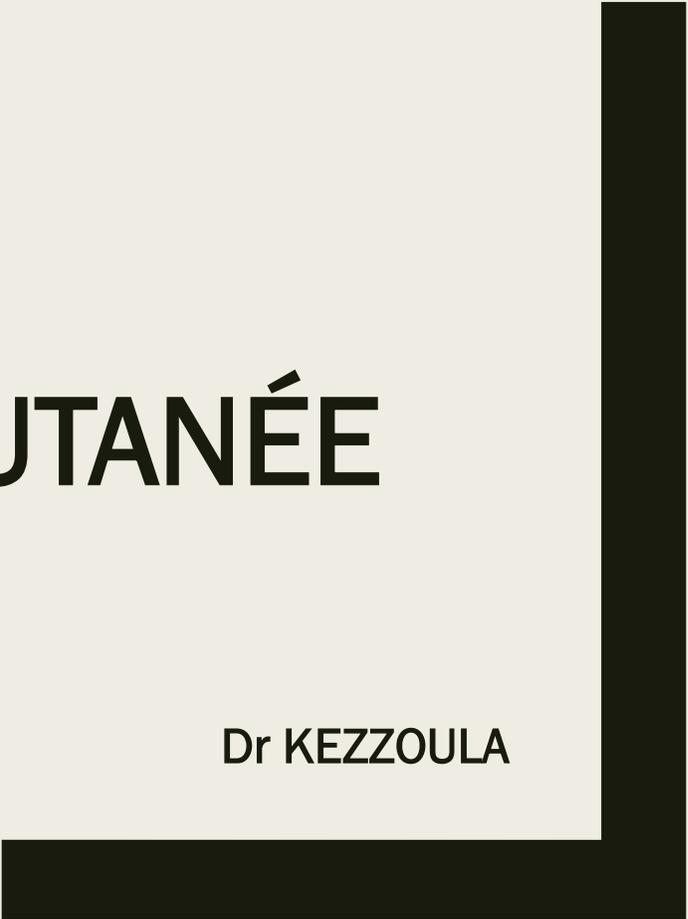


**GASTROSTOMIE
ENDOSCOPIQUE PERCUTANÉE
PEG**

Dr KEZZOULA



Introduction

Description en 1980 par Gauderer et Ponsky

Elle est depuis largement pratiquée.

Procédure simple et rapide réalisable par toute équipe d'endoscopie.

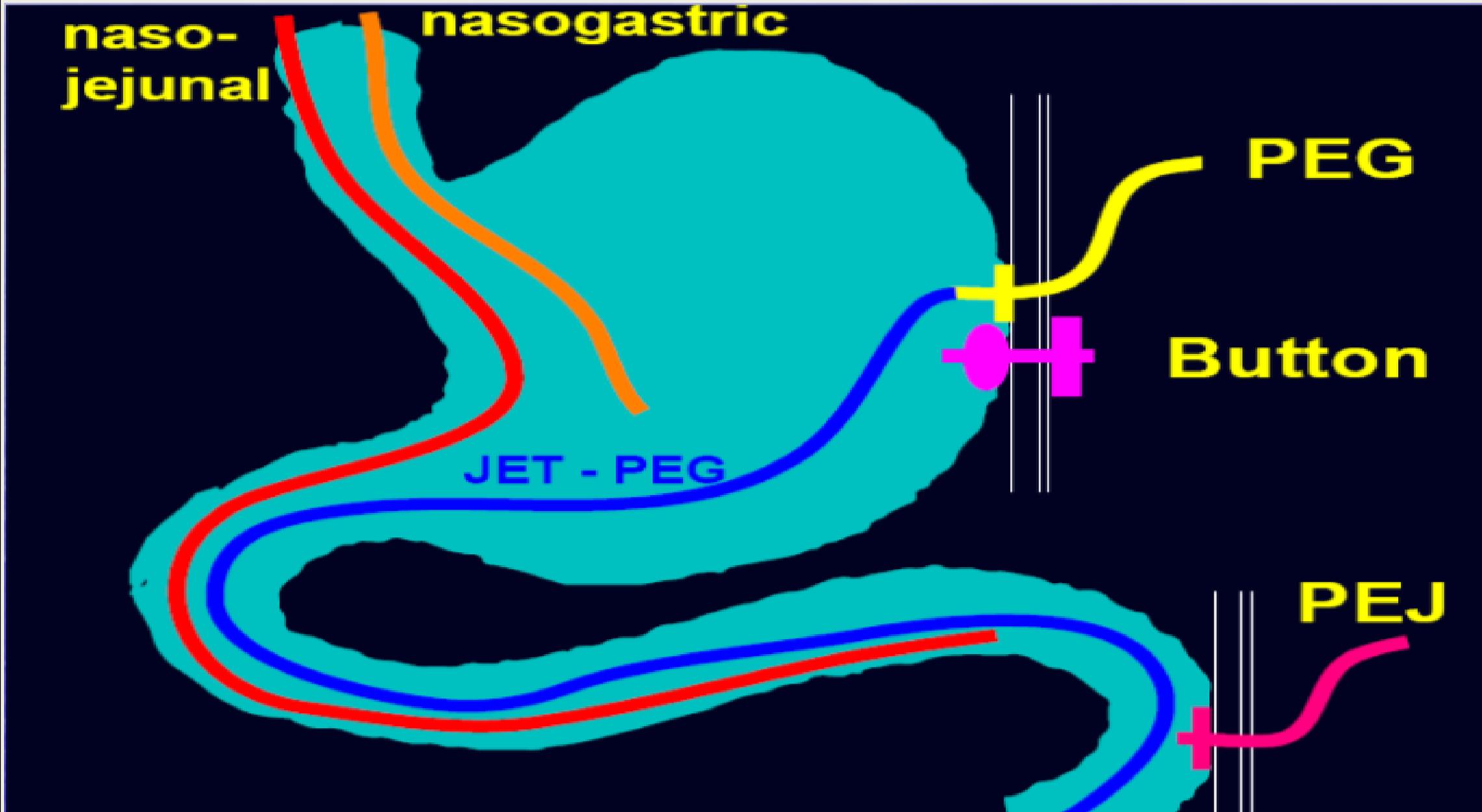
Elle permet la mise en place d'un dispositif d'accès à la cavité gastrique dans un but de nutrition ou de décharge palliative.

Méthode de choix pour une alimentation entérale prolongée, d'une durée supérieure à 4 semaines

Plus de 240.000 GPE réalisées aux Etats-Unis en 2003.

1er geste d'endoscopie thérapeutique en France en 2008 enquête SFED

une seule étude dans notre pays (Série de 13 malades en 2008; Pr Benatta et al HMRUO)



Indications

Nutrition entérale de moyenne et longue durée.

- 3 semaines (recommandations ESPEN).
- Espérance de vie du patient jugée suffisante.
- Principales indications: neurologie,cancérologie,gériatrie.
- Définitive ou temporaire.

Indications

Adulte:

- Neuro: maladies neuro-dégénératives, séquelles AVC, traumatismes craniens.
- Troubles nutritionnels.
- Gériatrie: démence, fausses routes...
- Oncologie: ORL, oesophagien, séquelles de radiothérapie ou chirurgie.

Enfant :

- Affections neuro-musculaires congénitales, séquelles anoxie cérébrale, encéphalopathies, mucoviscidose.

Quel sont les avantages sur la Sonde naso-gastrique ?

- Confort, esthétique, vie sociale, acceptabilité.
- Moins de risque d'arrachement accidentel ou volontaire.
- Moindre risque de déplacement.

Mais ne diminue pas le risque de reflux sous nutrition entérale

Contre-indication

- Troubles sévères de la coagulation (INR > 1.5, Plq <50 000).
- Atteintes pariétales: infectieuses ou néoplasiques.
- Absence de transillumination : obésité majeure, ascite...
- Pronostic vital évalué à < 1 moins.
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Démence évoluée: pas de bénéfice démontré avec un risque élevé de complications.

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

Contre-indications relatives

- Gastrectomie partielle ou totale.
- Chirurgie abdominale antérieure: choix du site; possible en post-opératoire précoce.

Grant ann surg 1992, Townsend Surg Gynecol Obst 1992

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

Friedenberg JPEN 1997, beau GCB 2001, Paillaud GCB 2002

➡ **Renutrition par une SNG avant**

- Ulcère évolutif, HH, HTP.

Aspects techniques

- **Pull** : technique 1980 Gauderer et Ponsky (sonde GPE tirée de dedans en dehors) **la plus utilisée**.
- **Push**: technique 1983 sacks et vine (technique proche, sonde poussée de dedans en dehors sur fil guide) **moins utilisée**.

Avant la procédure

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

Procédure

- Unité d'endoscopie.
- 2 Gastro-Entérologues dont 1 endoscopiste- 1 Anesthésiste- 1-2 infirmières d'endoscopie

Matériel :

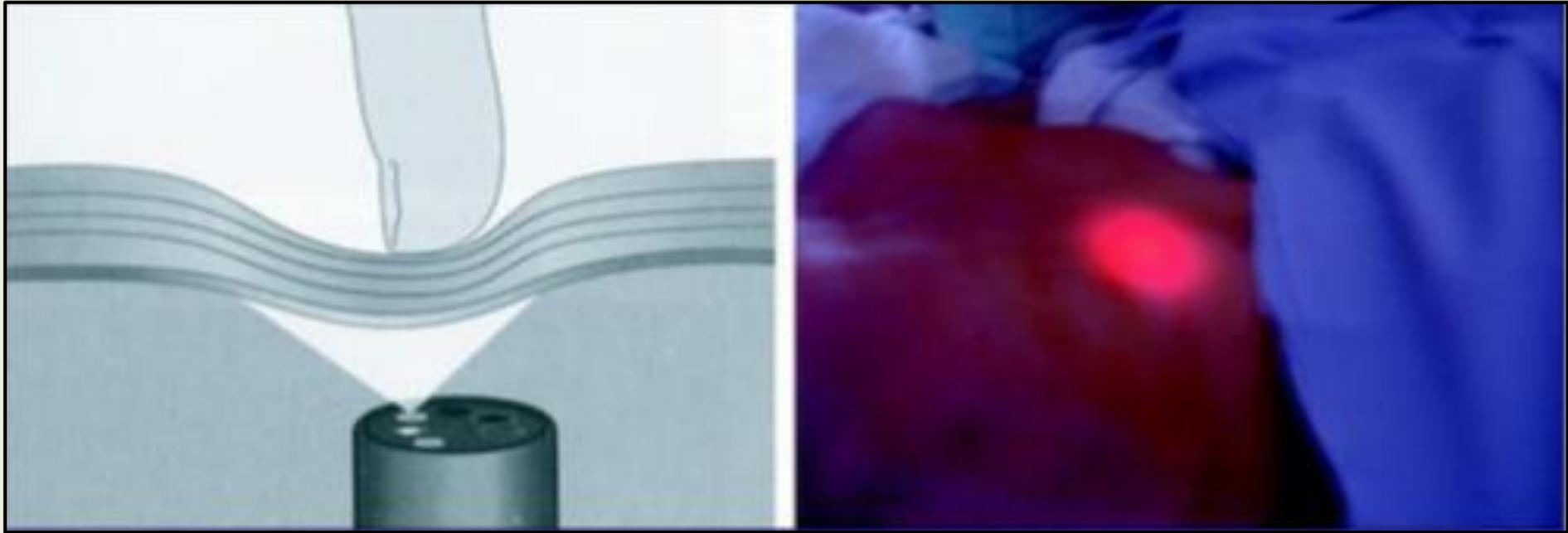
- Vidéo-endoscope, naso-fibroscope. Pince à corps étranger, anse diathermique, pince à biopsie.
- Kit de GPE stérile.

Materiel GPE

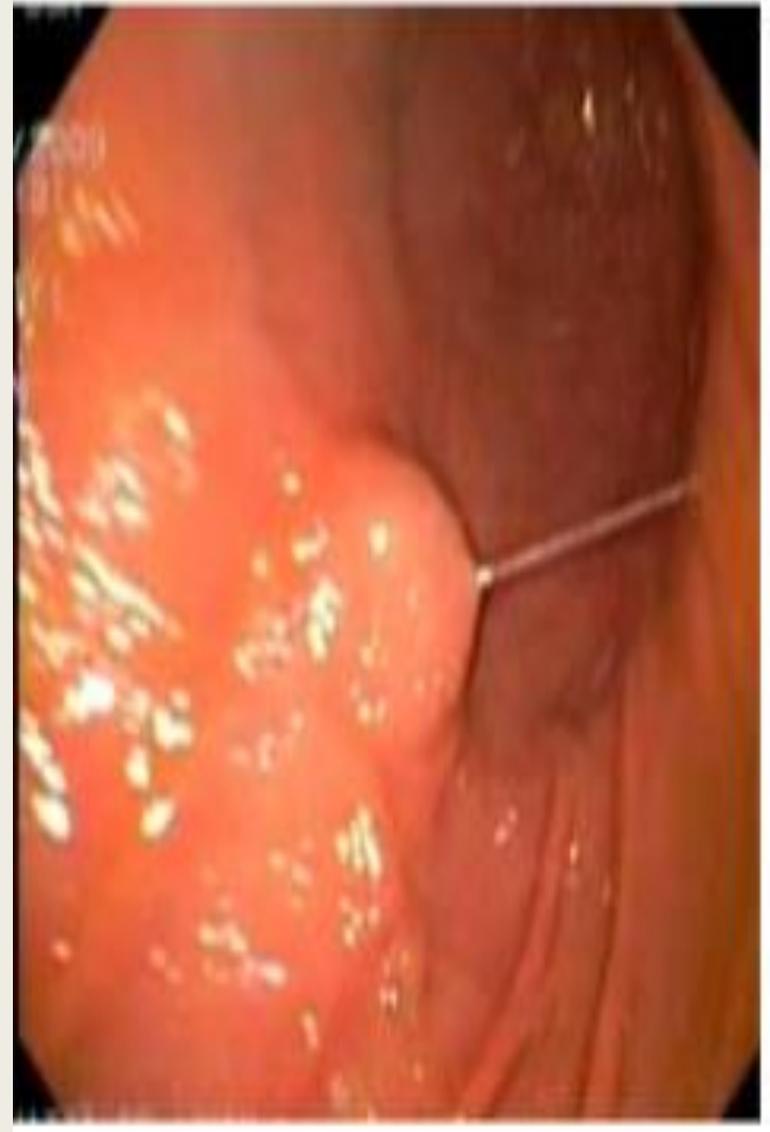
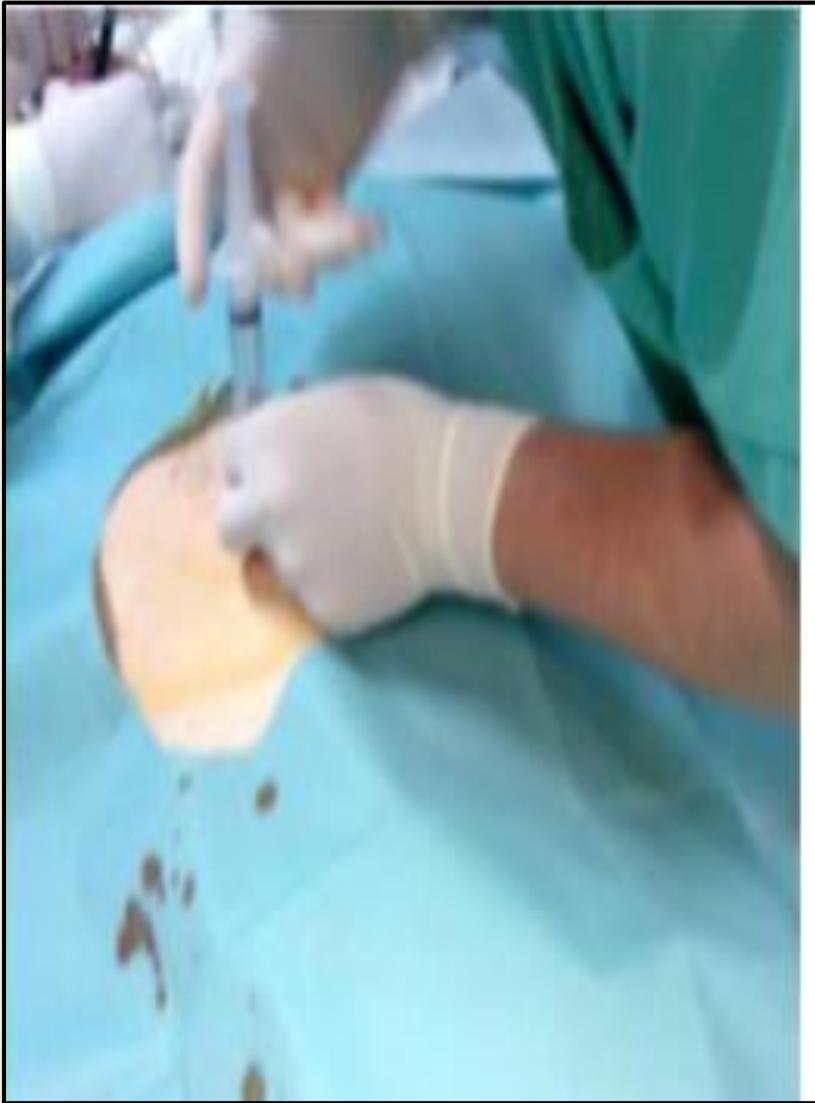


Procédure proprement dite 'Pull Méthode' ou traction

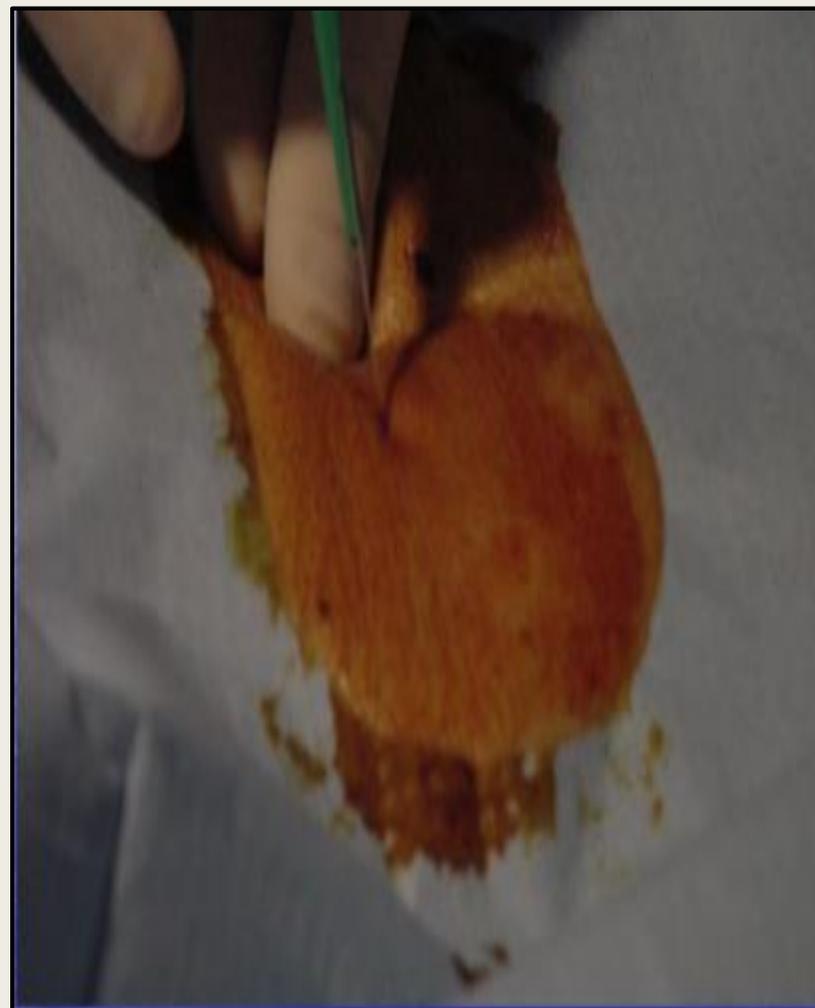
- Après examen endoscopique l'estomac est suffisamment insufflé : Accolement estomac-paroi abdominale et refoulement des organes de voisinage (colon).
Projection par trans illumination de la paroi gastrique contre la paroi abdominale.
Le repérage confirmé par sensibilité tactile (hypocondre gauche ou épigastre).



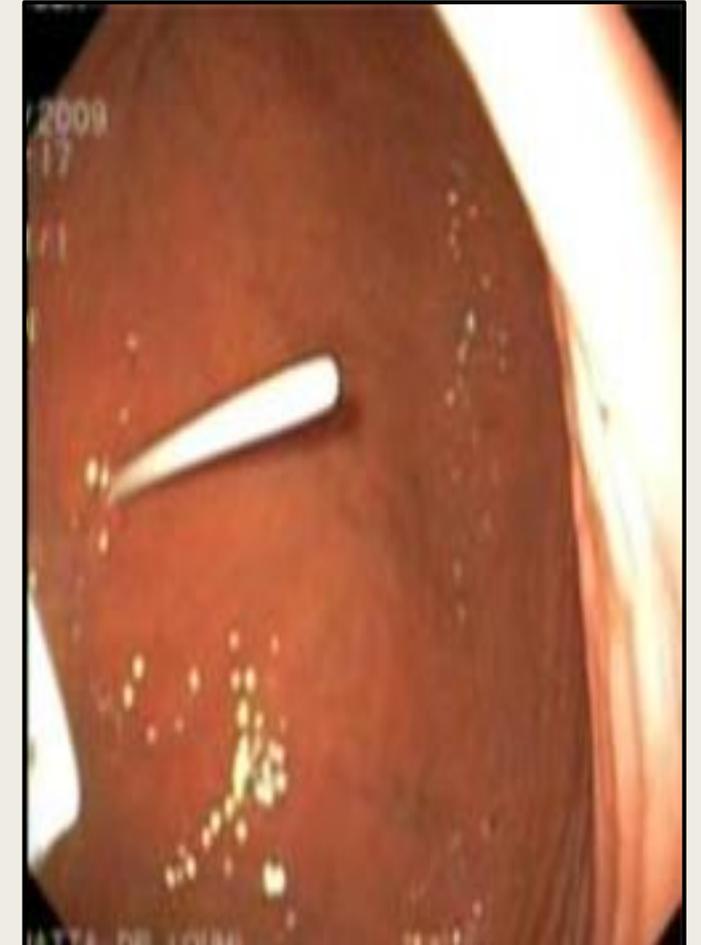
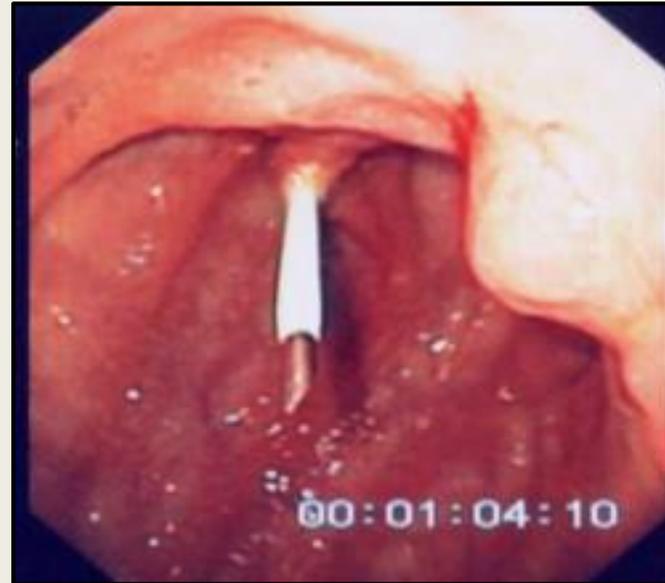
- Après une anesthésie local :



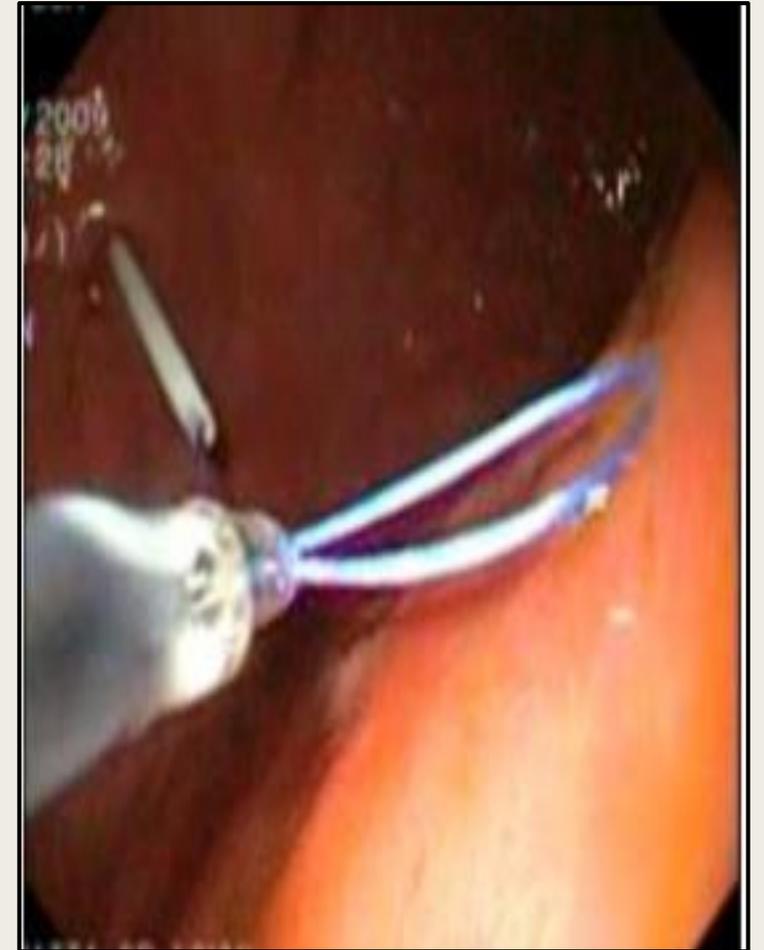
Une incision de 1cm est réalisée (prévenir la nécrose)



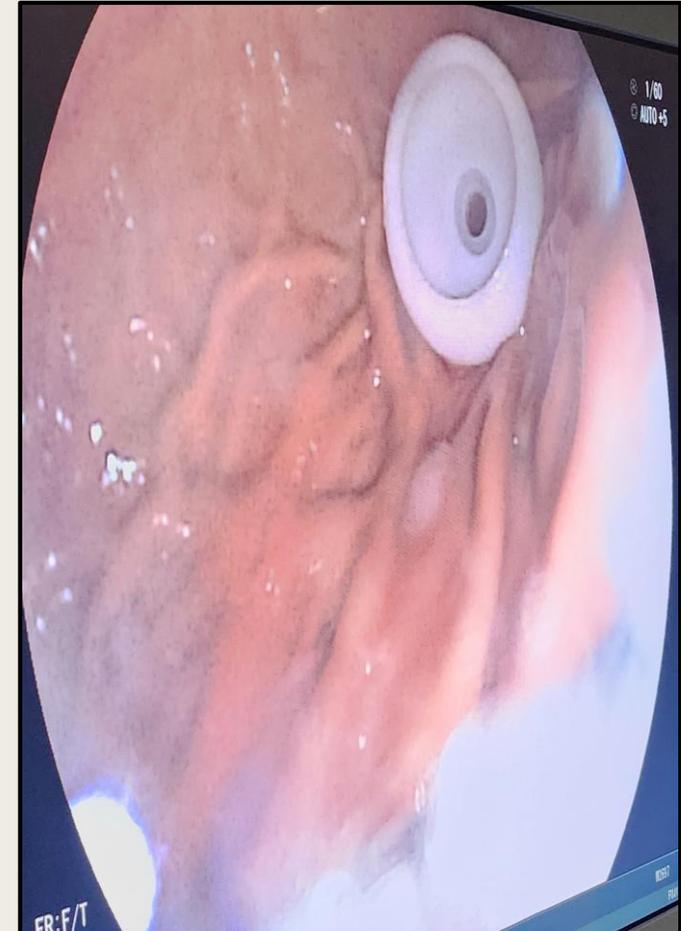
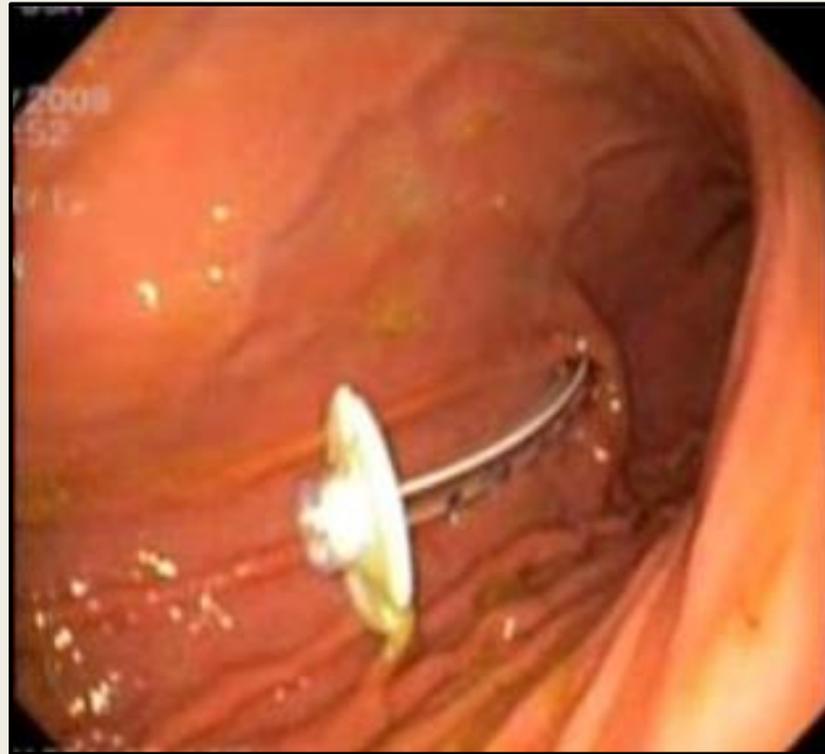
Sous contrôle endoscopique une aiguille est introduite dans l'estomac au niveau du point d'incision



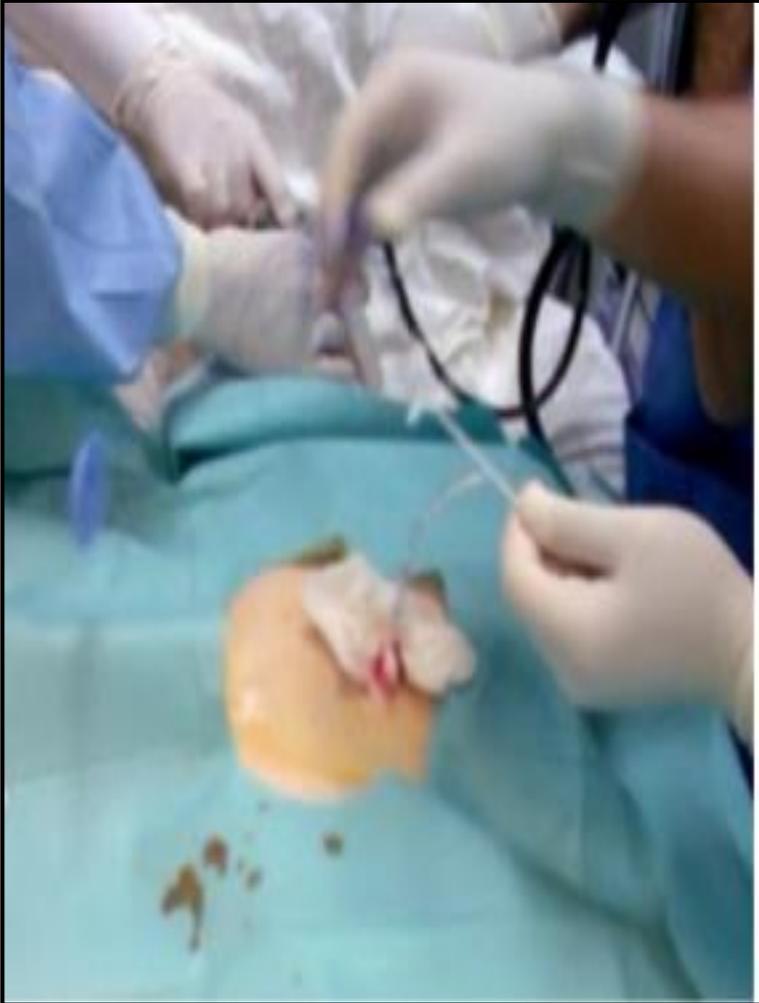
Un fil de traction est passé par l'aiguille dans l'estomac récupéré par une pince a corps étranger puis tiré jusqu'à l'extérieur par la bouche.



Son extrémité nouée a la sonde de gastrostomie est introduite par la bouche par ytaction a l'extrémité externe jusqu'à application de la collerette intra gastrique contre la paroi



Un anneau de fixation extérieur est placé pour maintenir la collerette de la sonde de GPE en place



GPE en place



Résultats

- Succés de la technique > 95%.
- La durée de la procédure entre 10- 15 min.
- Les facteurs d'échec:
 - pas de transillumination.
 - échec de passage de la colorette interne: néoplasie ORL, sténose oesophagienne.
 - lésion de paroi gastrique: cancer, gastrite hémorragique.

Après la GPE

- Nettoyage et pansement antiseptique pendant 8 j.
- Utilisation précoce de la GPE (3 - 6 h) sérum salé.
IPP pour diminuer les fuites péristomiales.
- Rincer à l'eau tiède avant et après utilisation.
- Rotation de la sonde lors de son nettoyage évite toute adhérence.
- Ne pas injecter les médicaments avec l'alimentation.
- Obstruction injection d'eau à 40 °C avec une seringue de 10 ou 20 ml.
- Education du patient et de sa famille.
- Si retrait accidentel de la sonde ➡ sonde gastrique.

Surveillance à long terme de la GPE

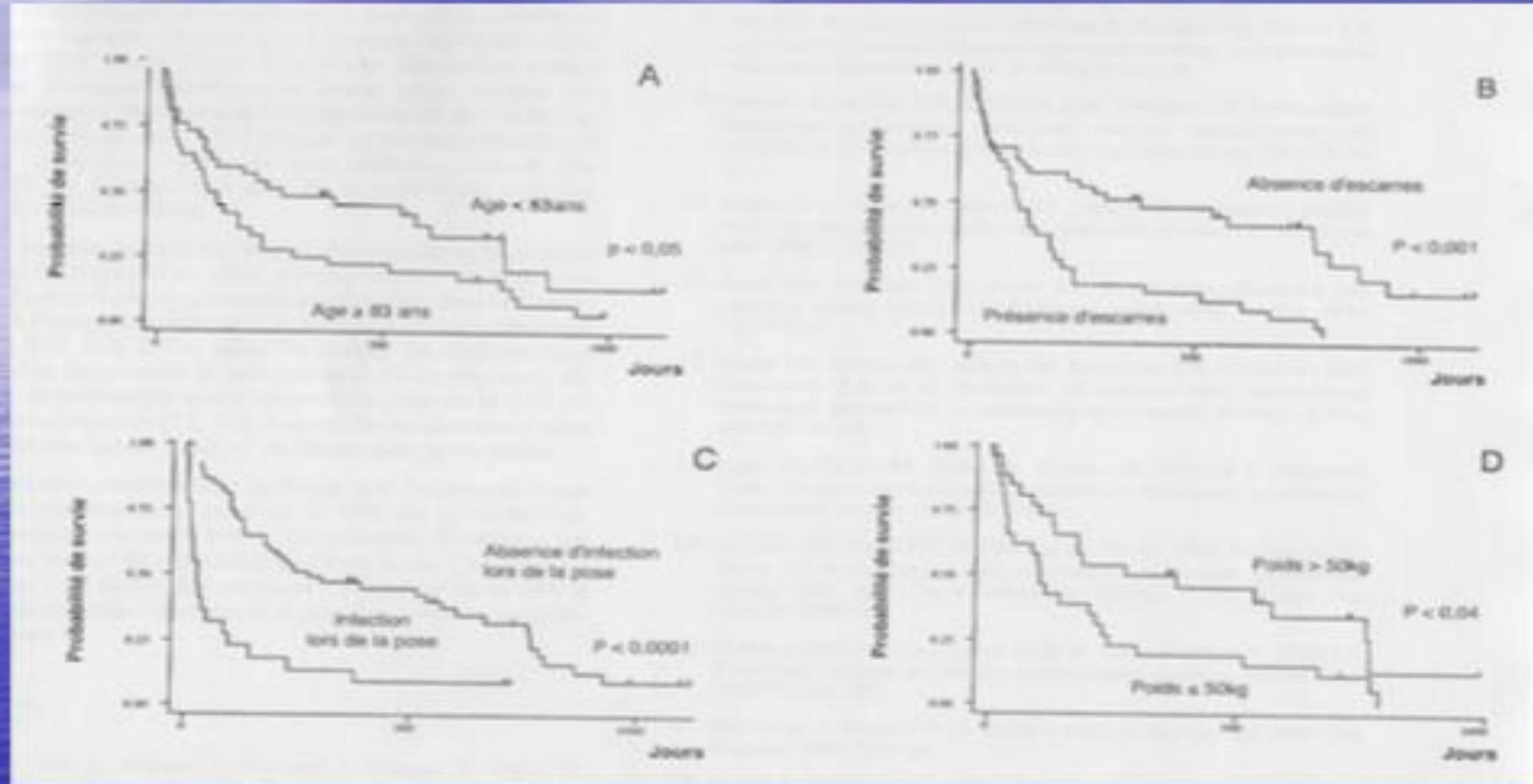
- Soins cutanés journaliers (à l'eau savonneuse, séchage , douche autorisée).
- Surveillance journalière de la GPE : application, mobilisation.
- Rougeurs: soins antiseptiques.
- Bourgeon charnu: nitrate.
- Une fois la stomie cicatrisée, tout pansement est inutile .

Facteurs prédictifs indépendants de complications et de mortalité précoce

- Age avancé.
- Escarres.
- Hypoalbuminémie, dénutrition sévère.
- Maladie évolutive.
- Infection pulmonaire.
- Co-morbidités.

Paillaud, Gastroenterol Clin Biol 2002 :

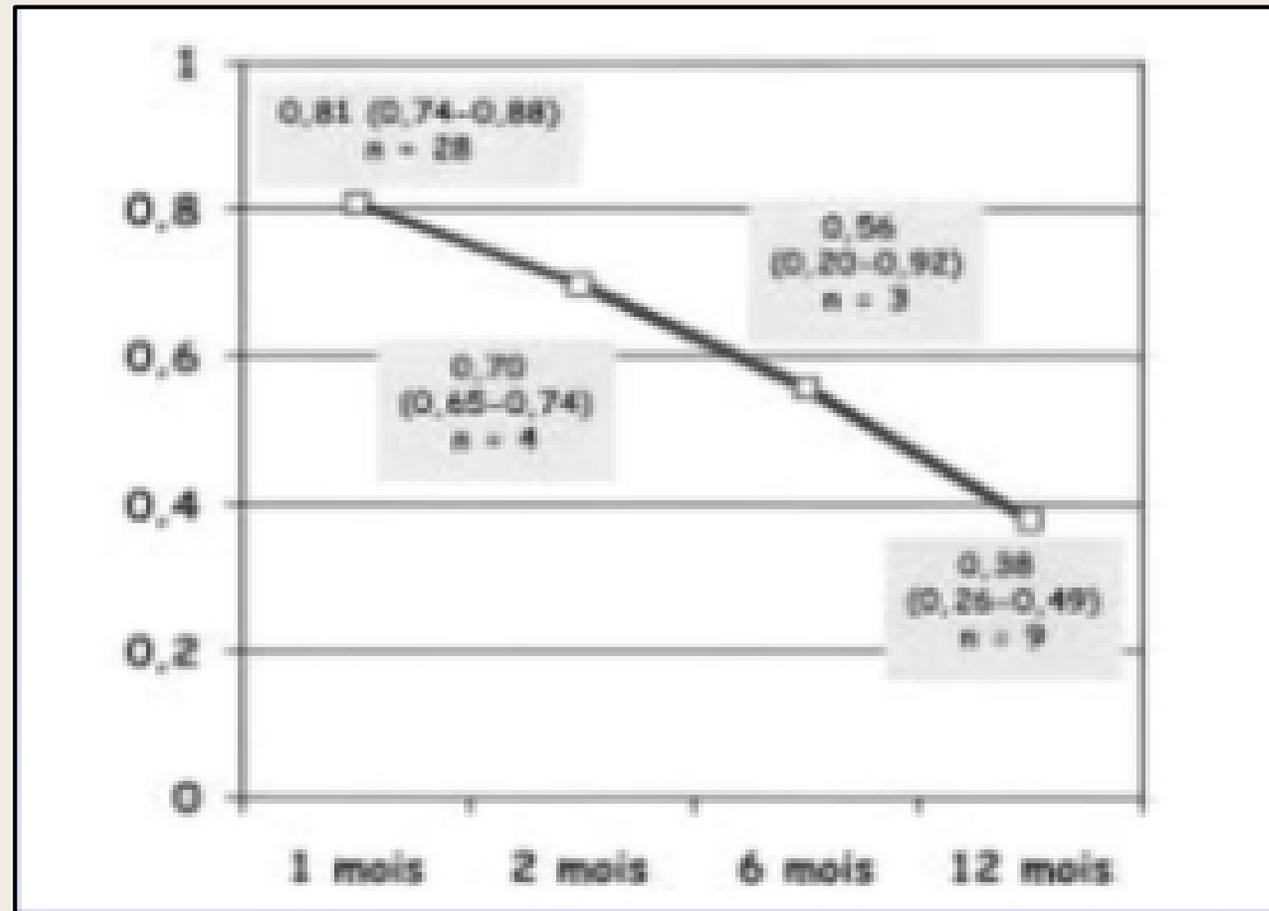
- 73 patients âgés (moyenne 83 ans)



La survie après GPE reflète les co- morbidités :

	Mortalité		
immédiate	1 mois	1 an	3 an
0 - 2%	22 - 24%	50 - 63%	77 - 81%

Survie après la pose GPE :



Complications

- **Au cours de la procédure :**
 - Inhalation.
 - Laryngospasme.
 - Hémorragie.
 - Perforation: fistule gastro-colique rare.

■ Précoces:

- Douleur localisée.
- Pneumopéritoine.
- Iléus reflexe et troubles de la vidange gastrique.
- Endocardite.
- Pneumopathie d'inhalation.
- Péritonite.
- Infection péristomiale.

■ Tardives:

- Incarcération de la collerette.
- Ulcération gastrique.
- Fuite péristomiale.
- Bourgeon charnu.
- Colonisation bactériennes.
- Métastases.

Ablation indications

Sonde devenue inutile reprise de l'alimentation orale

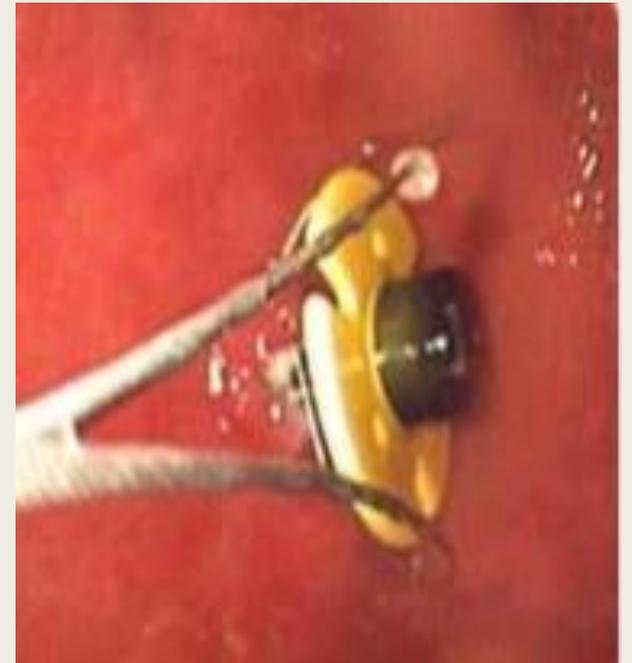
Sonde obstruée ou détériorée.

Orifice élargi.

Infection sévère.

Fistule gastrocolique.

Désir de bouton.



Complications

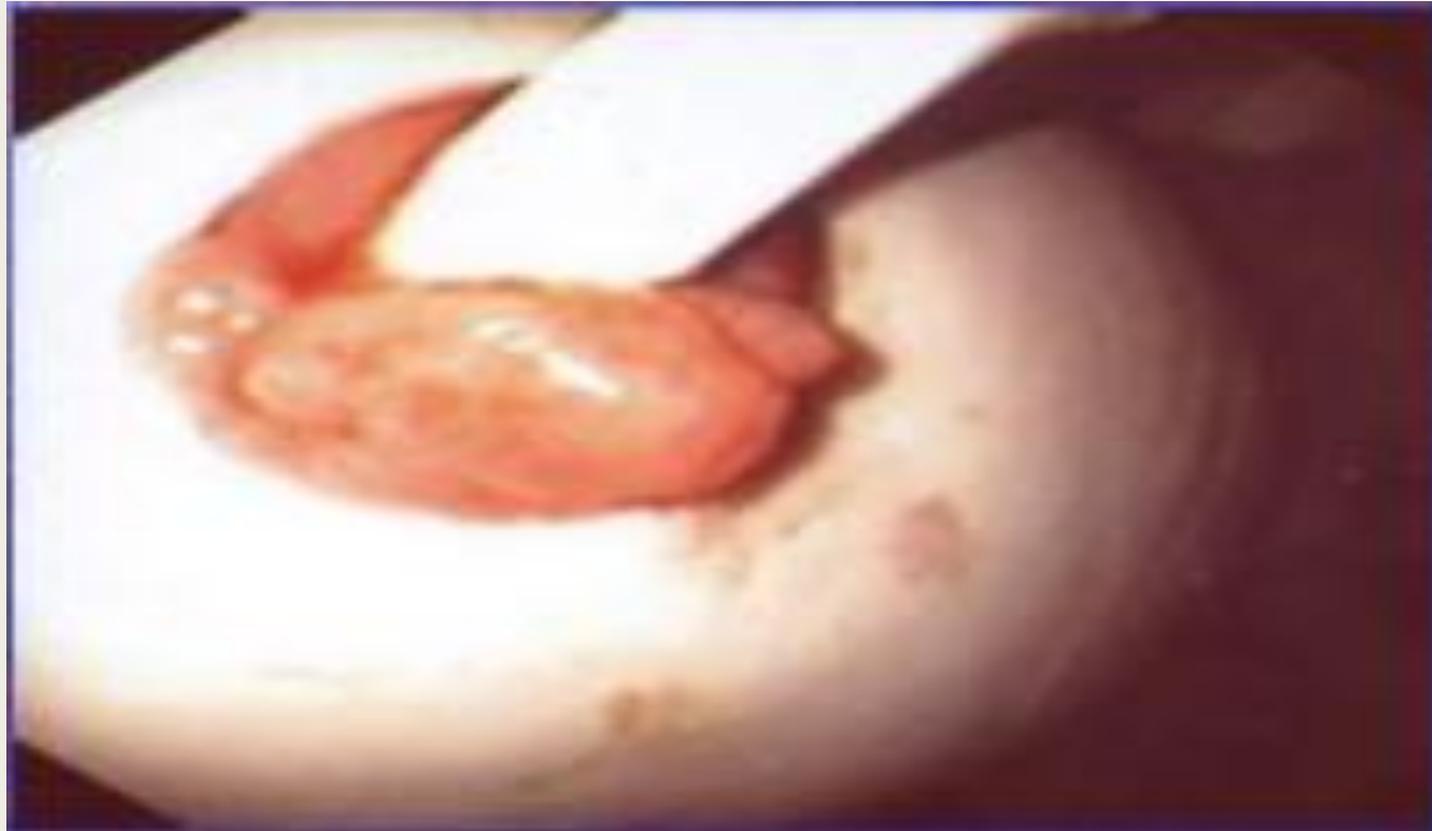
Métastase sur le site



Fuite de liquide gastrique par PGE



Bourgeon muqueux



Infection orifice GPE



Ulcère orifice GPE



Migration collorette interne



Conclusion

- Technique utile et efficace en nutrition entérale.
- Technique améliorée au cours des années.
- Elargissement des indications.
- La GPE est fiable, économique, simple à pratiquer et bien tolérée.
- L'observance stricte des contre-indications et des exigences de la procédure est la clé de la réussite du geste endoscopique.
- Les soins locaux, la surveillance des patients, les directives pour une utilisation optimale de la GPE sont les garants de sa bonne tolérance.
- Technique encore mal connue par nos collègues dont les patients peuvent être candidats (Oncologie, ORL Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Réanimation , Médecine interne, Rééducation).

Merci....