

C H U | U V C
B R U G M A N N

Syndrome de Buried Bumper

Comment l'éviter

Syndrome de Buried Bumper

English (detected) ↕ French

Automatic Glossary

buried bumper syndrome

le syndrome du pare-chocs enterré

Alternatives:

- syndrome du pare-chocs enterré
- le syndrome du pare-chocs enfoui

🔊 🔈 ↶ ↷

👍 👎 📄 🔗

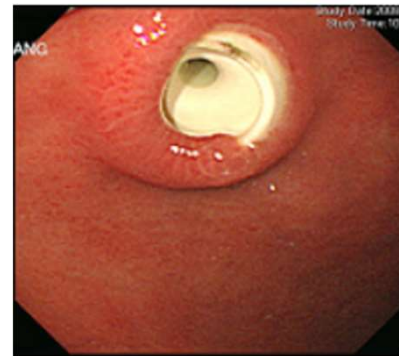


Source: Jeep.com

1. Définition

1.A Syndrome de Buried Bumper (SBB)

Est une complication rare de la gastrostomie percutanée. Elle consiste en une migration progressive de la collerette interne du tube de la gastrostomie dans la muqueuse gastrique. La paroi interne de l'estomac commence à se développer autour et au-dessus de la collerette interne

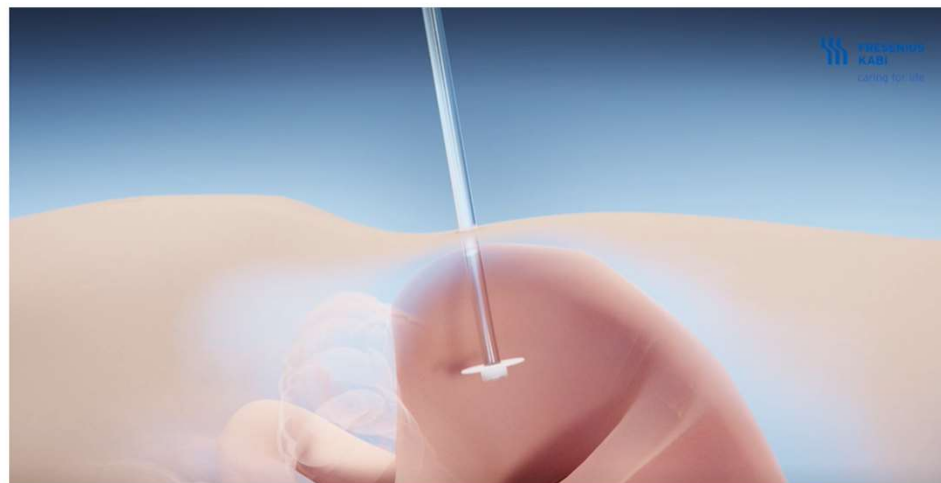
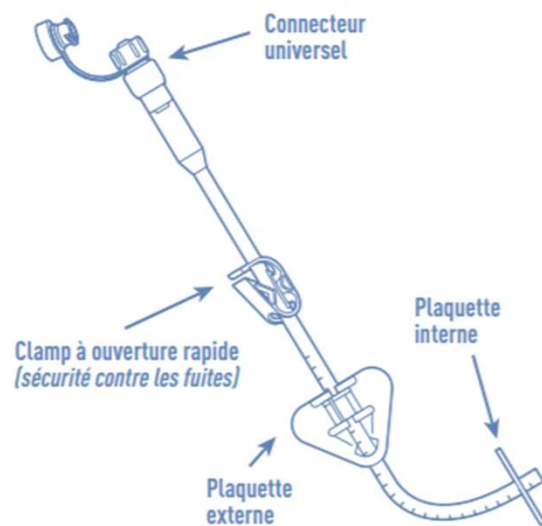


Syndrome d'enfouissement de la collerette interne

Clinical gastroenterology and hepatology
Published: March 20,
2020 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.03.041>

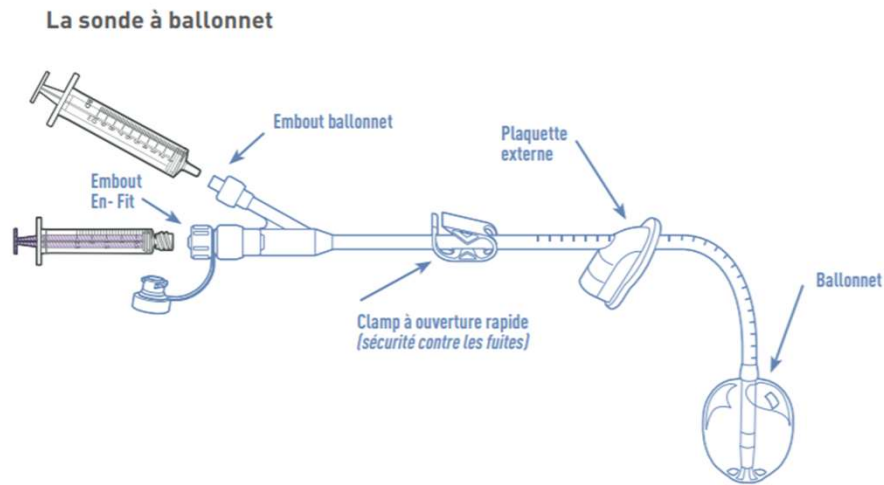
1.B La Gastrostomie Endoscopique Percutanée

La gastrostomie endoscopique percutanée (GEP) est une méthode d'alimentation largement utilisée pour les patients souffrant d'une insuffisance de l'apport oral à long terme.



Syndrome de Buried Bumper

Sonde de gastrostomie percutanée



Echec du passage de la collerette interne dans l'œsophage: cancer ORL et sténose œsophagienne:

Risque de métastase du site de ponction de gastrostomie – plusieurs Hypothèses physiopathologiques, mais le plus vraisemblable = greffe directe de cellules via la collerette interne

Photo: Dr Ngassa Michel CHU-Brugmann



Le risque de SBB avec fixation par ballonnet est plus faible mais non nul

2. Incidence

- Une étude menée au Royaume-Uni a révélé que l'incidence du BBS se situe entre 4,8 % et 5,8 %. Toutefois, cette étude était limitée à une région spécifique du Royaume-Uni (Dowman et al, 2014).



- Aux États-Unis, l'incidence du BBS est estimée à 1 à 2 % (Cyrany et al, 2016 ; Huynh et al, 2020).

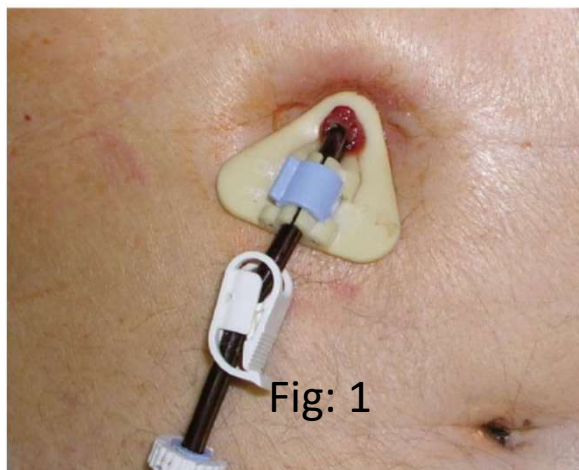


- En Belgique, à l' hôpital Erasme une publication de 2010 constate que 879 patients ont bénéficié d'une gastrostomie percutanée endoscopique (2002-2009) dont 8 ont présenté un enfouissement de la collerette lors de leur suivi (8/879 ; 0,9 %).



3.Causes

- La compression excessive des tissus entre le dispositif de fixation externe et interne de la sonde de gastrostomie est considérée comme le principal facteur étiologique conduisant au SBB. (Fig 1)
- Patients qui tirent excessivement sur l'extérieur de leur tube peuvent provoquer un SBB (Malhi et Thompson, 2014). Patients agités.
- Des soins quotidiens inadéquats du PEG augmentent le risque de SBB.
- La rigidité du matériel et l'abrasivité peuvent contribuer au SBB. Une petite surface de contact, des bords tranchants et une forme conique présentent un risque de SBB.



4. Signes et Symptomes

Les signes et les symptômes du SBB sont les suivants:

- Incapacité d'avancer la sonde dans le tube de la stomie (avec ou sans capacité de rotation de la sonde)
- Perte partielle ou totale de perméabilité
- Fuite des liquides administrés et/ou du contenu gastrique
- Érythème
- Infection localisée
- Douleur
- Collerette interne (disque) est palpable.



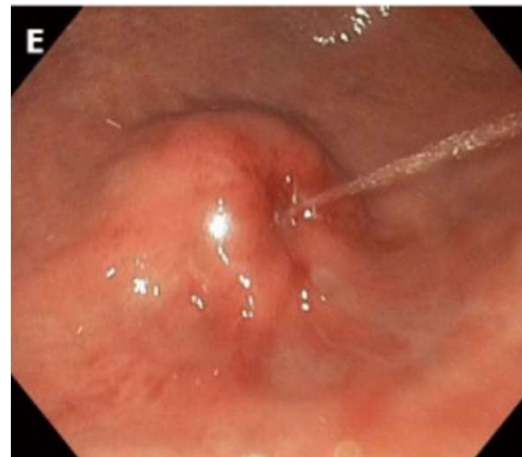
Article in Die Chirurgie · February 2015 DOI: 10.1007/s00104-014-2973-x · Source: PubMed



Ramdass et Mann (2013) constatent que la reconnaissance du SBB peut être retardée chez les patients souffrant de troubles de la sensibilité ou de troubles cognitifs.

5. Soins

- Il faut tout d'abord gérer les symptômes de la SBB, tels que l'augmentation de l'exsudat, à l'aide de pansements et de traitements topiques appropriés, surveiller les signes d'infection et soulager la douleur si nécessaire.
- Une orientation urgente vers une gastroscopie est indiquée dans tous les cas où l'on soupçonne la présence d'un SBB (Bennell, 2018 ; Huynh et al, 2020).
- En l'absence de traitement, d'autres complications entraînant des conséquences graves pour le patient peuvent survenir à la suite d'un SBB, notamment une hémorragie gastro-intestinale, une perforation, une péritonite, un abcès de la paroi abdominale et une infection.



6. Traitement

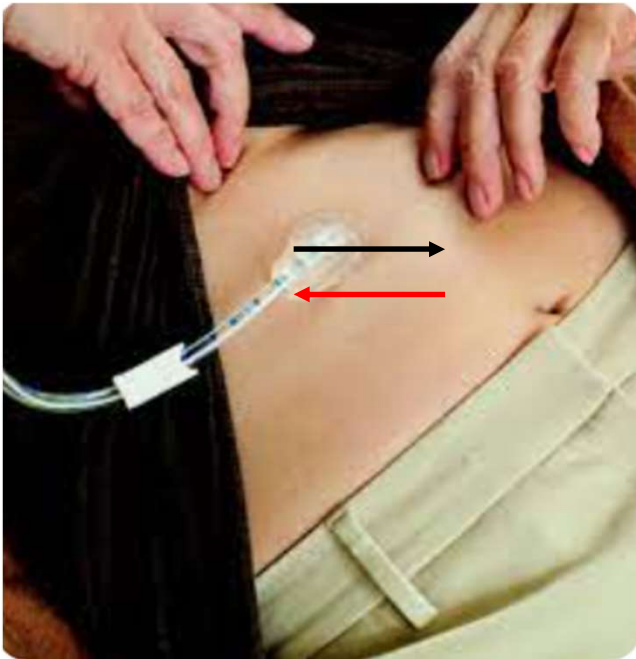
La résolution du traitement est basée sur la profondeur de la migration interne de la collerette.

- Traitement endoscopique : modalité préférée pour les cas simples car elle présente une morbidité et une mortalité moindres.
- L'intervention chirurgicale est efficace mais souvent invasive, c'est pourquoi une laparotomie exploratrice ne doit être envisagée qu'en cas de fistules gastro-péritonéales, de péritonite ou de sepsis sévère.



7. Prevention

Après la mise en place GEP (J2), pour éviter le SBB, le dispositif de fixation externe de la GPE doit être défait et la tubulure GPE doit être avancée mais également poussée dans le tube de la stomie de plusieurs centimètres. Ensuite, la tubulure doit être ramenée doucement à sa position initiale et le dispositif de fixation externe doit être fixé.



Mouvements de in/out tous les jours

7. Prévention

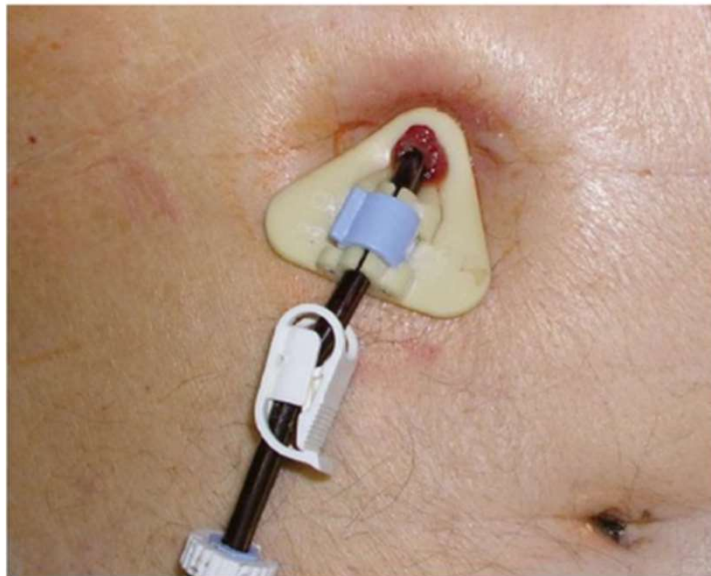
Les nouvelles sondes d'alimentation sont dotées de marqueurs centimétriques et, lorsqu'ils sont encore visibles, ils peuvent servir de guide pour savoir où la sonde est correctement positionnée.



La distance à respecter entre l'abdomen du patient et le dispositif de fixation externe varie au niveau de la littérature. Elle est généralement de l'ordre de **0,5 à 1 cm**.
(Bapen, 2012 ; Cyrany et al, 2016 ; Huynh et al, 2020)

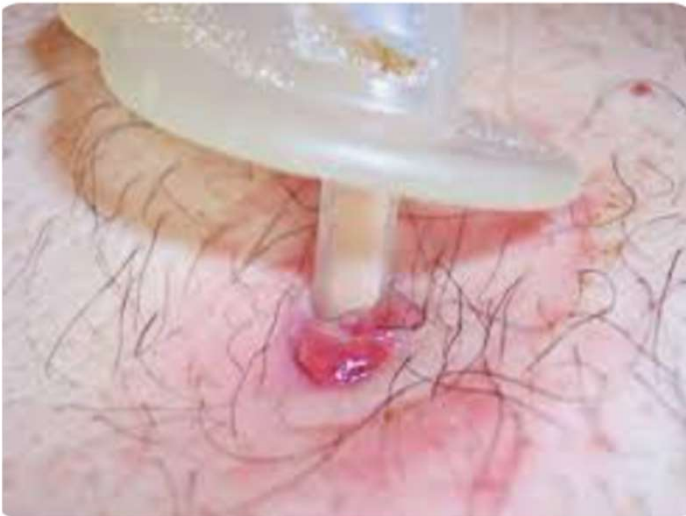
7. Prévention

Une certaine flexibilité est nécessaire pour permettre au patient de s'asseoir et de se coucher. Si le dispositif de fixation externe est trop serré, une infection, une ischémie des tissus et une nécrose peuvent se produire.



7. Prévention

Inversement, si l'appareil de fixation externe est trop lâche, il peut en résulter une fuite du contenu gastrique, ce qui peut provoquer une irritation et une infection potentielle du site de la stomie. Une granulation excessive des tissus autour du site de la stomie peut également se produire, entraînant des saignements localisés, des exsudats et des douleurs.



7. Prévention

Une observation quotidienne par le patient lui-même, sa famille ou les soignants est essentielle pour surveiller le site de la stomie et identifier tout problème. La prise de poids, par exemple, peut augmenter la taille de la stomie, ce qui nécessite une surveillance régulière de l'appareil de fixation externe et un ajustement en conséquence.



7. Prévention

L'information et la formation appropriées doivent être fournies





Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

Nutrition clinique et métabolisme 25 (2011) 190–195

NUTRITION CLINIQUE
 et **MÉTABOLISME**

Pratiques en nutrition

Complications des gastrostomies percutanées (hors complications immédiates)[☆]

Complications of percutaneous gastrostomies (immediate complications excepted)

Kamel Arab^a, André Petit^{b,*}

^a Gastroentérologie et nutrition clinique, pôle digestif, hôpital de l'Archet-2, 06202 Nice cedex 03, France

^b Unité nutrition-radiologie interventionnelle, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

Reçu le 24 juin 2011 ; accepté le 27 juin 2011

192

K. Arab, A. Petit / *Nutrition clinique et métabolisme* 25 (2011) 190–195

Tableau 1

Complications des gastrostomies percutanées : types, causes, moyens de prévention et propositions de traitement.

Complications	Causes	Prévention	Traitement
Enfouissement de la collerette interne (<i>buried bumper syndrome</i>)	Traction excessive Recouvrement par prolifération de la muqueuse gastrique Collerette rigide Prise pondérale	Vérification régulière du dispositif Mobilisation de la sonde, une fois par semaine, de dehors en dedans et en rotation Surveillance pondérale	Retrait de la sonde Pose d'une nouvelle sonde si nécessaire

