

Technique de pose de gastrostomie : techniques endoscopiques

Dr Corinne BOUTELOUP, MCU-PH

Gastro-entérologue et nutritionniste

Service de Médecine Digestive et hépatobiliaire,
CHU Estaing Clermont-Ferrand

ECREIN, UMR 1019, UCA



Liens d'intérêts en rapport avec la communication

Expertises

- Nestlé Health Science
- Nutricia

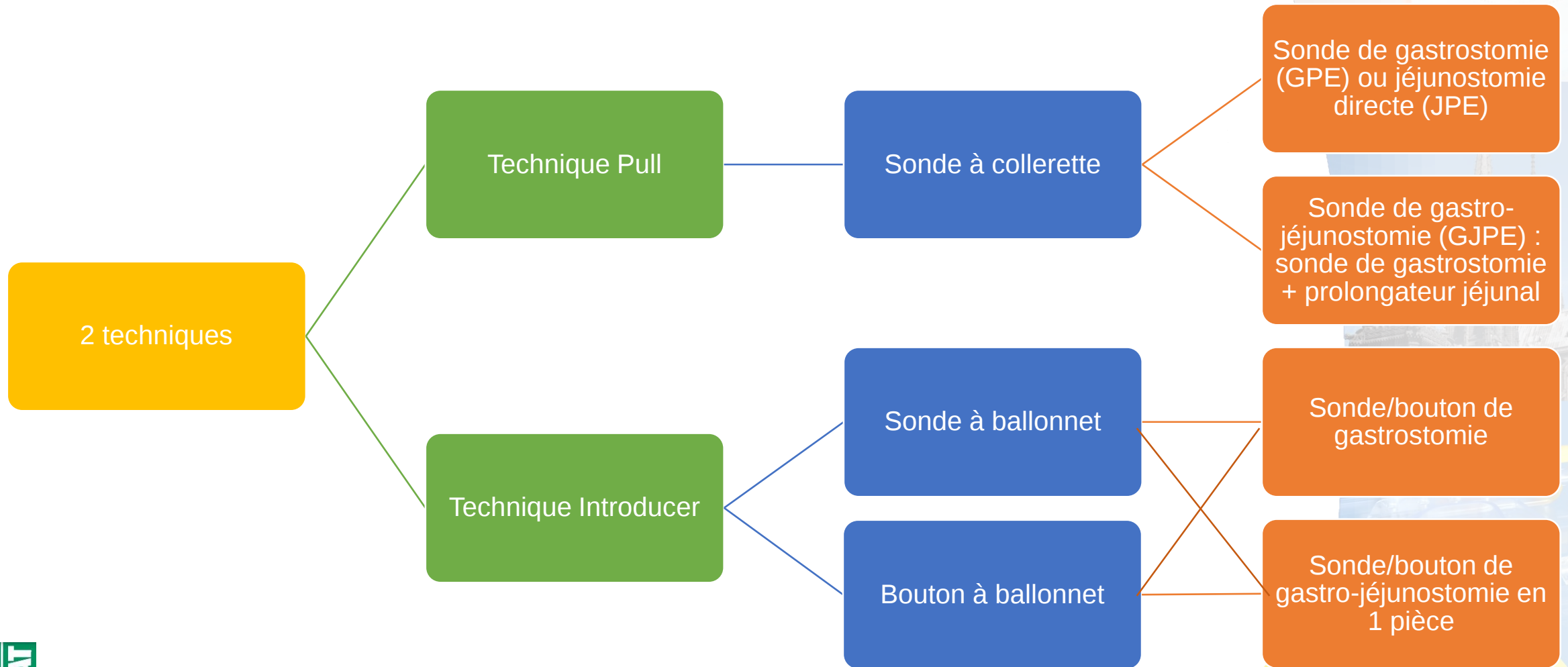
Conférences

- Fresenius
- Nestlé Health Science
- Nutricia
- Nutrition HomeCare

Etudes cliniques

- Nestlé Health Science

Techniques endoscopiques



Techniques endoscopiques

- Avant la pose – prérogatives



MEDECINE DIGESTIVE ET HEPATO-BILIAIRE
Chef de service : Pr Bommelaer
Infirmière de programmation d'endoscopie : 04 73 750 491
Fax : 04 73 750 590

DEMANDE DE POSE DE GASTROSTOMIE PERCUTANEE ENDOSCOPIQUE
Pour avoir un rendez-vous, ce document doit être **entièrement complet** et adressé par courrier ou par fax (50 590) au service d'endoscopie digestive. La demande sera visée par le Dr BOU TELLOUP.
Le rendez-vous vous sera donné par téléphone.

Nom : ou ÉTIQUETTE
Prénom :
Date de naissance :

Date de pose souhaitée : (Le délai minimal est de 1 semaine)
Service demandeur : Poste :
Médecin responsable :

INDICATION :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

TRAITEMENT EN COURS : (Attention, prévoir arrêt des éventuels anticoagulants ou anti-agrégants plaquettaires 48h à 10 jours avant).....

Allergie(s) connue(s) : oui non lesquelles :

Le patient a-t-il une nutrition entérale par sonde nasogastrique ? oui non
Est-elle bien tolérée ? oui non
Le patient a-t-il présenté des régurgitations, vomissements, inhalations ? oui non
Si oui, discuter une jejunostomie chirurgicale

Accord du patient et/ou du représentant légal (indispensable) : oui non
Faire signer, par le patient ou son représentant légal, la 1ère page de la fiche d'information sur laquelle figurent le nom du patient et celui du médecin ayant informé et la joindre à la demande
Existe-t-il ? (Préciser si besoin) :

Troubles de la coagulation	oui	non
Ascite	oui	non
Ouverture de bouche limitée	oui	non
Sténose ORL ou oesophagienne	oui	non
Chirurgie abdominale antérieure	oui	non
Dérivation ventriculo-péritonéale	oui	non (si oui, faire ASP)
Dénutrition sévère (Alb <25 g/L, perte de poids > 10%)	oui	non
Troubles respiratoires	oui	non
Une infection à BMR	oui	non
Devenir du patient après la GPE : retour dans le service	domicile	convalescence
En cas de retour à domicile, doit-on se charger de la mise en place de la nutrition entérale à domicile et de l'éducation du patient et/ou de la famille	oui	non

Dr C Bouteloup

12 aout 2011

- Le gastroentérologue doit discuter l'indication : **responsabilité médicale** pas juste un technicien prestataire de service
- Contre-indications : idem GPR + insuffisance respiratoire sévère
- Consentement du patient éclairé écrit et signé
- Consultation d'anesthésie car anesthésie générale (pas obligatoire avec GPE introducer)
- Arrêt des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires (sauf aspirine)
- Bilan biologique récent : NFS, coagulation, ionogramme

INFORMATIONS
destinées au patient avant la réalisation d'une
GASTROSTOMIE PERCUTANEE ENDOSCOPIQUE
pour **NUTRITION ENTERALE**

Médecin vous donnant les informations :
Dr
Numéro à appeler en cas de problème :

Patient :
M ou Mme
Explications orales et document d'information donnés le

Madame, Monsieur,

Votre état de santé vous empêche de vous nourrir et/ou de vous hydrater convenablement. Votre médecin vous propose la pose d'une gastrostomie percutanée endoscopique. La gastrostomie percutanée endoscopique permet de mettre en place, par les voies naturelles, une sonde dans l'estomac qui ressort à travers la peau de l'abdomen entre les côtes et le nombril. Cette sonde va vous permettre de vous nourrir (nutrition entérale) et/ou de vous hydrater et/ou d'administrer vos médicaments. Selon l'avis de votre médecin, après la pose de la sonde, vous pourrez continuer à manger et à boire par la bouche.

Afin que vous soyez clairement informé(e) du déroulement de cet acte médical, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Le médecin est à votre disposition pour vous exposer en complément toute autre précision que vous souhaiteriez.

Quels sont les avantages de la gastrostomie percutanée endoscopique ?

La gastrostomie percutanée endoscopique est un geste simple et rapide dont la réalisation présente peu de risques, il existe peu de contre-indications et votre médecin a pris soin de les rechercher avant de vous proposer cette technique. La sonde de gastrostomie peut facilement être dissimulée sous les vêtements et est donc invisible pour les autres.

..... sous anesthésie générale mais en cas de contre-indication à cette anesthésie générale, ce geste peut être réalisé sous



INFORMATION DU PATIENT (ET DE SES PROCHES) AVANT LA REALISATION D'UNE
GASTROSTOMIE PERCUTANEE ENDOSCOPIQUE SELON LA TECHNIQUE
« INTRODUCER » POUR L'ADMINISTRATION D'UNE NUTRITION ENTERALE

Médecin vous donnant les informations
Dr
Numéro à appeler en cas de problème :

Patient
M ou Mme
Et personne de confiance (si le patient n'est pas apte à donner son consentement) :
Explications orales et document d'information donnés le
Signature du patient ou à défaut de la personne de confiance :

Madame, Monsieur,

Votre état de santé vous empêche de vous nourrir et/ou de vous hydrater suffisamment. Votre médecin vous propose la pose d'une gastrostomie percutanée endoscopique par la technique « introducer ».

La gastrostomie percutanée endoscopique par la technique « introducer » permet de mettre en place une sonde ou un bouton dans l'estomac qui ressort à travers la peau de l'abdomen entre les côtes et le nombril, sans abord chirurgical nécessaire. Cette sonde ou ce bouton de gastrostomie va vous permettre de vous nourrir (nutrition entérale) et/ou de vous hydrater et/ou d'administrer vos médicaments. Après la pose, en fonction de votre problème médical, vous pourrez être ou non autorisé à manger et à boire par la bouche. Votre médecin vous informera plus précisément sur ce point.

Afin que vous soyez clairement informé(e) du déroulement de cet acte médical, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Le médecin est à votre disposition pour vous exposer, en complément, toute autre précision que vous souhaiteriez.

Quels sont les avantages de la gastrostomie percutanée endoscopique par la technique « Introducer » ?

La gastrostomie percutanée endoscopique par la technique dite « introducer » est un geste simple et rapide dont la réalisation présente peu de risques. Il existe peu de contre-indications et votre médecin a pris soin de les rechercher avant de vous proposer cette technique.

Le plus souvent, le geste est réalisé sous anesthésie générale mais en cas de contre-indication médicale ou de refus de votre part, il peut être réalisé sous anesthésie locale et simple sédation. La sonde ou le bouton mis en place dans l'orifice créé au niveau de l'estomac lors du geste peut facilement être dissimulé sous les vêtements.

Article référent : D Segny et al Nutr Clin Metab 2013 ; 27(3) ; <http://www.sfnep.org> ; <http://con.sfnep.org/revue/actualite>



Techniques endoscopiques

Le jour de la pose

- Patient à jeun
 - Voie veineuse périphérique en place
 - Douche ou toilette faite
 - Dépilation si nécessaire : crème dépilatoire (la veille) ou tondeuse (le matin) avec tondeuse désinfectée et à lame à usage unique.
- En salle d'endoscopie (début de programme) ou bloc opératoire
- 1 anesthésiste ($\pm$ 1IADE) + 1 endoscopiste + 1 médecin pour le geste pariétal + 1 IDE d'endoscopie

Techniques endoscopiques

Le jour de la pose

- Préparation du malade en salle d'endoscopie
 - **Prévention de l'infection péristomiale**
 - ✓ Désinfection large de la paroi abdominale
 - DéterSION
 - Rinçage
 - Désinfection
 - ✓ Désinfection bucco-pharyngée avec solution antiseptique – Technique PULL
 - ✓ **Antibioprophylaxie**
Recommandations SFED, ASGE, ESGE : amoxicilline-acide clavulanique 1g ou céfalosporine 2^{ème} G (céfoxitine 2g)
- + Port de charlotte, masque pour tous les acteurs présents
- + Habillage stérile pour le médecin qui fait le geste pariétal



Techniques endoscopiques

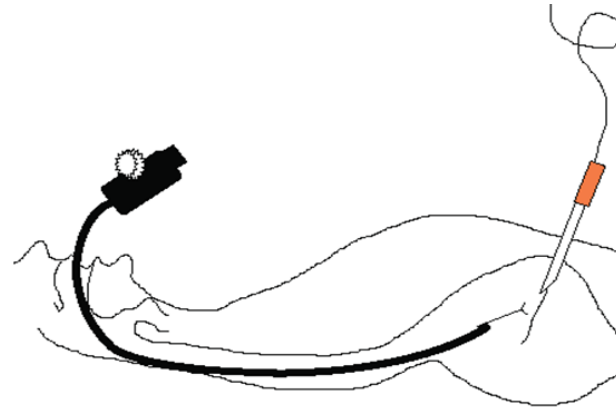
Technique PULL

- 1980 Gauderer et Ponsky
- sonde de GPE **tirée de dedans en dehors**
- la plus utilisée - nombreux kits commercialisés
- **Examen des cavités digestives** : dépistage de lésions pouvant modifier la prise en charge thérapeutique du patient (œsophagite sévère, ulcère, sténose pylorique) - 10 à 60%
- **Insufflation gastrique** suffisante mais non excessive
 - accolement estomac- paroi abdominale
 - refoulement des organes de voisinage (côlon+++)
- **Transillumination ++**
absente = contre-indication car interposition possible foie gauche ou colon
- Confirmation par pression digitale
- Ponction sous contrôle endoscopique

Techniques endoscopiques

Technique PULL

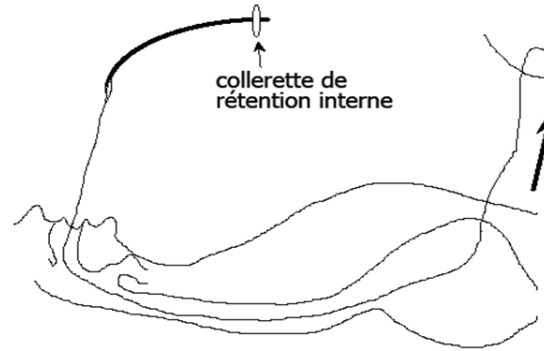
- Introduction du fil de traction dans le trocart
- Récupération du fil de traction dans l'estomac avec la pince à biopsie, ou à corps étranger ou l'anse introduite dans l'endoscope
- Remontée de l'endoscope avec la pince tenant le fil pour extraire le fil à la bouche
- Incision cutanée de part et d'autre du trocart



Techniques endoscopiques

Technique PULL

- Nouage de la sonde à l'extrémité buccale du fil de traction
- Traction sur l'extrémité abdominale du fil jusqu'à butée de la collerette contre la paroi gastrique
- Réglage du dispositif de fixation externe en faisant attention à la traction exercée sur la sonde
 - trop forte : ulcération, nécrose, incarceration
 - trop lâche : fuite péristomiale
- Pas de suture à la peau du dispositif de rétention externe



Techniques endoscopiques

Technique PULL

- Taux de réussite : 95 à 99% selon les séries
- Causes d'échec
 - transillumination absente ou en mauvais site (intercostal)
 - sténose ORL ou œsophagienne ne pouvant être dilatée
 - lésions de la paroi gastrique (gastrite d'hypertension portale, linite...)

Techniques endoscopiques

Technique INTRODUCER

- 1984 Russell (appelée aussi parfois improprement « PUSH » qui est une technique encore différente)
- sonde **introduite de dehors en dedans** à travers la paroi
- proche de la gastrostomie percutanée radiologique
- Sauf repérage du site de ponction par voie endoscopique avec transillumination et ponction sous contrôle de la vue
- Endoscope classique ou nasofibroscope si sténose ORL ou œsophagienne ou si AL

Technique recommandée en cas de cancer ORL ou œsophage pour éviter la dissémination des cellules tumorales liée à la technique PULL

- Mêmes kits que ceux de la GPR avec ancrs de gastropexie/dilatateur pelable/sonde ou bouton à ballonnet gastrique ou gastro-jéjunal

Conclusion

- 2 techniques endoscopiques PULL et INTRODUCER
- PULL
 - Avantages
 - **réalisation plus rapide < 10 minutes**
 - sonde à collerette intéressante si risque d'arrachage ou chez patient grabataire pour éviter les changements répétés (sonde PU durée de vie jusqu'à 3 ans)
 - Inconvénients
 - pose **sous AG**
 - ablation de sonde par voie endoscopique ou par traction externe sous AL (selon modèles)
 - **contre-indiquée si cancer ORL ou œsophage**
- INTRODUCER
 - Avantages
 - **pose bouton en 1 temps**
 - **pose possible sous AL**
 - très peu d'échecs si sténose ORL ou œsophagienne (avec nasofibroscope)
 - changement de sonde / bouton à ballonnet très facile
 - Inconvénients
 - temps de pose plus long 15 minutes
 - **ancres parfois douloureuses**
- **Importance de la formation des gastroentérologues** : connaissance des indications et contre-indications, des mesures préventives de l'infection ; maîtrise des techniques de pose ; connaissance des complications possibles et de leur gestion avec notamment organisation du « service après-vente »