions importantes

Wichtige Fragen

Afin que votre médecin puisse reconnaître à temps les sources de dangers, merci de répondre aux questions suivantes:

Damit Ihr Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen kann, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Age: _____ ans • Taille: _____ cm • Poids: _____ kg

Sexe: _____

Alter: _____ Jahre • Größe: _____ cm • Gewicht: _____ kg

Geschlecht: _____

n = non (nein)/o = oui (ja)

1. Des **médicaments** (par ex. anticoagulants [par n o ex. Marcoumar®, Aspirine®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, héparine], antidouleurs, médicaments cardiovasculaires, préparations hormonales, somnifères ou tranquillisants, antidiabétiques [en particulier ceux contenant de la metformine]) sont-ils pris régulièrement ou actuellement?

Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcoumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika [v.a. metforminhaltige])?

Si oui, merci de préciser. Wenn ja, welche? _____