

ASPIRATION GASTRIQUE

I/ Cadre législatif

CSP, article R. 4311- 7, n° 14

II/ Buts

- préventif : éviter l'inhalation accidentelle du contenu gastrique chez un patient à vigilance réduite (syndrome de Mendelson) / absence de péristaltisme, donc flatuosités et stase de liquide gastrique (vomissements, tension le long de l'incision avec risque de lâchage des sutures)
- thérapeutique : vider l'estomac de son contenu (air ou liquide) pour assurer sa vacuité et la mise au repos du tube digestif / assurer la décompression de l'estomac et de l'intestin / traiter les états occlusifs / traiter les foyers hémorragique avec une sonde de Blackemore
- diagnostic : prélever le contenu gastrique pour faire une analyse (tubage gastrique) / mesurer le pH gastrique

III/ Matériel

a. Sonde d'aspiration

- la **sonde de Salem**
- la **sonde naso- entérique** : sonde lestée plus longue qui « descend » jusqu'aux intestins ; pose identique à la sonde gastrique ; fixée au front par une boucle large : la sonde continue de progresser ; contrôle radiologique

b. Manomètre à dépression

- Lecture du niveau de dépression ; marche / arrêt ; réglage du niveau de dépression (de - 200 à 0) ; filtre pour éviter que les liquides aspirés ne bouchent l'aspiration murale.
- Les unités de dépression = **MILLIBAR** (mbar) ou **CM D'EAU** (cm H₂O).
- Facteurs de conversion : 100 mbar = +/- 100 cm H₂O.
- *Aspiration douce* = 0 à - 100 mbar.
- *Aspiration forte* = - 100 à - 200 mbar.
- **Danger** = - 200 mbar.
- Le niveau de dépression est déterminé sur la **PM**. Celle ci ne doit jamais dépasser 40 cm H₂O (pour éviter l'effet ventouse sur la paroi, responsable d'ulcération de la muqueuse allant jusqu'à l'hémorragie).

c. Bocal d'aspiration

- à usage unique
- réutilisable

IV/ Technique de mise en route de l'aspiration digestive

- **aspiration par gravité ou syphonnage** : adapter la sonde au bocal de recueil sans aspiration ou à une poche de recueil ; la prise d'air doit être **fermée** (pour éviter que le liquide inonde le lit)
- **aspiration par dépression** : régler le niveau de dépression ; vérifier que le liquide arrive au bocal ; la prise d'air doit être **ouverte** (pour éviter le vide dans l'estomac, ce qui fait collaber les parois) ; fixer la sonde sur l'épaule pour éviter toute traction

V/ Surveillance de l'aspiration digestive

- surveillance de *l'abord digestif*
- surveillance de *l'efficacité du drainage*
- surveillance *clinique* : appliquer la PM de **COMPENSATION GASTRIQUE** des pertes hydro- électrolytiques ; calculer le bilan des entrées- sorties des 24h ; dépister les signes de **DÉHYDRATATION** ; repérer les signes d'**HYPOKALIÉMIE** (crampes musculaires) ; surveiller la reprise du transit ;
...
- surveillance *biologique* : ionogramme sur **PM** (risques d'hypokaliémie, d'hyponatrémie, d'hypernatrémie) et autres examens

VI/ Incidents et accidents de l'aspiration digestive

Incidents =

- occlusion de la sonde par des sécrétions
- occlusion de la partie distale de la sonde par la muqueuse digestive
- sonde collabée par une dépression trop forte ou un tuyau défectueux

Accidents =

- hémorragie haute (si dépression trop forte)
- hypokaliémie (fuite de potassium dans le liquide gastrique ; bilan négatif = sorties > entrées)
- déshydratation (erreurs dans les calculs, bilan négatif = sorties > entrées)
- hypovolémie (erreurs dans les calculs, apports liquidiens trop importants en peu de temps)

VII/ Ablation de la sonde gastrique

Ce fait sur **PM** ; en 3 temps :

- arrêt de l'aspiration et drainage par déclivité : surveiller le recueil et la tolérance ; **si** intolérance = reprise de l'aspiration
- arrêt du syphonnage
- ablation de la sonde