

Quando mangiare diventa difficile: HUNTINGTON E PEG

Dr.ssa EMILIA BAREGGI

UNITA' OPERATIVA DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
OSPEDALE LUIGI SACCO MILANO

MILANO, 28 GENNAIO 2023



PEG

- COS'E' LA PEG
- TEMPISTICHE
- INDICAZIONI
- CONTROINDICAZIONI
- TECNICHE E MATERIALI
- RISVOLTI ETICO - LEGALI



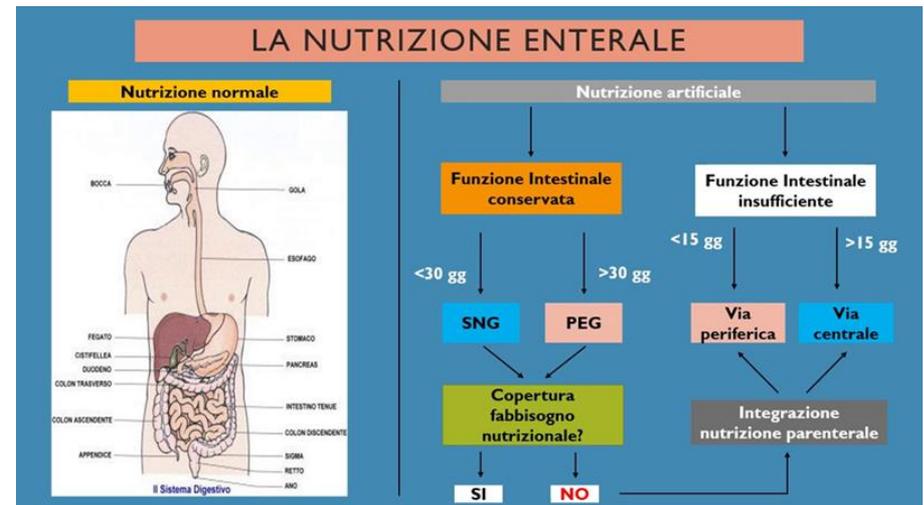
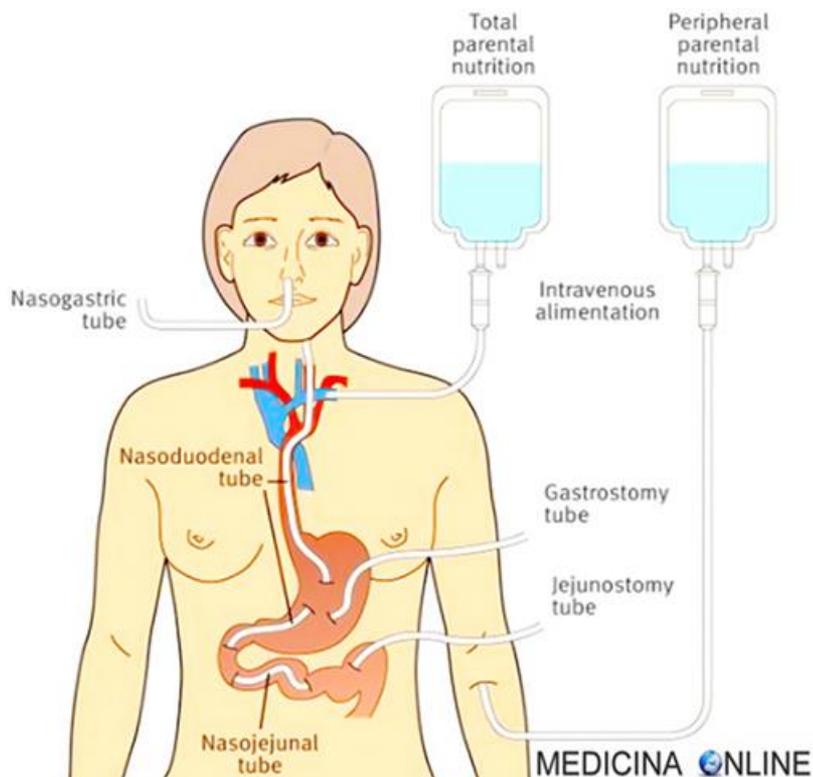
Alimentazione artificiale: è indicata in tutti i pazienti incapaci di assumere un adeguato introito calorico per via orale

OBIETTIVI:

- assicurare un adeguato apporto nutrizionale
- reidratare il paziente
- correggere significanti squilibri nutrizionali
- Mantenere e migliorare la massa muscolare
- Ridurre le complicanze legate all'allettamento prolungato: es. prevenire e guarire le ulcere da decubito
- **MIGLIORARE LA QUALITA' DI VITA DEL PAZIENTE**

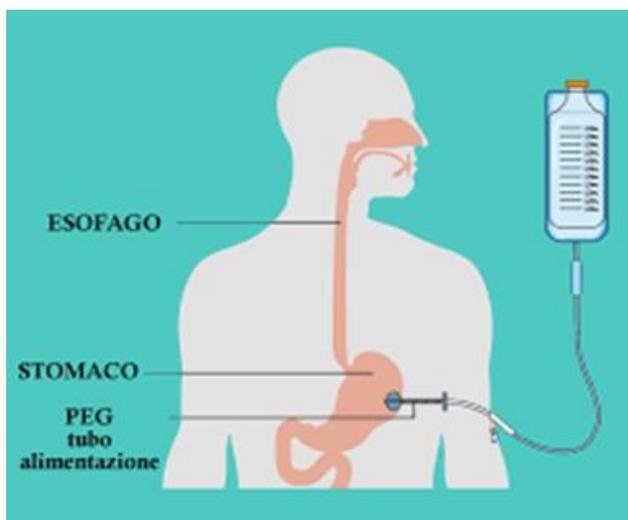


- **Nutrizione Parenterale**
- **Nutrizione Enterale** introduzione di sostanze nutritive nel tratto gastrointestinale tramite sonda:
 - minori costi
 - minori complicanze
 - più facile gestione a domicilio



Nutrizione Enterale:

- CAVITA' NATURALI (**SNG**)
- STOMI (aperture create artificialmente tra una cavità interna e la superficie cutanea) comunicanti con lo stomaco (**gastrostomia**) o con il digiuno (**digiunostomia**)



GASTROSTOMIA è una fistola gastro-cutanea creata fra la parete anteriore dello stomaco e la cute.



GASTROSTOMIA

VARIE TECNICHE (chirurgica, endoscopica e radiologica): la tecnica radiologica e quella chirurgica sono gravate da una più alta percentuale di morbilità e mortalità

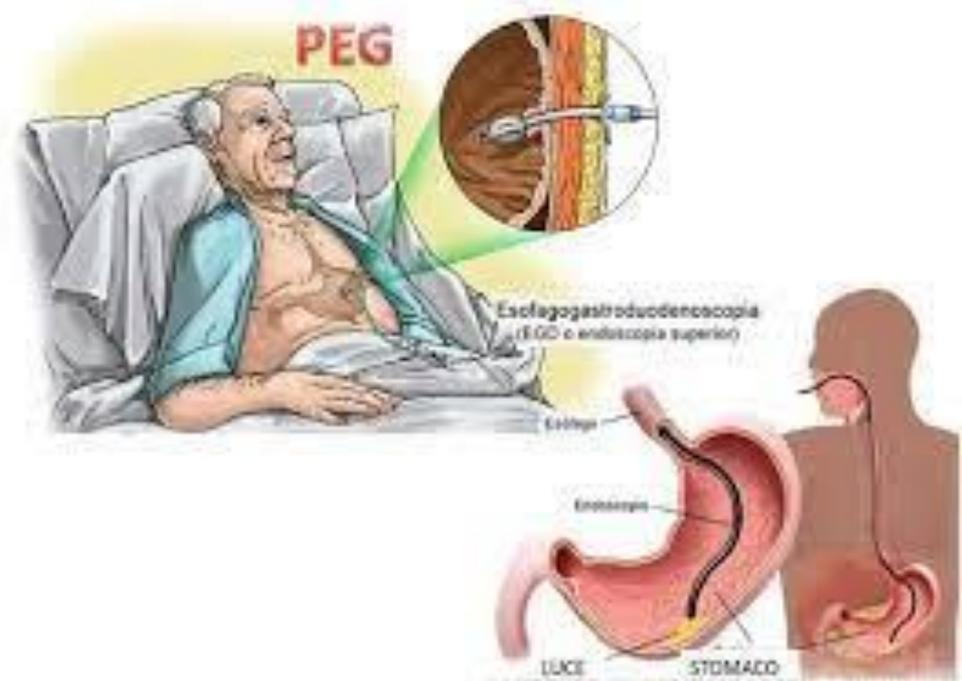
Nel 1979 è stata introdotta la **PEG** come alternativa all'approccio chirurgico.

Grazie alla sua facilità di realizzazione, basso rischio di complicanze e minima invasività, la procedura ha conosciuto una GRANDE diffusione.



PEG

PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea) è la procedura endoscopica che consiste nel posizionare un tubicino in materiale plastico di 5-7 mm di diametro, in modo da collegare la cavità gastrica verso l'esterno, per permettere l'assunzione di cibi e liquidi direttamente nello stomaco

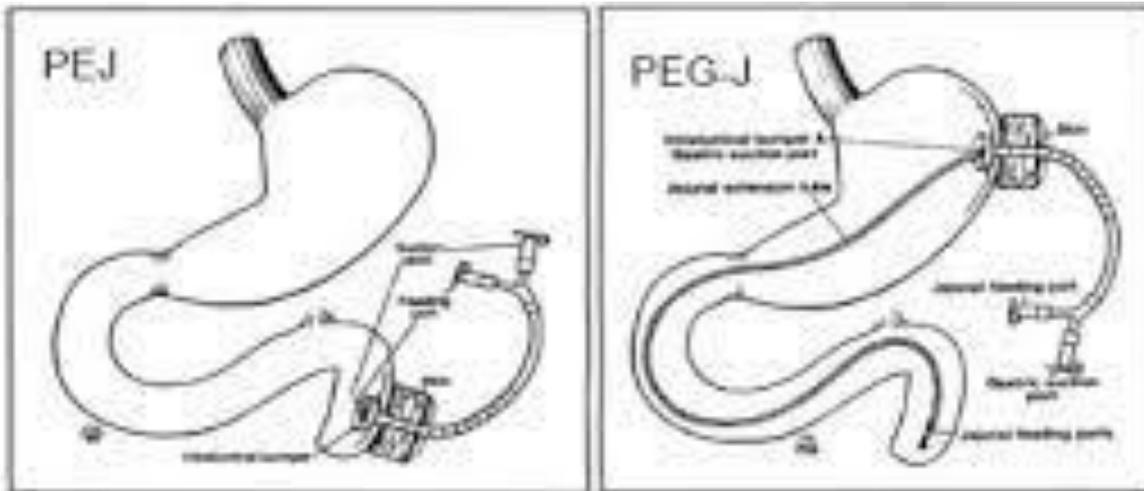


3 tecniche di posizionamento
(tecnica pull, tecnica push, tecnica introducer)



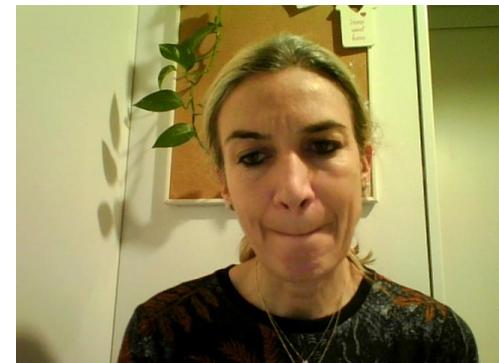
Quando la PEG non è eseguibile o è controindicata:

- **J-PEG** gastrostomia endoscopica percutanea estesa al digiuno
- **PEJ** digiunostomia diretta percutanea endoscopica



Key points

- stabilire il **MOMENTO PIU' APPROPRIATO**
- **CONSENSO INFORMATO** del paziente o di un tutore legale
- Evitare il **SOVRAUTILIZZO** negli stati terminali, nei casi di età molto avanzata con patologia severa e qualità di vita inaccettabile



DECISIONE DI CONFEZIONARE UNA PEG: non è sempre facile!

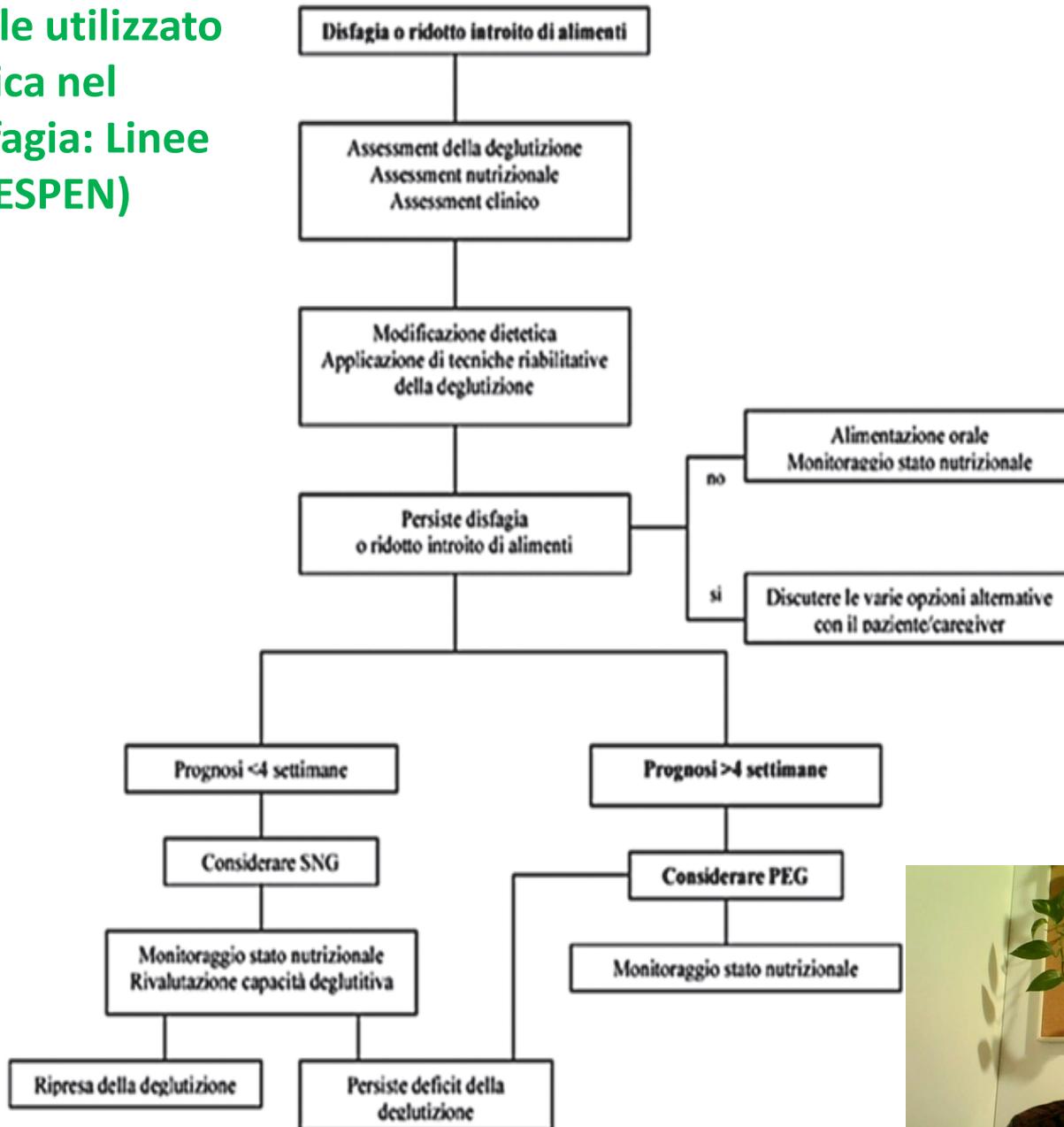
Variabili che intervengono nella scelta: di ordine psicologico, religioso, etico e legislativo

Ogni paziente va valutato singolarmente nella sua INDIVIDUALITA':

COMUNICAZIONE tra tutte le figure mediche interessate nella gestione del paziente, i familiari/caregiver e il paziente stesso.



Albero decisionale utilizzato nella pratica clinica nel paziente con disfagia: Linee guida per la NE (ESPEN)



INDICAZIONI

Secondo la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN):

- Apporto nutrizionale inadeguato
- Stenosi alte vie dell'apparato digerente
- Rischio di aspirazione
- Disfagia secondaria a: patologie neurologiche **acute** (traumi cranioencefalici, accidenti cerebrovascolari) e patologie neurologiche **croniche** (sclerosi laterale amiotrofica, m. di Parkinson, tumori cerebrali, Huntington)
- Nutrizione enterale protratta per più di 30 giorni



NON è indicato il posizionamento:

- in presenza di una malattia ad andamento **rapidamente** progressivo (*va evitata se il paziente ha aspettativa di vita inferiore a 1 mese*)
- Se la nutrizione enterale è necessaria per un **breve periodo** (< 30 gg). In tal caso è invece indicato l'uso del sondino naso-gastrico.



- Nutrizione tramite SNG è raccomandata fino ad un massimo di 6 settimane

Nel lungo periodo è dimostrata la superiorità della PEG rispetto al SNG per efficacia, risultati clinici e facilità di gestione



PREPARAZIONE ALLA PEG

- DIGIUNO DA CIBI e/o soluzioni NUTRIZIONALI nelle 12 ore precedenti e da LIQUIDI nelle 4 ore precedenti.
- sospensione o sostituzione di eventuali farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, previo consulto con lo specialista di riferimento (Cardiologo, Internista...)
- Esami bioumorali recenti (emocromo, INR e PTT) + eventuale ECG
- profilassi antibiotica (amoxicillina/ac. Clavulanico o cefuroxima o equivalenti) 30-60 minuti prima della procedura; i pazienti già in terapia antibiotica a largo spettro non necessitano di profilassi aggiuntiva

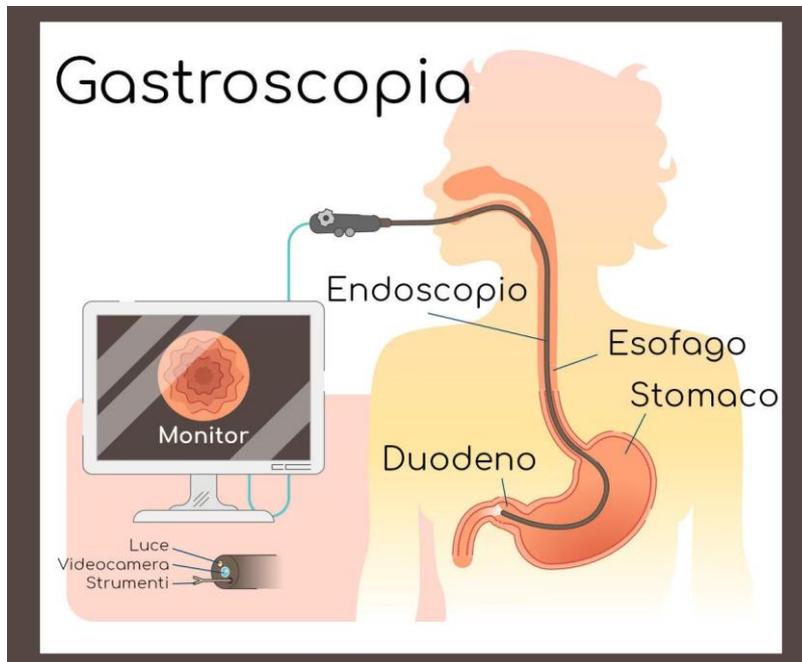
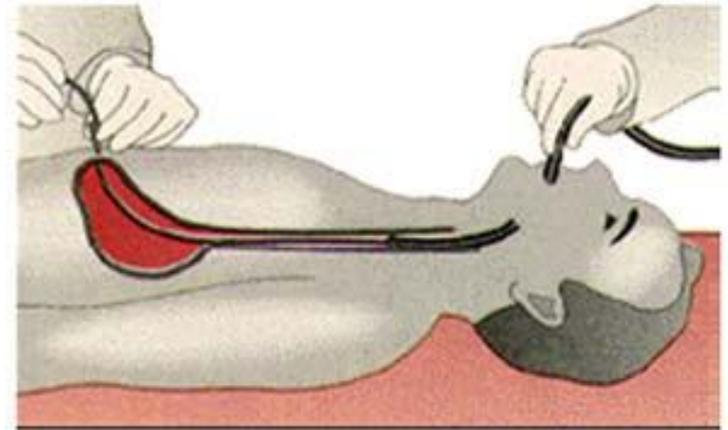


PEG MATERIALI E TECNICHE

SEDAZIONE cosciente con anestesia locale dell'orofaringe con lidocaina spray

SEDAZIONE profonda con assistenza anestesiologicala.

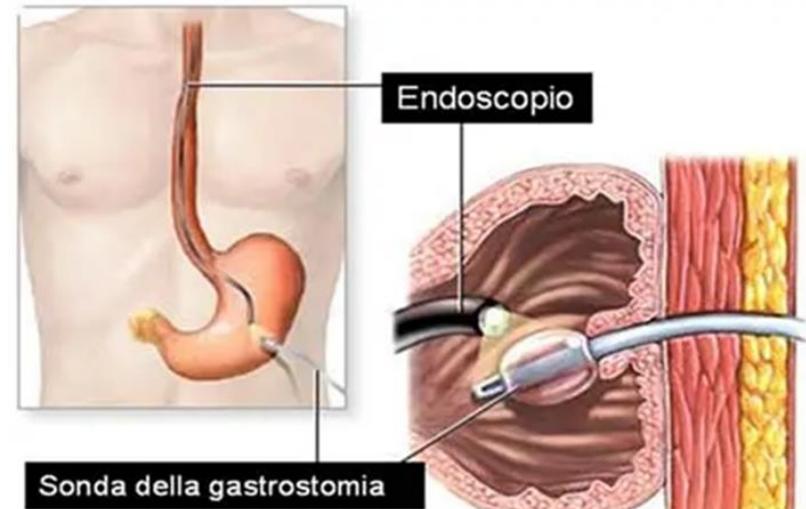
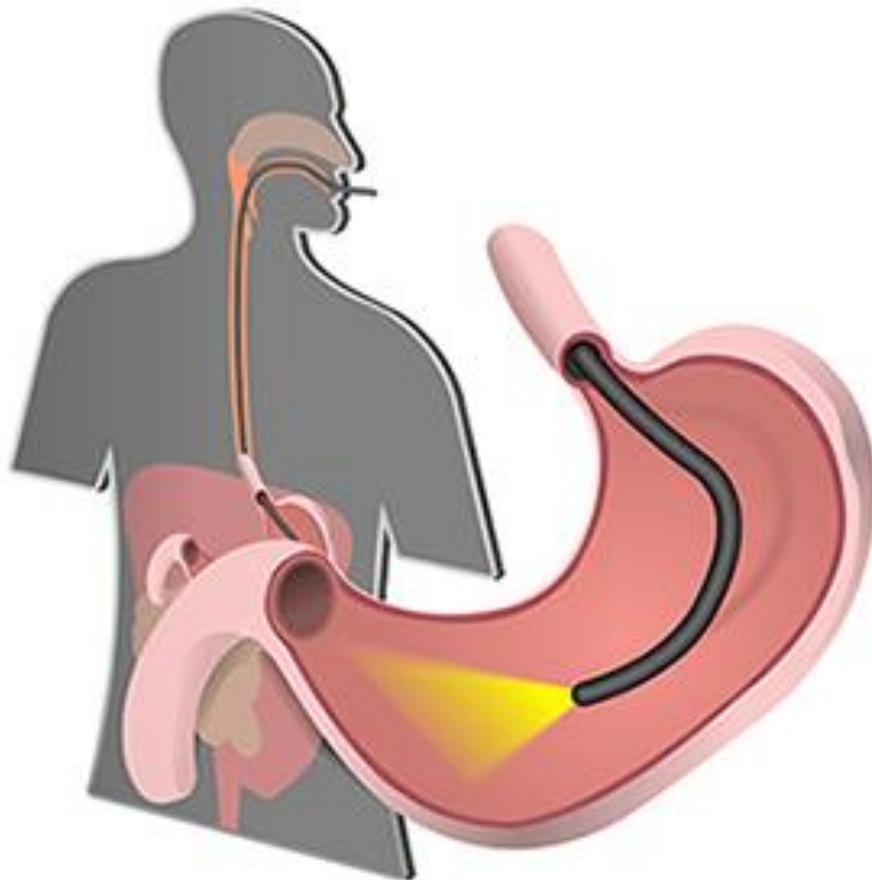
In una minoranza dei casi, è preferibile in anestesia generale con intubazione oro-tracheale.



L'esame viene eseguito con un endoscopio flessibile, il gastroscopio, dotato in punta di una sorgente luminosa e di una micro-telecamera collegati ad un processore e quindi ad uno schermo.

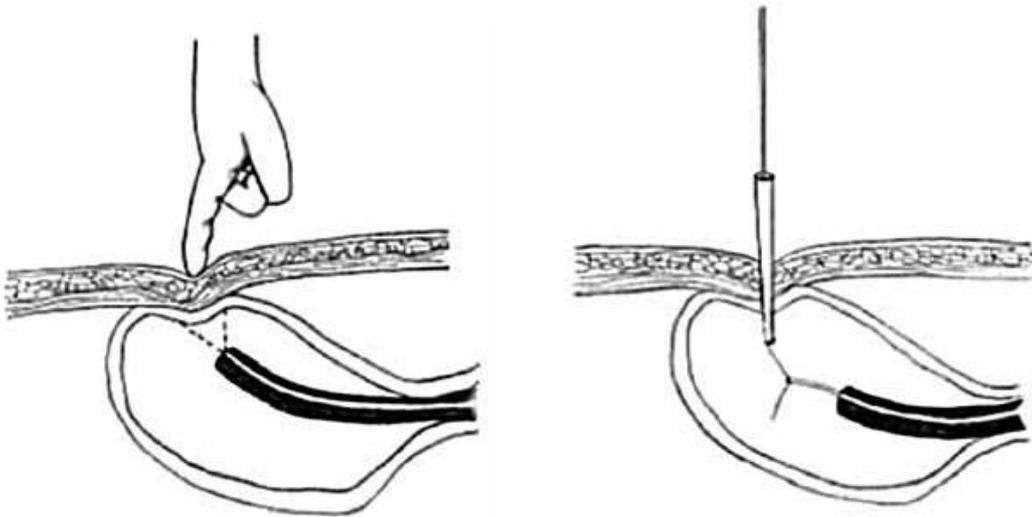


Si esegue prima una EGDS per escludere patologie che possono compromettere la buona riuscita della procedura.



METODO «PULL»

l'insufflazione forzata crea una distensione della cavità gastrica che consente una miglior adesione tra parete gastrica anteriore e parete addominale

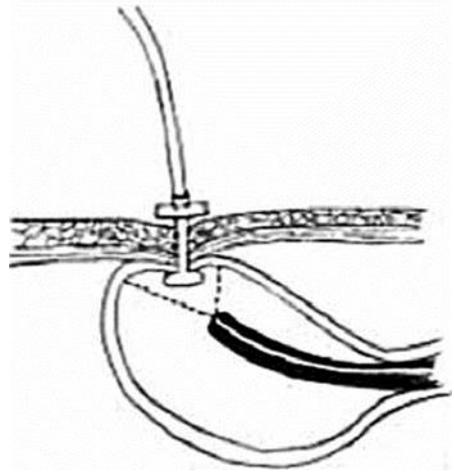


dopo anestesia locale ed esecuzione di un'incisione della cute con bisturi, si introduce attraverso un agocannula un filo di seta o di materiale sintetico nello stomaco



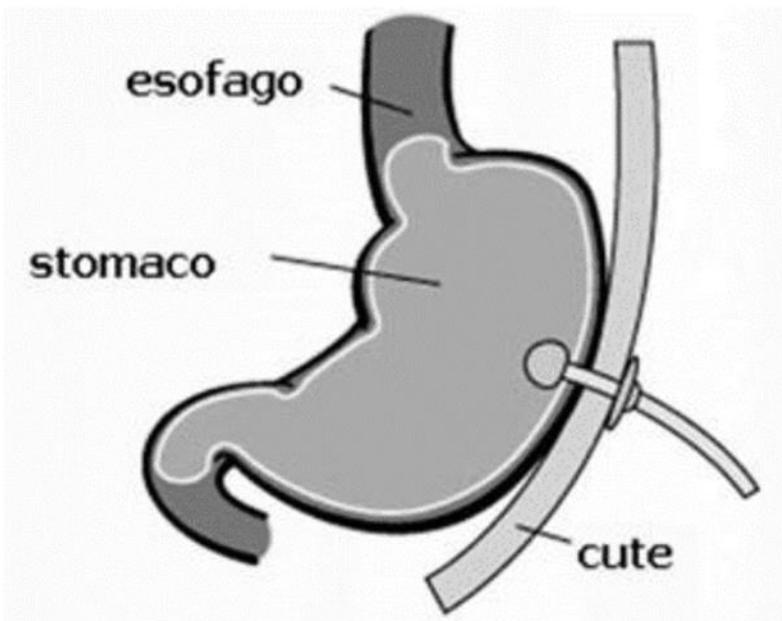
Mediante transilluminazione e digitopressione della parete addominale si sceglie il punto di inserzione della PEG





Il filo viene quindi catturato all'estremità con un'ansa ed estratto dalla cavità orale retraendo il gastroscopio.

La sonda da gastrostomia viene quindi legata al filo all'estremità, che viene represso fino ad ottenere la fuoriuscita della sonda dalla parete addominale.



PEG

- La sonda in silicone è costituita da una campana terminale detto "bumper", che resta all'interno dello stomaco, ed una parte esterna, fissata con una placca di fissaggio. E' dotata di un raccordo per l'alimentazione e l'introduzione di farmaci.
- Meglio sonde "traction removal" (cioè rimovibili senza bisogno dell'endoscopia) e di ampio calibro (18-20 Fr) meno soggette ad ostruzione
- La sonda va subito collegata ad un sacchetto "a caduta" per valutare il ristagno gastrico e l'eventuale insorgenza di complicanze precoci.



Sonda vista dall'interno dello stomaco



PEG

- La procedura, salvo casi particolari, dura 15-20 minuti
- La percentuale di successo nel posizionamento della PEG è superiore al 90%.
- La sonda PEG non deve essere utilizzata per le prime 12 ore. Quindi si può iniziare la somministrazione di liquidi e farmaci
- dopo 24 ore si possono infondere le miscele nutrizionali
- Il paziente, in assenza di particolari rischi (es. aspirazione), può continuare ad alimentarsi ANCHE per bocca
- E' REVERSIBILE quindi può essere rimossa in qualunque momento



CONTROINDICAZIONI

La PEG non si può eseguire in assenza di consenso informato del paziente o di chi esercita la tutela legale o la patria potestà

ASSOLUTE

- severa coagulopatia non correggibile
- impossibilità ad ottenere una soddisfacente transilluminazione gastrica per l'interposizione di un organo (fegato, colon) o pregressi interventi chirurgici sull'addome
- presenza di ascite
- esiti di chirurgia gastrica (es. per obesità)
- gravi lesioni della mucosa gastrica o duodenale (ulcere o neoplasie).

RELATIVE

- sepsi
- malattie neoplastiche, infiammatorie ed infiltrative delle parete gastrica o addominale
- Demenza grave ed età avanzata (maggiore rischio di mortalità)



COMPLICANZE

- Sono INFREQUENTI
- morbilità compresa tra il 3 ed il 17% (Ampia variabilità legata alla diversa epoca in cui sono stati effettuati gli studi, alle modalità di raccolta dei dati - retrospettiva o prospettica - alla durata dei follow-up, ai diversi criteri di selezione dei pazienti, all'esperienza degli operatori)
- La mortalità correlata alla procedura è rara del 0.3 - 1.3%.

La presenza di **pneumoperitoneo** non accompagnato da segni di irritazione peritoneale, un transitorio dolore addominale o la presenza di febbricola nelle prime ore, non rappresentano vere e proprie complicanze e non rivestono alcun significato clinico



COMPLICANZE MINORI (12,5% fino al 30% circa):

- ostruzione del tubo della PEG
- macerazione di tessuti circostanti la PEG
- vomito
- infezione cute peristomale.

La complicanza più frequente è rappresentata **dall'infezione della cute intorno alla stomia** (eritema cutaneo, fino all'ascesso ed alla fasciite necrotizzante



La rimozione accidentale della gastrostomia (1,6-4,4%) non è grave, in questi casi è sufficiente ricoprire la piccola ferita con una garza sterile e consultare IMMEDIATAMENTE il medico.



COMPLICANZE MAGGIORI (1.5%-6%) che richiedono intervento chirurgico o ospedalizzazione:

Polmonite ab ingestis (aspirazione di materiale gastroenterico refluito), emorragia, danno ad organi interni, perforazione intestinale con peritonite, incarcerationamento del bumper, fascite necrotizzante, fistole gastro-coliche

| Complicanze maggiori | % |
|-------------------------------------|---------|
| Insuff. Resp. Acuta | 0,3-1 |
| Emorragia 0 -2.5% | 0-2 |
| Peritonite/Perforazione intestinale | 0,5-1,3 |
| Fascite Necrotizzante | rara |



GESTIONE P.E.G. (Medicazione Iniziale)



Trattare come una ferita chirurgica:

Detergere la zona della stomia utilizzando garze sterili imbevute di soluzione fisiologica, effettuando movimenti circolari dal centro verso l'esterno

Disinfettare la cute (con soluzione iodata, clorexidina o acqua ossigenata).

Asciugare la zona trattata con garze sterili asciutte



GESTIONE PEG (mantenimento)

Dopo 30-40 giorni la fistola è consolidata

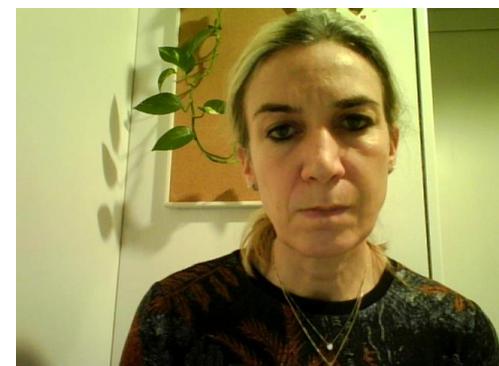
- Detersione locale quotidiana attorno alla stomia con acqua e sapone
- Asciugare accuratamente
- La cute peristomale va controllata quotidianamente, verificando l'assenza di segni di infezione (eventuali arrossamenti o irritazioni)
- Controllare la posizione della sonda (tacche cm): controllare che la posizione e la distanza della flangia cutanea sulla sonda, corrisponda a quella registrata sulla documentazione clinica.



Sonda PEG montata



- Mobilizzazione della sonda con movimenti rotatori (360°) e piccoli movimenti verticali DENTRO – FUORI per evitare arrossamenti ed ulcere da decubito sulla cute; se la sonda dovesse risultare fissa avvertire il medico
- Lavare la sonda con acqua ogni 8 ore o al termine di ogni bolo
- Effettuare la pulizia giornaliera del cavo orale poichè viene a mancare la pulizia meccanica naturale ottenuta con la masticazione.
- Lasciare il fermo esterno a diretto contatto con la cute



SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

- Prima di somministrare il farmaco sospendere momentaneamente la nutrizione per evitare il rischio di precipitazione degli alimenti o dei farmaci.
- preferire forme farmaceutiche liquide.
- compresse vanno frantumate finemente: la sospensione o la soluzione da somministrare può essere preparata con 10-15 ml di acqua.
- somministrare un farmaco alla volta, irrigando la sonda dopo ogni somministrazione.
- Sciacquare il materiale utilizzato con la stessa soluzione disperdere la minor quantità di farmaco possibile.



La **durata media** di una PEG è di circa **un anno**, ma può variare in base alla sua manutenzione.

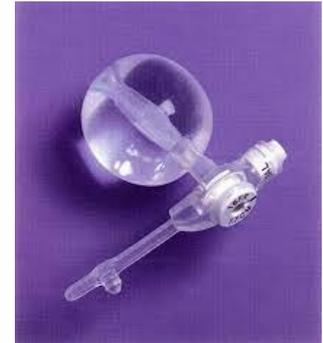
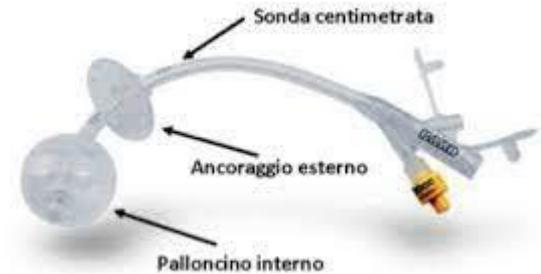
Al bisogno può essere sostituita con facilità senza la ripetizione della fase endoscopica con:

- «**sonda da sostituzione**» che presenta all'estremità in cavità gastrica un palloncino gonfiabile

Oppure con il “**bottone**”, meno ingombrante, di due tipi:

-“a palloncino” che presenta all'estremità inserita in cavità gastrica un palloncino gonfiabile

-“a pulsione” in cui il posizionamento è mantenuto da un bumper deformabile. Ha una durata più lunga.



**CONTATTARE SEMPRE IL CENTRO DI RIFERIMENTO O RECARSI
IN PRONTO SOCCORSO SE SI VERIFICA UNA DELLE SEGUENTI
CONDIZIONI**

- Ostruzione della sonda non risolvibile
- Dislocazione accidentale della sonda o del bottone
- Aspetto anomalo o immobilità della sonda
- Eccessivo “gioco” della sonda (è possibile che l’ancoraggio si stia allentando e non garantisca più la tenuta in sede)



Take-Home messages

Scopo della NE artificiale è quello di **MIGLIORARE LA QUALITA' DI VITA**
Fondamentale è stabilire il **MOMENTO PIU' APPROPRIATO** senza aspettare le fasi
terminali della malattia

E' auspicabile che sia il paziente stesso ad esprimere il **CONSENSO INFORMATO**

La PEG è una **procedura semplice**, di facile realizzazione, efficace, con basso rischio di
complicanze e di facile gestione. Sarebbe utile **predisporre di linee guida per evitare il**
SOVRAUTILIZZO negli stati terminali, in pazienti con patologia severa, con età molto
avanzata e con qualità di vita inaccettabile

Ogni paziente va valutato singolarmente nella sua **individualità** ed è importante una
buona comunicazione tra tutte le figure interessate alla gestione del paziente: i medici,
i familiari e il paziente stesso



Grazie per l'attenzione!

