

Utilizzo della PEG per nutrizione e per scarico in cure palliative

Raccomandazioni per il corretto utilizzo della PEG (Gastrostomia Percutanea Endoscopica)

Redatto da:

F. Ravetta, Caposervizio Gastroenterologia Ospedale Regionale di Locarno; I. Marsteller, Caposervizio Gastroenterologia, Ospedale Regionale Bellinzona e Valli e P. Sanna, Caposervizio Centro Cure Palliative, EOC, Bellinzona.

La PEG

La Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG), descritta per la prima volta da Gauderer nel 1980, si è consolidata negli anni 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 esofago-gastrico.

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE E RAZIONALE	2
2.	INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI	2
2.1.	PEG per nutrizione.....	2
2.2.	PEG di scarico	3
3.	PROCEDERE	3

1. 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 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 avviare 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 cannula.

2. INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI

2.1. 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 - con coinvolgimento dei familiari -, della sua situazione globale, della sua verosimile prognosi e non da ultimo delle controindicazioni alla procedura stessa.

Indicazioni (esempi):	<ul style="list-style-type: none">- Patologie neurologiche (ictus, trauma, SM, SLA, paralisi bulbare, M. Parkinson avanzato)- Patologie neoplastiche (tumori ORL o esofagei substenosanti)- Profilassi disfagia iatrogena (da radio-chemioterapia)- Chirurgia e traumatologia (chirurgia maxillofacciale, politrauma, ...)
Controindicazioni assolute:	<ul style="list-style-type: none">- Inaccessibilità endoscopica- Peritonite- Carcinosi peritoneale massiccia- Ascite massiccia- Coagulopatia non correggibile- Assenza di diafanoscopia (transilluminazione)

**Controindicazioni
relative:**

- Stato dopo resezione gastrica
- Ascite (quantità moderata/ascite localizzata)
- Ipertensione portale
- Infezione della parete addominale
- Carcinosi peritoneale incipiente
- Attesa di vita breve (<4 settimane)
- Controindicazione generale all'endoscopia (per es. scompenso cardiaco, ecc.)

2.2. PEG di scarico

Si tratta di una procedura endoscopica mirata a scopo puramente palliativo (decompressivo) e va discussa collegialmente.

N.B: In caso di impossibilità a posizionare la sonda PEG, tenere in considerazione l'alternativa della gastrostomia chirurgica (fistola di Witzel) o della digiunostomia.

3. 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 famigliari di riferimento (possibilmente più di uno). Al paziente dovrà in ogni caso essere sottoposto un formulario per il consenso informato da firmare.

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

Un documento dovrà essere consegnato al paziente nel quale figurerà, oltre alla procedura, anche la data di posa e il nome del gastroenterologo operatore, come pure il tipo di sonda PEG applicata. 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 ha effettuato la procedura e che già conosce il paziente.

REFERENZE

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