

R4P • Réseau – Lucioles - Troubles de l'alimentation et handicap

LA GASTROSTOMIE EN PRATIQUE

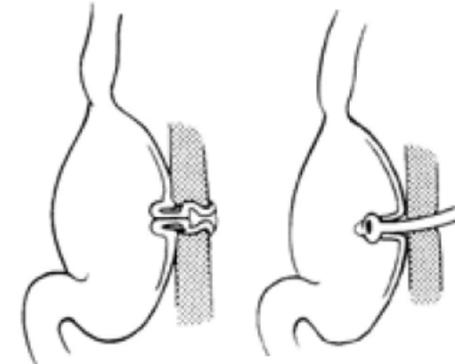
Frédéric HAMEURY

Chirurgien Pédiatre, HFME, Lyon



Historique

- 1635: Première gastrostomie:
 - Accidentelle par ingestion de couteau
- Fin des années 1870:
 - Premières gastrostomies chez l'homme
- Fin des années 1970: Gastrostomies percutanées
- Fin des années 1980: Gastrostomie percutanée laparoscopique
- Début 1990: Gastrostomie coelioscopique
- Aujourd'hui:
 - Gastrostomie percutanée / laparoscopique
 - avec d'emblée pose du bouton définitif

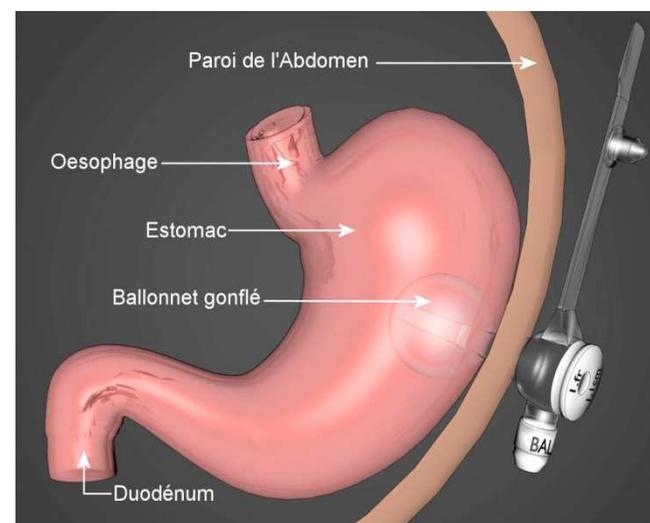


Qu'est-ce que c'est?

- Accès direct à l'estomac
- Via une sonde ou bouton

Pour

- Alimentation entérale
 - Complémentaire
 - Exclusive
- Eau, traitements
- Au long courts (mois)



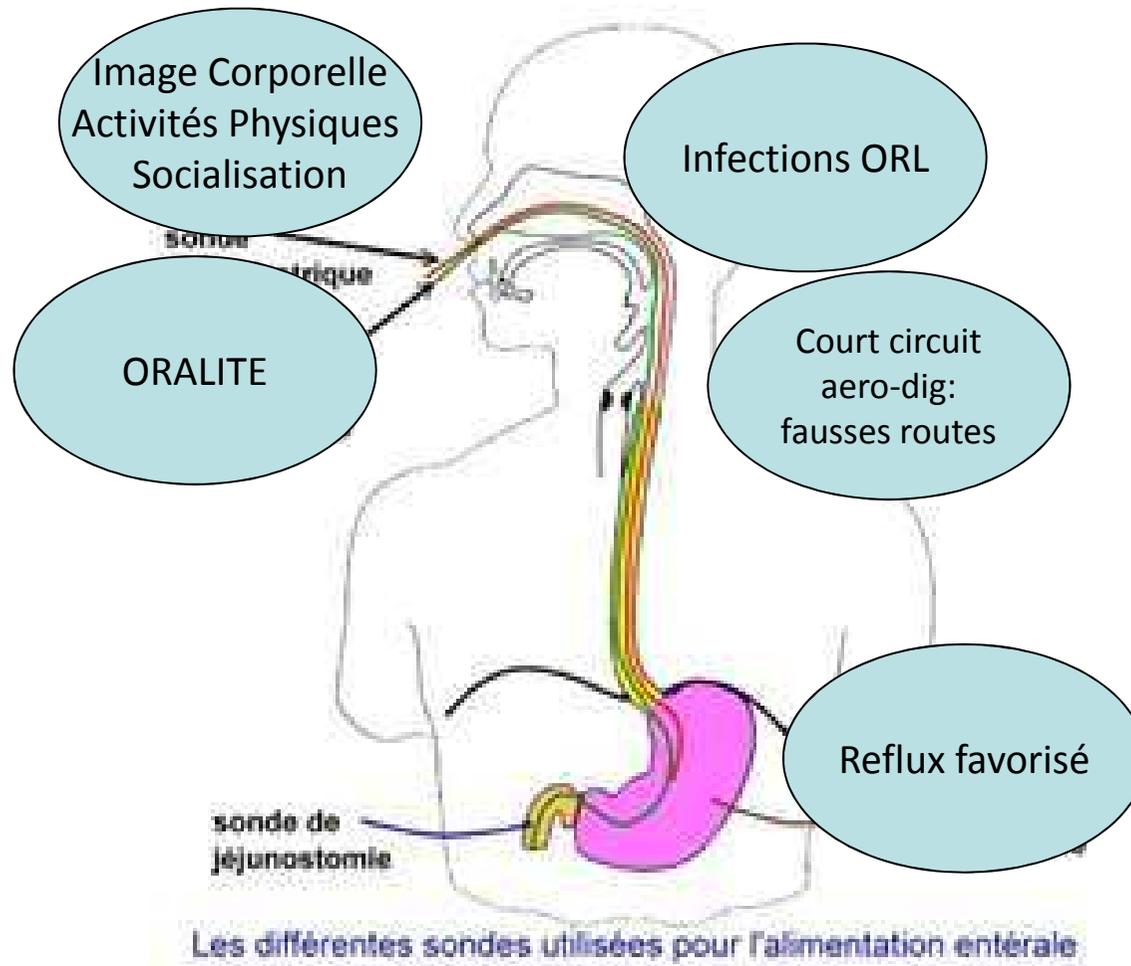
INDICATIONS

- Alimentation:
 - Anatomiques: Anomalies de l'œsophage
 - Epidermolyse bulleuse, atrésie de l'œsophage, caustiques...
 - Fonctionnelles:
 - Origine centrale (immaturité du TC, amyotrophie spinale infantile, IMC...)
 - Malformatif (Charges, Pierre Robin...)
 - « Anorexies »
 - Mucoviscidoses
 - Oncologies
- Concertation multidisciplinaire +++

Pourquoi avoir peur d'une gastrostomie?

- Intégrité physique de l'enfant
- Anesthésie, chirurgie
- Plus d'oralité
- Risque d'arrachage
- Dégout vis-à-vis de cette plaie béante
- Lourdeur de prise en charge
-
 - De mauvaises raisons!
 - Alternatives préférées:
 - abstention et dénutrition / SNG

Sonde naso-gastrique au long court



Qui est malade

Qui a une gastrostomie?



ORALITE

- Toute fonction buccale: manger, parler, embrasser...
- 1^{ère} fonction organisatrice du développement psychique...
- Alimentation + investissement global du corps

Mais

- Sonde naso-gastrique et reflux gênent l'oralité..
- Impératif calorique gêne l'alimentation plaisir

Recommandations de bonne pratique / Hernies Diaphragmatiques

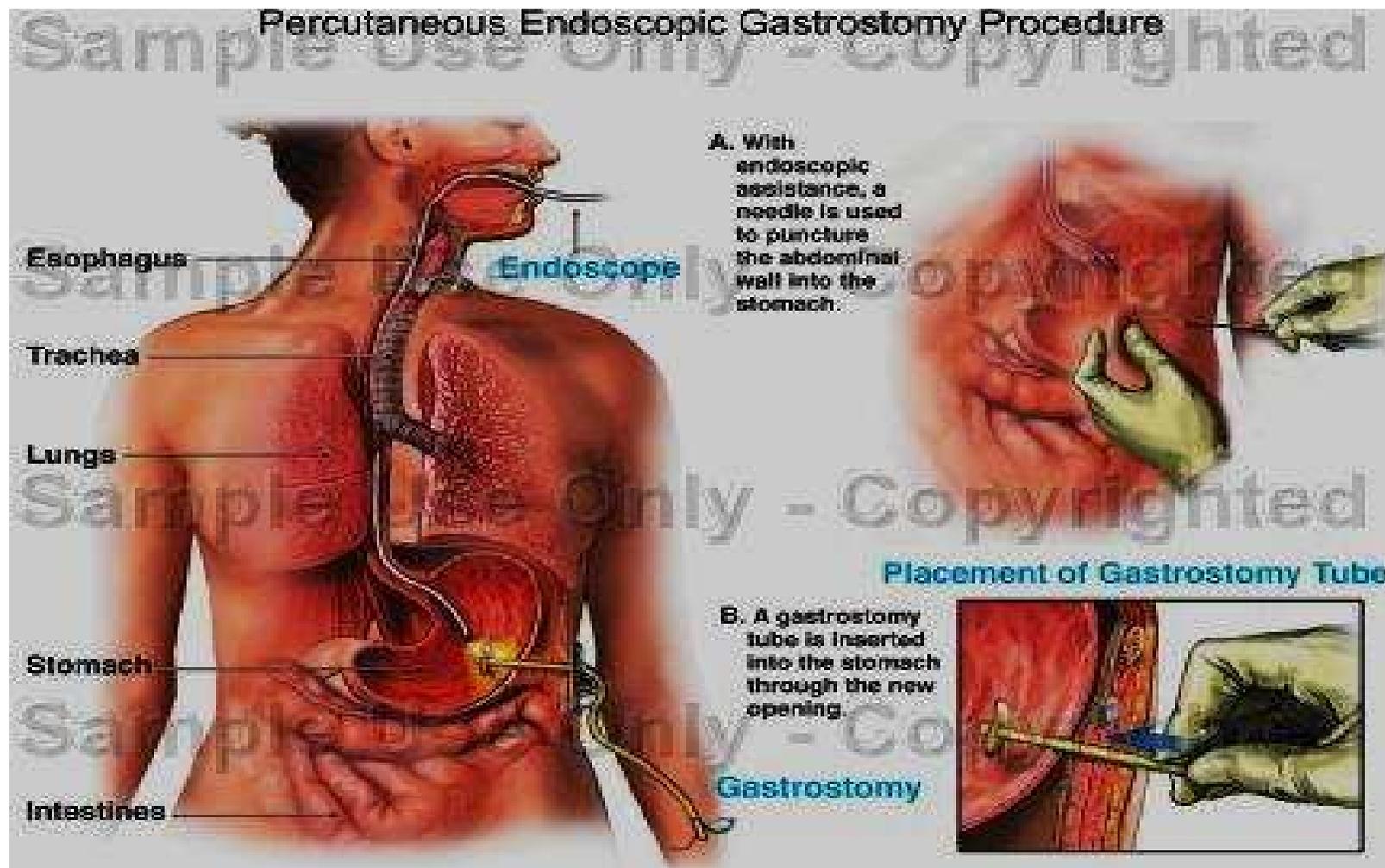
Quand et pourquoi une gastrostomie?

- Nutrition orale
 - Impossible
 - Insuffisante
- >2mois
- Respecte l'image corporelle
- Préserve l'oralité
- Permet des activités-Nautiques...
- Confort du patient - Autonomie
- Confort des soignants
- Réversible

Quelle Technique ?

- Endoscopique
 - AG courte
 - Sortie très précoce
- Radiologique
 - Idem
- Chirurgicale
coelioscopique
 - Anti RGO associé
 - CI Endoscopie
 - AG plus longue
- Chirurgicale
ouverte
 - Dernière possibilité

Gastrostomie endoscopique



Gastrostomie endoscopique

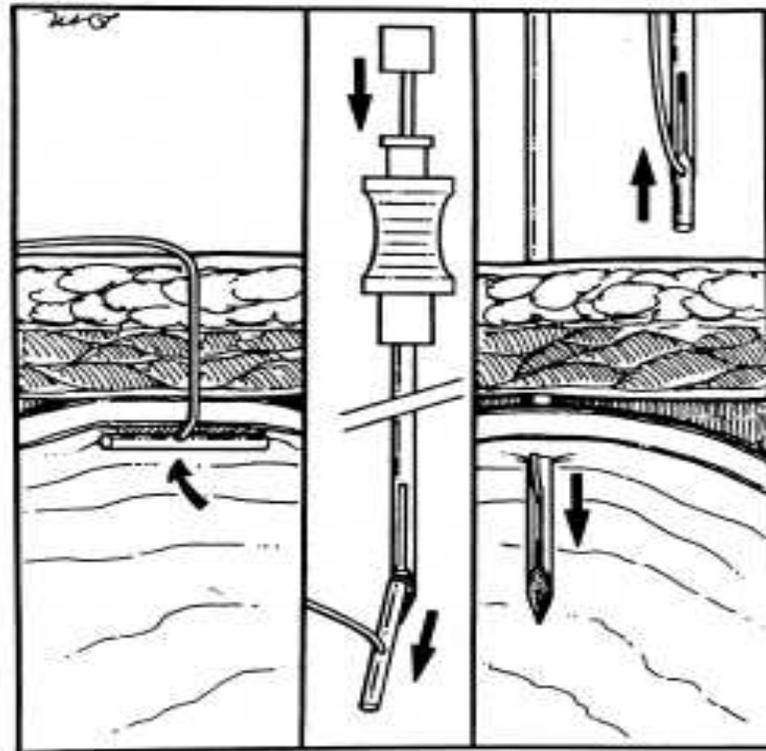
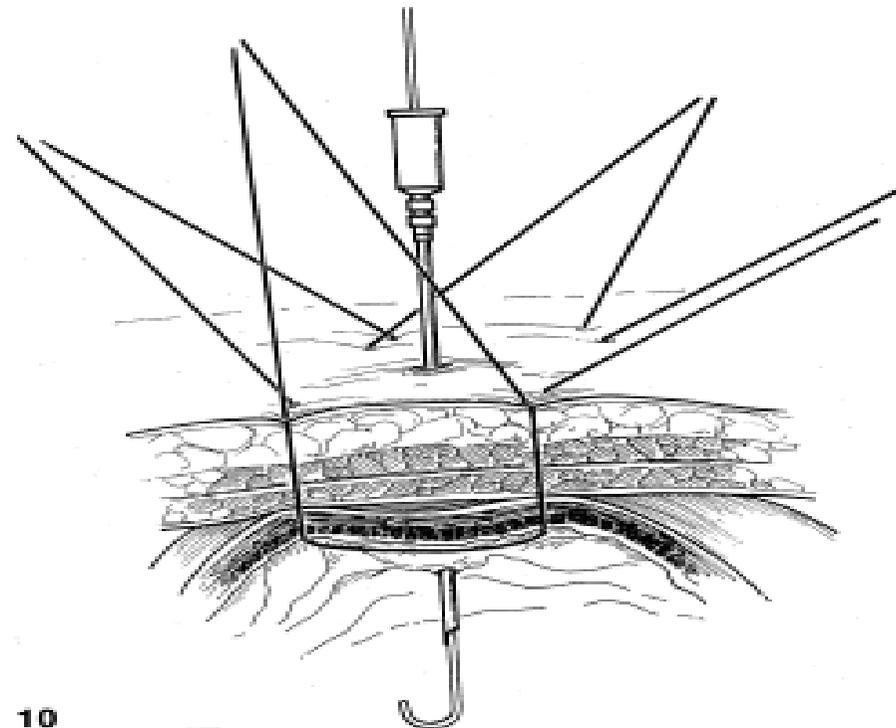
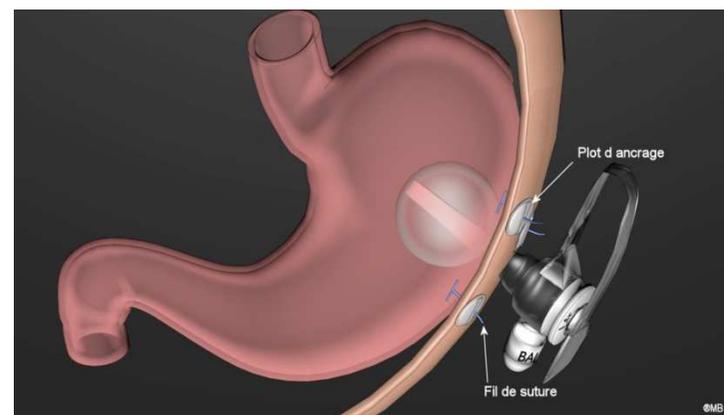
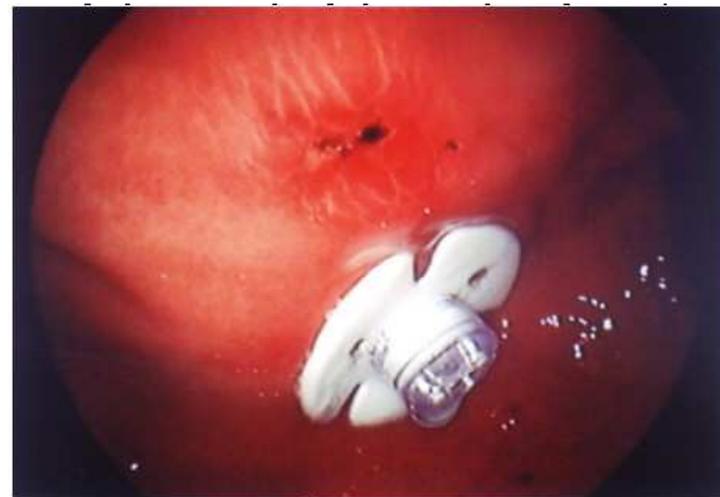


Fig. 1. Four T-fasteners are inserted into the stomach, forming a square.



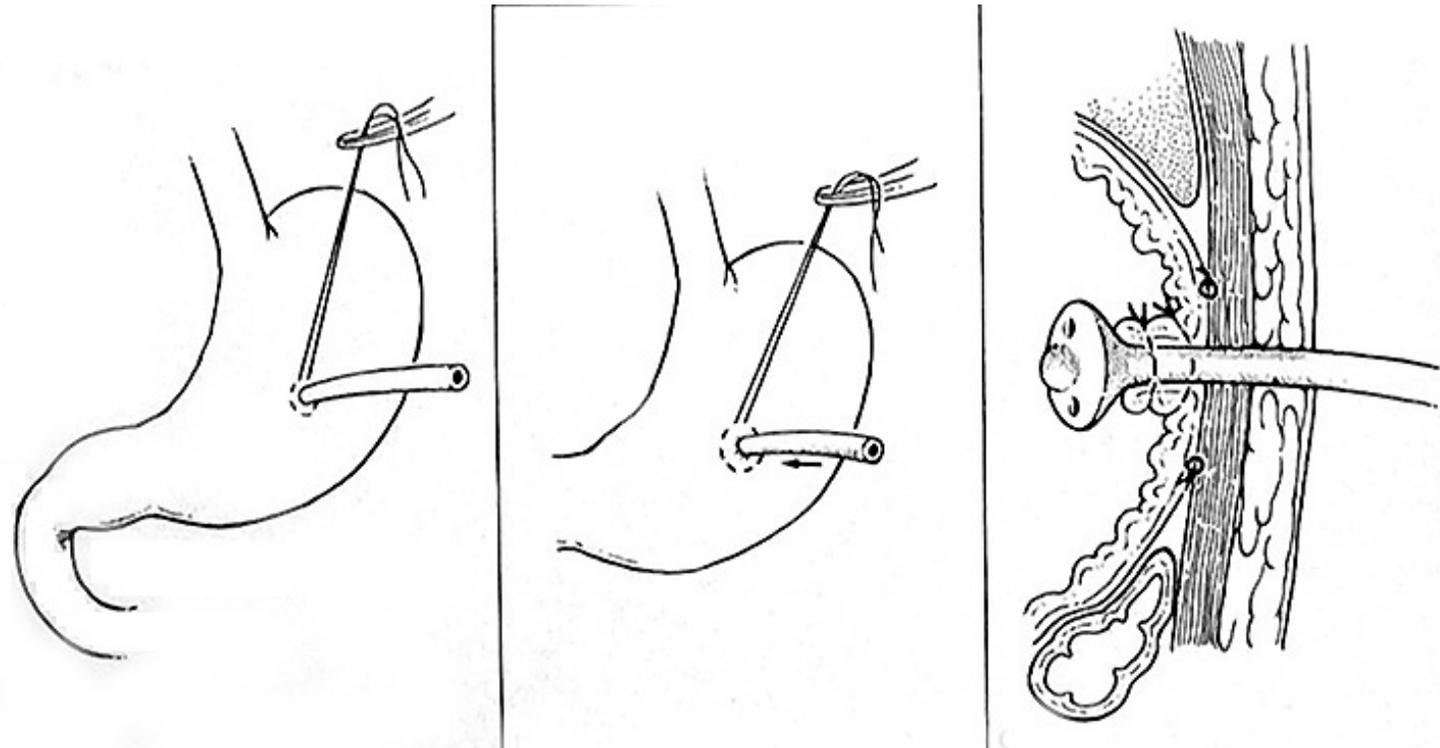
Gastrostomie endoscopique

- En 2 temps
 - Traction
 - Bouton à trois mois
 - 2 anesthésies générales
- En 1 temps
 - Kit spécifique
 - Bouton d'emplé



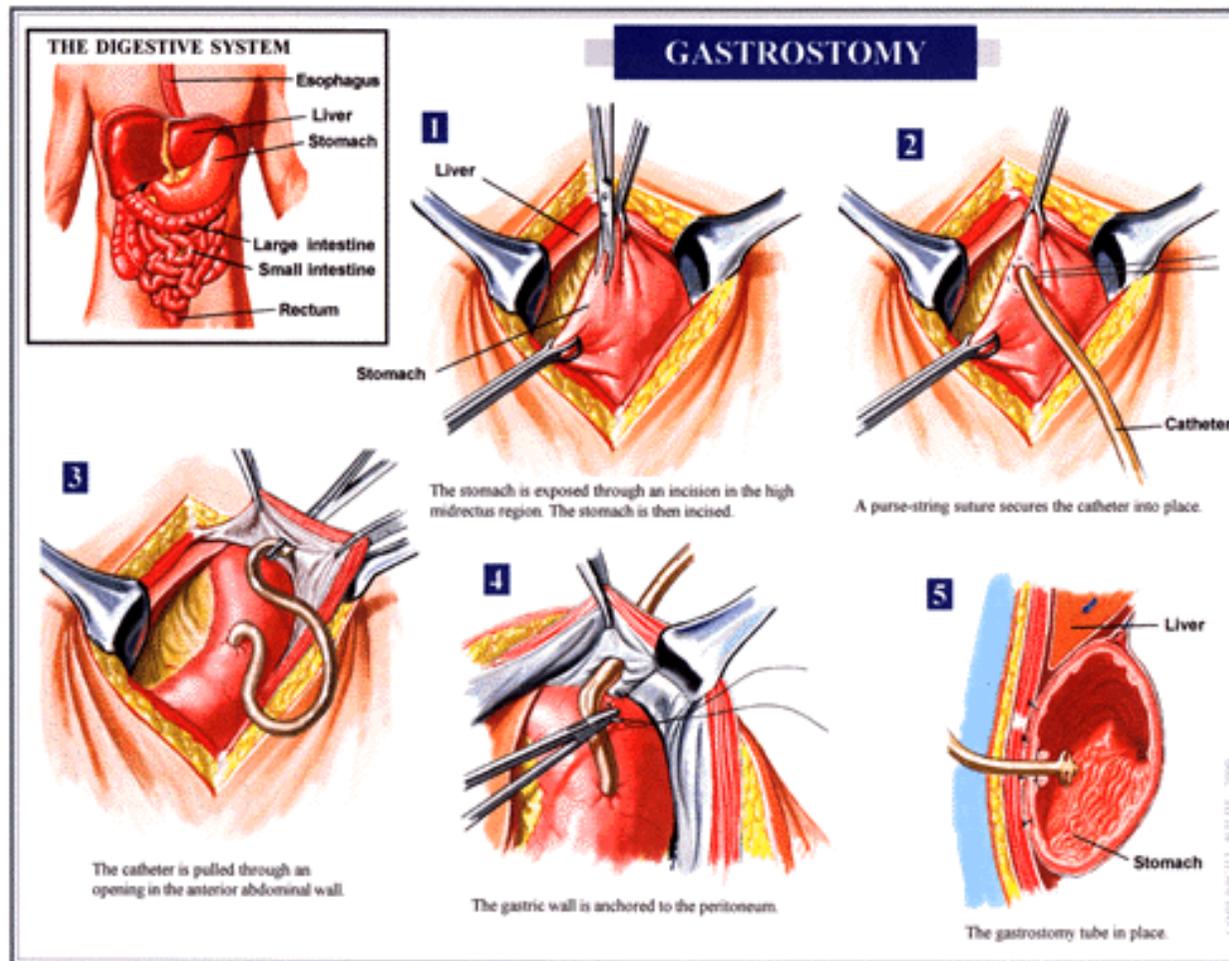
Gastrostomie Chirurgicale

Gastrostomie de Stamm



Fermeture spontanée rapide si retrait accidentel

Gastrostomie chirurgicale: voie ouverte



Troubles de l'alimentation et handicap – 28 novembre 2014 à Lyon

Gastrostomie Laparoscopique

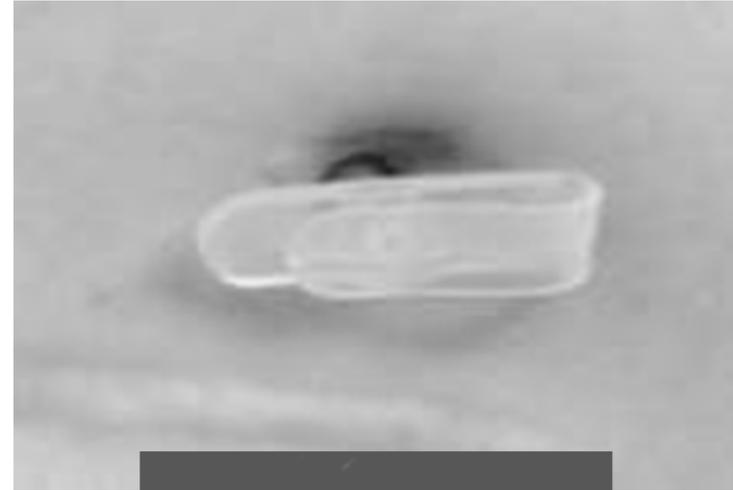


Appareillage de la gastrostomie: sondes

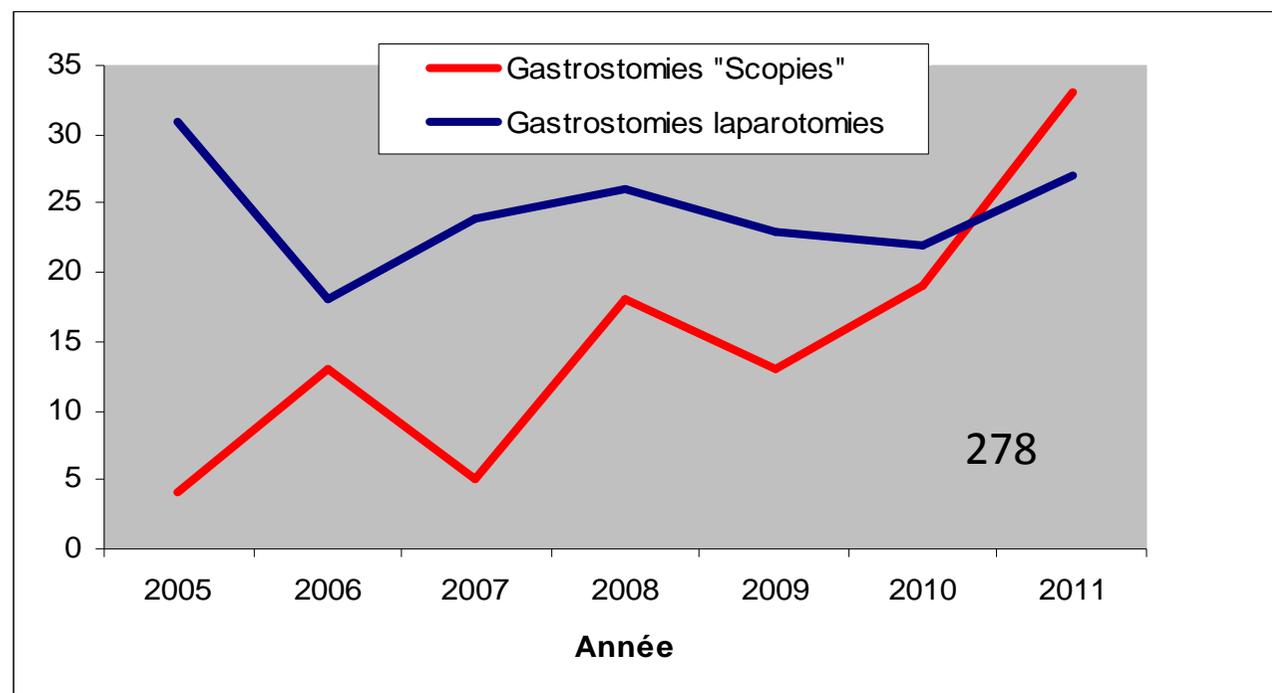
- Ballonnet
- Bouton à 6 sem – 2 mois
- Gastro-jejunostomie d'alimentation:
 - Obstacle pyloro-duodenal fonctionnel



Appareillage de la gastrostomie: boutons



Expérience Lyonnaise



Indications Chirurgicales?

- Contre indications à la voie endoscopique (SFED)
 - Interposition digestive – absence de transillumination, abdomen cicatriciel..
- Limites de la voie endoscopique
 - Sténose oesophagienne ou oropharyngée , dermatoses bulleuses
 - Hypertension portale
 - Déformations de la colonne vertébrale
- Circonstances
 - **Gastrostomie et chirurgie anti reflux:
REFLUX Gastro-oesophagien?**

Facteurs de Reflux Gastro-Oesophagien

- Age: physiologique avant 2 mois
- Anatomique:
 - Atrésie de l'œsophage
 - Hernie Diaphragmatique
- Fonctionnel: patients à risque
 - IMC, Paralysie cérébrale
 - Mucoviscidose
 - Maladies métaboliques, génétique...

Gastrostomie + Reflux

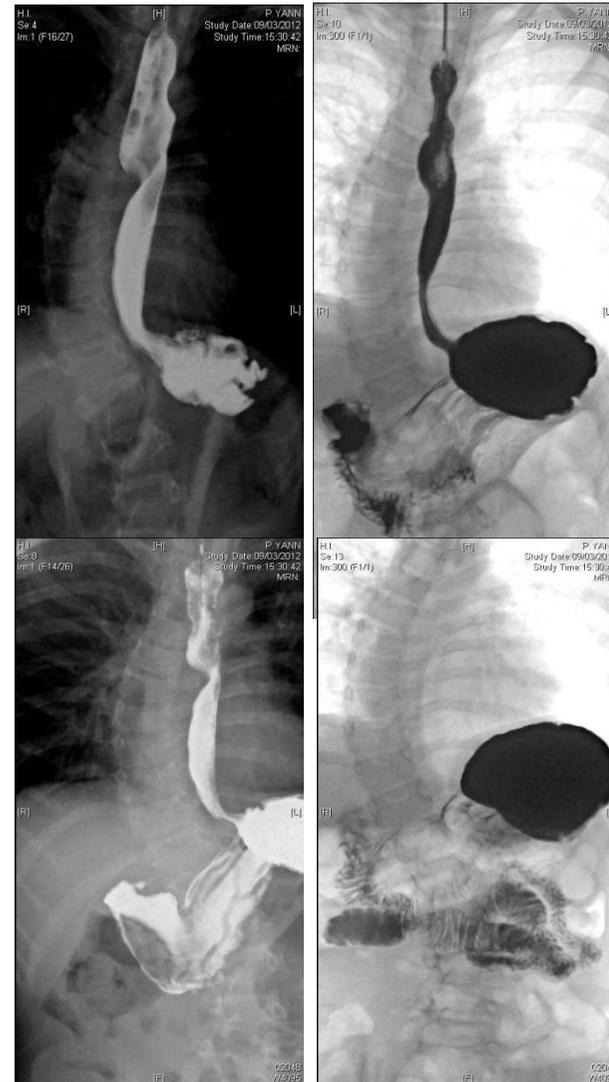
- Limitation des vitesses d'alimentation
 - Echec de la gastrostomie
- Reflux importants
 - Retentissements respiratoires
 - Retentissements sur l'oralité
- Aggravation d'un reflux existant
 - Reflux secondaire à la gastrostomie : non démontré même si paralysie cérébrale
 - Apparition ou décompensation du reflux: intervention anti reflux secondaire

Diagnostic du Reflux

- Clinique:
 - Reflux – Passif ≠ Vomissement – Actif
 - Conséquences respiratoires, ORL....
 - Reflux sur SNG..
- TOGD:
 - Malposition (absence d'œsophage abdominal)
 - Reflux massifs...
- PH métrie
 - Lourd: en cas de doute
 - Seul examen objectif
- Autres: fibroscopie, impédance métrie...

TOGD

- Anatomie
 - Angle de His ouvert
 - Malposition cardio tubérositaire
- Ne diagnostique pas directement le reflux (ponctuel)



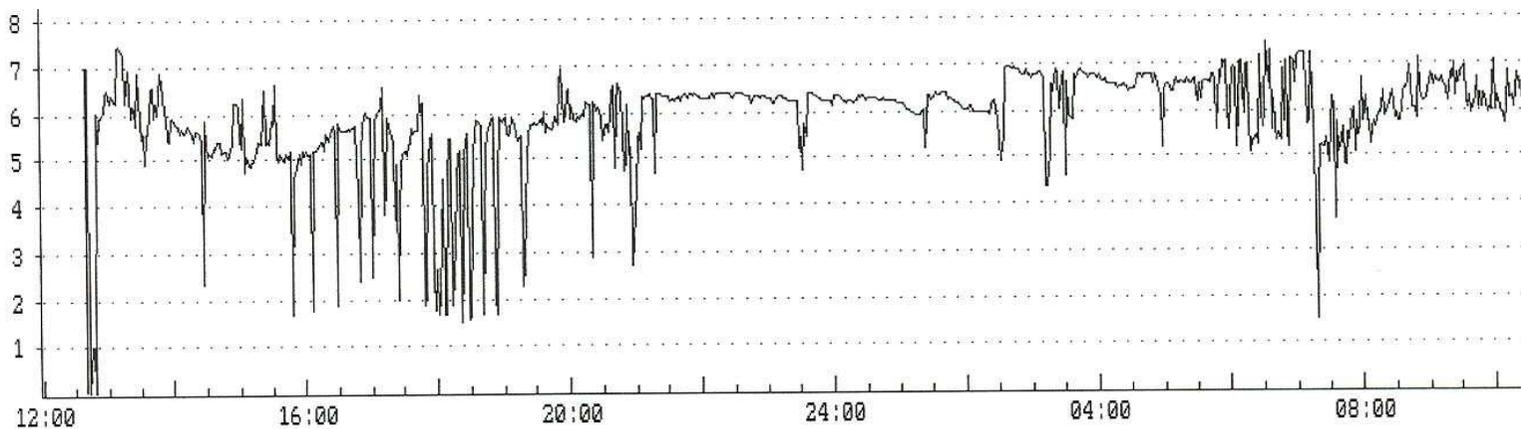
PH métrie

- Mesure du PH dans l'œsophage
- PH chute (<4) au moment des reflux
- Durée de PH <4 sur 24h
- Nle: $< 4,5$ ou 5 % du temps étudié



Limites de la PH métrie

- PH gastrique élevé
 - Nutrition entérale
 - Nourrisson
- Pose de la sonde

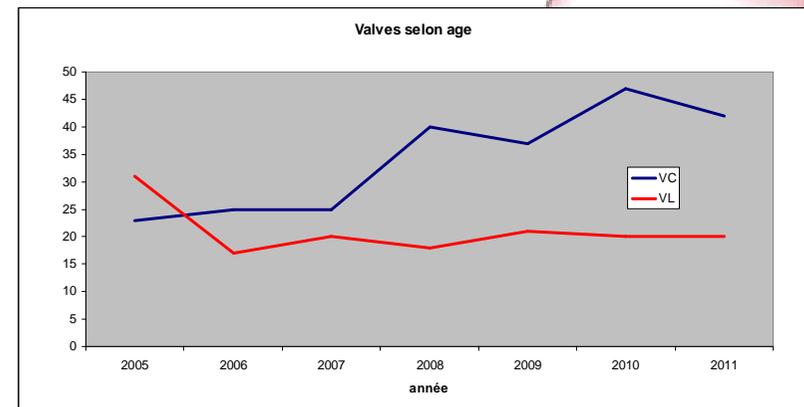
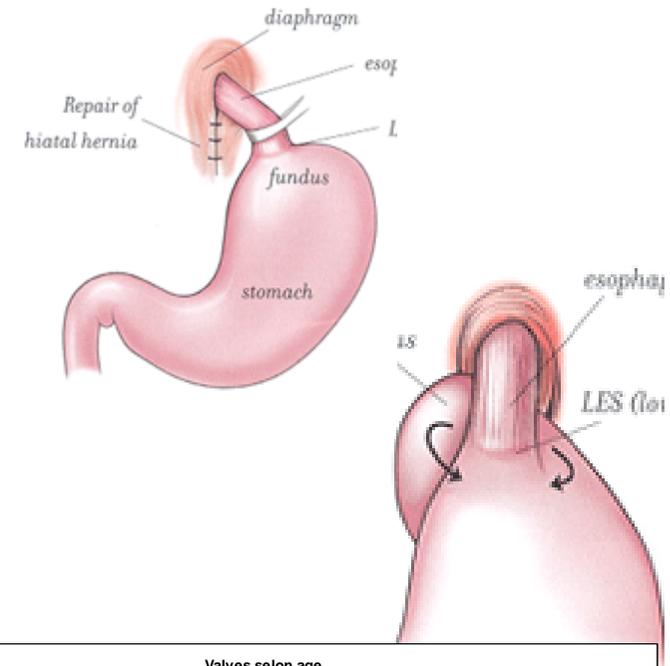


Traitement du Reflux gastro œsophagien

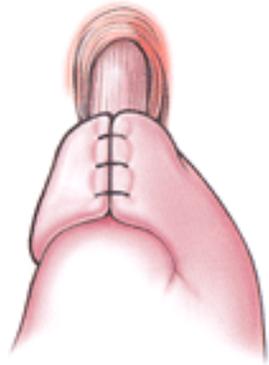
- Volume: adapté à l'enfant
Ne pas chercher à rattraper une Courbe SP
inadaptée à l'enfant différent
- Postural: proclive
- Fractionnement, temps de tété allongé
- Il n'existe pas de traitement médical du RGO:
seulement de ses conséquences
- Chirurgie

Anti-reflux gastro-oesophagien

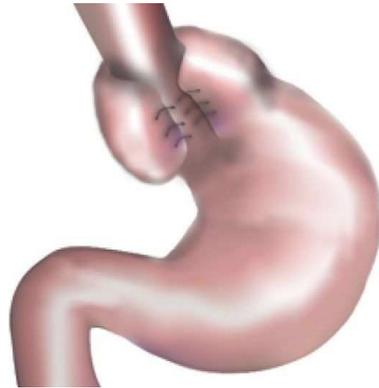
- Allongement de l'oesophage abdominal +++
- Fermeture des piliers
- Valve
- Coelioscopie / Voie ouverte



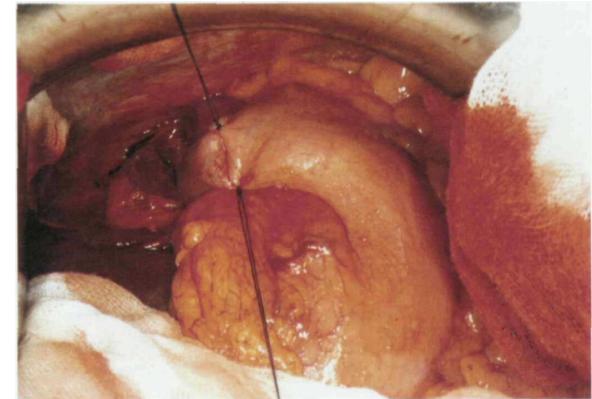
Anti-reflux gastro-oesophagien



Nissen



Toupet



Dor

- Moins de différence entre Nissen et Toupet de Lyon qu'entre Nissen de Lyon et ailleurs
- Ce que l'on fait le mieux

Complication de l'anti reflux

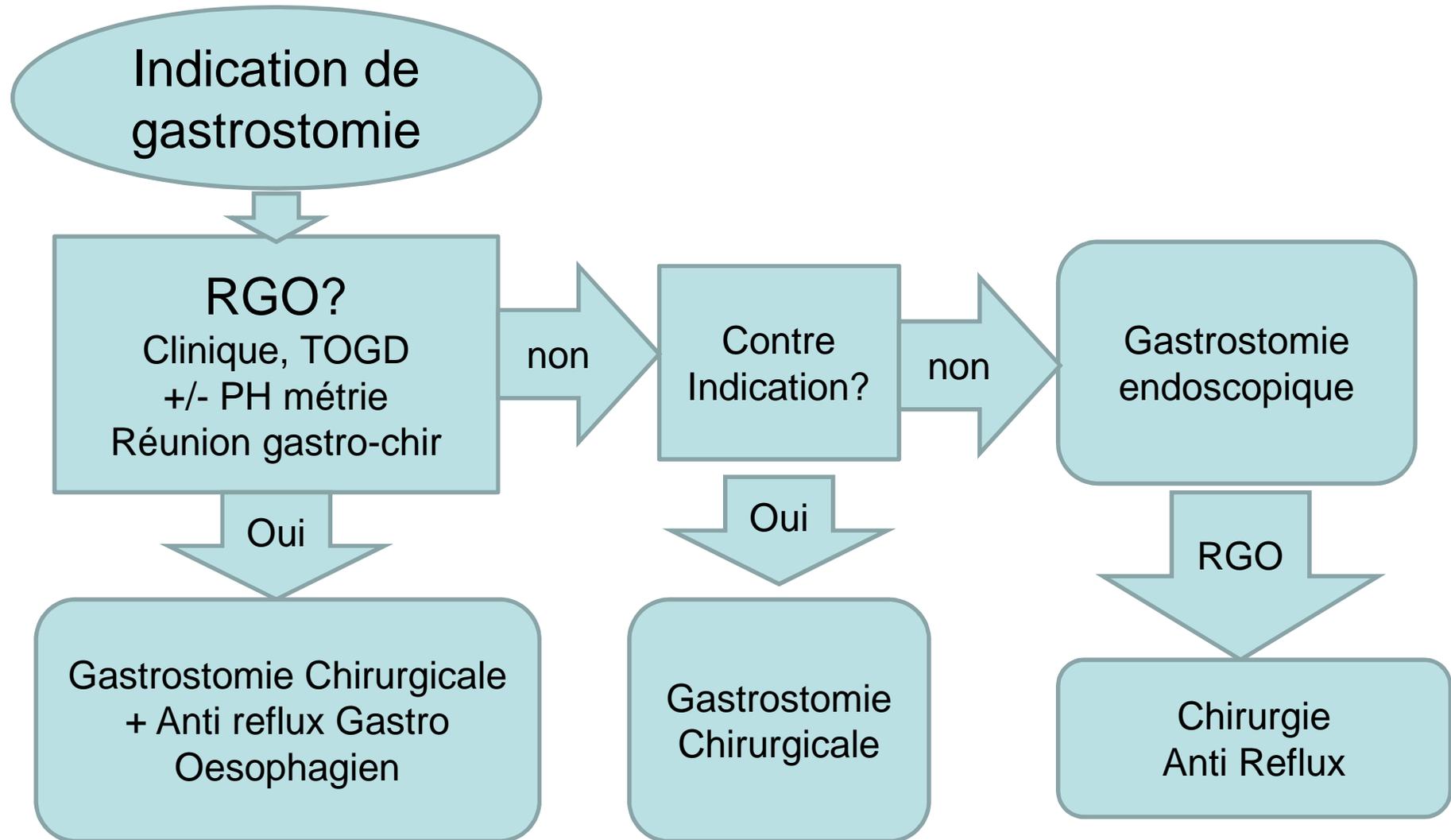
- Récidive du reflux
 - FDR: nourrissons, Epilepsie, IMC hypertonique, œsophages courts
 - 2ème interventions plus difficiles.
- Ascension de la valve
 - FDR: IMC hypotoniques (lâchage des piliers)

= Reprises chirurgicales

- Rare mais à savoir:
 - Difficultés de vomissement
 - Pose de SNG si douleur abdo.
- Sténose de la valve
 - Pas à Lyon

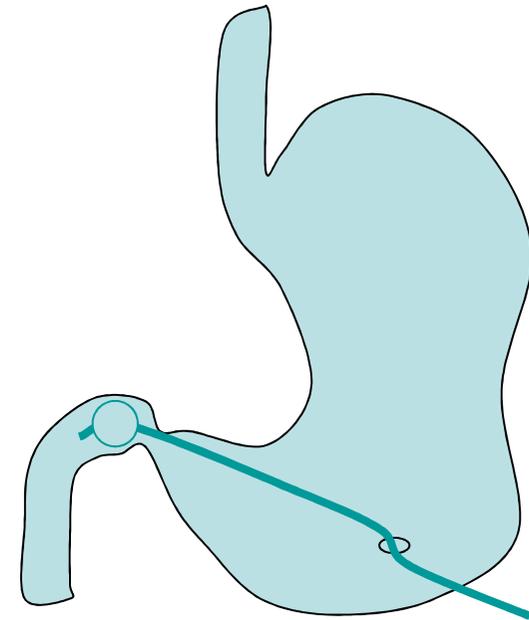


En Pratique:



Complications de la Gastrostomie

- Complications précoces: 1^{er} mois
 - Lâchage de stomie.
 - Stomies inappareillables
- Complications à court terme:
 - Ectropion muqueux: nitrage
 - Fuites: anti acides, protecteur locaux
- Tout le temps:
 - Bouton arraché (sondes sans collerette=danger)
 - Sténose puis fermeture...



Bourgeons cicatriciels

- Bouton (40%) > Sonde (53%)
- Adapter le Bouton
- Enlever le raccord dès que possible



Ablation de la Gastrostomie

- Quand: devenu inutile
 - Ablation envisagée avec prudence
 - 6 mois sans utilisation
- Comment:
 - Fermeture spontanée à l'ablation du bouton
 - Rarement fermeture chirurgicale

Conclusion

- La gastrostomie est **un moyen, un outil** pour
- Améliorer le confort du patient et du soignant
- Favoriser et améliorer **l'oralité,**
l'alimentation Plaisir, l'image corporelle...
- Si bien utilisé
- 1^{er} mois post opératoire: acceptation difficile
- 2^{ème} mois post opératoire:
Pourquoi avoir tant tardé?



Frédéric Valla, réanimateur à l'HFME



- Hémato-oncologie
- Réanimation
- Gastroenterologie
- Chirurgie

Livret complet (livrets A, B et C) : la gastrostomie de A à Z

- Livret A : comprendre la gastrostomie et ses indications
- Livret B : soins et surveillance de la gastrostomie
- Livret C : suivi et évaluation de l'éducation aux soins de gastrostomie

Gastrostomie laparoscopique

