

LA PEG IN ETA' PEDIATRICA
DAL POSIZIONAMENTO ALL'ASSISTENZA
OPUSCOLO INFORMATIVO PER GENITORI ED ASSISTENTI

A cura di

Rosa Alba Gambitta, Maria Rita Santi, Paola De Angelis, Giulia Angelino,
Renato Tambucci



Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma

UOC Medico-Chirurgica di Chirurgia Endoscopia Digestiva

Direttore Luigi Dall'Oglio

DH: +390668592345 – Reparto: +390668592115 – FAX: +390668592949

Infermiere Pediatriche: Rosa Alba Gambitta, Maria Rita Santi

Pediatrì Gastroenterologi: Paola De Angelis, Simona Faraci, Francesca Foschia, Francesca Rea, Erminia Romeo, Filippo Torroni

Chirurghi Pediatrici: Valerio Balassone, Tamara Caldaro, Anna Chiara Contini, Luigi Dall'Oglio, Giovanni Federici di Abriola

INTRODUZIONE

La gastrostomia è una fistola gastro-cutanea fra la parete anteriore dello stomaco e la cute addominale, che consente di bypassare il primo tratto digestivo (bocca ed esofago).

La gastrostomia può essere confezionata per via chirurgica oppure posizionata per via endoscopica, secondo diverse tecniche convalidate per i pazienti adulti e pediatrici.

La gastrostomia posizionata per via endoscopica prende il nome di **PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)**.

Recentemente, la Società Europea di Epatologia Gastroenterologia e Nutrizione (ESPGHAN) ha divulgato le **Linee Guida** per la gestione della PEG nei bambini e negli adolescenti.¹

Cos'è la PEG?

Una comunicazione diretta dello stomaco con l'esterno, come una "seconda bocca". Non è una ferita!

INDICAZIONI

Sono indicazioni alla PEG tutte le condizioni di **malnutrizione cronica** in cui, pur in presenza di una **funzione intestinale conservata**, i pazienti non sono in grado di assumere adeguati nutrienti per via orale. Permette di stabilire un **supporto nutrizionale stabile e sicuro a lungo termine**. Un'ulteriore

¹ ESPGHAN Position Paper on management of Percutaneous Endoscopy Gastrostomy in Children and Adolescents (*JPGN 2015;60: 131-141*).

indicazione alla PEG è l'**evidenza di inalazione** per incoordinazione deglutitoria (discoptoposia).

La PEG è reversibile e non rappresenta quindi una “condanna definitiva” ad un'alimentazione artificiale. Può essere rimossa quando non sussistano le condizioni per cui era stata indicata.

Quali bambini possono trarre beneficio dalla PEG?

- ✓ *I bambini malnutriti*
- ✓ *I bambini con difficoltà o impossibilità a mangiare per bocca*
- ✓ *I bambini che rischiano di mandare il cibo nelle vie respiratorie durante l'alimentazione per bocca*

LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Quando l'alimentazione per os è insufficiente e/o difficoltosa, non riesce a coprire i fabbisogni calorico-proteici dei pazienti, oppure diventa pericolosa per il rischio continuo di inalazione, si deve pianificare un supporto nutrizionale artificiale che sostituisca o, in alcuni casi, completi l'alimentazione per bocca.

La nutrizione artificiale può essere effettuata per via enterale (ovvero attraverso l'intestino) o parenterale (ovvero endovenosa). La **Nutrizione Enterale (NE)** deve sempre rappresentare la **prima scelta** qualora il **tratto gastrointestinale** sia **funzionante**, ovvero sia in grado di assorbire adeguate quantità di liquidi e nutrienti.

La NE può essere effettuata con l'ausilio di diversi presidi, a seconda della durata prevista:

- **breve durata:** sondino naso-gastrico (SNG), sondino naso-digiunale (SND);
- **lunga durata:** gastrostomia per via endoscopica (PEG), sonda gastro-digiunale per via endoscopica (PEJ), gastrostomia/digiunostomia chirurgica.

La NE è la **via fisiologicamente deputata alla nutrizione**; preserva le funzioni del tratto digestivo quali l'integrità dei villi intestinali, la motilità gastro-intestinale e il flusso ematico intestinale. Tutto questo riduce il rischio di traslocazione batterica.

La NE presenta una **gestione pratica di bassa complessità** che può essere facilmente effettuata in ospedale dal personale sanitario e a domicilio dai genitori e dalle altre figure di accudimento.

Rispetto alla NP, la NE è meglio tollerata dal punto di vista cardiocircolatorio ed ha **minori effetti collaterali**. Vengono inoltre evitati i temibili eventi avversi acuti (es sepsi correlate agli accessi venosi centrali) e a lungo termine (es insufficienza epatica) associati alla NP.

La NE può presentare **complicanze minori** quali otturazione, dislocazione e decubito di sonde o sondini utilizzati, oppure diarrea, distensione addominale, nausea e vomito correlati alla qualità o modalità di somministrazione delle formule nutrizionali.

Quali sono i benefici della Nutrizione Enterale?

- ✓ *È la via fisiologica per nutrire i bambini*
- ✓ *Comporta minori problemi rispetto alla nutrizione parenterale*
- ✓ *È facile da gestire a casa anche per i genitori*

BENEFICI DELLA PEG RISPETTO AL SNG

In previsione di una Nutrizione Enterale di lunga durata, la PEG presenta numerosi vantaggi rispetto al SNG:

- minore rischio di dislocazione/necessità di riposizionamento della sonda
- ridotto rischio di tosse ed inalazione durante il pasto
- ridotti dei tempi di alimentazione
- minore interferenza con la riabilitazione deglutitoria (quando necessaria)
- minor rischio di otturazione (diametro più largo, lunghezza più breve)
- evita irritazione e congestione delle cavità nasali
- migliore aspetto estetico

VALUTAZIONI PRELIMINARI AL POSIZIONAMENTO DELLA PEG

Le attuali Linee Guida europee sulla gestione della PEG in età pediatrica non richiedono uno screening routinario ematochimico o radiologico prima del posizionamento della PEG.

Tuttavia, l'équipe medico-infermieristica che prende in carico il paziente può porre indicazione ad eventuali **esami preliminari sulla base della storia clinica e delle condizioni individuali.**

In particolare:

- non è necessaria alcuna valutazione per malattia da reflusso gastroesofageo tranne che in casi selezionati (es. pazienti con grave deterioramento neurologico, grave malattia polmonare cronica);
- non è necessario lo studio della coagulazione in assenza di fattori di rischio (es. coagulopatia nota, epatopatia, grave malassorbimento, immunosoppressione);
- non è necessario lo studio radiologico/ecografico per la valutazione della finestra gastrica in assenza di anomalie della colonna vertebrale (es. grave scoliosi) o sospetto di anomalie anatomiche intra-addominali (es. visceromegalia, malrotazione intestinale).

Un/a bambino/a deve fare degli esami prima di posizionare la PEG?

I medici che seguono il/la bambino/a possono prescrivere alcuni esami (del sangue o di radiologia) prima del posizionamento della PEG, solo se lo ritengono necessario. Generalmente non servono esami preliminari.

CONTROINDICAZIONI AL POSIZIONAMENTO DELLA PEG

Esistono condizioni, alcune reversibili e trattabili, in cui il posizionamento della PEG è controindicato. Ogni singolo paziente deve essere valutato dall'équipe

curante e dagli endoscopisti/chirurghi digestivi al fine di stabilire accuratamente l'indicazione e le tempistiche di posizionamento della PEG.

Controindicazioni assolute: peritonite, impervietà esofagea, dialisi peritoneale in atto.

Controindicazioni relative: ascite, coagulopatia, ipertensione portale, epatomegalia, anse coliche interposte, precedente chirurgia addominale, gastrite attiva o ulcera peptica, programma di futura dialisi peritoneale, stomaco intratoracico per grave cifoscoliosi, gravidanza.

Per quanto riguarda la dialisi peritoneale il posizionamento della PEG, se fortemente indicato, deve essere effettuato prima dell'inizio del trattamento dialitico.

ASSISTENZA POST-POSIZIONAMENTO PEG

Al rientro in reparto dopo il posizionamento della PEG il personale medico ed infermieristico forniscono assistenza al paziente. Sono necessari **alcuni giorni di osservazione ospedaliera** in regime di ricovero per:

- valutazione clinica per il riconoscimento precoce di eventuali complicanze;
- aggiustamenti della flangia esterna di ritenuta della PEG (non troppo lassa, né troppo in tensione);
- somministrazione di eventuali farmaci analgesici se necessario;
- medicazione dell'orifizio gastrostomico;
- inizio dell'utilizzo del presidio per somministrazione di farmaci e/o nutrienti;

- educazione dei genitori alla gestione dei presidi.

Cosa si fa subito dopo il posizionamento PEG?

Il/la bambino/a resta ricoverato per alcuni giorni per controllare e medicare la PEG ed iniziare la Nutrizione Enterale. Con l'aiuto dei medici e degli infermieri i genitori possono imparare a gestire da soli la PEG prima di tornare a casa.

UTILIZZO DELLA PEG DOPO IL POSIZIONAMENTO

In età pediatrica non esistono tempistiche rigorosamente stabilite per iniziare ad utilizzare la PEG per la somministrazione di farmaci e/o nutrienti. Secondo alcuni autori è possibile iniziare la NE già dopo 4-6 ore dal posizionamento. L'équipe curante stabilisce i tempi e le modalità di utilizzo della PEG per ciascun singolo paziente. In particolare possono susseguirsi i seguenti passaggi su indicazione medica:

- PEG con **sonda a caduta**, ovvero collegata ad una sacca che consente di drenare il materiale contenuto nello stomaco (saliva, secrezioni gastriche, aria) (Figura 1);
- PEG con **sonda a valvola**, ovvero rivolta con l'apertura verso l'alto per consentire all'aria eventualmente presente nello stomaco di uscire (funzione di decompressione), senza fuoriuscita di liquidi, che progrediscono attraverso il tubo digerente (Figura 2);
- PEG **chiusa**, ovvero il materiale contenuto nello stomaco resta al suo interno e progredisce attraverso il tubo digerente.

Attraverso la PEG possono essere somministrati:

- **farmaci:** la sonda deve essere tenuta chiusa per almeno 30-60 minuti per garantire l'assorbimento del farmaco;
- **liquidi chiari:** è possibile iniziare con soluzioni reidratanti glucoelettrolitiche per "testare" la tolleranza del paziente (tale passaggio non è obbligatorio);
- **formule per Nutrizione Enterale:** si somministra la formula nutrizionale selezionata per il paziente con modalità stabilite dai medici curanti.
- **alimenti frullati:** secondo le indicazioni del medico o del nutrizionista possono essere assunti alimenti di consistenza semi-liquida come omogeneizzati o frullati.



Fig. 1. Sonda a caduta



Fig. 2. Sonda a valvola

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE

La NE può essere somministrata secondo diversi schemi che devono essere individualizzati per ciascun paziente e modificati nel tempo in funzione dell'evoluzione delle sue esigenze.

- **NE intermittente:** somministrazione in **boli** ad intervalli di tempo stabiliti (es. ogni 3-6 ore) con sonda a valvola, oppure con siringa a pressione, oppure in pompa.
- **NE continua:** con pompa ad **infusione continua** (es. durante le sole ore notturne oppure nelle 24 ore).

E' necessario evidenziare e segnalare eventuali problemi durante la somministrazione della nutrizione al fine di apportare modifiche allo schema nutrizionale.

Le miscele nutritive artificiali devono essere somministrate a temperatura ambiente, conservate lontano dalla luce e fonti di calore; anche i cibi preparati ed omogeneizzati devono essere somministrati a temperatura ambiente. Nella nutrizione in bolo il paziente deve essere posizionato seduto o semiseduto e mantenuto in tale posizione per almeno 1 ora dopo la somministrazione. Nella nutrizione in pompa continua è necessario tenere il paziente almeno con il capo sollevato.

Come si somministra la Nutrizione Enterale?

- ✓ *È possibile somministrare diversi pasti durante la giornata proprio come si farebbe per bocca.*
- ✓ *Se necessario, è anche possibile distribuire la nutrizione nell'arco di molte ore della giornata, come stabilito dai medici curanti.*

MEDICAZIONE E DETERSIONE DELLA PEG

L'orifizio gastrostomico e la cute circostante devono essere quotidianamente **controllati e detersi**.

Prima di detergere la PEG, bisogna sempre eseguire il lavaggio delle mani e la pulizia dei piani di appoggio. Bisogna controllare la posizione della flangia cutanea (non troppo lassa, né troppo in tensione) e la cute peristomale.

Nella prima settimana dopo il posizionamento si utilizza **soluzione fisiologica**. In presenza di lieve e superficiale infiammazione si **disinfetta** il sito con soluzioni quali eosina al 2% o iodopovidone. Avvenuta l'iniziale cicatrizzazione della ferita, è possibile lavare la sede con **acqua e sapone**.

Bisogna assicurarsi sempre di **asciugare** bene il sito dopo il lavaggio, per evitare l'umidità che favorisce la proliferazione di batteri con rischio di infezione locale. A tal fine è utile **evitare l'applicazione locale di creme o polveri** ed è preferibile **limitare le medicazioni occludenti**. Una **medicazione asciutta**, ad es. con metallina o con garze asciutte, può essere applicata per ridurre il decubito della flangia esterna sulla cute.

E' normale la presenza di **secrezioni chiare** dalla stomia per i primi 7-10 giorni dal posizionamento, durante la cicatrizzazione. E' indispensabile segnalare eventuali **secrezioni purulente o tumefazioni**.

E' utile **ruotare la sonda** quando si esegue la detersione/medicazione per evitare arrossamenti ed ulcere da decubito della cute.

E' possibile **fare il bagno o la doccia** al/la bambino/a almeno dopo 48-72 ore dal posizionamento della PEG. E' consentito **nuotare** ma preferibilmente dopo un maggior consolidamento e cicatrizzazione della ferita, comunque non prima di due settimane dal posizionamento.

Qual è la condizione ideale della PEG?

- ✓ *Zona intorno alla PEG asciutta, pulita, non infiammata, senza garze o medicazioni sovrastanti.*
- ✓ *Sonda (tubicino) che fuoriesce dallo stoma (buco) pulita e funzionante.*

MANUTENZIONE DELLA PEG

Ogni volta che si utilizza la PEG per somministrare farmaci o nutrienti è indispensabile eseguire SEMPRE un **lavaggio del lume interno della sonda** (siringa con acqua, circa 15-20 ml) **al termine della somministrazione**, per evitare incrostazioni con rischio di occlusione.

Nei pazienti portatori di **sonda con palloncino** (vedi paragrafo successivo), è utile **verificarne l'integrità ed il corretto riempimento**, sgonfiandolo con una siringa (solitamente la capienza è di 3-5 ml) e rigonfiandolo con acqua pulita.

Non bisogna dimenticare di effettuare quotidianamente un'adeguata **pulizia del cavo orale** nei pazienti alimentati esclusivamente per sonda. E' inoltre importante continuare a **stimolare** opportunamente le funzioni di **suzione e masticazione**.

SOSTITUZIONE DELLA PEG NATIVA CON PRESIDIO DI BASSO PROFILO (“BOTTONE” O “PALLONCINO”)

La PEG nativa può essere sostituita, dopo almeno due mesi, con un presidio di basso profilo con palloncino o bumper di ritenuta. La procedura viene eseguita **per la prima volta con maggior sicurezza in sala operatoria** in anestesia generale. In seguito il presidio di basso profilo può essere sostituito **quando usurato in ambulatorio o a domicilio** (Fig. 3). Può sostituire il presidio chiunque sia stato addestrato adeguatamente (infermieri, genitori ed altre figure di accudimento).

Fig. 3. COME SOSTITUIRE IL PRESIDIO DI BASSO PROFILO (“BOTTONE CON PALLONCINO”)



Preparare il materiale necessario: una siringa vuota, una siringa con acqua, il presidio nuovo da posizionare, un gel lubrificante



Controllare l'integrità del palloncino del presidio nuovo da posizionare (gonfiare e sgonfiare)



Dopo aver sgonfiato il palloncino del presidio usurato e averlo rimosso dall'orifizio gastrostomico, inserire il presidio nuovo, ben lubrificato e con palloncino ben sgonfio



Premere bene il presidio sulla parete addominale e gonfiare il palloncino



Per la somministrazione di farmaci, acqua e alimenti raccordare le sonde che vengono fornite con il presidio



Visione endoscopica intragastrica del palloncino di ritenuta correttamente gonfiato in sede.

POSSIBILI COMPLICANZE DELLA PEG

La PEG può presentare alcune complicanze, talvolta di semplice gestione domiciliare, talvolta con necessità di contattare il centro di riferimento.

Quando recarsi in ospedale CON URGENZA?

- ✓ Se si rompe o si rimuove accidentalmente la PEG nativa (ovvero la prima posizionata).
- ✓ Se, dopo la rimozione accidentale di qualsiasi sonda, lo stoma (buco) resta vuoto... rischia di restringersi rapidamente fino a chiudersi in minuti o ore! NB: **bisogna sempre mantenere occupato lo stoma**, anche con un tubicino diverso dalla sonda (es. tubicino per aspirazione o altro catetere).
- ✓ Se la sonda è tappata e non si riesce a disostruirla a casa (e bisogna necessariamente somministrare farmaci o liquidi).
- ✓ Se ci sono segni importanti di infezione con gonfiore e dolore della pancia, secrezioni purulente, febbre

Quando recarsi in ospedale SENZA URGENZA?

- ✓ Se la sonda è mal funzionante perché in parte tappata.
- ✓ Se si formano delle escrescenze intorno allo stoma (non sono pericolose ma possono essere trattate in ospedale)
- ✓ Se lo stoma si allarga troppo rispetto alla sonda e non si riesce a restringere con le medicazioni a casa.
- ✓ Se la sonda preme troppo sulla cute creando avvallamenti o infiammazioni (probabilmente bisogna regolare la dimensione).

Quando si possono risolvere i problemi a casa?

- ✓ *Se si rompe una sonda con palloncino e si riesce a sostituirla con uno nuovo integro.*
- ✓ *Se si tappa la sonda e si riesce a stapparla a casa con lavaggi con acqua tiepida o bevanda gassata a pressione.*
- ✓ *Se lo stoma si allarga leggermente e si riesce a restringere con medicazioni con garze, pomata all'ossido di zinco o pasta adsorbente.*
- ✓ *Se compaiono piccoli arrossamenti o poche secrezioni purulente, che si risolvono applicando Eosina al 2% con o senza pomata antibiotica.*

Rottura/rimozione accidentale del presidio

E' fondamentale, se possibile, **mantenere la sonda** (anche se mal funzionante) **all'interno dell'orifizio gastrostomico** (applicazione di garze e cerotti temporanei), per evitare il restringimento e la possibile chiusura dell'orifizio, che può verificarsi anche in minuti o ore!

Se il paziente è portatore della PEG nativa è necessario rivolgersi al centro di riferimento.

Se il paziente è portatore di presidio di basso profilo ("bottone con palloncino") è sufficiente sostituire il presidio con uno nuovo, che dovrebbe essere sempre tenuto di riserva a domicilio.

In tal caso di restringimento dell'orifizio gastrostomico è necessario recarsi presso il Centro di riferimento per effettuare delle calibrazioni dello stoma con i coni di Hegar fino a raggiungere il calibro adatto al presidio prescelto (Fig. 4).

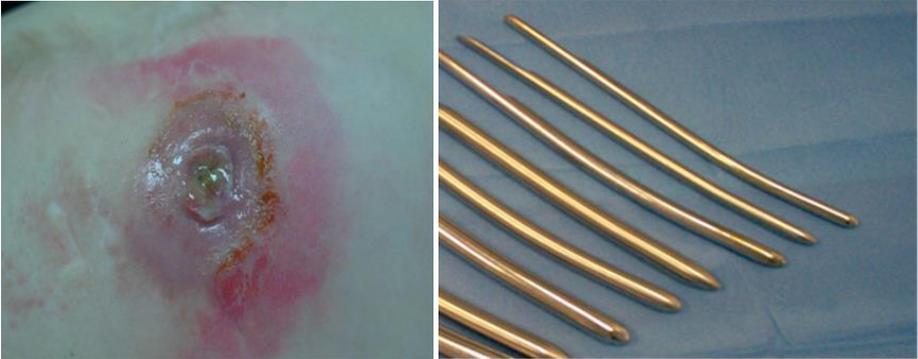


Fig. 4. Orifizio gastrostomico ristretto. Candele di Hegar per dilatazione.

Ostruzione della sonda gastrostomica

Se non vengono regolarmente effettuati i lavaggio della sonda è possibile che questa si ostruisca per la presenza di residui alimentari o di farmaci.

Per disostruire la sonda a domicilio è possibile tentare lavaggi con acqua tiepida o bevanda gassata (esercitando pressione con la siringa). In caso di mancata risoluzione della disostruzione è necessario recarsi presso il centro di riferimento per tentare disostruzione con filo guida.

Granuloma cicatriziale

Talvolta la cicatrizzazione della ferita della gastrostomia è esuberante, con formazione di un granuloma rilevato, talvolta lievemente sanguinante.

E' possibile effettuare presso il centro di riferimento un trattamento caustico locale con matita al nitrato d'argento che favorisce la riduzione del granuloma (Fig. 5).



Fig. 5. Trattamento locale con matita caustica al nitrato d'argento

Prolasso di mucosa gastrica

Seppur raramente, può verificarsi una parziale fuoriuscita della mucosa gastrica dall'orifizio gastrostomico, con eventuale sanguinamento (Fig. 6). In tal caso è necessario recarsi presso il centro di riferimento per posizionare una placca di contenimento.



Fig. 6. Prolasso di mucosa gastrica

Fuoriuscita di succo gastrico

Nel caso di lieve fuoriuscita di succo gastrico dall'orifizio gastrostomico bisogna verificare la "tenuta della sonda" mobilizzando la flangia cutanea o verificando il corretto riempimento del palloncino di ritenuta intragastrica. E' necessario effettuare medicazioni con garze che assorbano le secrezioni, da cambiare frequentemente.

Slargamento dell'orifizio gastrostomico

Se l'orifizio gastrostomico diventa più largo rispetto al calibro della sonda è possibile osservare fuoriuscita di materiale intragastrico dall'orifizio con eventuale macerazione della cute circostante. In tal caso è necessario effettuare medicazioni con garze che assorbano le secrezioni, da cambiare frequentemente. E' inoltre possibile applicare localmente una pomata con ossido di zinco o pasta adsorbente. In caso di persistenza del problema è necessario contattare il centro di riferimento per valutare l'eventuale sostituzione della sonda con un diverso calibro per facilitare la riduzione del diametro della stomia.

Dermatite peristomale

In caso di arrossamento della cute peristomale è sufficiente l'applicazione locale di Eosina (Fig. 7)



Fig. 7. Iperemia della cute peristomale.

Decubito della sonda

Nel caso in cui la sonda gastrostomica e/o il presidio di basso profilo siano troppo in tensione (troppo corti), la flangia esterna decubita sulla cute provocandone l'avvallamento, l'arrossamento, l'irritazione (Fig. 8).

In questo caso è necessario verificare presso il centro di riferimento il corretto posizionamento e la dimensione del presidio.



Fig. 8. Esito di presidio di basso profilo “corto”.

Il decubito può verificarsi anche sul versante gastrico, con il rischio di una temibile complicanza detta **“Buried Bumper”**. In questo caso il bumper/palloncino di ritenuta intragastrico viene progressivamente attratto verso l'esterno fino a posizionarsi nello spazio tra la parete gastrica e la parete addominale. Di conseguenza tutte le sostanze infuse attraverso la sonda (farmaci e nutrizione enterale) vanno a creare una raccolta all'interno della parete addominale con conseguente infezione.

Infezioni peristomali

E' possibile che l'orifizio gastrostomico si infetti, con comparsa di tumefazione locale, rossore, secrezione purulenta, talvolta ematica.

Nella maggior parte dei casi il problema può essere risolto con applicazione locale di pomata antibiotica.

Nei casi più gravi l'infezione può estendersi a formare un flemmone o ascesso della parete addominale ed è necessaria terapia antibiotica sistemica.

PEG E PEJ

La PEJ (PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC JEJUNOSTOMY) è un presidio che possiede, oltre agli orifizi intragastrici, anche un ulteriore prolungamento in grado di oltrepassare il piloro e di sospingersi fino alle anse digiunali (Fig. 9).

La PEJ ha quindi due vie di somministrazione:

- **la via gastrica** che si utilizza per la somministrazione di farmaci (che devono essere assorbiti nello stomaco) e per l'eventuale decompressione dello stomaco (fuoriuscita di materiale intragastrico)
- **la via digiunale** che si utilizza per la somministrazione della Nutrizione Enterale.

Le formule per la Nutrizione Enterale digiunale devono essere "più digerite" rispetto alle comuni formule utilizzate attraverso la via gastrica, altrimenti possono provocare diarrea. Il personale medico fornisce indicazioni specifiche sul tipo di formula da utilizzare.

La via di somministrazione digiunale ha il vantaggio di bypassare lo stomaco e pertanto è molto utile in pazienti con grave Malattia da Reflusso Gastroesofageo, nei quali il ristagno di materiale alimentare intragastrico potrebbe rappresentare un rischio (ad esempio di aspirazione nelle vie respiratorie).

Cos'è la PEJ?

- ✓ *La PEJ è una sonda con il tubo più lungo, che finisce più avanti dello stomaco, fino nell'intestino (in particolare in una parte che si chiama "digiuno").*
- ✓ *Serve quando è meglio tenere vuoto lo stomaco.*
- ✓ *Il bottoncino esterno ha due entrate, uno per lo stomaco, che si usa per i farmaci, e uno per il digiuno, che si usa per la nutrizione.*

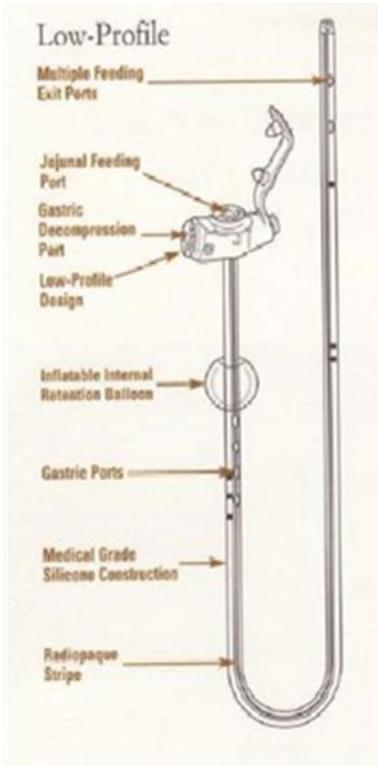


Fig. 9. Sonda PEJ (via gastrica, via digiunale, valvola di cuffiaggio del palloncino)

Indicazioni alla PEJ sono:

- vomito incoercibile
- gastroparesi
- episodi di aspirazione di materiale di provenienza gastrica nelle vie respiratorie

- grave Malattia da Reflusso Gastroesofageo in bambini cerebropatici con indicazione ad intervento chirurgico di plastica antireflusso ma elevato rischio anestesiológico legato all'intervento

CONTROLLO ENDOSCOPICO TRANS-STOMIA E MONITORAGGIO DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Attraverso l'orifizio gastrostomico è possibile eseguire un'endoscopia. Si utilizzano endoscopi di diametro adeguato (piccolo), previa rimozione della sonda gastrostomica.

Tale esame non provoca dolore e può essere effettuato in paziente sveglio e collaborante in pochi minuti, senza sedazione.

Possono essere esplorati lo stomaco, il duodeno e l'esofago (a ritroso).

La procedura consente il monitoraggio della Malattia da Reflusso Gastroesofageo.

E' possibile posizionare la PEJ in corso di endoscopia trans-stomia attraverso un'apposita tecnica con filo guida, senza necessità di sedazione/anestesia.

RIMOZIONE DELLA PEG

In caso di non utilizzo della PEG per molto tempo (mesi) e di autonomia nutrizionale completa, si può effettuare la rimozione della PEG con un'apposita medicazione per facilitare la chiusura della stomia (Fig. 10).

Tale medicazione assorbe il materiale che fuoriesce dall'orifizio e tiene accostati i lembi cutanei. Deve essere cambiata frequentemente a domicilio quando bagnata.

Nel caso di prolungata persistenza di secrezioni dall'orifizio di corretta medicazione può rendersi necessaria la sutura chirurgica. L'équipe curante ne stabilisce la necessità e la tempistica.



Fig. 10. Medicazione con tampone e lembi in tensione per chiusura della gastrostomia

L'indicazione alla rimozione della PEG deve essere attentamente valutata dall'équipe curante del paziente poiché la cicatrizzazione dell'orifizio gastrostomico è irreversibile.

Si può togliere la PEG?

- ✓ *Si, d'accordo con i medici: bisogna essere sicuri di non averne più bisogno.*
- ✓ *Basta togliere la sonda e il buco si chiude da solo entro circa un mese (con una medicazione stretta).*
- ✓ *Molto raramente bisogna mettere i punti.*

Speriamo che questo breve opuscolo sia utile ai pazienti, ai genitori e a tutto il personale coinvolto nell'assistenza.

Vi saremo grati per qualsiasi consiglio o suggerimento e restiamo a disposizione per ulteriori informazioni e spiegazioni.

Ci auguriamo che la PEG possa rappresentare per i nostri pazienti uno strumento di miglioramento della qualità di vita e dello stato nutrizionale.

L'addestramento ad una corretta gestione della PEG a domicilio rende autonomi i genitori e le altre figure di accudimento nell'utilizzo del presidio e nella risoluzione delle complicanze minori.

Un ringraziamento speciale alla Mamma di Giacomo che ci ha supportato nella realizzazione di questo lavoro dedicato ai Pazienti Speciali!