
RACCOMANDAZIONI PER L'UTILIZZO DELLA PEG (*GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA*) PER NUTRIZIONE E PER SCARICO IN CURE PALLIATIVE

- Gruppo di lavoro:**
- Dr.P.Sanna (coordinatore), SCP-UCP IOSI e Hospice Ticino
 - Dr.H.Neuenschwander, SCP-UCP IOSI e Hospice Ticino
 - Dr.ssa M.Lang, direzione medica Hospice Ticino
 - Dr.ssa C.Quattropani, servizio di gastroenterologia OBV
 - Dr.C.Gaia, servizio di gastroenterologia ORBV

INTRODUZIONE E RAZIONALE

Il decorso sempre più cronico di malattie gravi come per esempio quelle neoplastiche e neurologiche, confrontano spesso il personale curante con il problema dell'apporto calorico nel momento in cui i pazienti non sono più in grado di provvedere direttamente ai loro bisogni o sono ostacolati nell'assunzione del cibo per le vie naturali da patologie orofaringee, mediastiniche, esofagogastriche o neurologiche. In altre situazioni si pone invece la necessità di fornire una via "di scarico" vista la presenza di una situazione di subileo o ileo con l'impossibilità di gestire sintomi derivanti quali nausea, vomito, dolori, ecc. In taluni casi si presenta inoltre un'intolleranza soggettiva al sondino nasogastrico, ciò che richiede soluzioni alternative.

La Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG), descritta per la prima volta da Gauderer nel 1980, si è nel frattempo instaurata quale procedura standard ben documentata per la gestione a medio e lungo termine della nutrizione per via enterale in pazienti nei quali non può essere sfruttata la via naturale attraverso il tratto oroesofageo.

La posa di una PEG permette un adeguato apporto calorico per via enterale, è associata ad un basso rischio di complicazioni e può in genere essere gestita convenientemente dal paziente e dal suo entourage familiare anche al di fuori del contesto ospedaliero. Più recentemente ha preso corpo anche l'utilizzo inverso della PEG, cioè quale via "di scarico" al fine di ovviare alla stasi gastrica e più in generale gastrointestinale causata dalla presenza di stop meccanici o funzionali a livello del transito. Si parla qui dunque di PEG "di scarico". Rappresenta in taluni pazienti una valida alternativa al sondino nasogastrico, spesso mal sopportato soggettivamente, e ad altre procedure di drenaggio via canula.

INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI

PEG per nutrizione

In generale si può dire che l'indicazione alla posa di una PEG per la nutrizione enterale è data quando un paziente non potrà verosimilmente nutrirsi ed idratarsi per via naturale per un periodo che supera le 4 settimane e se sono soddisfatti i presupposti per il riassorbimento enterico. La decisione di posare una PEG include l'attenta valutazione della volontà del paziente, della sua situazione globale, della sua verosimile prognosi e non da ultimo delle controindicazioni alla procedura stessa.

- Indicazioni classiche:
- Patologie neurologiche
(ictus, trauma, SM, SLA, paralisi bulbare, M.Parkinson, demenza)
 - Patologie neoplastiche
(tumori cerebrali, tumori ORL o esofagei stenosanti)
 - Profilassi
(prima di radio-chemioterapia)
 - Chirurgia e traumatologia
(chirurgia maxillofaciale, politrauma, ...)

- Controindicazioni assolute :
- Attesa di vita breve (<4 settimane)
 - Peritonite
 - Carcinosi peritoneale massiccia
 - Ascite massiccia
 - Coagulopatia non correggibile
 - Stenosi esofagea grave
 - Patologie psichiatriche gravi
 - Assenza di diafanoscopia

- Controindicazioni relative:
- Stato dopo resezione gastrica
 - Ascite (quantità moderata)
 - Iperensione portale
 - Infezione della parete addominale
 - Carcinosi peritoneale incipiente

PEG di scarico

In generale l'indicazione ad una PEG di scarico può essere posta con più elasticità e anche più tardivamente nel corso di malattia rispetto alla PEG tradizionale essendo qui lo scopo totalmente palliativo. Si tratta infatti spesso di pazienti con un'attesa di vita breve, gravati da sintomi di ostruzione intestinale (specialmente alta) ingestibili e soggettivamente spiacevoli (p.es. vomito fecale).

- Indicazioni classiche:
- Ileo florido/sintomatico di origine neoplastica e non, non gestibile in maniera conservativa/farmacologica

- Controindicazioni:
- Carcinosi peritoneale massiccia
 - Peritonite
 - Coagulopatia non correggibile
 - Stenosi esofagea grave
 - Patologie psichiatriche gravi
 - Assenza di diafanoscopia

N.B: *In caso di controindicazioni alla PEG, tenere in considerazione l'alternativa della gastrostomia chirurgica (fistola di Witzel).*

PROCEDERE

Identificato il paziente che potrebbe beneficiare di una PEG per la nutrizione o di scarico, viene discussa l'indicazione all'intervento con il gastroenterologo tenendo conto degli aspetti pratici, delle indicazioni e delle controindicazioni discussi sopra.

La decisione definitiva per la posa di una PEG, i potenziali rischi e le possibili complicazioni, vengono quindi discussi con il paziente e con i familiari di riferimento (possibilmente più di uno). Al paziente dovrà in ogni caso essere sottoposto il consenso informato da firmare. È auspicabile che un'infermiera del reparto di riferimento per il paziente sia presente durante l'intervento per vedere il sito di posa e apprendere le tecniche di manipolazione della canula.

Una volta posata la PEG, in vista delle dimissioni deve avvenire un'accurata formazione del paziente (quando è possibile) e dei familiari di riferimento all'utilizzo e alla gestione pratica extra-ospedaliera della PEG. Un'informazione esaustiva deve essere inoltre trasmessa alle infermiere che operano sul territorio come pure al medico curante e agli altri medici coinvolti nella gestione del paziente.

Sarà compito dei medici del reparto seguire il paziente nel decorso ospedaliero con il supporto del gastroenterologo operatore. Questo team sarà inoltre responsabile di organizzare il necessario per la gestione della PEG dopo le dimissioni. Oltre al medico curante, tutti i medici coinvolti nella gestione ospedaliera del paziente riceveranno una copia della lettera d'uscita. In questa dovrà obbligatoriamente figurare oltre alla procedura anche la data di posa e il nome del gastroenterologo operatore (ev. allegare una copia del rapporto operatorio di posa PEG).

Nel caso di problemi nella gestione della PEG o nel caso di riammissione in ospedale si farà riferimento (nel limite del possibile) al gastroenterologo che già conosce il paziente.

È importante ricordare che la PEG può rimanere in sede per un tempo indeterminato e non necessita di sostituzione regolare.

È auspicabile la raccolta di dati inerenti la posa di PEG in un data base unico a fini medici e ev. scientifici. Letteratura come pure informazioni supplementari sul tema sono ottenibile presso i membri del gruppo.

Per il gruppo di lavoro PEG:

Bellinzona, 10.11.2005

Dr.med. P.Sanna, coordinatore

Dr.med.H.Neuenschwander

Dr.ssa med. M.Lang

Dr.ssa med. C.Quattropani

Dr.med.C.Gaia

Letteratura suggerita:

Gauderer WL et al., Gastrostomy without laparotomy: A percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg 1980; 15: 872-875

Eggenberger C et al., Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG): Indikationen, Technik, Komplikationen und Langzeitbetreuung. Schweiz Med Forum 2004; 4: 77-83

Ritz MA et al., Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG) zur palliativen Entlastungsdrainage bei inoperablem Ileus. Schweiz Med Wochenschr 2000; 130: 1699-1701