

La gastrostomie percutanée endoscopique

Percutaneous endoscopic gastrostomy

E. François et A. Van Gossum

Service de Gastro-Entérologie, Hôpital Erasme, U.L.B.

RESUME

La nutrition entérale est indiquée chez les patients ne pouvant s'alimenter par voie orale mais qui possèdent un tube digestif fonctionnel. La sonde nasogastrique est le moyen d'administration de nutrition entérale le plus courant. Pour les patients nécessitant une nutrition par sonde de façon prolongée, la mise en place d'une sonde de gastrostomie par voie endoscopique doit être considérée. En effet, cette technique est simple et bien tolérée. La décision de poser une gastrostomie percutanée doit tenir compte de facteurs médicaux, nutritionnels, et dans certains cas, éthiques.

Rev Med Brux 2003 ; 24 : 470-3

ABSTRACT

Enteral nutrition is indicated in patients with a functional bowel who are unable to orally ingest sufficient amounts of food. Nasogastric tube feeding is commonly used, but for patients requiring long-term tube feeding, percutaneous gastrostomy must be considered. Indeed, this technique is safe and well-tolerated. The decision of placing a percutaneous endoscopic gastrostomy should take into account medical, nutritional, and ethical considerations.

Rev Med Brux 2003 ; 24 : 470-3

Key words : gastrostomy, enteral nutrition, jejunostomy

INTRODUCTION

Lorsqu'un patient n'est plus capable de s'alimenter par lui-même, la question d'un apport nutritionnel artificiel se pose. Lorsqu'elle est possible, la voie entérale doit être préférée, puisqu'elle est plus physiologique, entraîne moins de complications, et est moins coûteuse que la voie parentérale. L'alimentation entérale peut s'administrer à l'aide d'une sonde nasogastrique, technique simple et peu coûteuse présentant, surtout au-delà du court terme, plusieurs inconvénients en termes de confort, de risques d'arrachement, d'esthétique et de risque de blessure oropharyngée et œsogastrique. L'alternative classique permettant d'administrer une alimentation entérale à moyen et long terme est la gastrostomie chirurgicale, mais celle-ci présente les inconvénients d'un acte opératoire relativement invasif. C'est dans ce contexte qu'est apparue, il y a une vingtaine d'années, la gastrostomie percutanée endoscopique (GPE), développée par des chirurgiens pédiatriques confrontés à une demande croissante pour la gastrostomie chirurgicale¹. La GPE s'est depuis lors généralisée et est pratiquée par quasiment tous les gastro-entérologues endoscopistes.

TECHNIQUE

Brièvement, la GPE est placée lors d'une endoscopie digestive haute, permettant de visualiser une ponction percutanée de l'estomac. Plusieurs modalités permettent ensuite de fixer une sonde avec une extrémité intragastrique et une extrémité externe, où sera perfusée la solution nutritive. La technique la plus courante est illustrée dans la Figure. La GPE est placée avec succès dans 95 % des cas. Il existe des contre-indications anatomiques à la mise en place d'une GPE (obésité importante, impossibilité d'obtenir une juxtaposition entre l'estomac et la paroi abdominale en raison de l'interposition de viscères, etc.).

INDICATIONS

La GPE a été étudiée dans plusieurs indications, reprises dans le Tableau. La seule indication courante "non alimentaire" est l'utilisation d'une GPE comme instrument de décompression chez des patients présentant une obstruction digestive néoplasique terminale, évitant au patient de subir la présence permanente d'une sonde nasogastrique.

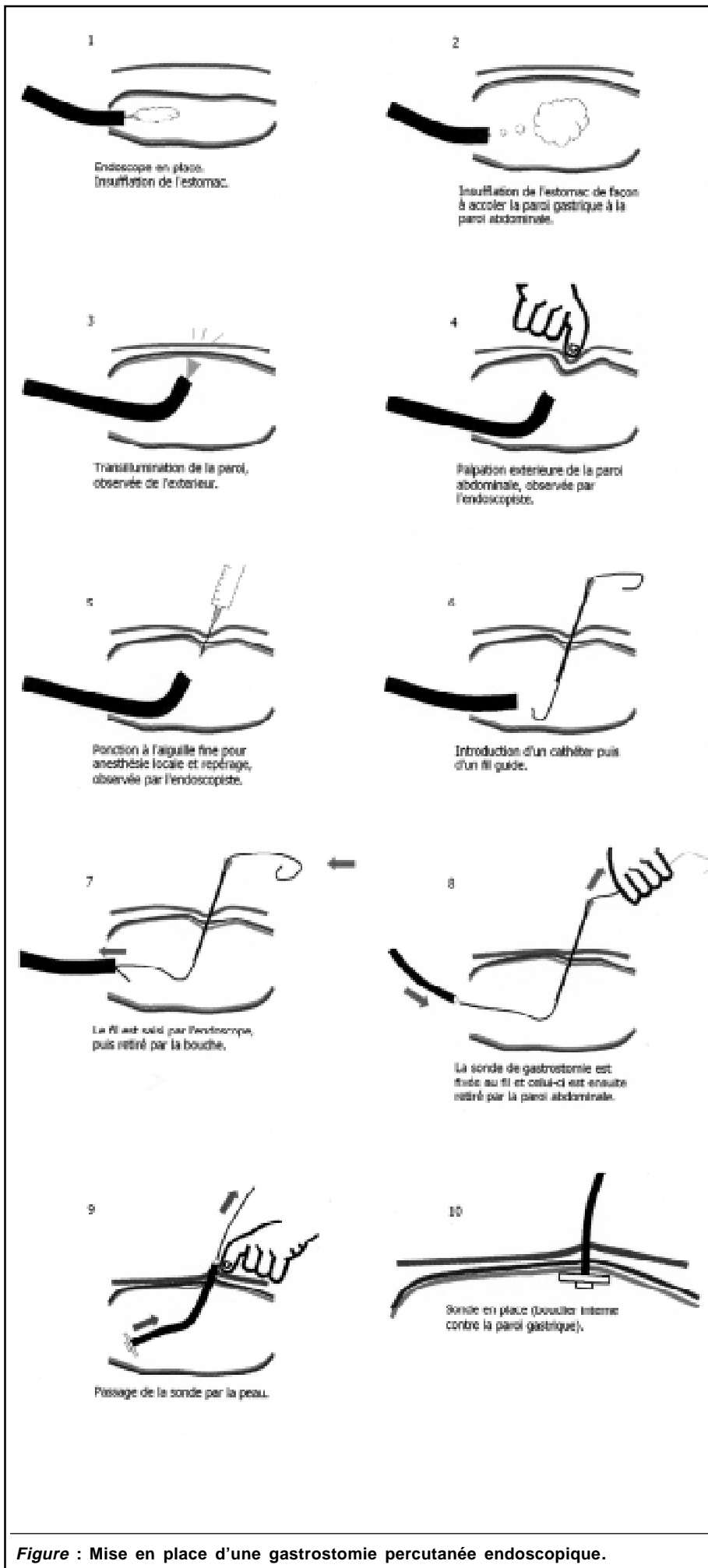


Figure : Mise en place d'une gastrostomie percutanée endoscopique.

Si la GPE peut le plus souvent être placée aisément, sa mise en place n'est ni sans risque, ni sans coût, et le consensus international actuel est de la réserver aux patients dont on estime qu'ils en auront besoin au moins pendant 4 semaines². Il peut s'agir de patients dont l'espérance de vie est réduite, mais qui devrait dépasser ce délai, de patients dont l'alimentation orale est définitivement compromise, ou encore de patients qui pourraient récupérer la possibilité de s'alimenter normalement après plusieurs semaines.

Chez les patients souffrant de séquelles neurologiques (par exemple suite à un accident vasculaire cérébral) comprenant des troubles de la déglutition, une GPE permet d'entreprendre une alimentation entérale à durée indéterminée. Si une récupération neurologique éventuelle permet de remanger normalement, la sonde pourra être retirée, en général lors d'une simple gastroscopie. La GPE est aussi utilisée dans la sclérose latérale amyotrophique, où la dysphagie progressive entraîne une dénutrition chronique³.

Lorsqu'un patient est porteur d'une tumeur au niveau de la tête ou du cou nécessitant une intervention chirurgicale ou une radiothérapie, une GPE peut être placée en préopératoire de façon à pouvoir commencer une alimentation dès le temps postopératoire. Une grande série comparant la GPE à la sonde nasogastrique dans le cadre de tumeurs ORL a montré un avantage de la GPE sur le plan nutritionnel et confort⁴. Puisqu'un essaimage tumoral au niveau de l'orifice cutané a été décrit dans ce contexte (vraisemblablement dû au passage de la sonde d'abord au long de la tumeur, puis dans le trajet gastro-cutané), une variante technique permet d'introduire, sous contrôle endoscopique visuel, la sonde de GPE directement par ponction percutanée (technique "introducer")⁵.

La GPE a d'abord été décrite chez l'enfant¹. En oncologie pédiatrique, la malnutrition est un problème majeur, et la sonde d'alimentation nasogastrique est particulièrement mal supportée. La GPE est la meilleure alternative dans ce contexte, permettant une prévention de la dénutrition et un confort de vie acceptable. Elle est d'ailleurs placée précocement dans la prise en charge, et peut rester en place avec un faible taux de

Tableau : Situations cliniques où la GPE a été étudiée.

Alimentation entérale

- Neurologique (impossibilité d'avaler)
 - o Accident vasculaire cérébral
 - o Traumatisme cérébral, séquelles neurochirurgicales
 - o Sclérose latérale amyotrophique
- Vomissements incoercibles de la grossesse (*hyperemesis gravidarum*)
- Dénutrition (prévention ou traitement)
 - o Oncologie pédiatrique
 - o Etats cachectiques
 - o Mucoviscidose
- Tumeurs ORL
- Démence*
- Anorexie*

Autres

- Décompression (exemple : carcinomatose péritonéale)
- Réduction d'un volvulus gastrique récidivant inopérable

*indication douteuse

complications malgré les facteurs de risques de type neutropénie⁶.

Outre les indications bien tranchées décrites ci-dessus, la GPE est parfois placée dans un contexte de démence et/ou de grand âge. Une étude en cohorte de 1.386 patients âgés de plus de 65 ans et vivant en maison de repos en raison d'une altération cognitive sévère a permis d'évaluer le taux et les raisons de placement de sondes d'alimentation. Sur les 2 ans de suivi, 10 % des patients recevaient une alimentation par sonde. Par rapport à des patients comparables (en tenant compte des facteurs qui favorisaient le placement de sonde tels que les troubles de la déglutition), la survie n'était pas améliorée⁷.

Une certaine prudence s'impose donc face à ce geste devenu courant et facile. Le gastro-entérologue doit, outre son rôle technique, s'assurer que l'indication est correcte. Il n'est plus acceptable de poser une GPE à un patient dont l'espérance de vie est de 2 semaines. De même, un patient âgé, voire dément, qui peut s'alimenter avec de l'aide n'est pas un bon candidat : la GPE n'est pas une réponse à une éventuelle pénurie de personnel dans les maisons de repos.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications techniques sont les situations où la pose d'une GPE est impossible ou à haut risque de complications. Les troubles de la coagulation peuvent entraîner des hémorragies incontrôlables lors de la ponction transcutanée. L'ascite peut entraîner un mauvais accollement de l'estomac à la paroi abdominale et donc favoriser fuites et infections. La présence de structures (côlon transverse) entre paroi abdominale et estomac peut rendre la ponction impossible. Des problèmes anatomiques (scolioses sévères, estomac intrathoracique, gastrectomie partielle ou totale) peuvent compliquer la procédure, et sont à évaluer au cas par cas.

Les contre-indications éthiques sont discutées

plus haut. En bref, la GPE est contre-indiquée lorsque le patient peut manger oralement (même s'il nécessite de l'aide).

COMPLICATIONS

Environ 20 % des patients connaissent des complications, le plus souvent mineures⁸. Les complications immédiates liées à la technique de mise en place de la gastrostomie comprennent les complications de la sédation utilisée pour l'endoscopie (arrêt cardiorespiratoire chez un patient en mauvais état général), la perforation colique (mais celle-ci est en réalité souvent découverte ultérieurement), et l'hémorragie (rare si les précautions préopératoires sont respectées, notamment l'arrêt des anticoagulants). Dans la période précoce qui suit la GPE, la complication la plus fréquente est une infection de la plaie. Suite à l'usage systématique d'une antibioprophylaxie (céphalosporine I.V. avant l'acte), la fréquence de cette complication a diminué. Ces infections locales répondent le plus souvent à un traitement antibiotique simple. Le pneumopéritoine qui est fréquemment constaté suite à une GPE n'est pas pathologique en soi et se résorbe après quelques jours. En revanche, une véritable péritonite est possible. Enfin, des granulomes et des fuites à l'orifice cutané sont généralement sans gravité, mais parfois plus difficiles à traiter. Les complications tardives sont liées à la sonde elle-même. Le bouclier interne de la sonde peut se figer dans la muqueuse gastrique, et même s'y imbriquer complètement, provoquant parfois des ulcères hémorragiques. Ceci est devenu rare avec les modèles récents de gastrostomie. Une sonde de fin diamètre peut se boucher si des précautions de rinçage après alimentation ne sont pas respectées. La sonde elle-même peut se dégrader avec le temps, en se fissurant par exemple. Il est à noter toutefois que certains patients gardent leur première sonde de GPE pendant 2 ou 3 ans sans incident.

LA GASTRO-JEJUNOSTOMIE

La nutrition par GPE peut favoriser un reflux gastro-œsophagien et l'aspiration de ce reflux vers l'arbre bronchique. Ce problème est le plus souvent résolu avec l'élévation de la tête du lit du patient et la réduction du volume de solution nutritive perfusée par la GPE. Toutefois, dans les cas réfractaires, et aussi dans certaines situations particulières, une nutrition jéjunale est souhaitable. Il est alors possible de placer une sonde jéjunale dans la GPE et la pousser jusqu'au jéjunum (ou du moins jusqu'à l'angle de Treitz). Cette technique théoriquement attractive n'est probablement pas indiquée dans plus de 10 % des cas, et présente des difficultés propres. En effet la mise en place est techniquement difficile, et les sondes gastro-jéjunales de fin calibre peuvent se boucher aisément⁹. Enfin, certaines équipes ont mis en place des jéjunostomies directes réalisées avec un entéroscope ; la technique est la même que pour la GPE hormis la ponction directe du jéjunum¹⁰.

CONCLUSION

La GPE est une solution simple permettant d'administrer une alimentation entérale. Elle est disponible dans tous les services d'endoscopie moderne, le placement est aisé, et les complications sont le plus souvent mineures. La grande disponibilité de la GPE ne doit toutefois pas occulter la nécessité de bien poser les indications. Le consensus actuel préconise un potentiel d'utilisation de la GPE de plus de 4 semaines.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr : Gastrostomy without laparotomy : a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980 ; 15 : 872-5
2. Hebuterne X, Messing B, Rampal P : Which patients should have an endoscopic percutaneous gastrostomy ? *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22 : 1065-70
3. Chio A, Finocchiaro E, Meineri P, Bottacchi E, Schiffer D : Safety and factors related to survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in ALS. ALS Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Study Group. *Neurology* 1999 ; 53 : 1123-5
4. Lees J : Nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in head and neck cancer patients receiving radiotherapy treatment at a regional oncology unit : a two year study. *Eur J Cancer Care* 1997 ; 6 : 45-9
5. Potochny JD, Sataloff DM, Spiegel JR, Lieber CP, Siskind B, Sataloff RT : Head and neck cancer implantation at the percutaneous endoscopic gastrostomy exit site. A case report and a review. *Surg Endosc* 1998 ; 12 : 1361-5
6. Pedersen AM, Kok K, Petersen G, Nielsen OH, Michaelsen KF,

Schmiegelow K : Percutaneous endoscopic gastrostomy in children with cancer. *Acta Paediatr* 1999 ; 88 : 849-52

7. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA : The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Intern Med* 1997 ; 157 : 327-32
8. Larson DE, Burton DD, Schroeder KW, DiMagno EP : Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients. *Gastroenterology* 1987 ; 93 : 48-52
9. Mathus-Vliegen LM, Koning H : Percutaneous endoscopic gastrostomy and gastrojejunostomy : a critical reappraisal of patient selection, tube function and the feasibility of nutritional support during extended follow-up. *Gastrointest Endosc* 1999 ; 50 : 746-54
10. Shike M, Schroy P, Ritchie MA, Lightdale CJ, Morse R : Percutaneous endoscopic jejunostomy in cancer patients with previous gastric resection. *Gastrointest Endosc* 1987 ; 33 : 372-4

Correspondance et tirés à part :

E. FRANÇOIS
Hôpital Erasme
Service de Gastro-entérologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Travail reçu le 28 février 2003 ; accepté dans sa version définitive le 2 juin 2003.