U.O.Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Direttore Sergio Segato

NOTE INFORMATIVE SULLA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)

Che cos'è

La gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) è un piccolo tubo del diametro di circa 5-7 mm che permette di collegare la cavità gastrica con l'esterno; viene posizionata per via endoscopica in quei pazienti che presentano disturbi organici e/o funzionali della deglutizione, per permettere loro l'assunzione di cibi e liquidi. La PEG viene posizionata tramite l'esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS); è un esame che consente al medico esecutore di osservare direttamente l'interno di esofago, stomaco e duodeno e rilevare eventuali patologie mediante l'endoscopio (una sonda flessibile del diametro di circa 1 cm, dotata di una telecamera in punta).

Lo strumento viene introdotto delicatamente attraverso la bocca, fino a raggiungere il duodeno.

Come si svolge

Durante la EGDS in cavità gastrica si sceglie il punto dove posizionare la PEG eseguendo la digitopressione e la trans-illuminazione della parete addominale (in mancanza della quale la procedura non può essere avviata). La procedura generalmente richiede una sedazione profonda, ragione per cui al gastroenterologo si affianca un anestesista. Praticata l'anestesia locale sul punto individuato, viene eseguita un'incisione cutanea di 5-10 mm, attraverso la quale viene inserita una cannula che penetra nello stomaco ed all'interno della quale viene passato nello stomaco un filo guida che viene quindi recuperato e portato all'esterno con l'estrazione del gastroscopio.

A questo punto la sonda da gastrostomia viene tirata con il filo sino allo stomaco e quindi attraverso la parete addominale a livello del tramite precedentemente creato.

Al termine della procedura la sonda sarà tenuta in sede all'interno dello stomaco da un dispositivo detto "bumper" ed all'esterno della parete da una placca di fissaggio e in rari casi anche da punti di sutura.

La nutrizione enterale generalmente può iniziare dopo 24 ore. La percentuale di successo nel posizionamento della PEG è superiore al 90% e la durata della procedura è di circa 15-30 minuti. Le cause più frequenti del mancato posizionamento della PEG sono due: la mancata trans-illuminazione della parete addominale e la presenza di lesioni ostruttive esofagee; in questi casi la gastrostomia può essere posizionata con altre tecniche dal radiologo interventista o dal chirurgo.

Viene richiesta una profilassi antibiotica e, quando in corso, la sospensione della terapia anticoagulante secondo istruzioni.

Quando è indicata

È una procedura che viene utilizzata nei pazienti in cui sia presente un'incapacità temporanea (superiore ad un mese) o permanente ad alimentarsi per bocca e nei quali, comunque sia possibile raggiungere endoscopicamente la cavità gastrica. Ciò si verifica in patologie che interessino l'orofaringe, l'esofago, il mediastino (tumori, lesioni da caustici, stenosi peptiche...).

La PEG è inoltre indicata in caso di patologie neurologiche (m. di Parkinson, sclerosi multipla, vasculopatie cerebrali, botulismo, m. di Alzheimer, sindrome pseudo-bulbare.....) quando, mancando il riflesso della deglutizione, il paziente può incorrere nell'aspirazione di cibo nelle vie aeree con conseguente polmonite "ab-ingestis".

In condizioni particolari può essere indicata anche nella gestione di altre condizioni cliniche (ad esempio a scopo decompressivo gastrico nelle occlusioni).

Quando non è indicata

In caso di stenosi dell'esofago, disordini della coagulazione non correggibili, malattie rapidamente progressive, impossibilità di contatto tra parete gastrica ed addominale, ascite massiva, ipertensione portale, cancro gastrico, ulcera o fistola gastroenterica.

Rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze

Il rischio più frequente (5-25% dei casi) dopo il posizionamento della PEG è l'infezione della ferita, ossia il tramite cutaneo attraverso il quale viene inserita la PEG. Oltre i rischi del posizionamento della PEG vanno elencati quelli della gastroscopia; il più importante è la perforazione (la cui incidenza è inferiore ad 1 caso ogni 10.000 esami) ed è spesso legata a gravi patologie dell'esofago. Il passaggio dell'endoscopio in esofago può indurre, raramente ed in soggetti predisposti, alterazioni transitorie del ritmo cardiaco per via riflessa che possono essere prevenute o trattate con apposita terapia. Molto rara risulta essere l'emorragia dalla ferita. La perforazione potrebbe richiedere un intervento chirurgico.

Pur ottenendo la trans-illuminazione può verificarsi l'interposizione di un altro viscere (in particolare il colon) tra lo stomaco e la parete addominale, in tale caso il problema potrebbe emergere al momento della sostituzione della PEG.

Complicanze della sedazione

La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali:

- broncospasmo;
- reazioni allergiche;
- alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco;
- depressione respiratoria o apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco (in alcune circostanze, se pure estremamente rare, potrebbero necessitare manovre rianimatorie).

Occasionalmente, dopo l'esame, vi può essere dolore a livello dell'accesso venoso o tromboflebite, che in genere si risolve spontaneamente o con l'aiuto di pomate anti-infiammatorie.

Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche

In caso di assunzione di farmaci anti-aggreganti piastrinici, anti-coagulanti ed anti-infiammatori non steroidei (FANS) vanno richieste istruzioni per la loro sospensione e per la ripresa della terapia dopo la procedura.