



ISM – Hôpital Xavier Arnauzan

20 novembre 2018



Troubles de la déglutition Fausses routes



Prise en charge et partage d'expériences

La place de la gastrostomie

Dr Jean-Pierre Dupuychaffray
Hépatogastroentérologie

PRAGE / CCECQA

Gastrostomie percutanée endoscopique (GPE)

Méthode de référence pour la nutrition entérale de moyenne et longue durée

> 3 semaines chez l'adulte

> 8 semaines chez l'enfant

Abord gastrique

Selon pathologie initiale
Techniques complémentaires



Endoscopique
Radiologique
Chirurgical

Indications (1)

- Sélection des patients

Impact de la gastrostomie



- Amélioration de la qualité de vie
- Statut fonctionnel
- Survie

Évaluer le bénéfice-risque

Juger de l'espérance de vie > 1 mois : estimation correcte dans 20 % des cas
(*Christakis et al:BMJ 2000;320:469-472*)

Décision réfléchie au cas par cas , discutée avec le patient, son entourage, les soignants

Indications (2)

- Sélection des patients

Facteurs prédictifs indépendants de complications et de mortalité précoce

Age avancé

Escarres

Hypo-albuminémie, dénutrition sévère

Maladie évolutive

Infection pulmonaire

Comorbidités

Vie en institution

Durée d'hospitalisation avant GPE

(Light et al: Gastrointest Endosc,1995;42:330-335, Beau et al: Gastroenterol Clin Biol, 2001;25:891-895, Kobayashi et al: Gastrointest Endosc,2002;55, Paillaud et al:Gastroenterol Clin Biol, 2002;26:443-447, Abitbol et al:Gastroenterol Clin 2002;26:448-453, Lang et al: Endoscopy, 2004;36: 522-526)

INDICATIONS : PATHOLOGIES REQUÉRANT UNE NUTRITION ENTÉRALE > 4 SEMAINES

Troubles de la déglutition

- ⇒ Neurologie : AVC, Parkinson, coma prolongé, séquelle d'anoxie cérébrale, sclérose en plaque, encéphalopathies - *restriction pour la sclérose latérale amyotrophique (avant CVF < 50%, IMC < 18, perte poids > 10%)*
- ⇒ ORL et œsophagienne : cancer obstructif inopérable, séquelles de radio-chimiothérapie
- ⇒ Traumatique : traumatismes cranio-faciaux graves

Dénutrition sévère par carence d'apport ou hyper catabolisme (cancers, SIDA,,,))

Gériatrie : fausses routes, pneumopathie d'inhalation, dénutrition, refus d'alimentation - *point particulier => démence sénile (après concertation, bénéfice pas clairement démontré)*

Pédiatrie : polyhandicap avec troubles de la déglutition, affections neuromusculaires congénitales - *mais aussi pathologies à besoins énergétiques élevés non compensés par voie orale (dysplasie broncho-pulmonaire, mucoviscidose, cardiopathies)*

Décompression gastro-intestinale : carcinose péritonéale, pathologies rares

CONTRE-INDICATIONS

Absolues

- ⇒ Troubles sévères de l'hémostase (TP < 60%, plaquettes < 80000)
- ⇒ Insuffisance respiratoire sévère, ascite
- ⇒ Pronostic vital évalué < 1 mois
- ⇒ Atteinte de la paroi abdominale (inflammatoire, infectieuse, cancéreuse)
- ⇒ Interposition hépatique ou colique, absence de trans-illumination abdominale

Relatives

- ⇒ Hypertension portale, ulcère évolutif, hernie hiatale
- ⇒ Antécédent de chirurgie abdominale ou de gastrectomie partielle
- ⇒ Pneumopathie en cours : d'abord traiter l'infection avant la pose de la sonde
- ⇒ Dénutrition sévère : (albumine < 25g/l, IMC < 17, escarres) facteur de mauvais pronostic, renutrition initiale par SNG pendant au moins 7 j avant la gastrostomie

AVANT LE GESTE

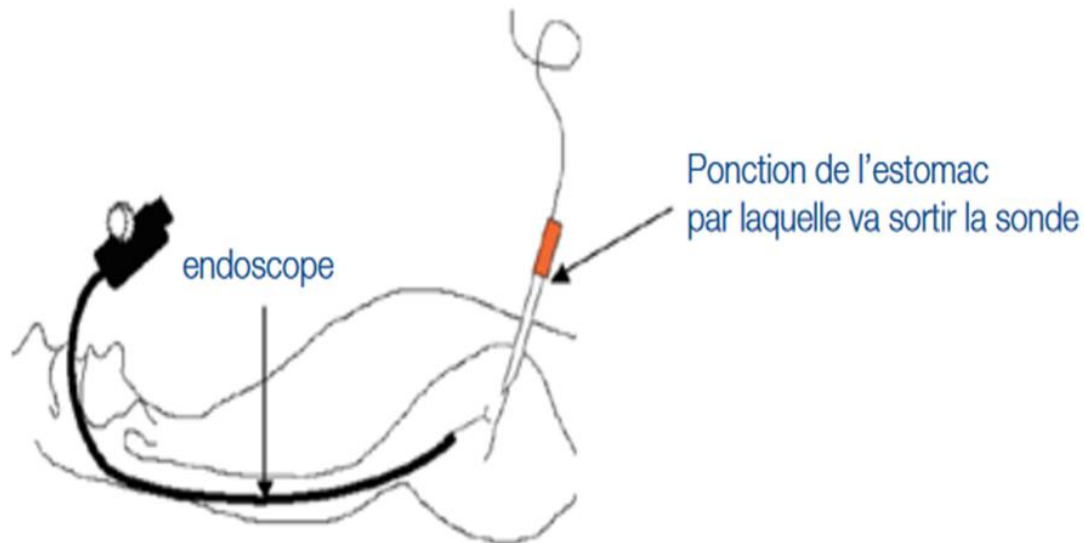
Information et consentement

Conditions opératoires habituelles : consultation anesthésie, épilation et désinfection abdominale

Désinfection buccale, à jeun depuis 8 h

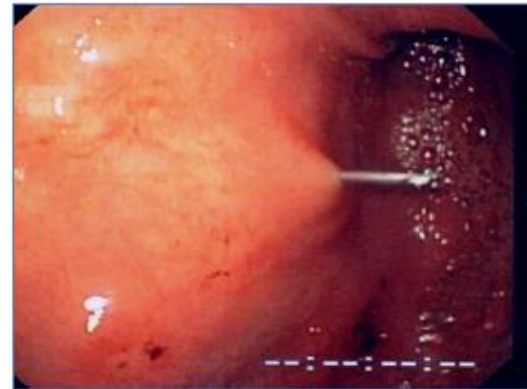
Antibioprophylaxie 30 minutes avant le geste (céfazoline ou céfotaxime ou amoxicilline/acide clavulinique 1g, - ou clindamycine 600 mg + gentamycine 2 à 3mg/kg)

Arrêt des anticoagulants et des antiagrégants plaquettaires (aspirine seul autorisé)



Techniques endoscopiques

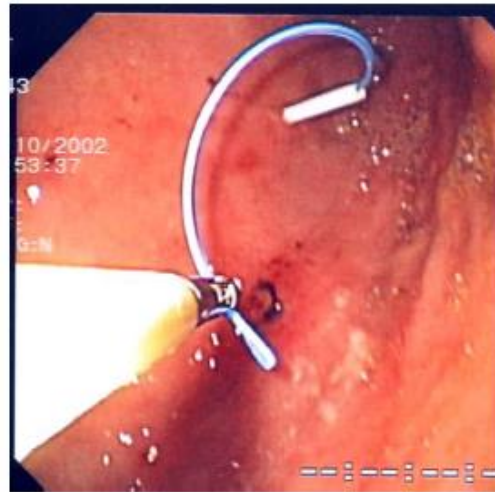
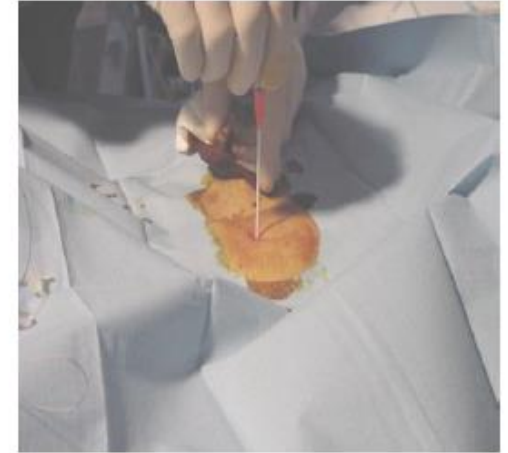
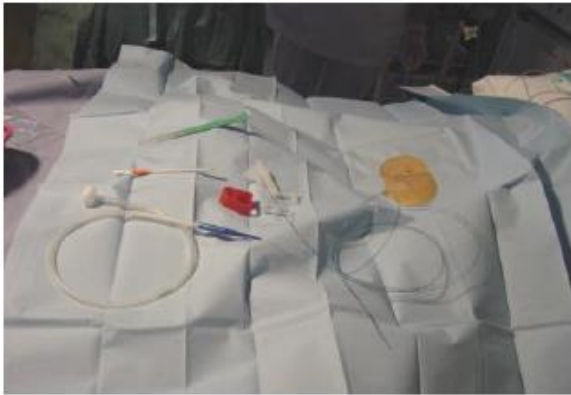
- Pendant le geste
 - Décubitus dorsal
 - Asepsie scrupuleuse
 - Endoscopie: intégrité muqueuse, insufflation suffisante pour bonaccolement des parois et refoulement des organes de voisinage, CO2 possible
 - Repérage du point de ponction par transillumination, confirmé par pression digitale (> 1 cm du rebord costal, épigastrique ou hypochondre G)
 - Ponction à l'aiguille fine: contrôle du trajet de ponction, anesthésie locale



Techniques endoscopiques

- Technique PULL

Sonde tirée de dedans en dehors par le fil guide



Techniques endoscopiques

- Technique PULL



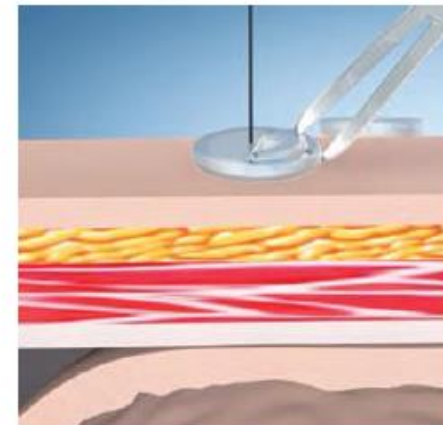
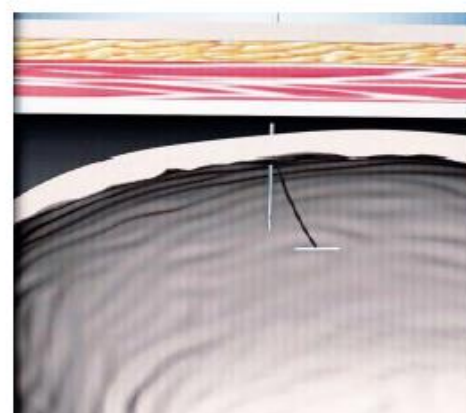
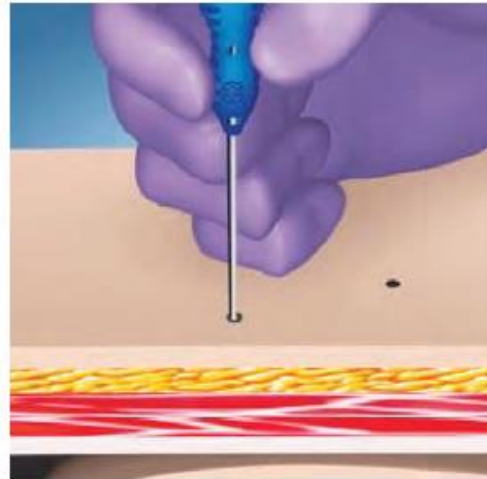
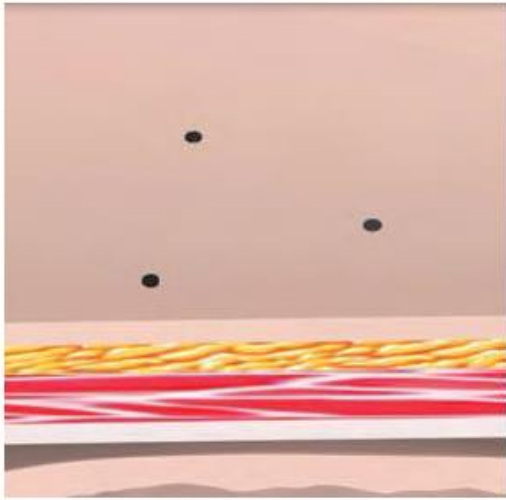
Infection < 7 jours : 10 – 50%

Métastases cancer ORL 98%

Techniques endoscopiques

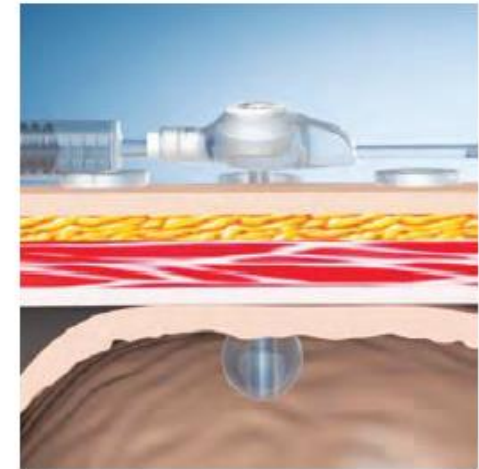
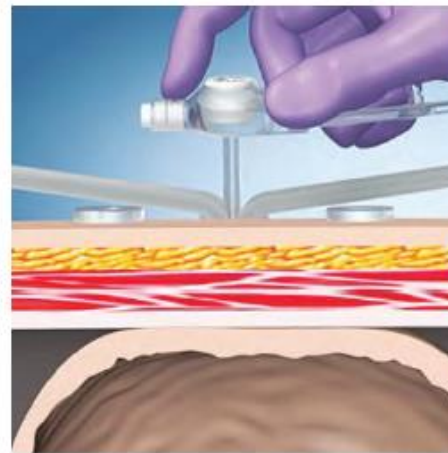
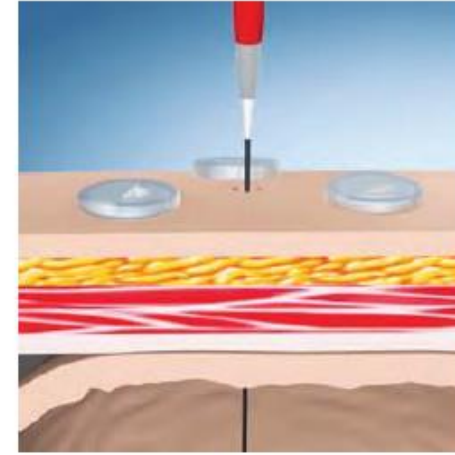
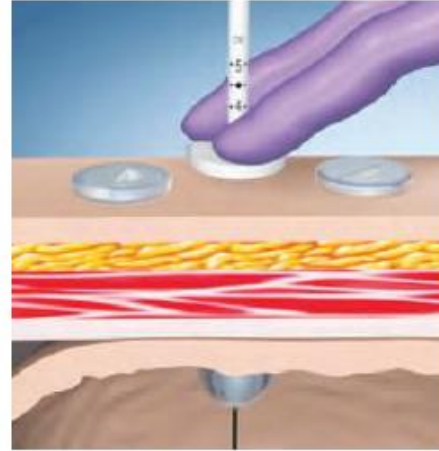
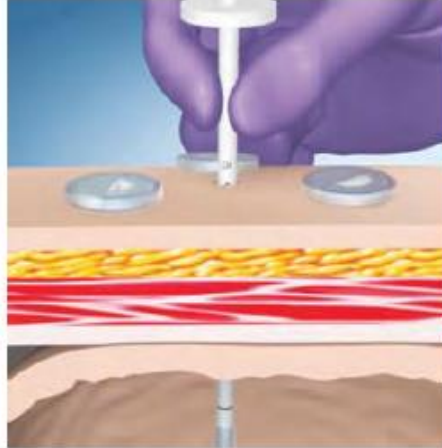
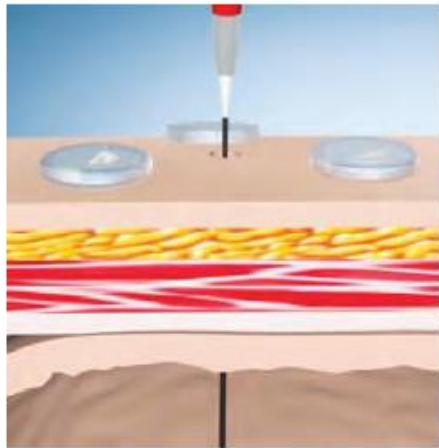
- Technique Introducer

Ponction directe et points de gastropexie



Techniques endoscopiques

- Technique Introducer: pose de bouton



Infection < 7 jours : 0 à 12%

Métastases cancer ORL 0%

APRES LE GESTE : SOINS À COURT TERME (LE 1^{ER} MOIS)

Surveillance de la température, du point de ponction, de l'abdomen

Nettoyage et pansement antiseptique quotidien pendant 1 à 2 semaines, puis espacer à 3 fois par semaine pendant 2 à 3 semaines

A chaque soin, mobiliser doucement la sonde en mouvement de rotation

Utilisation précoce de la sonde dans les 4 à 6h : passer 500 ml de sérum salé pour vérifier l'absence de fuite péritonéale

Chez le patient inconscient ou incapable de signaler une éventuelle douleur, laisser la sonde en écoulement libre pendant 24h, contrôler le pansement et l'abdomen avant utilisation

La nutrition entérale est souvent débutée le lendemain, de façon progressive et adaptée à la situation du patient (souvent 500 cc à J1, vitesse lente 80 cc/heure), position $\frac{1}{2}$ assise du patient

APRES LE GESTE : SOINS À LONG TERME (APRÈS LE 1^{ER} MOIS)

Soins quotidiens à l'eau savonneuse, séchage, sonde laissée à l'air (Pull)

Douche autorisée sans protection, bain possible avec pansement imperméable

Mobilisation de la sonde par mouvements de rotation sur elle-même et d'avant en arrière

Utilisation et entretien de la sonde

⇒ Rincer la sonde à l'eau tiède (50 ml) avant et après chaque utilisation

⇒ Ne pas injecter les médicaments avec la nutrition

⇒ Injecter chaque médicament séparément avec rinçage entre chaque, en préférant les formes liquides ou finement pilées

Si chute accidentelle de la sonde, remplacer immédiatement par une sonde vésicale type Foley CH 12, fermeture spontanée de l'orifice en 4 à 6h

LA NUTRITION PAR GASTROSTOMIE :

UNE PERSPECTIVE PARFOIS DIFFICILE À ENVISAGER POUR LE PATIENT MAIS QUI OFFRE DES AVANTAGES

La sonde est indolore, on peut s'habiller normalement

Elle ne prive ni de la douche ni du bain, ni des sorties

Elle permet une alimentation plaisir à table avec la famille ou les amis

Elle réduit le risque de fausses routes et d'infections respiratoires

Elle corrige l'amaigrissement et permet de mieux faire face à la maladie

La procédure est réversible : fermeture spontanée de l'orifice de la paroi abdominale et de celui de la paroi gastrique