



SCDO Gastroenterologia

Direttore: Dr. Nico Pagano

Tel. 0321 - 3733206 - Fax 0321 - 3733234

E-Mail: gastro@maggioreosp.novara.it

POSIZIONAMENTO PEG: INFORMAZIONI GENERALI

INFORMAZIONE AL PAZIENTE:

Egregio Sig./Gentile Sig.ra,

La Gastrostomia Endoscopia Percutanea è una procedura endoscopica reversibile di nutrizione artificiale che consente la somministrazione di alimenti, liquidi e farmaci mediante una sonda che, attraversando la parete addominale, raggiunge il lume dello stomaco. Essa viene realizzata in pazienti che hanno difficoltà o impedimento ad alimentarsi normalmente per via orale ma nei quali l'endoscopio riesca comunque a raggiungere la cavità gastrica e che abbiano un tratto gastrointestinale intatto e normalmente funzionalmente. Quando la previsione della nutrizione enterale è superiore a 3-4 settimane la PEG rappresenta la via di accesso "ideale".

L'esame consiste nell'introduzione attraverso la bocca di uno strumento flessibile, il gastroscopio, che viene fatto procedere lungo esofago e stomaco. Durante l'esame viene introdotta aria per distendere le pareti dello stomaco. Si effettua quindi l'anestesia locale in un punto preciso della parete addominale identificato mediante transilluminazione (luce trasmessa dal gastroscopio sulla parete) e si esegue una piccola incisione (in anestesia locale) per permettere il passaggio di un'agocannula che oltrepassa la parete stessa e giunge sino alla cavità gastrica. Attraverso questa cannula viene fatto scorrere un filo guida che viene afferrato attraverso l'endoscopio ed estratto dalla bocca. Si lega quindi il sondino della PEG al filo e lo si trascina in modo da mettere in comunicazione la cavità gastrica con l'esterno. Durante la procedura vengono costantemente monitorate la frequenza cardiaca, il livello di ossigeno nel sangue e, quando le condizioni cliniche lo richiedano, l'attività cardiaca; se necessario potrà essere somministrato ossigeno.

POSSIBILI RISCHI / COMPLICANZE

La PEG è una procedura sostanzialmente semplice come confermato dalla elevata percentuale di successo variabile tra il 94-98%.

Le possibili cause di insuccesso sono: le stenosi neoplastiche, il deterioramento clinico del paziente durante la procedura (insufficienza respiratoria soprattutto), un'inadeguata transilluminazione, una grossa ernia iatale, un'eventuale ematoma a livello del sito della gastrostomia, un'infiltrazione neoplastica dello stomaco.

La PEG pur essendo una metodica invasiva è tuttavia sicura con una bassa percentuale di mortalità relativa alla procedura che è compresa tra lo 0.3-2.1%.

La frequenza globale di complicanze nei pazienti sottoposti a posizionamento di PEG può arrivare sino al 17%. Le complicanze severe (1.5% - 6%) sono la polmonite ab-ingestis (inalazione di materiale gastroenterico refluito), l'emorragia, il danno ad organi interni, la perforazione, l'incarceramento del bumper, l'ileo prolungato, il dolore nella sede della ferita, la fascite necrotizzante. Complicanze minori (fino al 30% circa) sono l'ostruzione del tubo della PEG, la macerazione di tessuti circostanti la PEG, il vomito e le infezioni. Al fine di ridurre il rischio di infezione si deve eseguire antibiotico profilassi (in genere con Amoxicillina/Ac. Clavulanico 2.2 gr ev.) 30 minuti prima della procedura

ALTERNATIVE:

Alternativa alla PEG è la somministrazione della nutrizione enterale attraverso sondini naso-gastrici o naso-digunali che sono poco tollerati dal paziente soprattutto se utilizzati per lunghi periodi. Altre alternative sono la Gastrostomia o Digunostomia Chirurgica che è una tecnica più invasiva o la Gastrostomia Percutanea Radiologica che non offre sostanziali vantaggi rispetto alla PEG.



COME CI SI DEVE COMPORTARE:

IMPORTANTE

PRIMA della procedura:

Per l'esecuzione della procedura il paziente non deve assumere LIQUIDI/SACCHE DI NUTRIZIONE ATTRAVERSO SNG dalla sera precedente

La maggior parte delle terapie possono non essere sospese, ma qualche farmaco può interferire con la preparazione o con l'esame

In particolare se praticate terapie con anticoagulanti o antiaggreganti (Coumadin, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Eparina, Acido acetilsalicilico, Aspirina, Tiklid, Ticlopidina, Ibustrin, Duoplavin, Plavix, Clopidogrel, Brilique) **comunicatelo al Personale se possibile al momento della prenotazione o comunque almeno 1 settimana prima dell'esame** per poter procedere alle necessarie variazioni.

In caso di dubbio **CHIEDERE** sempre chiarimenti al Medico Curante o al Medico prescrittore della terapia anticoagulante o antiaggregante

I pazienti portatori di Pacemaker (PM) o defibrillatori (ICD) devono recarsi **PRIMA DELL'ESAME** presso Ambulatorio PM (Padiglione A seminterrato- lun-ven 8-15,30; Tel. 0321 3733237) con ECG ed impegnativa del curante per valutazione controindicazioni in caso di utilizzo elettrobisturi

Segnalare eventuali allergie o intolleranze di qualunque tipo (con particolare attenzione a quelle relative ai farmaci ed al mezzo di contrasto), patologie di rilievo (cardiache, polmonari, renali, prostatiche) interventi chirurgici, malattie agli occhi (Glaucoma).

Portare SEMPRE tutta la documentazione relativa a precedenti esami endoscopici o a visite mediche per patologie di rilievo

DOPO la procedura

La nutrizione enterale con sacche specifiche viene iniziata quindi il giorno successivo se non si sono verificate complicanze.

BIBLIOGRAFIA:

- Modello fornito dalla Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED)



PEG - DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____

DATA e LUOGO di NASCITA _____

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

- ✓ Confermo di aver letto e compreso il documento informativo per il paziente relativo al trattamento sopra riportato e aver avuto la possibilità di porre domande.
- ✓ Ho compreso che sottopormi a tale trattamento può comportare rischi, sia a breve che a lungo termine ed effetti collaterali. Mi è chiaro inoltre cosa comporta il non sottopormi al trattamento proposto.
- ✓ Sono stato informato della possibilità di revocare il mio consenso in qualunque momento.

IO SOTTOSCRITTO NEL PIENO POSSESSO DELLE MIE FACOLTÀ': (Siglare le caselle interessate)

ACCONSENTO / RIFIUTO

di essere sottoposto alla PEG _____

FIRMA del PAZIENTE _____

=====

=[Solo se questi non sia in grado di firmare autonomamente]

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato il ___/___/___ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____ N.° _____

Su nomina dell'autorità giudiziaria, in qualità di (barrare la voce interessata):

Tutore Amministratore di sostegno Curatore Speciale

FIRMA del LEGALE RAPPRESENTANTE _____

=====

Ritengo che la /il mia/o paziente, con cui ho discusso questo consenso informato fornendo tutte le spiegazioni e i chiarimenti richiesti, abbia ben compreso quanto esposto.

Novara lì _____
Data colloquio _____ Generalità del Medico (in stampatello) _____ Firma del Medico _____

=====

In data odierna **REVOCO** il consenso precedentemente concesso.

Novara lì _____ Firma Paziente/Legale Rappresentante _____