

ALIMENTATION FICTIVE POUR AO

Indication

- L'alimentation fictive pour l'atrésie œsophagienne a un objectif principal :
 - Aider à développer un comportement oro-moteur et alimentaire chez les bébés présentant une interruption œsophagienne "long-gap" non réparé
- L'alimentation fictive peut également aider à agrandir la poche œsophagienne proximale afin de faciliter la réparation (peu de preuves à l'appui de cela ; théorie seulement)

**** Cette procédure nécessite une ordonnance médicale et une supervision de l'ergothérapeute au début****

Points clés

- Idéalement, l'alimentation fictive devrait être effectuée par les parents. L'alimentation fictive peut se faire au biberon ou au sein.
- Les tétées fictives commenceront une fois par jour avec de petits volumes (1 à 5 ml) et progresseront à mesure que l'intérêt, la tolérance et la coordination du bébé augmenteront.
- Il est essentiel de vérifier la perméabilité du Replogle avant de procéder à une alimentation fictive. Si le Replogle n'est pas perméable, le lait s'accumulera dans la poche supérieure de l'œsophage et provoquera l'étouffement et l'aspiration.
- Il existe 2 types différents de cathéters Replogle disponibles (voir ci-dessous). Ils fonctionnent aussi bien lorsqu'ils sont placés sur une aspiration à paroi basse, mais un Vygon Replogle ne peut pas être irrigué avec une seringue car il est difficile d'obtenir une étanchéité appropriée. Assurer la perméabilité peut être fait pour les deux types comme décrit ci-dessous, mais si un blocage se produit dans le type Vygon, le tube doit être retiré et remplacé tandis que le type Argyle peut être irrigué.



Argyle Replogle



Vygon Replogle

Matériaux

- Replogle en place (8 ou 10 Fr)
- Tuyau d'aspiration connecté au manomètre d'aspiration et Replogle
- Piège muqueux
- Matériel pour irriguer le Replogle:
 - *Seringue IV 10 cc*
 - *Adaptateur de canule émoussée*
 - *Petit volume d'eau stérile dans une seringue pour administration orale*

Procédure

1. Assurer-vous qu'il existe une ordonnance médicale valide pour les alimentations fictives. Confirmer le volume à donner.
 2. Assurer-vous que les parents sont au chevet du patient et prêts à nourrir bébé. Jusqu'à ce qu'ils donnent leurs congé de soins, l'ergothérapeute devrait également être présent pour l'alimentation fictive.
 3. Préparer la quantité prescrite de lait dans un biberon avec le mamelon approprié OU aider maman à se préparer à allaiter.
 4. Piège muqueux vide des sécrétions existantes pour pouvoir mesurer adéquatement la production pendant l'alimentation fictive. Noter le volume dans les notes d'infirmière.
 5. Assurer-vous de la perméabilité du Replogle:
 - Prélever 0,5 ml d'eau dans une seringue pour administration orale
 - Pendant que le Replogle reste sur une aspiration de paroi basse, placer lentement les gouttes d'eau dans la bouche du bébé et observer l'aspiration du volume via Replogle (REMARQUE : si l'eau n'est pas aspirée par Replogle, dépanner comme d'habitude et ne continuer pas à ajouter des gouttes)
 6. Aider les parents à installer le bébé dans leurs bras. Laisser suffisamment de temps au bébé pour s'installer avant d'offrir le biberon ou le sein
 7. L'alimentation nutritionnelle par gastrostomie doit être initiée en même temps que l'alimentation fictive afin que le bébé puisse associer les tétées orales à la sensation de satiété
 8. Avant de commencer l'alimentation fictive par voie orale, augmenter la jauge d'aspiration de 10 mm Hg par rapport à la ligne de base
- Alimentation au biberon
9. Assurer-vous que bébé est en position verticale
 10. Le parent doit offrir le biberon selon l'intérêt / la tolérance du bébé et assurer le rythme de l'alimentation
 11. Pendant que bébé tète, observer que le lait est aspiré par Replogle et est dans le piège muqueux
 12. À la fin de l'alimentation fictive, assurer-vous que tout le volume de lait pris par le bébé a été aspiré dans le piège à mucus
 13. Assurer une évaluation continue de l'état du bébé, y compris :
 - Fréquence respiratoire et saturation en oxygène
 - Travail de respiration
 - Suçage, avaler, respirer réflexe
 - Capacité de prendre du volume d'aliments sans s'étouffer ou tousser
- Allaitement
9. Idéalement, une consultante en lactation devrait être présente pour les premières tétées au sein
 10. Assurer-vous que bébé est positionné avec le tronc à un angle de 45 degrés
 11. Au début, il peut être bénéfique d'offrir du sein pendant de courtes périodes. Envisager l'exprimer du lait avant l'alimentation fictive en fonction de la production de la mère (par exemple : Si la production est élevée, peut avoir un débit très élevé). À mesure que la tolérance et la coordination du bébé augmentent, la fréquence et la durée de la séance d'allaitement peuvent être augmentées en consultation avec l'ergothérapeute.
 12. Pendant que bébé tète, observer que le lait est aspiré par Replogle et dans le piège muqueux
 13. Une fois que bébé a appris à bien prendre le sein, la mère peut continuer à allaiter tant que le bébé est intéressé et tolère l'alimentation (état respiratoire, étouffement, etc.)
 14. Assurer une évaluation continue de l'état du bébé, y compris :
 - Fréquence respiratoire et saturation en oxygène
 - Travail de respiration
 - Suçage, avaler, respirer réflexe
 - Capacité de prendre du volume d'aliments sans s'étouffer ou tousser

Documentation

- Assurer-vous que chaque séance d'alimentation fictive est documentée dans les notes infirmières, y compris :
 - Volume d'alimentation
 - Niveau d'aspiration réglé sur la jauge d'aspiration
 - Tolérance du patient