

## [Placement of a Minnesota Tube for Bleeding Varices - YouTube](#)

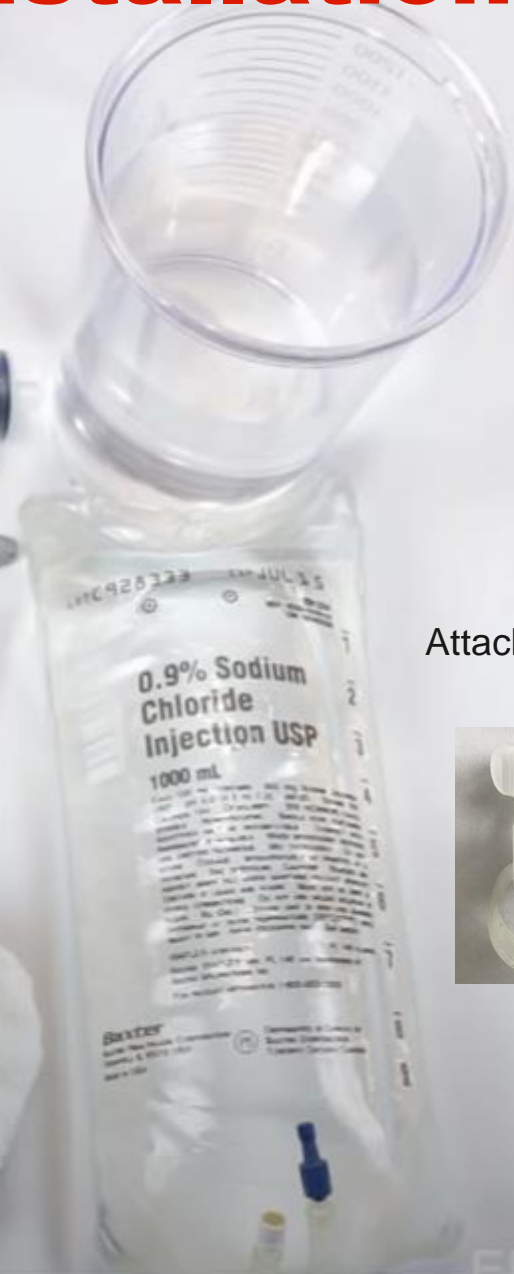
### **2<sup>e</sup> Ballonnet œsophagien (gonfler pour une pression de 35-40 mmHg)**

- Gonflement pour 24-48h maximum
- Surveillance q 30-60 min de la pression a/n du ballon œsophagien

### **1<sup>er</sup> Ballonnet gastrique (500 ml d'air)**

- Gonflement pour 48-72h maximum
- Lorsque l'estomac est complètement vidé de sang, mettre sous succion intermittente pour 12h puis réévaluer

# Matériel nécessaire à l'installation



Attache tube Hollister



# Étape Pré-installation

- 1- Installer un robinet 3 voies sur la sonde de tamponnement a/n de la lumière gastrique et œsophagienne.  
Le robinet doit être inséré coté femelle



- 2- Installer une seringue sur le robinet 3 voies



- 3- Plonger la sonde de tamponnement dans l'eau et gonfler les ballonnet avec 50 ml d'air afin d'en vérifier l'étanchéité. (il ne doit pas y avoir de bulle d'air qui s'en échappe)



- 4- Dégonfler complètement les ballonnets
- 5- Clamper avec une pince hémostatique chaque voies de ballonnets



- 6- Lubrifier le tube
- 7- Retirer les prothèses dentaires avant l'insertion

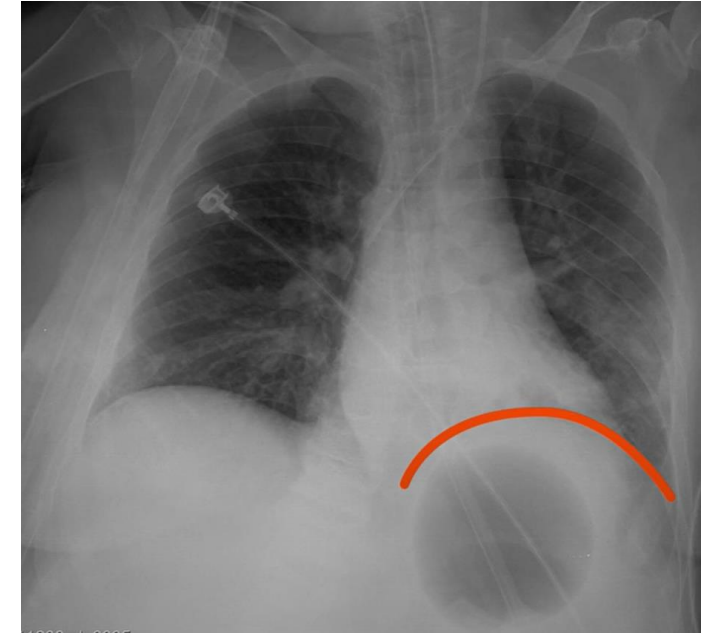
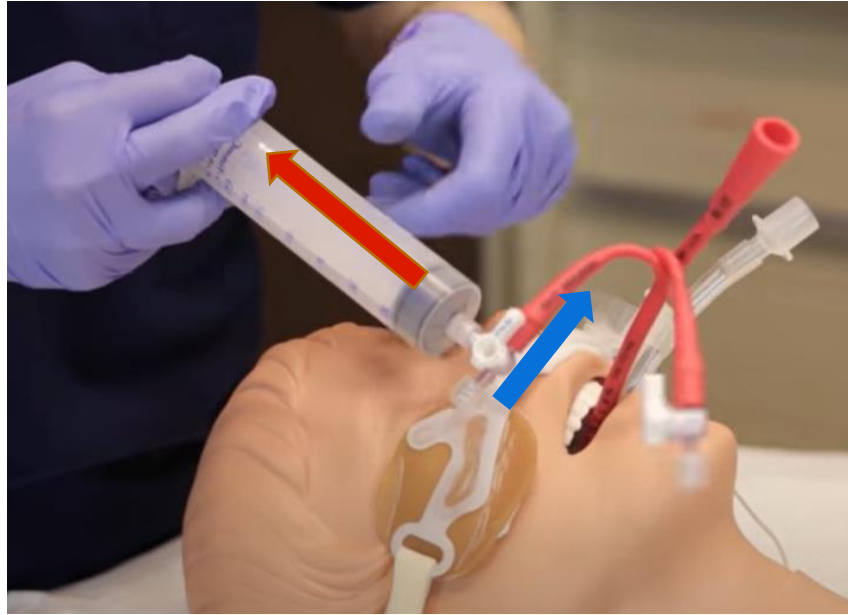
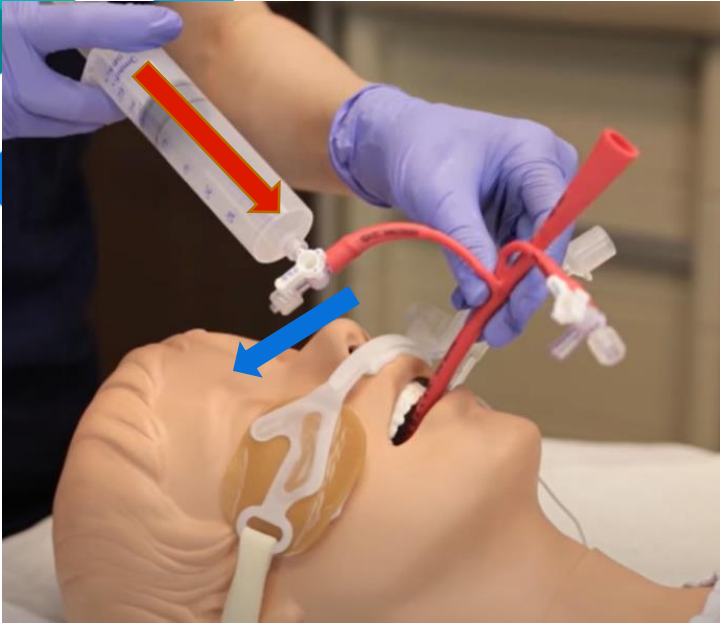
# Insertion du tube par le médecin



Jusqu'à 50 cm puis gonflement du Ballonnet gastrique avec 50 ml d'air



# Vérification du positionnement et gonflement du ballonnet gastrique



- 1- Le médecin gonfle le ballonnet gastrique dans l'estomac avec de l'air 50 ml
- 2- Vérification du positionnement avec radiographie abdominale
- 3- Lorsque positionnement est vérifié, le médecin poursuit le gonflement du ballonnet gastrique ad 500 ml
- 4- Lorsque le ballonnet Gastrique est gonflé, clampé avec une pince hémostatique
- 5- Faire une traction selon RX

## Selon RX médical

Aspirer la lumière gastrique / mettre sous succion intermittente de 60-120 mm Hg

1- Attacher un Kerlix sur la sonde de tamponnement.



2- Attacher l'autre extrémité du Kerlix sur un sac de soluté selon la traction prescrite (1kg = 1 litre).



3- Suspendre sur une tige de soluté.

**Faire une Traction, Méthode # 1**

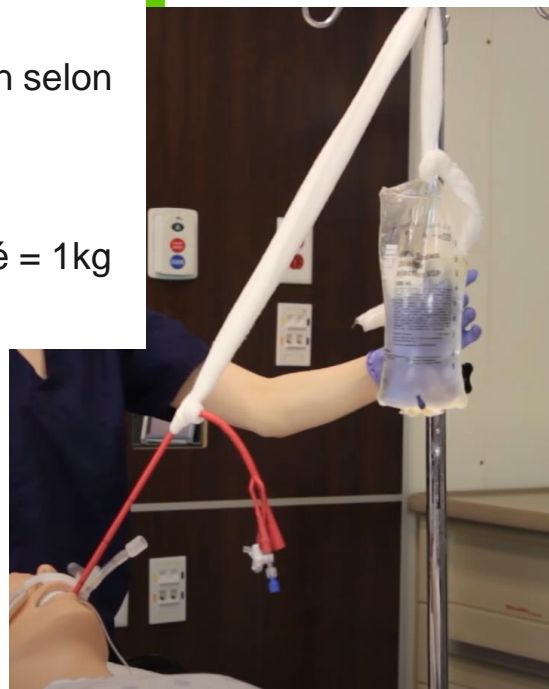


4- Marquer sur le tube le niveau de traction au crayon ou avec le diachylon rose. Le repère doit être visible en tout temps.



Faire la traction selon la prescription médicale

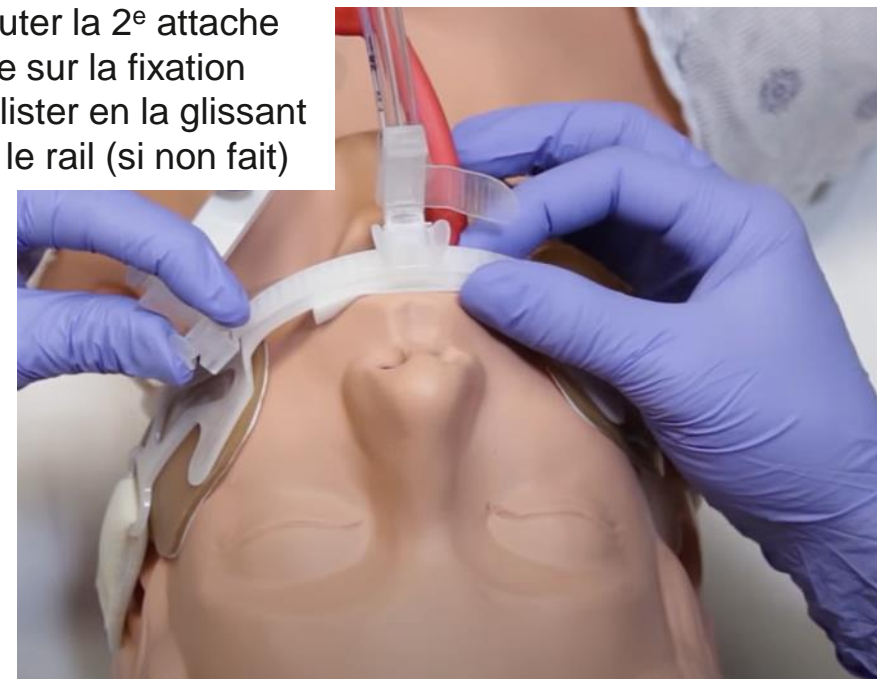
1 litre de soluté = 1kg



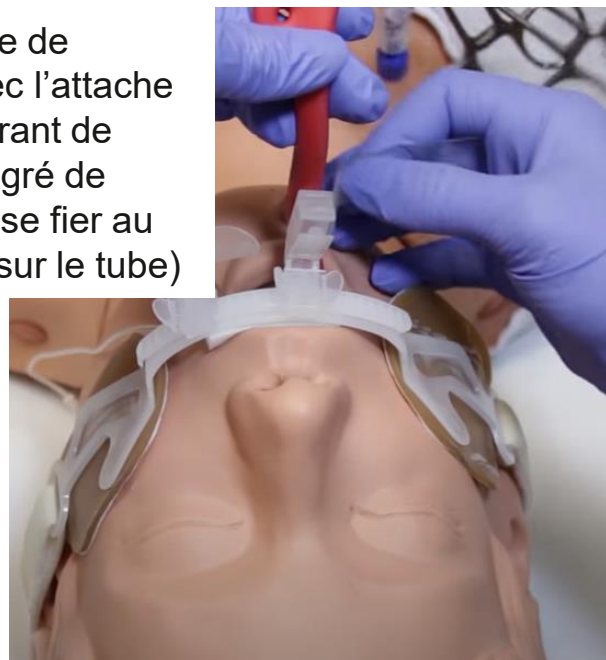
Marquer sur le tube de Blakemore le niveau de traction  
Au crayon ou avec le diachylon rose



Ajouter la 2<sup>e</sup> attache tube sur la fixation Hollister en la glissant sur le rail (si non fait)



Attacher le tube de Blakemore avec l'attache tube en s'assurant de maintenir le degré de traction voulu (se fier au marquage fait sur le tube)



## Faire une Traction: Méthode # 2

**\*Peut être fait dans un second temps**

La traction fait avec le soluté peut être retiré. Le tube de Blakemore sera retenu au degré de traction désiré par l'attache tube.

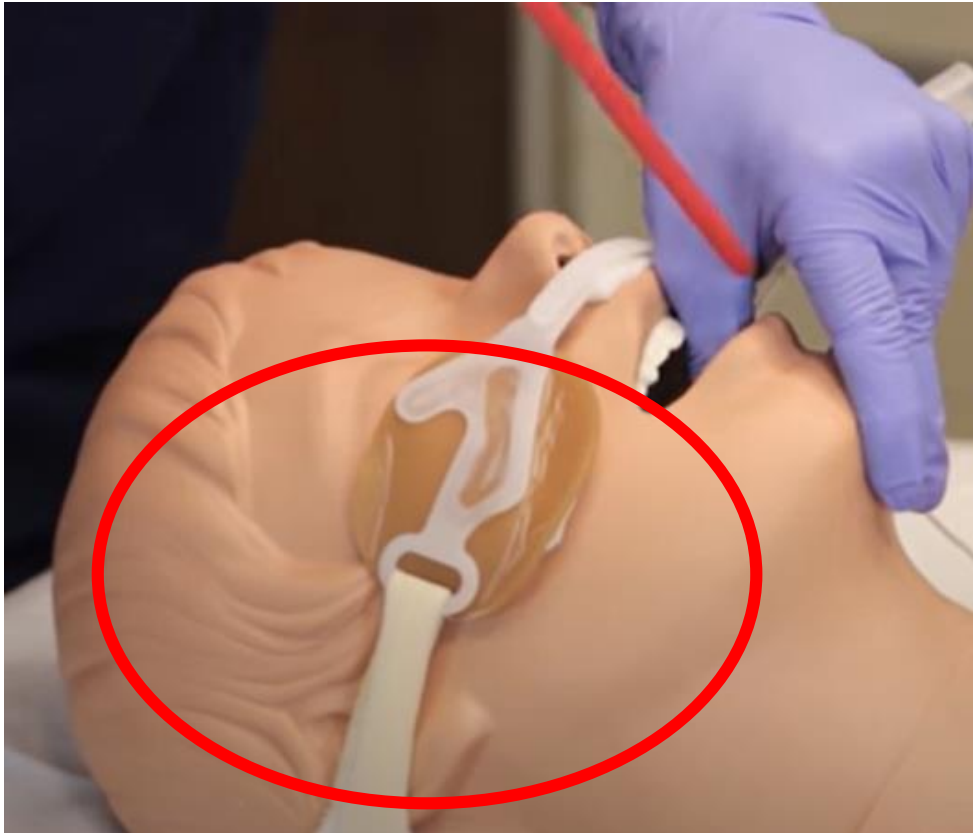
[Placement of a Linton Tube for Bleeding Varices - YouTube](#)

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

## Vérification par l'inhalothérapeute → méthode de traction # 2

- 1- S'assurer que la fixation Hollister est intacte et bien fixée
  - Changer la fixation prn
  - Rasage de la barbe PRN
- 2- S'assurer que la courroie a/n du cou soit suffisamment serrée
  - Capable d'insérer 1 doigt maximum entre la courroie et le cou
- 3- Ajouter la 2<sup>e</sup> attache tube sur le rail de la fixation pour faire la traction





Prendre une fixation Hollister (neuve) et retirer l'attache pour le tube endotrachéal du rail en le glissant vers le coté



Glisser l'attache sur le rail de la fixation Hollister de votre patient afin d'avoir 2 attaches tubes sur la même fixation.



## Gonflement du ballonnet œsophagien



Si persistance des saignements,

- 1- Le médecin gonflera avec de l'air le ballonnet dans l'œsophage jusqu'à obtenir une pression d'environ 30-45 mm hg
- 2- Une fois le ballonnet gonflé, clamer avec une pince hémostatique

## Aspiration des lumières de la sonde de tamponnement



Aspirer les 2 lumières gastrique et œsophagienne/ mettre sous succion intermittente de 60-120 mm Hg selon RX médical

<u>Surveillances spécifiques</u> <b>Q 1h</b>	<u>Gastrique</u>	<u>Oesophagienne</u>	<u>Surveillance infirmières</u>
<p>Vérifier le repère de traction de la sonde de tamponnement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviser le médecin si le repère de la traction n'est plus visible afin qu'il repositionne la sonde de tamponnement</li> </ul>	<p>*Ne jamais dégonfler le ballonnet gastrique si l'oesophagien est gonflé</p> <p>Irriguer la voie gastrique q 1h avec 50 ml de NaCl 0,9%</p>	<p>Si le ballonnet œsophagien est gonflé</p> <p>Irriguer la sonde Œsophagienne q 1h avec 10 ml NaCl 0,9%</p>	<p>q 2h</p> <p>Soins buccaux</p> <p>Aspiration des sécrétions buccales avec succion souple même si EVAC</p>
<p>Vérifier la position en cm du tube endotrachéal</p>		<p>Vérification de la pression du ballonnet œsophagien avec le manomètre: q h ou selon RX ,</p> <p>Aviser le médecin pour regonfler le ballonnet prn.</p> <p>Noté au plan de soins la pression voulue → 30-45 mm Hg</p>	<p>Tête de lit 30-45 °</p>
<p>Vérifier que les 2 voies des ballonnets sont bien clampés avec des pinces hémostatiques</p> <p>Garder au chevet en tout temps des ciseaux pour couper les ballonnets en cas d'urgence → permet un dégonflement rapide</p>		<p><b>Par le Médecin seulement</b></p> <p>Ajustement de la pression du ballonnet (prévenir la nécrose)</p> <p>↓5mm Hg q 3h jusqu'à 25 mm Hg si pas d'évidence de saignement</p> <p>Si reprise du saignement, regonfler à la pression initiale</p> <p>Dégonflement complet du ballonnet œsophagien → 5 min q 6h</p>	<p>Évaluer les SV et signes d'instabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ La sonde de tamponnement peut entrainer une stimulation vagale (bradycardie) et une compression des voies respiratoire</li> <li>→ Signes d'hypovolémie</li> <li>→ Saignements, suivi de labo</li> </ul>





# Références

Urden, L. D., Stacy, K. M., Lough, M. E., Brien, L., Houle, J., & Milhomme, D. (2019). *Soins critiques*. Montréal: Chenelière éducation. P:895-900

Wiegand, D. J. (2017). *AACN procedure for high-acuity, progressive, and critical care*. St. Louis, MO: Elsevier. p: 958-969

## Vidéos

- [Placement of a Minnesota Tube for Bleeding Varices – YouTube](#)

[https://www.youtube.com/watch?v=4FHliA\\_doWU](https://www.youtube.com/watch?v=4FHliA_doWU).

- [Placement of a Linton Tube for Bleeding Varices – YouTube](#)

<https://youtu.be/VgfQqxP0mTc>

## Documents de formation du CHUM

- Mise en place d'une sonde à ballonnet pour hémorragie digestive haute.  
Document consulté le 2022-01-10
- TUBE BLAKEMORE/SENGSTAKEN/MINNESOTA.  
Document consulté le 2022-01-10