

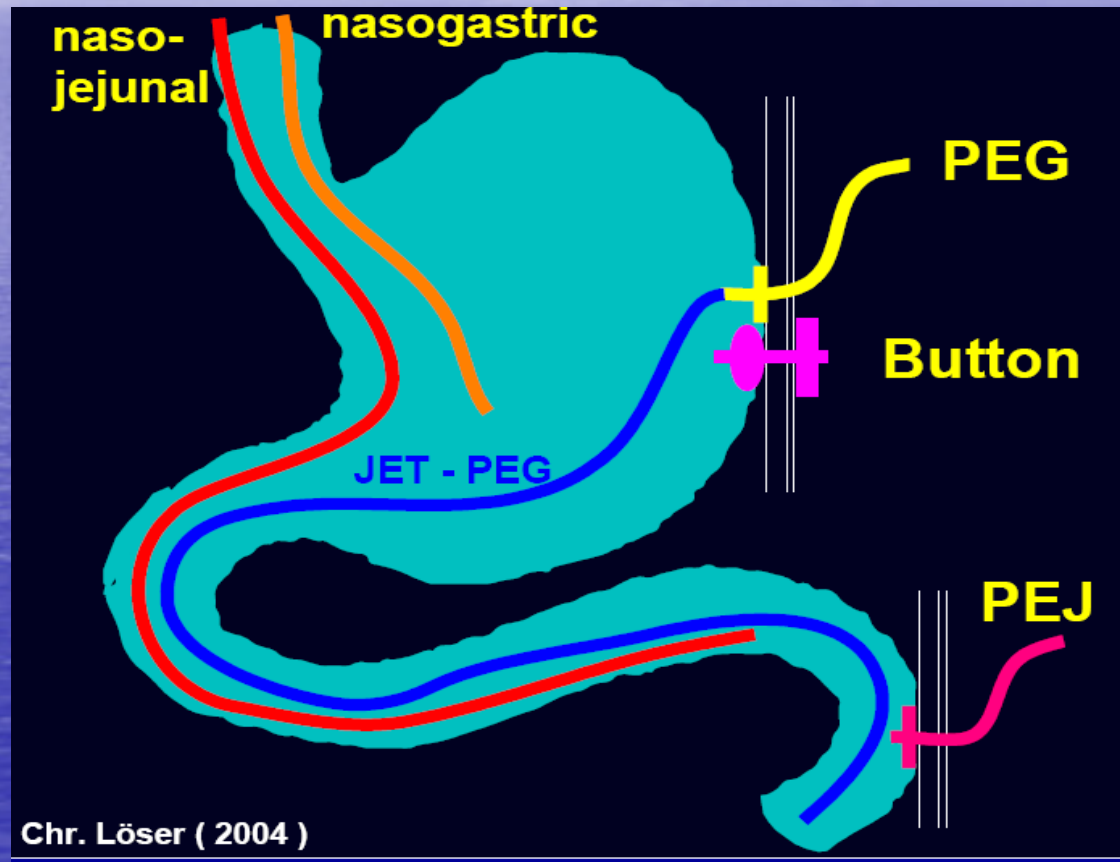
GASTROSTOMIES

Dr Michèle NGASSA
Gastroentérologie
CHU Brugmann
21 Octobre 2011

Historique

- 1790 : Première alimentation entérale <SNG
- 1822 : Utilisation de fistules entéro-cutanées traumatiques
- 1876 : Gastrostomie chirurgicale
- 1878 : Jéjunostomie chirurgicale
- 1980 : PEG première description, Gauderer et Ponsky (Jour.pediatr.surg.)
- 1984 : Gastrojéjunostomie percutanée endoscopique Ponsky et al. (Am.jour.gastr.)
- 1987 : Jéjunostomie percutanée endoscopique directe

Les sondes



Techniques d'alimentation entérale

- **SNG**: courte durée, mais risque d'obstruction (mdcts) ou d'arrachement, lésions de décubitus de la narine et de l'œsophage
- **SNJ**: quand RGO, gastroparésie ou PA sévères, mais désavantages idem SNG
- **Jéjunostomie par PEG**: sonde jéjunale trans-pylorique par la PEG. Utilisé si bronchoaspirations, régurgitations et RGO mais résultats peu probants (17-60% de bronchoaspiration résiduelle)

- **PEG**
- **PEJ**: entéroscope dans le jéjunum, transillumination++, technique plus difficile (72-88% de succès)
- **Gastrostomie chirurgicale** : gastrostomie et jéjunostomie chirurgicale: sous local ou AG, par coelioscopie ou laparoscopie,
- **Gastrostomie Radiologique**: sous locale et sous écho, technique Introducer, risque infectieux moindre, indiqué si sténose ou patho
ORL

Gastrostomie endoscopique percutanée (PEG)

Indications

Nutrition entérale de moyenne et longue durée

- >3 semaines (recommandations ESPEN)
- Espérance de vie du patient jugée suffisante +++
- Principales indications : → neurologie, oncologie, gériatrie
- Définitive ou temporaire

Indications

- Adulte:
 - neuro: maladies neuro-dégénératives, séquelles AVC, trauma crâniens
 - troubles nutritionnels: anorexie, MICI, HIV
 - gériatrie: démence, carence d'apport, refus alimentation, fausses routes
 - oncologie: cancer ORL et oesophagien, cachexie, séquelles radiothérapie ou chirurgie
- Enfant:
 - affections neuro-musculaires congénitales
 - séquelles anoxie cérébrale
 - encéphalopathies, mucoviscidose
- Décompression gastrointestinale: pseudo-obstructions, carcinomatose pritonéale

Avantages sur la SNG

- Confort, esthétisme, vie sociale, acceptabilité
- Moindre risque d'arrachement accidentel ou volontaire
- Moindre risque de déplacement (d'où diminution du risque de reflux lié au déplacement de SNG)
- Mais ne diminue pas le risque de reflux sous nutrition entérale

Contre-indications

- Troubles sévères de la coagulation (INR>1.5, PS<50000)
- Atteintes pariétales : infectieuses, néoplasiques
- Obésité majeure, absence de transillumination
- Ascite, interposition hépatique ou colique
- Pronostic vital évalué à court terme (< 1 mois)
- Insuffisance respiratoire sévère
- Démence évoluée : pas de bénéfice démontré et risque élevé de complications

Sanders Am J Gastroenterol 2000, Schneider JPEN
2001, Murphy Arch Int Med 2003

Contre-indications relatives

- Gastrectomie partielle ou totale : sonde dans le moignon ou jéjunostomie percutanée endoscopique
- Chirurgie abdominale antérieure : choix du site ++ ; possible en post-opératoire précoce.

*Grant Ann Surg 1992 , Townsend Surg Gynecol Obst 1992,
GUZZO*

Am Surg 2005

- Dénutrition sévère : Hypoalbuminémie, IMC bas, escarres = facteurs de mauvais pronostic

Friedenberg JPEN 1997, Beau GCB 2001, Paillaud GCB

2002
Michèle Ngassa

IVme Symposium Dysphagie

→ renutrition par SNG avant

Contre-indications

- Shunt ventriculo-péritonéal
 - repérage Rx du trajet du shunt
- SLA si capacité vitale forcée <50% et IMC <18
Couratier et al. Rev. Neurol. 2004; 160: 243-50
- Ulcère évolutif, hernie hiatale, hypertension portale =
CI relatives

-----→ **informer le patient et l'entourage
consentement**

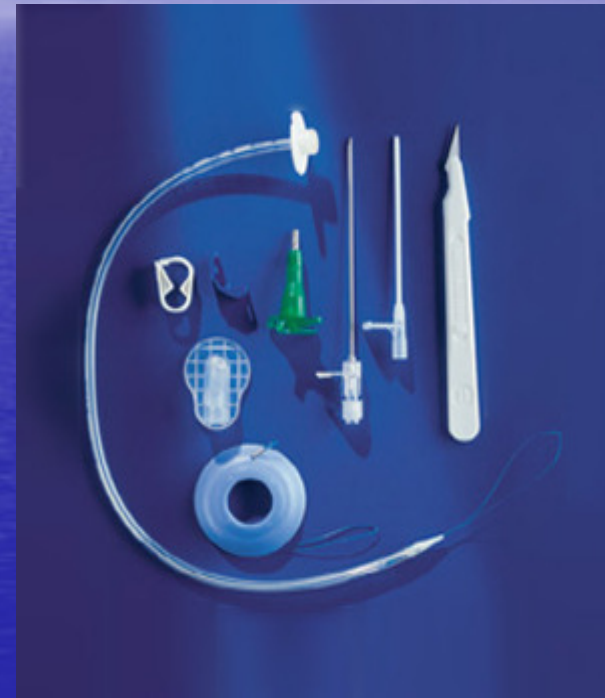
Aspects techniques

- **“Pull” technique 1980 Gauderer et Ponsky**
sonde de GPE tirée de dedans en dehors
la plus utilisée - nombreux kits commercialisés
- **“Push” technique 1983 Sacks et Vine**
technique proche, sonde poussée de dedans en dehors sur fil guide
moins utilisée - moins de kits commercialisés
- **Technique “Introducer” 1984 Russell**
sonde introduite de dehors en dedans à travers la paroi
proche de la gastrostomie percutanée radiologique

Avant la procédure

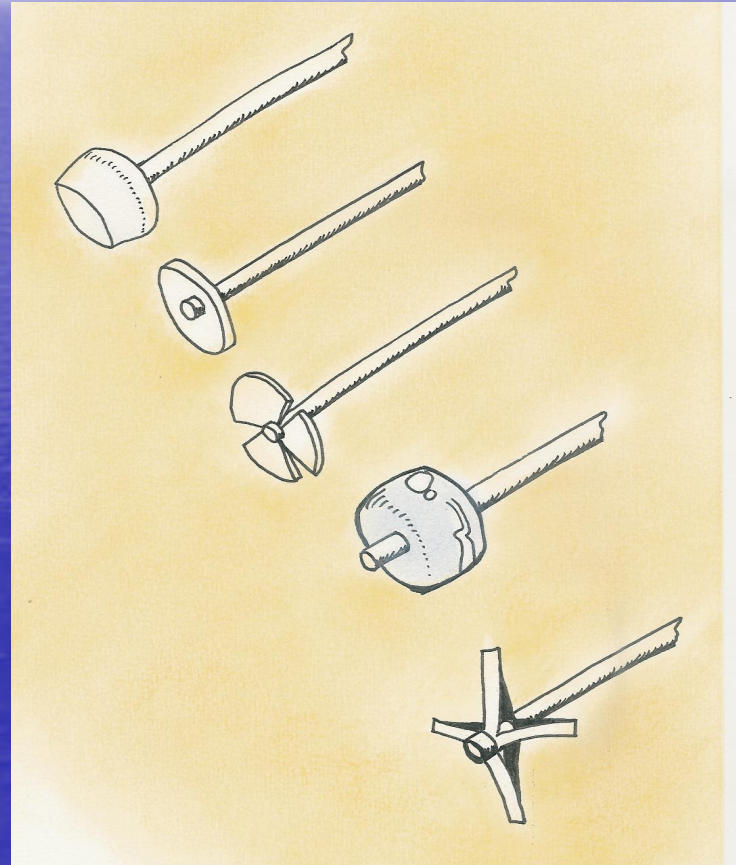
- Information et accord du patient
- Désinfection abdominale (+/-rasage)
- Désinfection buccale !!
- Voie veineuse
- A jeun depuis 8h.
- Antibioprophylaxie recommandée: amoxicilline-acide clavulanique 1g ou céphalosporine et si allergie, clindamycine 600mg + gentamycine 2-3mg/kg

Materiel GEP

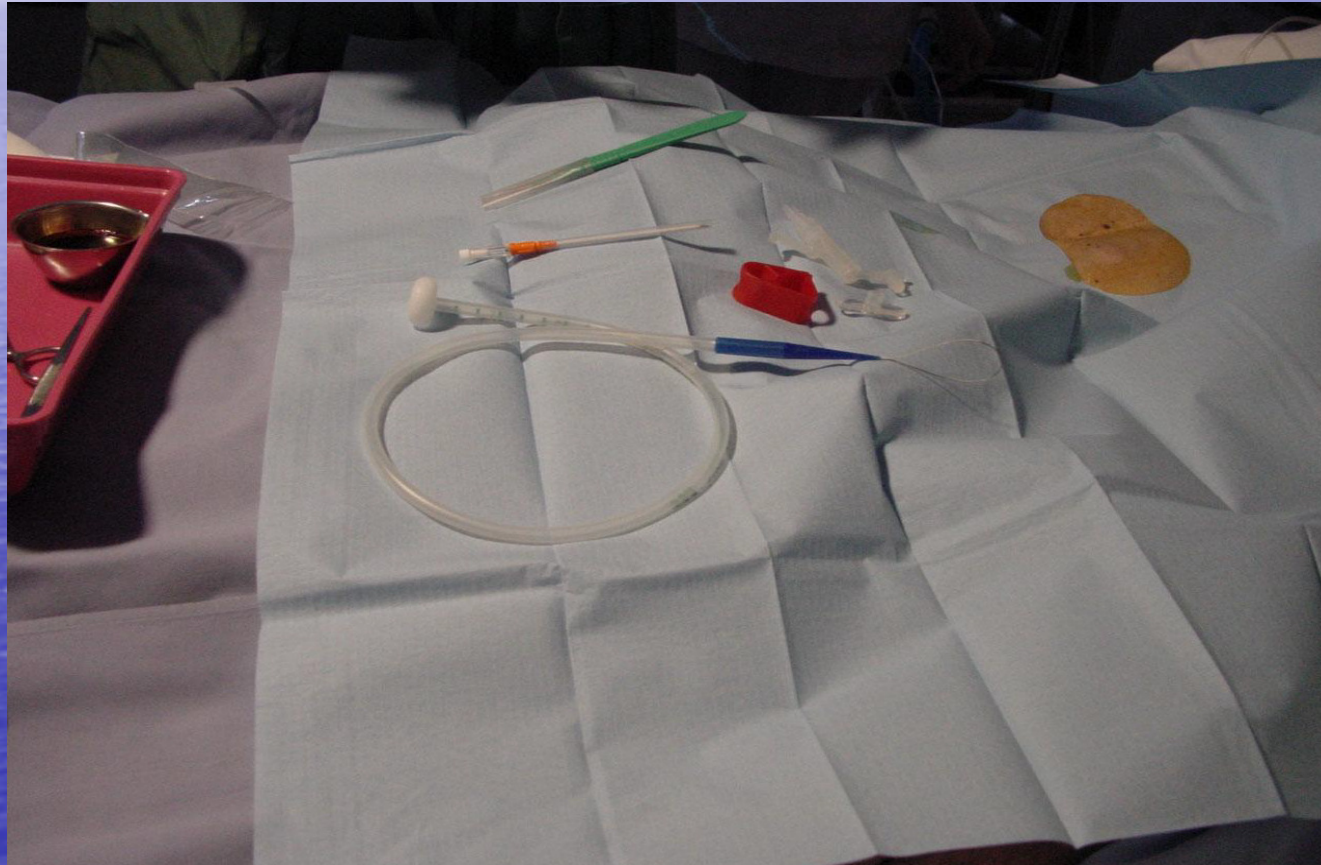


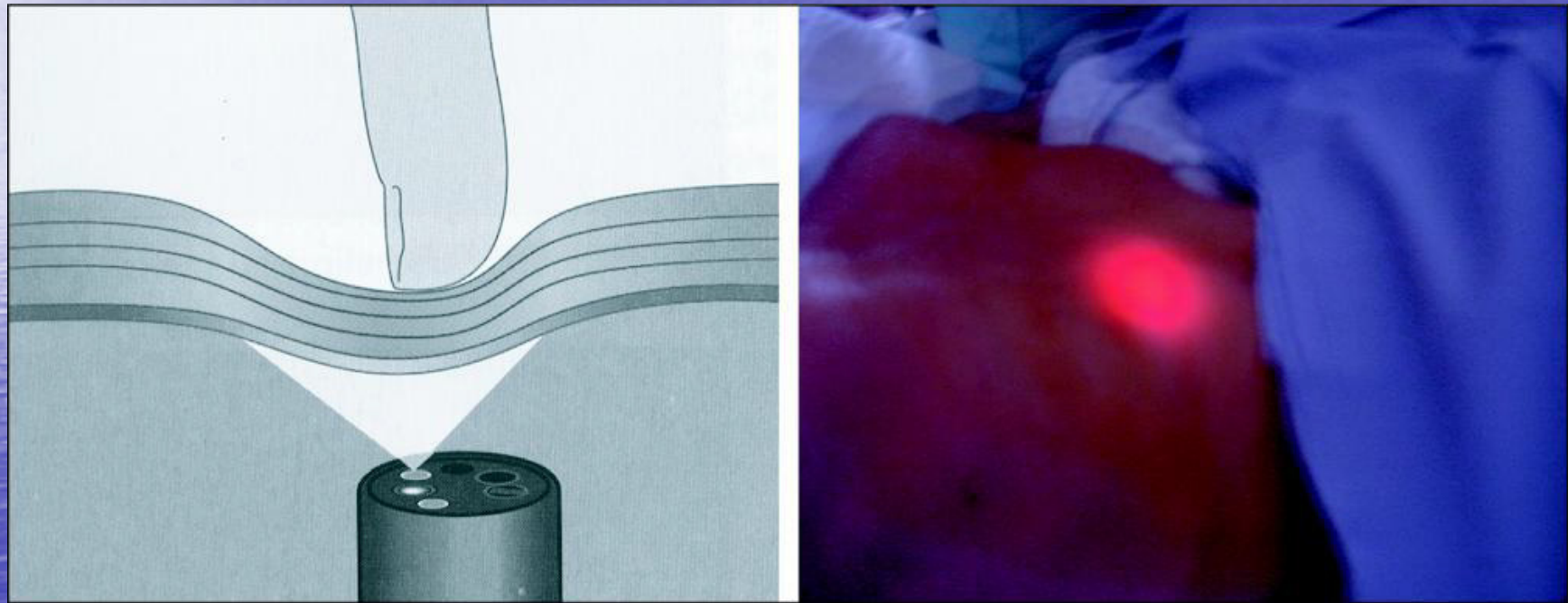
Michèle Ngassa

IVme Symposium Dysphagie



Placement GEP







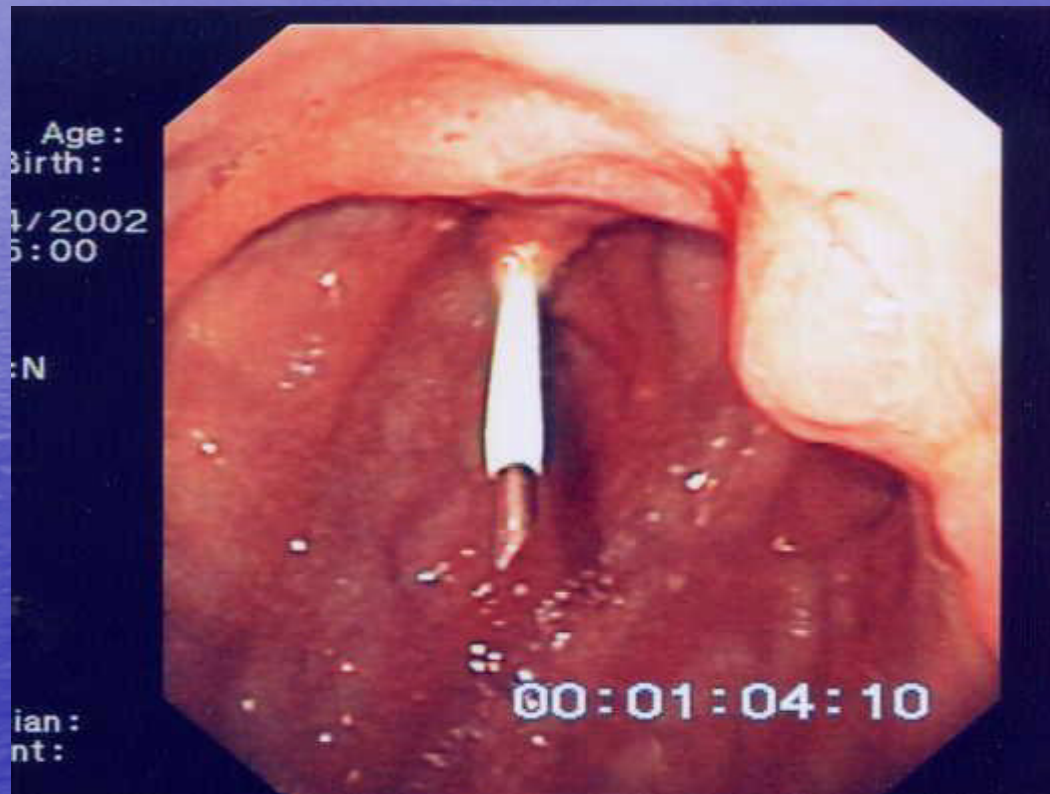
Michèle Ngassa

IVme Symposium Dysphagie

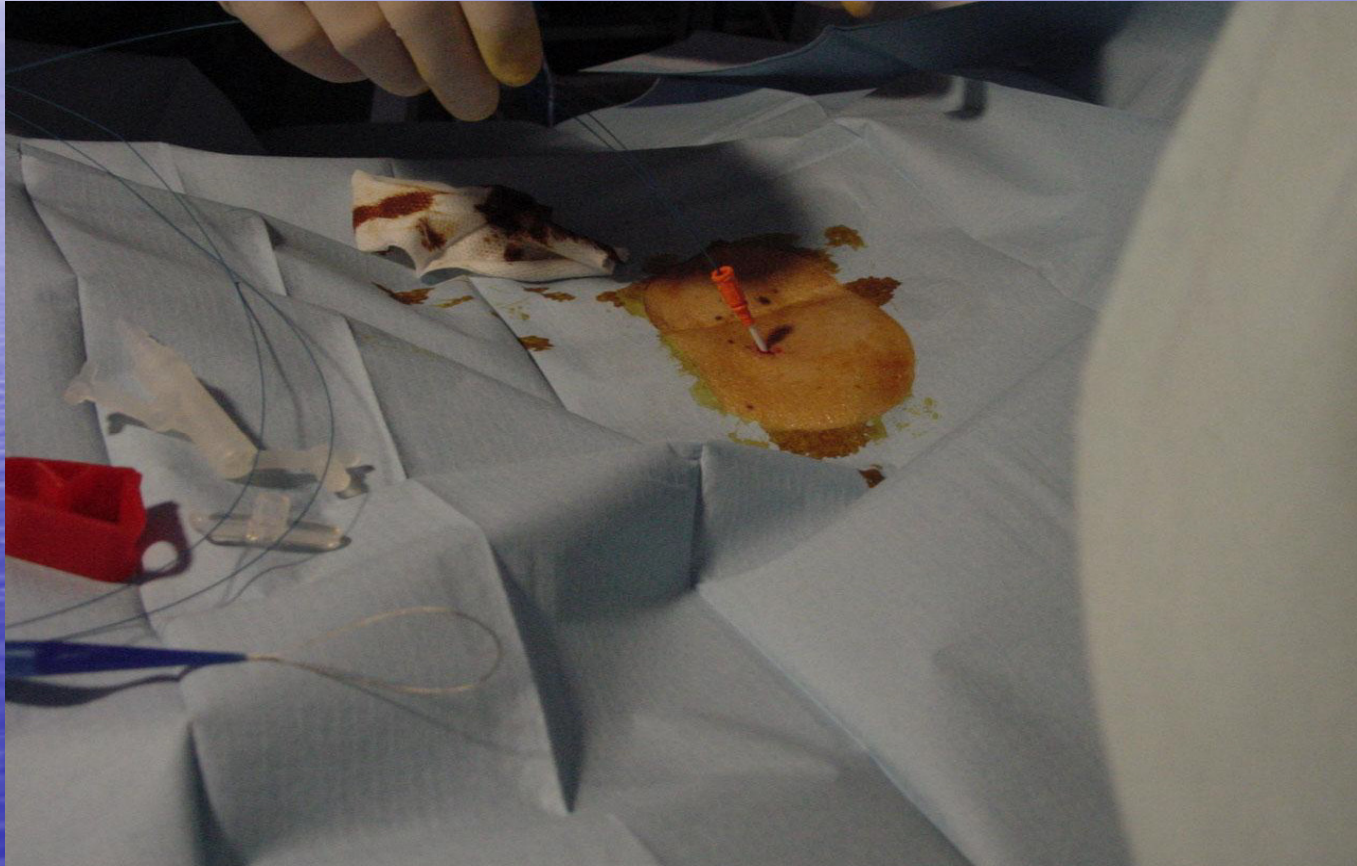


Michèle Ngassa

IVme Symposium Dysphagie

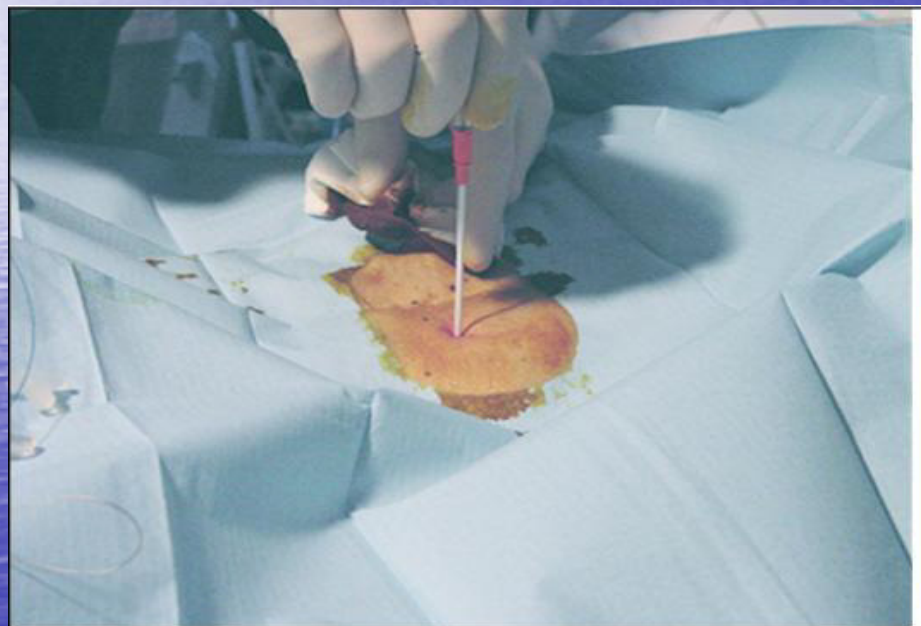


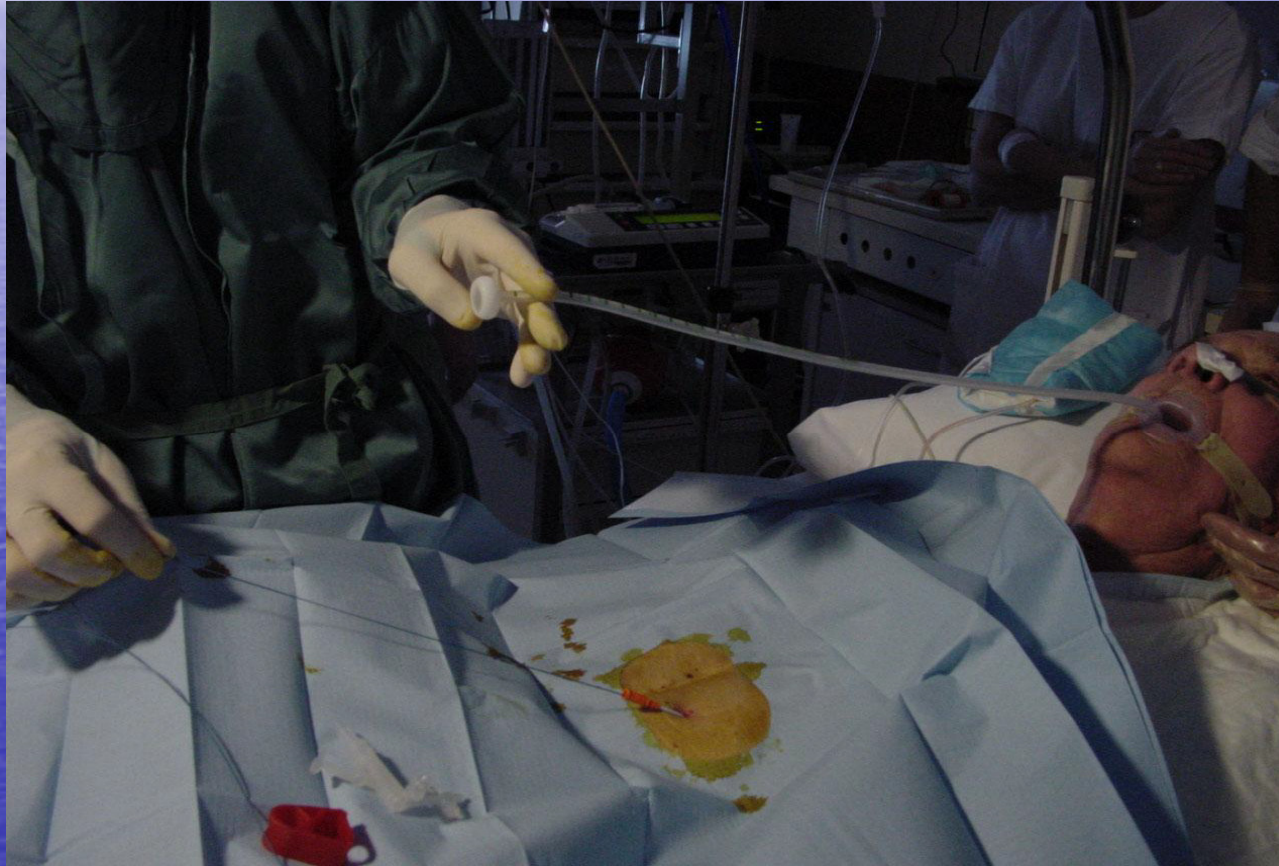




Michèle Ngassa

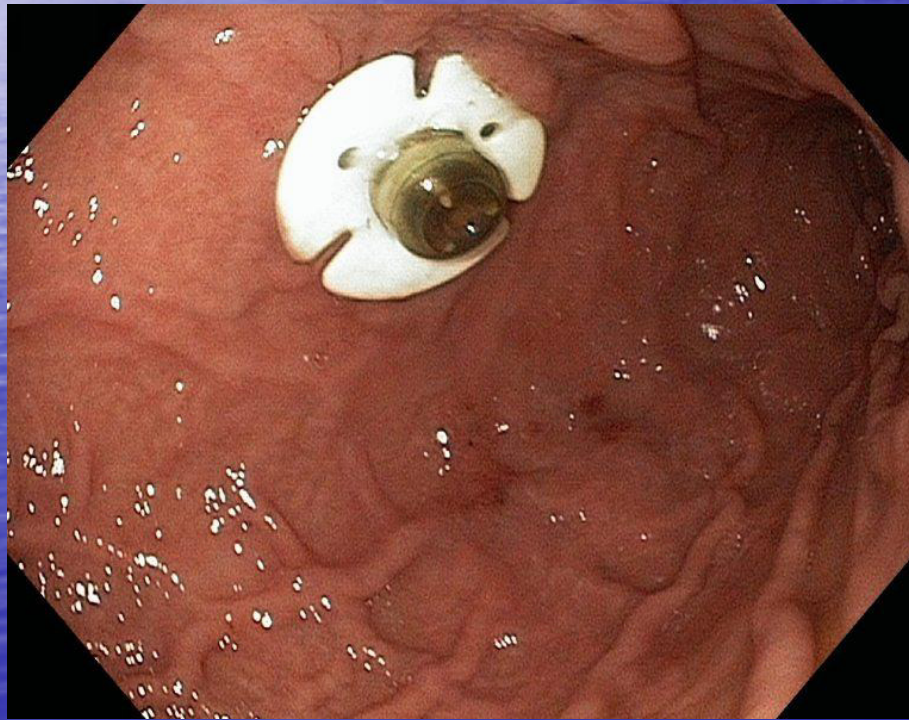
IVme Symposium Dysphagie





Michèle Ngassa

IVme Symposium Dysphagie



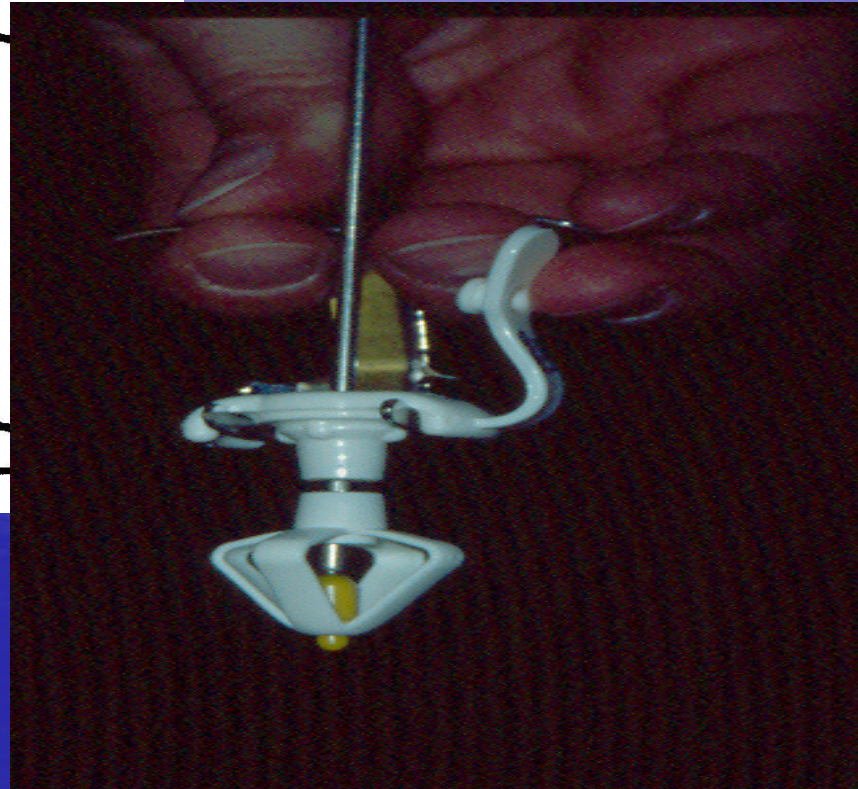
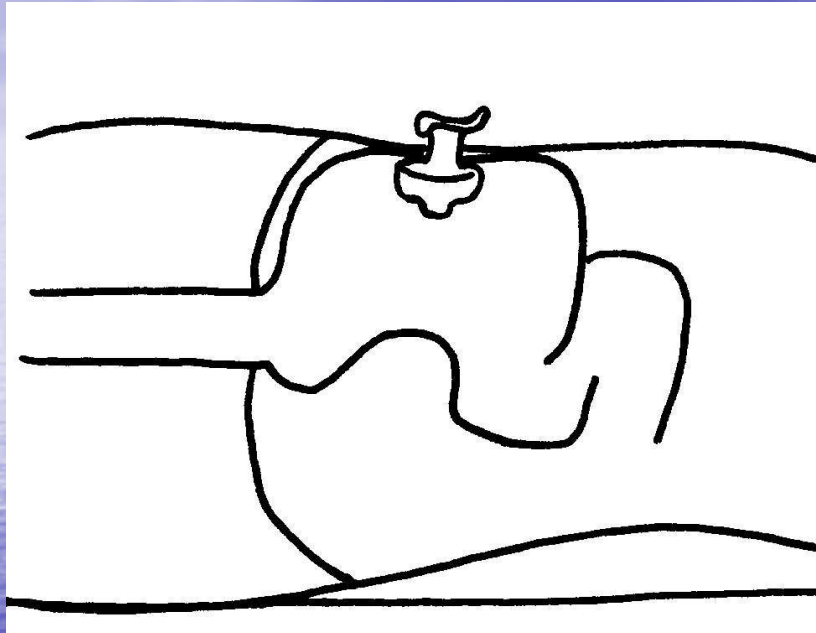
Michèle Ngassa

IVme Symposium Dysphagie

« Button »

- =sonde très courte, au ras de la peau
- avantage
 - esthétique
 - moins de prise pour le patient
- inconvénients
 - plus de complications :
 - enfouissement, dislocation, péritonites,
 - migration

« Button »



Résultats GEP

- Taux de succès: 95-99,5%
- Facteurs d'échec:
 - pas de transillumination
 - échec de passage de la collorette interne:
cancer ORL, sténose oesophagienne
 - lésion de la paroi gastrique: cancer, gastrite hémorragique

Après la procédure

- Pas de traction pendant 24h.
- «Soins locaux adéquats»: nettoyage et pansement antiseptique pendant 8j
- Utilisation 1 à 2h. après le placement → sérum salé
- IPP → diminution des fuites péristomiales
- Rincer la sonde après utilisation : nutrition, médicaments
- Plan nutritionnel individuel
- Education du patient et de sa famille
- Organisation du retour à domicile

Surveillance à long terme de la GPE

- Soins journaliers: lavage à l'eau savonneuse, séchage délicat, soins de bouche, douche autorisée
- Rougeurs → soins antiseptiques, crème antifongique, oxyde de zinc
- Bourgeon charnu → nitrater
- Surveillance journalière de la GPE: application, mobilisation

Utilisation GPE

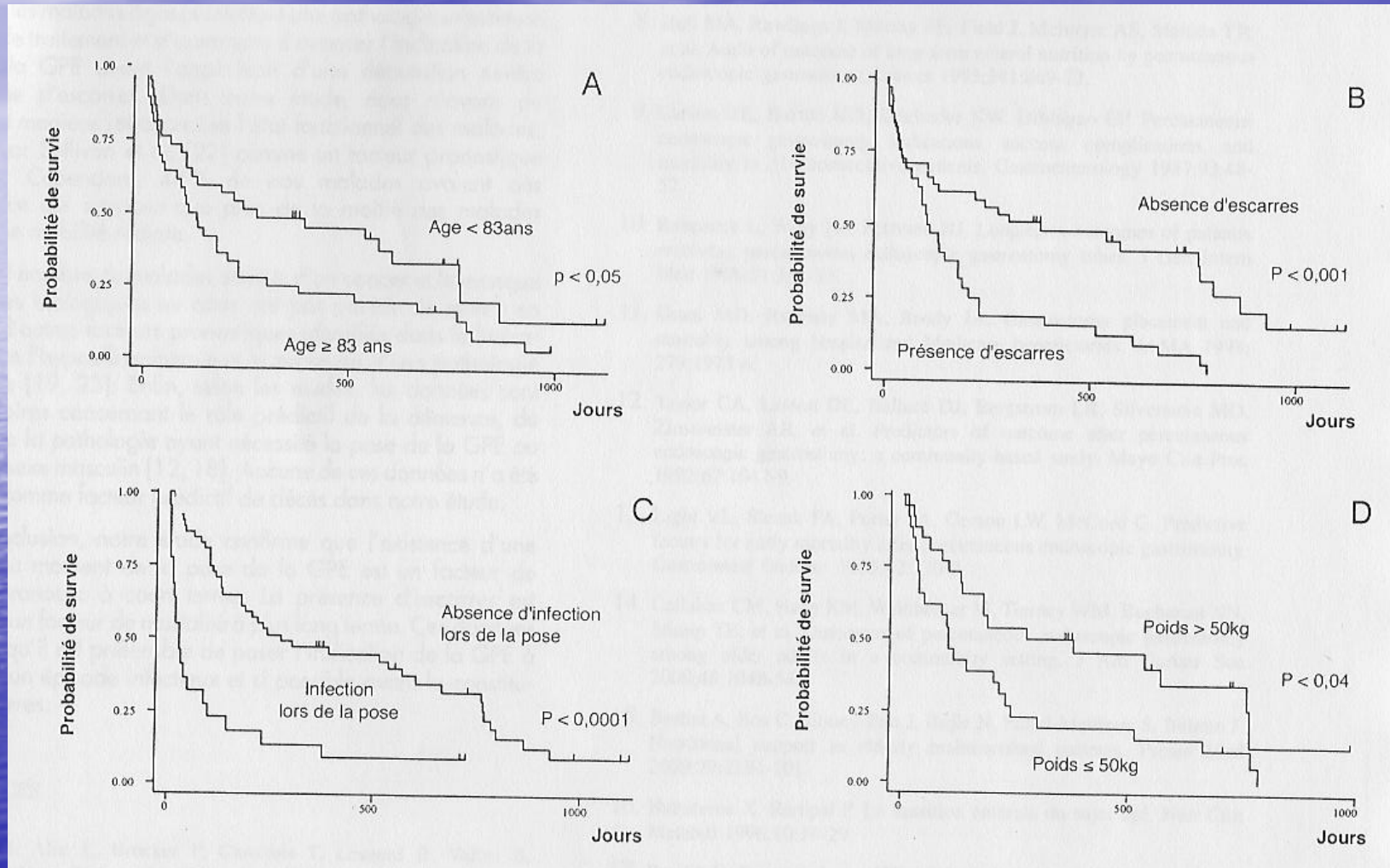
- Rincage à l'eau tiède avant et après utilisation
- Ne pas donner les médicaments avec l'alimentation
- Vérifier état de la sonde: porosité , obstruction, colonisation
- Si obstruction → injection de 10 à 20ml d'eau à 40°C
- Si retrait accidentel de la sonde → sonde de Foley ou sonde gastrique

Facteurs prédictifs indépendants de complications et de mortalité précoce

- Age avancé
- Escarres
- Hypoalbuminémie, dénutrition sévère
- Maladie évolutive
- Infection pulmonaire
- Co-morbidités
- Vie en institution
- Durée hospitalisation avant la GPE

Paillaud, Gastroenterol Clin Biol 2002 :

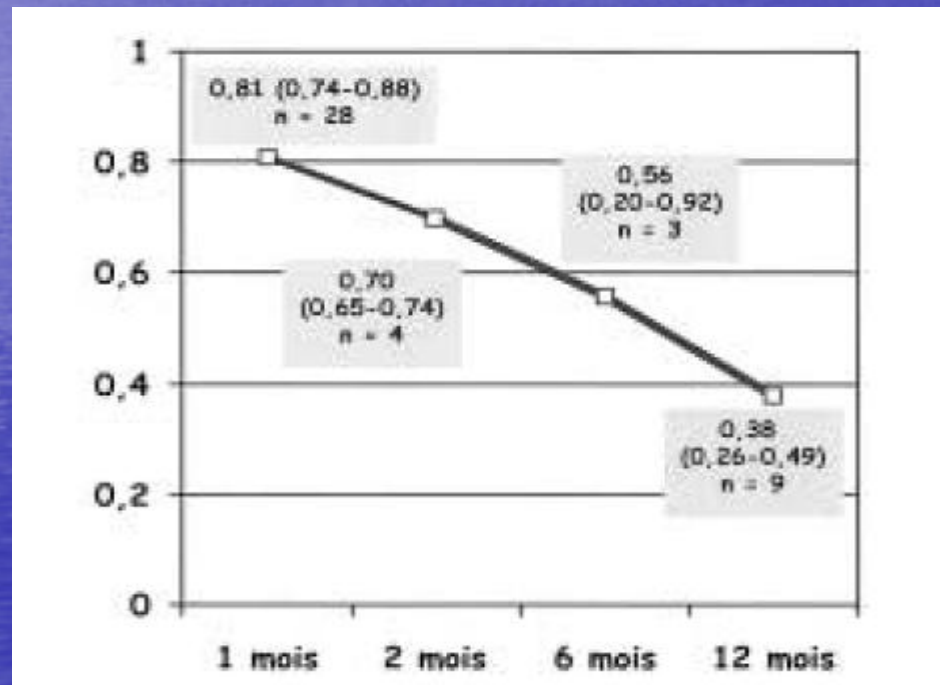
- 73 patients âgés (moyenne 83 ans)



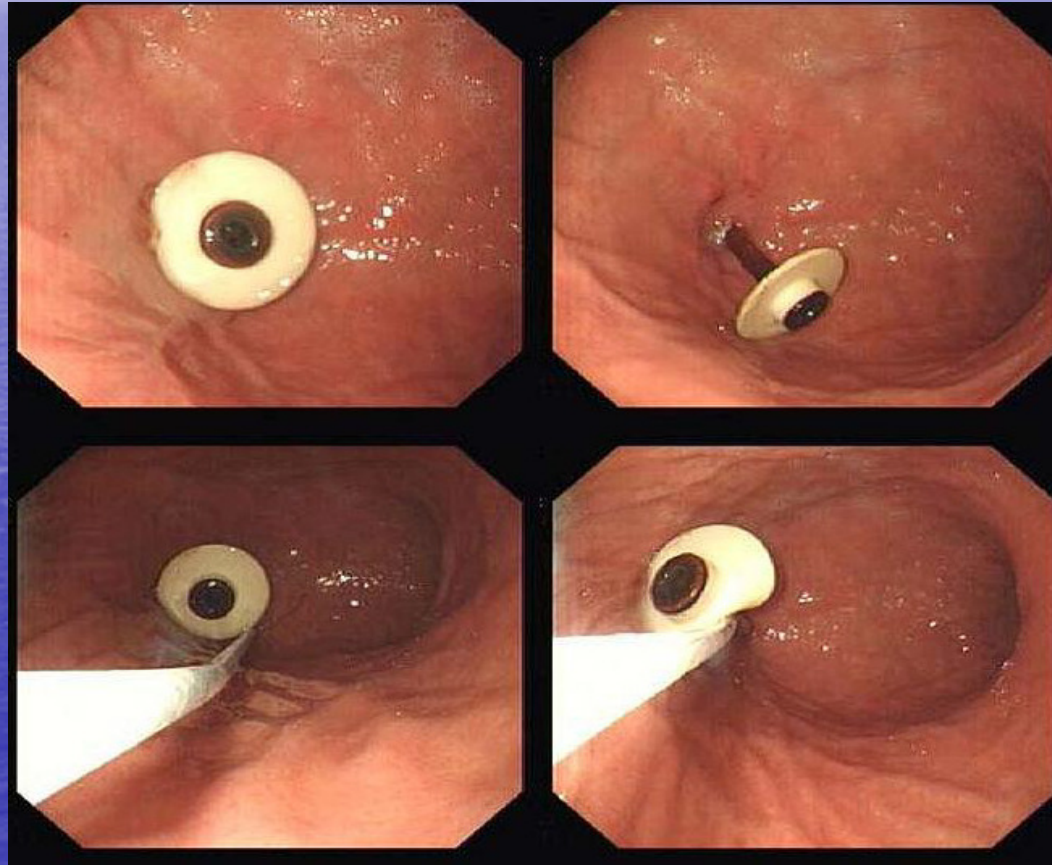
La survie après GPE reflète les co-morbidités

	MORTALITE		
Immédiate	1mois	1an	3ans
0-2%	22-24%	50-63%	77-81%

Survie après pose GPE



Retrait de la sonde



Complications

- **Mortalité immédiate** (0.1-3%): défaillance cardiaque, laryngospasme, inhalation massive
- **Complications majeures** (3%) sur traction excessive: péritonite, fasciite nécrosante, hémorragie gastrique, perforation oesophagienne ou gastrique, fistule gastro-colique
- **Complications mineures** (1,4-43%):
 - infection péristomiale (3-30%), obstruction, expulsion , enfouissement de la collorette interne, douleur abdominale

Métastase de cancer ORL ou oesophagien au site de gastrostomie

- uniquement des « case reports »
- Tous avec méthode « Pull »
- Plusieurs hypothèses physiopathologiques, mais le plus vraisemblable = « greffe » directe de cellules via la collerette interne

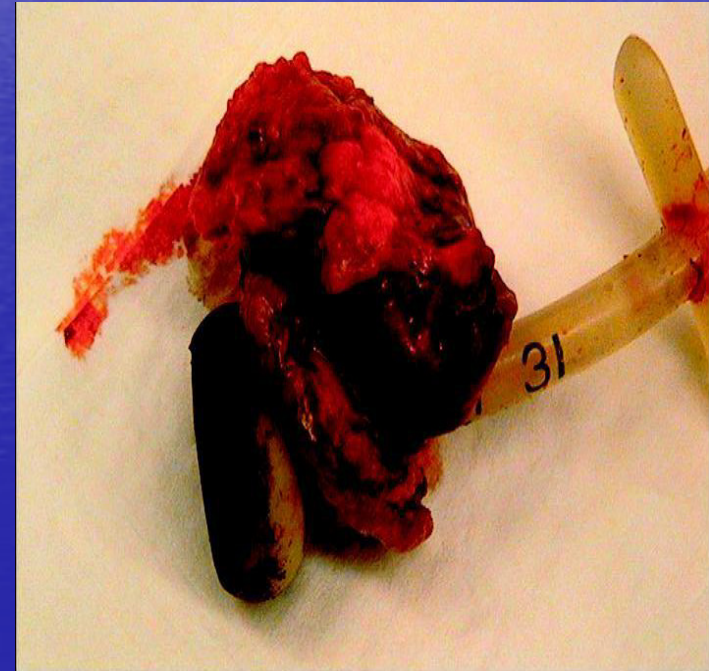
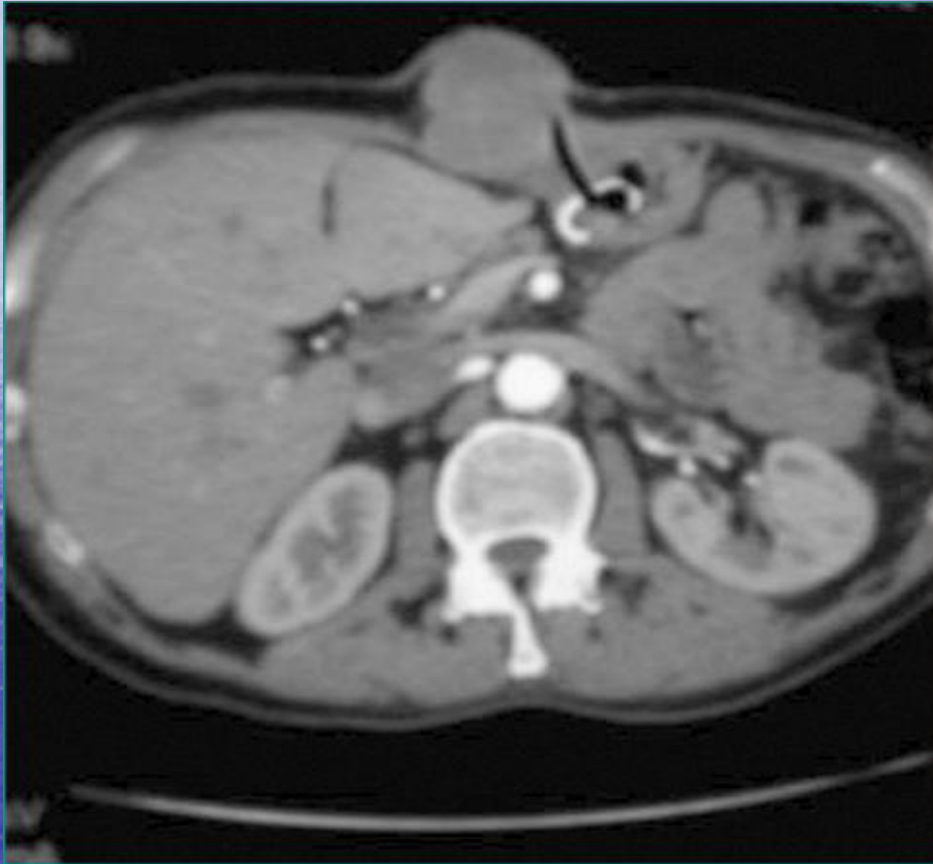
Métastase sur le site



Fuite de liquide gastrique par PEG



Métastase cutanée sur le trajet GEP



Bourgeon muqueux



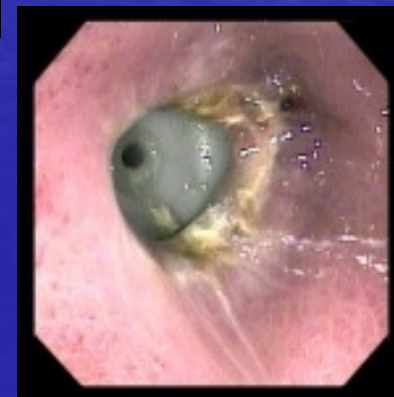
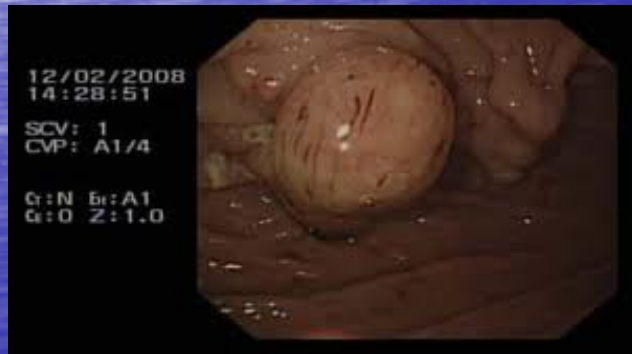
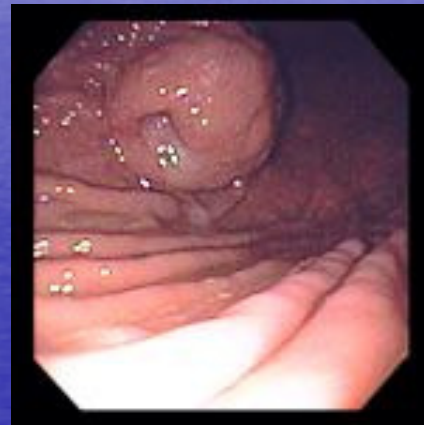
Infection orifice GPE



Ulcère orifice GEP



Migration collorette interne





MERCI.....

Michèle Ngassa

IVme Symposium Dysphagie