

GASTROSTOMIE ENDOSCOPIQUE PERCUTANÉE (PEG)

Dr. C. Sanna, Dr. S. Godat, Pr. P. Eckert

Septembre 2019

Définition :

Technique qui combine un abord endoscopique et percutané pour la mise en place d'une sonde d'alimentation au niveau de l'estomac.

La décision de mettre en place une PEG doit être discutée de façon multidisciplinaire entre le/la patient(e) ou la famille, son médecin traitant, le gastroentérologue et l'équipe de nutrition.

Aux soins intensifs adultes, la pose d'une PEG est proposée par les médecins des soins intensifs et discutée avec le patient et/ou ses proches, et le gastroentérologue.

Indications à la pose d'une PEG :

Nécessité d'une alimentation entérale à moyen et long terme (plus de 4 semaines) chez un patient où une alimentation orale est impossible ou insuffisante. Le tractus digestif doit être fonctionnel et l'espérance de vie supérieur à 3 mois.

- **Maladies oncologiques** : Tumeurs ORL ou de l'œsophage en péri-opératoire et/ou en cours de radio-chimiothérapie ou lors de sténoses.
- **Maladies neurologiques** : dysphagie après AVC, TCC, tumeurs cérébrales, paralysie bulbaire, maladie de Parkinson, SLA, démence sénile, oligophrénie.
- **Soins Intensifs** : polytraumatisés, brûlés, traumatismes crânio-faciaux, séjours prolongés avec récupération lente.
- **Autres** : dénutrition sévère ou cachexie sur HIV, syndrome de l'intestin court, maladie de Crohn, mucoviscidose, IRC, fistule oeso-trachéale. Décompression gastro-intestinales en cas de sténose GI inopérable, iléus, pseudo obstruction intestinale chronique.

NB : Prolongation de la PEG en jéjunale à considérer si:

- Estomac ou duodénum non fonctionnel: obstruction, résection (gastrectomie totale).
- Trouble de la vidange gastrique: tolérance digestive médiocre, vomissements récurrents, gastroparésie connue.
- RGO sévère avec œsophagite.
- Broncho-aspirations.

Contre-indications à la pose d'une PEG:

- Coagulopathie sévère (TP < 70-80%, INR > 1,5, plaquettes < 50.000-80.000 G/l)
- Anticoagulants
- Absence de transillumination par interposition hépatique ou colique, infiltration de la paroi abdominale ou gastrique, obésité sévère
- Péritonite ou ischémie mésentérique

Contre-indications relatives :

- Hypertension portale (varices gastrique, GPHT)
- Occlusion, iléus

- Sténose œsophagienne non-dilatable → évaluer l'accès trans-pariétale par gastropexie avec PEG de type Pexact.
- Insuffisance respiratoire → à discuter avec l'anesthésiste/pneumologue.
- Fistules oeso-trachéales
- Ascite
- Ulcères gastriques/duodénaux
- Shunt ventriculo-péritonéal
- Fractures faciales instables
- Présence de stomies, drains, redons ou plaies chirurgicales
- Antécédents de chirurgie gastro-intestinale

Mesures préventives

- Pour les patients MRSA positifs au niveau naso-pharyngé: décontamination recommandée.
- Prophylaxie antibiotique pour diminuer l'incidence de l'infection péri-orificielle :
 - Augmentin 1.2 g iv ou Cefotaxime 2g iv ou Piperacilin/Tazobactam 4g/0.5g iv en dose unique.

Complications PEG :

Jusqu'à 3% de complications majeures et 5-15% de complications mineures. Taux de réussite 95%.

Complications précoces :

- Hémorragies (1%)
- Perforation (1%)
- Broncoaspiration liée à la procédure (1%)
- Pneumopéritoine transitoire radiologique sans péritonisme, ni fièvre (56%)
- Péritonite. Le déplacement entre 2-4 semaines peut provoquer une péritonite car le trajet n'est pas encore fistulisé. → Éviter une traction trop forte de la PEG pour diminuer le risque de tirer la collerette à l'intérieur de la paroi gastrique (buried bumper syndrome) mais aussi éviter une traction trop lâche qui peut provoquer une mauvaise fermeture. Mobiliser la PEG 1x/sem.
- Douleurs abdominales dans les premières 24 heures → prévoir antalgie
- Hématome paroi gastrique /abdominale
- Iléus fonctionnel transitoire

Complications tardives :

- Infection cutanée péri-stomiales (15-30%) avec éventuelle formation d'abcès, cellulite, fasciite nécrosante (attention en cas de diabète, malnutrition sévère) → Bétadine/Chlorhexidine, frottis, +/- antibiotique.
- Enfouissement de la collerette interne : buried bumper syndrome (3%).
- Écoulement local → correction des hyperglycémies, amélioration de l'état nutritionnel, relâchement de la traction sur la PEG, oxyde de Zinc.
- Obstruction → effectuer le rinçage avant et après l'administration de l'alimentation ou des médicaments. Effectuer un rinçage à l'eau chaude avec enzymes pancréatiques.
- Tumor seeding pour lésions ORL → Indication à l'accès trans-pariétale par gastropexie.

- RGE surtout chez les porteurs d'une hernie hiatale → anti-sécrétoire, position du tronc à 30-45 degrés pendant l'utilisation, prolongation de la PEG en jéjunale.
- Dislocation, fracture de la sonde.
- Arrachage → poser au plus vite une sonde vésicale pour éviter la fermeture de l'orifice de stomie et contacter le gastroentérologue.
- Protrusion de la muqueuse gastrique.
- Bronchopneumonie d'aspiration.

Complications liée à l'extension jéjunale :

- Migration en gastrique dans 30-40% dans les deux mois (même si positionnée au-delà du Treitz), dans 100% sans attention particulière. Ne pas manipuler en tournant!
- Obstruction plus fréquente car calibre plus petit.

Soins post PEG :

J0 à J5 : laisser le Tegaderm en place et surveiller chaque jour le site de la ponction de la PEG. En cas d'apparition de signes inflammatoires, veuillez appeler le gastro-entérologue qui a mis la PEG pour un contrôle local et réfection anticipée du 1er pansement.

J6: réfection du premier pansement par le gastroentérologue. Rincer la sonde avec de l'eau, vérifier l'absence d'écoulement, ouvrir la plaque de fixation, désinfection du site de la PEG avec la Bétadine/ Chlorhexidine, mobiliser très doucement la plaque de fixation, effectuer des rotations de la sonde de 180 degrés, puis des mouvements de va-et-vient d'un ou deux cm avec la sonde vers l'intérieur de l'estomac, ensuite fermer la plaque de fixation (qui doit pouvoir tourner librement) et coller un nouveau Tegaderm.

J6-J15 : pansement stérile quotidien identique au premier pansement.

A partir du J16 : plus aucun pansement n'est nécessaire, laver au savon (le site de la PEG, la plaque de fixation et la sonde), rincer à l'eau et bien sécher, mobiliser la sonde et sa plaque de fixation chaque jour.

Utilisation de la PEG :

- Ne rien passer par la sonde pendant les premières 6 heures après la pose, puis instiller 500ml de NaCl pendant 6 heures. Débuter progressivement l'alimentation dès la 13ème heure (si la sonde est en position jéjunale, l'alimentation est possible dès la 7ème heure).
- Rincer la sonde à l'eau (20-30 ml) avant et après le passage des liquides nutritifs.
- Ne passer par la sonde que des liquides nutritifs (pas de solides) et que des médicaments dissous dans de l'eau minérale.
- Si la sonde est bouchée, instiller de l'eau minérale ou de l'eau chaude avec des enzymes pancréatiques (1 gélule de Créon). En cas d'échec, contacter un médecin
- Lors de l'alimentation une élévation du tronc au minimum à 30 degrés est nécessaire.

Effets secondaires possibles de la nutrition entérale :

- Nausée, vomissements → position semi-assise, métoclopramide.
- Diarrhée → adapter le débit de l'instillation, le type d'alimentation (sans lactose, riche en fibres), vérifier toxine Clostridium, prescription de modérateurs du transit possible.

Références:

- Toussaint E. et Al. Enteral access in adults. Clinical Nutrition (2015) 34, 350-358.
- Löser et Al., ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clinical Nutrition (2005) 24, 848–861.
- Westaby D. et Al. The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. Gut 2010, 59:1592e1605.
- Bankhead et al. Enteral Nutrition Practice Recommendations. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 2009 122-167.