

MODULO INFORMATIVO SU GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)¹

Gentile Signora / Signore,

questo documento ha lo scopo di fornirle informazioni sull'esame denominato "gastrostomia endoscopica percutanea (PEG)".

Il fine è di renderla consapevole della procedura, delle opportunità che offre, facendole presente anche i relativi rischi.

Legga attentamente queste informazioni scritte e, se lo ritiene opportuno, ne parli con il suo Medico curante.

Prima dell'esame ponga pure liberamente qualsiasi domanda di chiarimento ai sanitari presenti, affinché possa accostarsi alla procedura con la dovuta consapevolezza.

Dopo aver letto e compreso le informazioni fornite, se decide di voler eseguire l'esame, la invitiamo a firmare il modulo di Consenso Informato allegato a questo documento.

Lei ha comunque diritto a ritirare il suo consenso in qualsiasi momento, senza fornire nessuna spiegazione.

Cos'è la PEG ?

La gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) consiste in una metodica per alimentazione artificiale che viene effettuata in caso vi sia una incapacità temporanea o definitiva all'alimentazione attraverso la bocca ed il tempo di alimentazione artificiale previsto va oltre le 3-4 settimane; per periodi più brevi, l'alimentazione artificiale è invece possibile tramite un sondino introdotto dal naso nello stomaco (sondino naso-gastrico).

La PEG viene dunque proposta quando non si sia in grado di alimentarsi in modo adeguato per lunghi periodi, nei quali vi sia comunque la possibilità di un'alimentazione enterale (cioè attraverso il tratto gastrointestinale) che è di gran lunga preferibile, per vari motivi, alla nutrizione parenterale (cioè per via ematica, tramite infusione degli "alimenti" in una grossa vena).



Preparazione del paziente

Per l'applicazione della PEG è necessario il ricovero in ospedale per almeno 24 ore, per escludere la comparsa di eventuali, possibili complicanze.

Opportuno un controllo preliminare di alcuni parametri, tra cui emocromo e fattori della coagulazione.

Utile una profilassi antibiotica.

Necessario che il paziente sia digiuno almeno dalla sera precedente.

Sospendere, secondo il parere del Medico curante, farmaci attivi sulla coagulazione o circolazione (Coumadin, Aspirina, Ticlopidina, etc ...).

¹ Modulo informativo redatto dalla U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva in collaborazione con il Comitato Etico e con U.O.S. Endoscopia Digestiva Interventistica.

Tecnica di posizionamento della PEG

Durante la procedura di solito viene praticata una sedazione farmacologica cosciente (praticata dal Medico dell'Endoscopia Digestiva) o una sedazione profonda (con assistenza anestesiológica), in relazione alle caratteristiche cliniche, al fine di mantenere il paziente tranquillo e facilitare l'intervento.

Si utilizza poi un normale gastroscopio.

In primo luogo si esegue una esofago-gastro-duodenoscopia per escludere eventuali malattie delle prime vie digestive.

Si distende poi lo stomaco con molta aria, in modo da ottenerne la massima distensione per fare aderire la parete gastrica a quella addominale. Quindi, attraverso la transilluminazione (cioè vedendo dall'esterno la luce dello strumento che è nello stomaco), si sceglie il punto dell'addome dove inserire la sonda. Si procede quindi ad una anestesia locale del punto individuato, introducendo un sottile ago che si deve vedere entrare nello stomaco mediante la visione endoscopica. Si posiziona quindi nello stesso punto un grosso ago, attraverso il quale si fa passare un apposito filo che, entrato nello stomaco, viene afferrato con una pinza e fatto uscire dalla bocca. Al filo che esce dalla bocca si lega la sonda e quindi, tirando il filo dall'altra parte (cioè dal tratto che fuoriesce dall'addome), si fa scendere la sonda nello stomaco e successivamente all'esterno. La sonda rimane ancorata nello stomaco mediante una placca interna.

Il tempo richiesto è di solito di 15-30 minuti.

Infine, una seconda gastroscopia consente di valutare che tutto sia stato correttamente posizionato, senza complicanze immediate (ad esempio emorragie).

L'alimentazione può iniziare dal giorno successivo alla procedura (meglio con un tentativo iniziale di acqua).

Esistono controindicazioni?

Esistono controindicazioni assolute, legate all'impossibilità di contatto tra parete gastrica e parete addominale, come in caso di ascite (liquido nell'addome), o di pregressi interventi chirurgici sull'addome; ci può essere impossibilità tecnica di posizionare una PEG nei casi di restringimenti dell'esofago o in esiti di precedenti interventi di chirurgia allo stomaco.

Esistono poi controindicazioni relative, rappresentate da sepsi (infezioni generalizzate) ed alterazioni della coagulazione.

Che cosa si deve fare appena inserita la PEG?

Il paziente non deve essere alimentato attraverso il sondino per le prime 24 ore.

Deve essere effettuata una terapia antibiotica di profilassi per almeno tre giorni (ad es. Ceftriaxone 2 gr./die).

E' consigliata una inibizione della secrezione gastrica acida a lungo termine con inibitori di pompa protonica (ad es. esomeprazolo sciolto in acqua non gassata il mattino a digiuno).

Medicare la ferita chirurgica cutanea dopo 48 ore, cercando di rallentare la trazione del fermo cutaneo e facendo ruotare di 360° il sondino; ripetere questa operazione dopo altre 48 ore.

Come gestire la PEG successivamente?

Dopo una settimana dall'inserzione della PEG, ridurre la trazione cutanea che deve avere un gioco di almeno 2-3 cm, provando ogni due-tre giorni a far ruotare il sondino di 360°; verificare spesso che la placca cutanea sia sempre non completamente aderente alla cute, per evitare l'incarceramento della sonda.

Verificare almeno una volta al giorno lo stato della cute attorno alla stomia (cioè il "foro" che conduce nello stomaco).

Non mettere garze tra la cute e la placca. Una garza può essere posta sopra la placca. Nel caso in cui la garza si bagni per spandimento dei succhi gastrici, cambiare spesso la medicazione cercando di mantenere la cute asciutta.

Per la pulizia della cute intorno alla stomia, dei connettori e del sondino, possono essere usati acqua e sapone. In caso di alterazioni della cute, arrossamento, gonfiore, presenza di secrezioni purulente e perdita di succhi gastrici, contattare il servizio di endoscopia.

Complicanze

Complicanze maggiori, secondo le più recenti statistiche, si realizzano nel 2,2% dei casi; complicanze minori nel 17,6% dei casi (De Souza GF, Surg End 2009).

Le più importanti complicanze sono:

Pneumoperitoneo (cioè aria libera nella cavità addominale): Uno pneumoperitoneo può essere osservato abbastanza frequentemente nei pazienti sottoposti a PEG. E' generalmente il risultato della massiva insufflazione di aria nello stomaco (necessaria come già detto per garantire il contatto della parete gastrica con la parete addominale) e della perforazione della parete dello stomaco per introdurre la sonda. In questi casi è una condizione benigna, che non richiede alcuna terapia. In altri casi, più rari ma gravi, è il risultato di una perforazione di altri visceri, quali ad esempio il colon, e può determinare peritonite con necessità di intervento chirurgico.

Infezioni. Frequenti sono le infezioni della cute intorno alla PEG. Più rare, la formazione di gravi infezioni locali (ascesso della parete addominale, fascite necrotizzante) o sistemiche (sepsi). L'uso profilattico di antibiotici il giorno prima ed alcuni giorni dopo il posizionamento della PEG riduce tali rischi.

Emorragie. Il passaggio di aghi e/o della sonda attraverso la parete addominale e gastrica, può accidentalmente lesionare alcuni vasi sanguigni e provocare emorragie. Come già accennato, la gastroscopia viene ripetuta pochi minuti dopo il posizionamento della PEG non solo per verificarne il corretto posizionamento, ma anche per evidenziare e quindi trattare prontamente (se possibile per via endoscopica) un'eventuale emorragia.

Raramente, possono realizzarsi complicanze cardiocircolatorie e/o respiratorie, dovute all'impiego di farmaci per la sedazione/analgesia e non alla PEG; sono aritmie cardiache (in particolare bradicardia), ipotensione, insufficiente ossigenazione del sangue, nella grande maggioranza dei casi di facile risoluzione clinica. Per questo motivo durante l'esame saranno tenuti sotto controllo i suoi parametri vitali e verrà somministrato ossigeno attraverso occhiali nasali. Durante l'esecuzione dell'esame sarà presente personale sanitario qualificato a far fronte a qualsiasi emergenza, utilizzando apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Sussiste infine un raro rischio di mortalità legato a possibili complicanze correlate alla tecnica di esecuzione della stomia.

A distanza di tempo dal posizionamento della PEG, altre complicanze possono essere rappresentate da:

Ostruzione della sonda. La cattiva pulizia della PEG può determinare la formazione di residui alimentari adesi alla parete interna. E' quindi sempre necessario, tutti i giorni e più volte al giorno, lavare bene la sonda con acqua, bicarbonato di sodio o coca cola.

Rimozione accidentale della sonda. Pazienti non collaboranti possono accidentalmente strapparsi la sonda. Occorre in tali casi riposizionare (entro 24 ore) una nuova PEG (non è necessaria una nuova gastroscopia) o, in alternativa (di notte, nei giorni festivi, etc ...), inserire un catetere vescicale (tipo Foley) per mantenere aperta la fistola gastrocutanea (cioè il collegamento con lo stomaco dall'esterno) fino al riposizionamento di una PEG.

Allargamento ed arrossamento della stomia. E' buona norma controllare tutti i giorni la cute attorno alla stomia, verificando eventuali arrossamenti, perdita di succo gastrico, secrezione purulenta. Occorre lavare sempre la cute attorno alla stomia con acqua e sapone, asciugare bene la zona e poi disinfettare (Betadine, etc ...). Almeno un paio di volte la settimana è opportuno compiere dei giri di rotazione completa della sonda (a 360 gradi). Se si utilizzano garze, e queste si bagnano frequentemente, è consigliabile sostituirle spesso per evitare la macerazione cutanea. Utile, per ridurre la produzione di acido cloridrico da parte dello stomaco, somministrare al paziente farmaci antisecretori (ad esempio esomeprazolo bustine 10 mg, somministrato la mattina a digiuno nella sonda).

Alimentazione tramite PEG

Per quanto concerne le modalità di somministrazione degli alimenti (intermittente o continua), il tipo di dieta, l'assistenza al paziente durante l'alimentazione (preparazione degli alimenti, posizione del paziente, pulizia e gestione della sonda, etc ...) e le possibili complicanze nutrizionali (nausea e/o vomito, diarrea, reflusso gastroesofageo, etc ...) è opportuno contattare il Servizio di Nutrizione Clinica.

Esiste un'alternativa all'uso della PEG?

Le alternative vanno valutate sul singolo paziente, in base alle caratteristiche cliniche (vedasi al riguardo quanto riportato alla pagina 1).

Per qualunque necessità potrà rivolgersi comunque al Pronto Soccorso.