

RIUNIONE MONOTEMATICA SINPE 2014

Clinical Governance in Terapia Nutrizionale

Rimini, 13-15 Novembre 2014



Particolare di un disegno di Tonino Guerra

**Sede: Palazzo dei Congressi
Via della Fiera, 23 - Rimini**



FISTOLA GASTROCOLOCUTANEA: RARA COMPLICANZA DELLA GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA

Dr. E. Eugeni

**U.O. CHIRURGIA GENERALE
OSPEDALE DI NARNI**

Responsabile Dr. A. Bufo

**SERVIZIO DI NUTRIZIONE CLINICA
USL UMBRIA 2**

Responsabile Dr. A. Giombolini

- T.P.
- Donna
- 86 anni
- Esiti di evento cerebrovascolare;
in terapia con Gardenale, Xanax e Tavor
- PEG posizionata per disfagia con malnutrizione
cronica e ripetuti episodi di polmonite ab ingestis
- Al riposizionamento domiciliare i familiari notano
anomalie nel funzionamento (diarrea con feci
miste alla miscela nutrizionale) ma rifiutano il
ricovero immediato proposto, che viene accettato
solo dopo 48 h con il peggioramento delle
condizioni generali

Non essendo nella nostra struttura presente un servizio di endoscopia digestiva che esegue prestazioni in urgenza/emergenza, la paziente esegue EGDS quando ormai sono trascorse ulteriori 24 h.

L'endoscopia dimostra l'assenza del tubo gastrostomico nello stomaco.

Appare ormai quindi confermata la presenza di una fistola gastro-colo-cutanea.

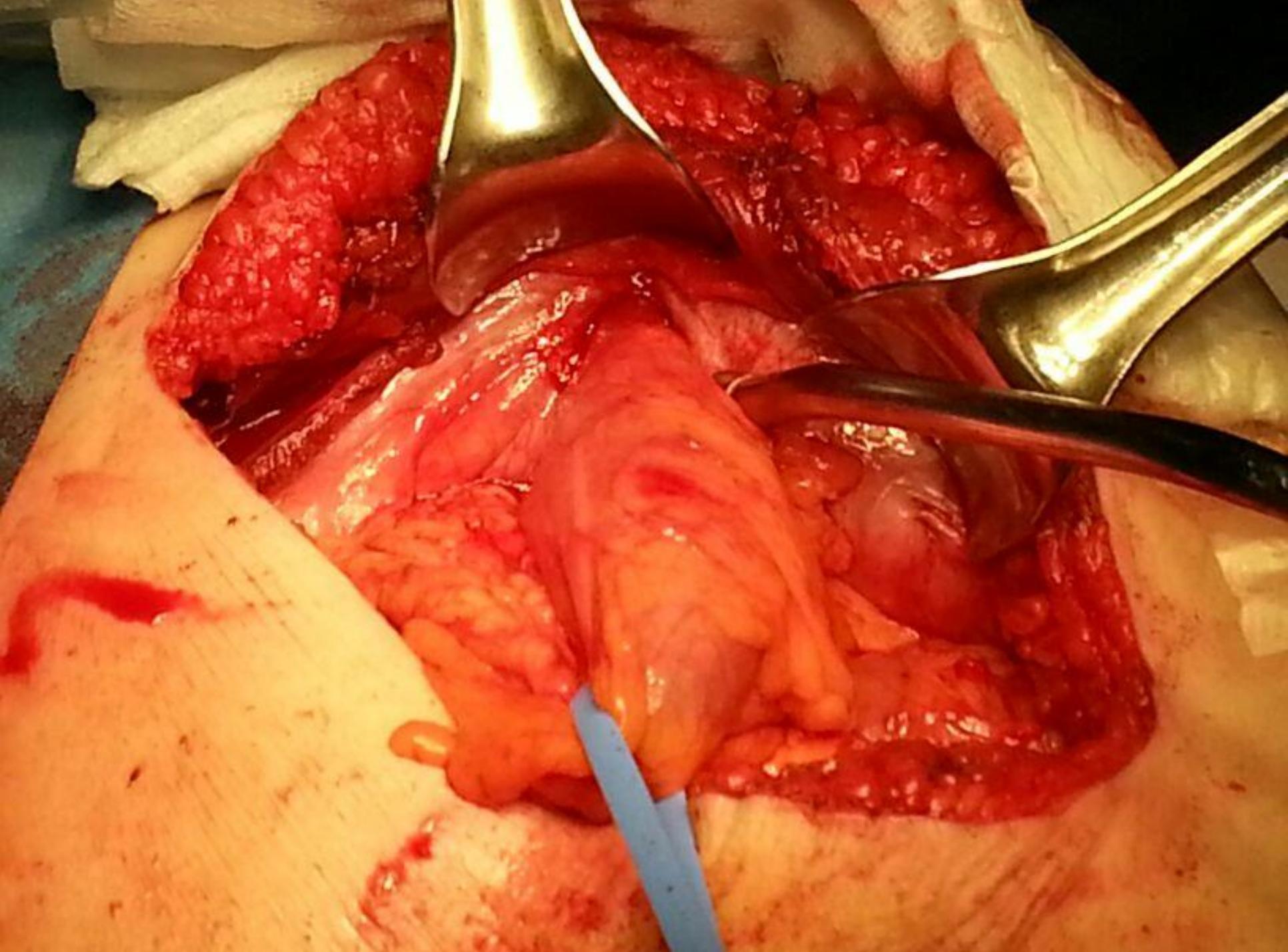
ORIENTAMENTI TERAPEUTICI

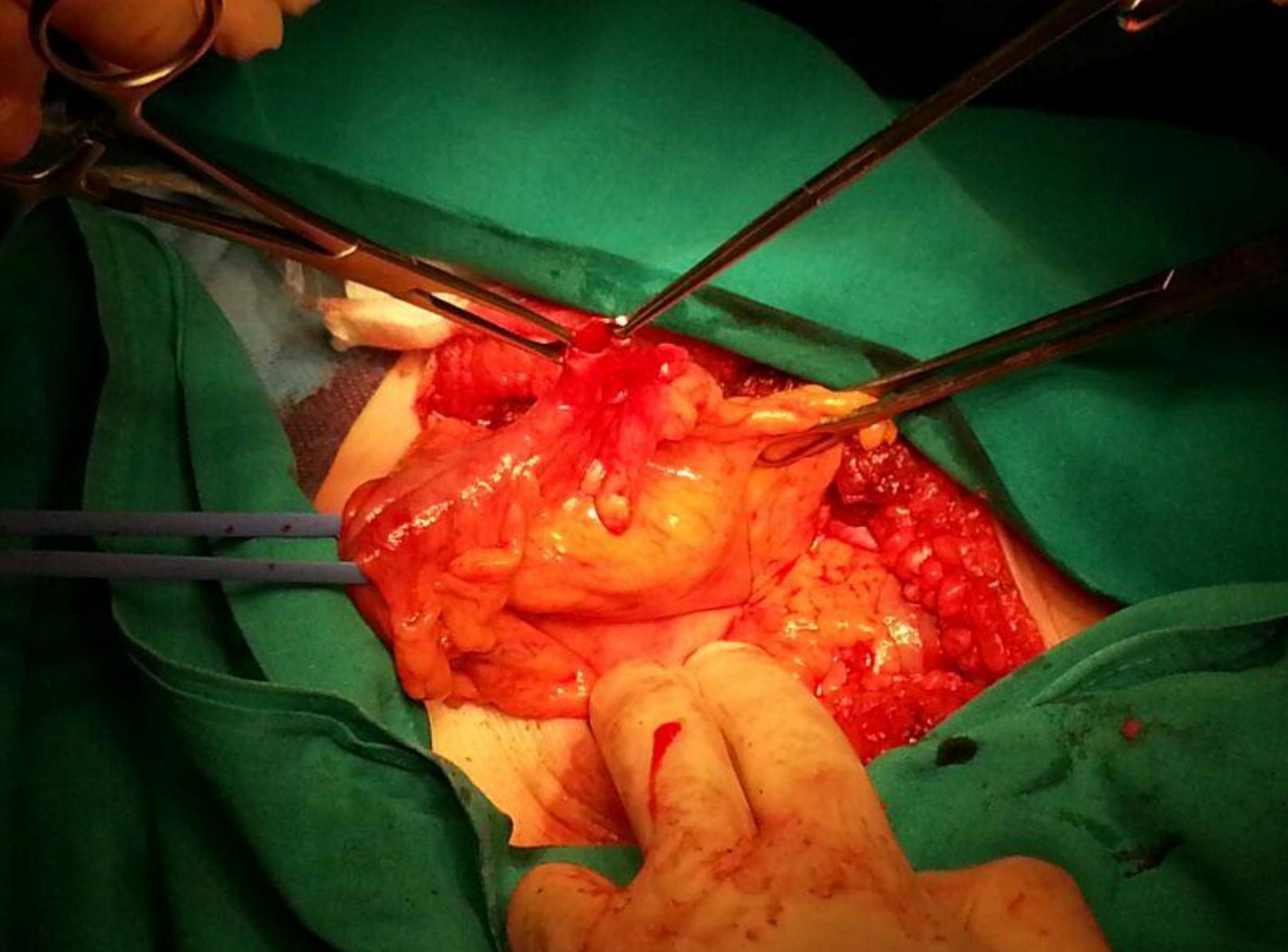
- Okutani et al (Acta Med. Okayama, 2008):
laparotomia con chiusura del tramite fistoloso, posizionamento di un nuovo tubo gastrostomico con ripresa precoce della NE.
- Hwang et al (Clin Endosc, 2012) e Burke et al (Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, 2011):
trattamento endoscopico, con chiusura mediante clips degli orifizi fistolosi, NPT prolungata e riposizionamento a distanza di gastrostomia endoscopica.
- Lee et al (Korean Gastroenterol, 2014):
propongono in base ai sintomi clinici un trattamento chirurgico, che viene però rifiutato dai familiari ed optano quindi per monitoraggio clinico- laboratoristico, NPT prolungata ed antibioticoterapia ad ampio spettro con successivo riposizionamento di PEG.

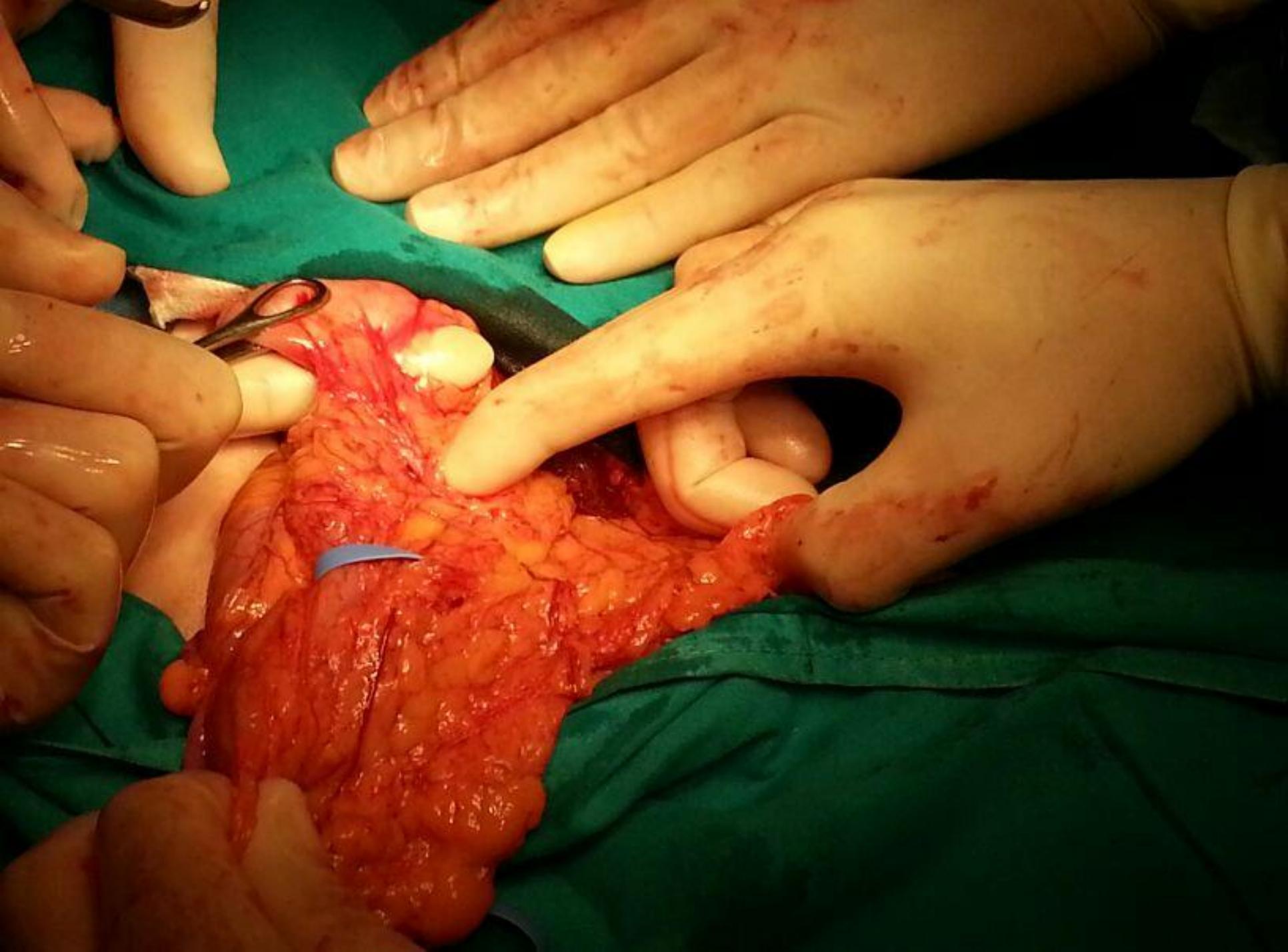
La fistola può risultare:

- Immediatamente sintomatica all' impianto (fuoriuscita di materiale enterico in cavità peritoneale);
- Sintomatica dopo alcuni giorni (mancato consolidamento del tramite fistoloso o decubito del tubo gastrostomico);
- Completamente asintomatica fino alla prima sostituzione, quando si rende evidente la complicanza per la comparsa di diarrea subito dopo l' utilizzo del presidio o perchè da esso fuoriesce materiale fecaloide.

- La paziente nelle ore seguenti ha mostrato rialzo termico (37,8) e segni di irritazione peritoneale, con evidenza laboratoristica di leucocitosi neutrofila (12.500 GB)
- Viste le comorbidità, le condizioni cliniche e l'assenza di un servizio di endoscopia h 24, abbiamo optato per il trattamento chirurgico, ritenendo rischiosa l'attesa e l'osservazione con riposizionamento endoscopico del tubo gastrostomico, che alcuni AA suggeriscono in questi casi.

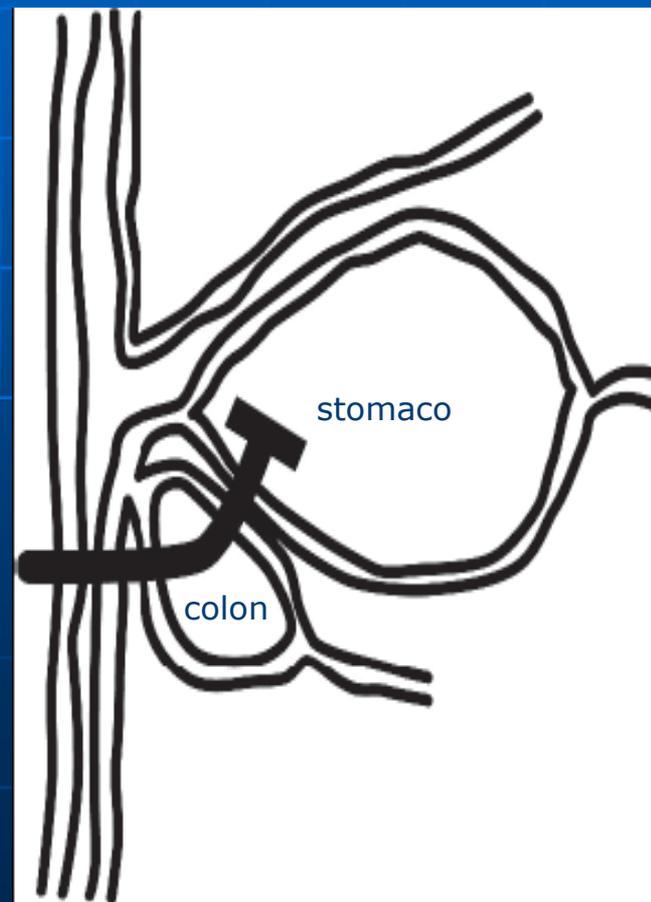
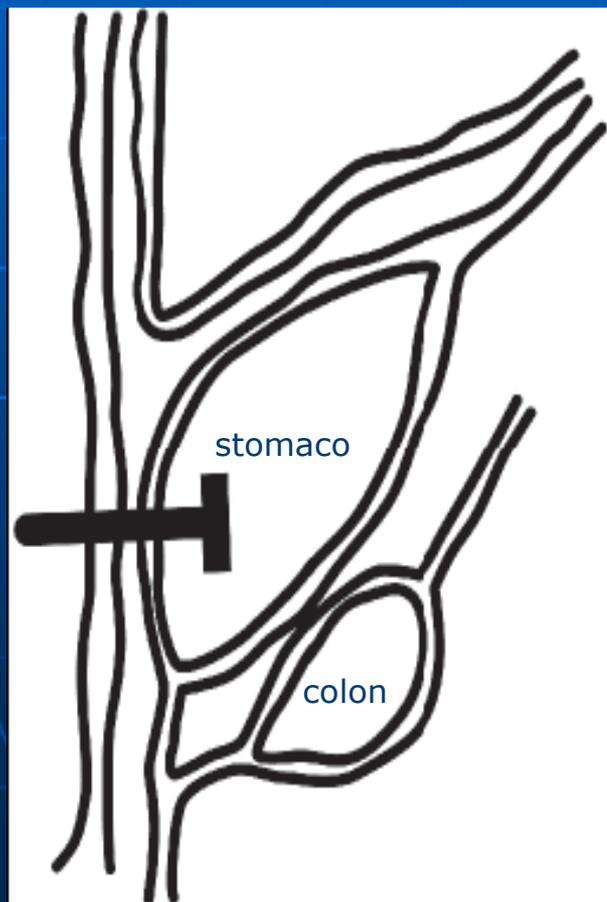


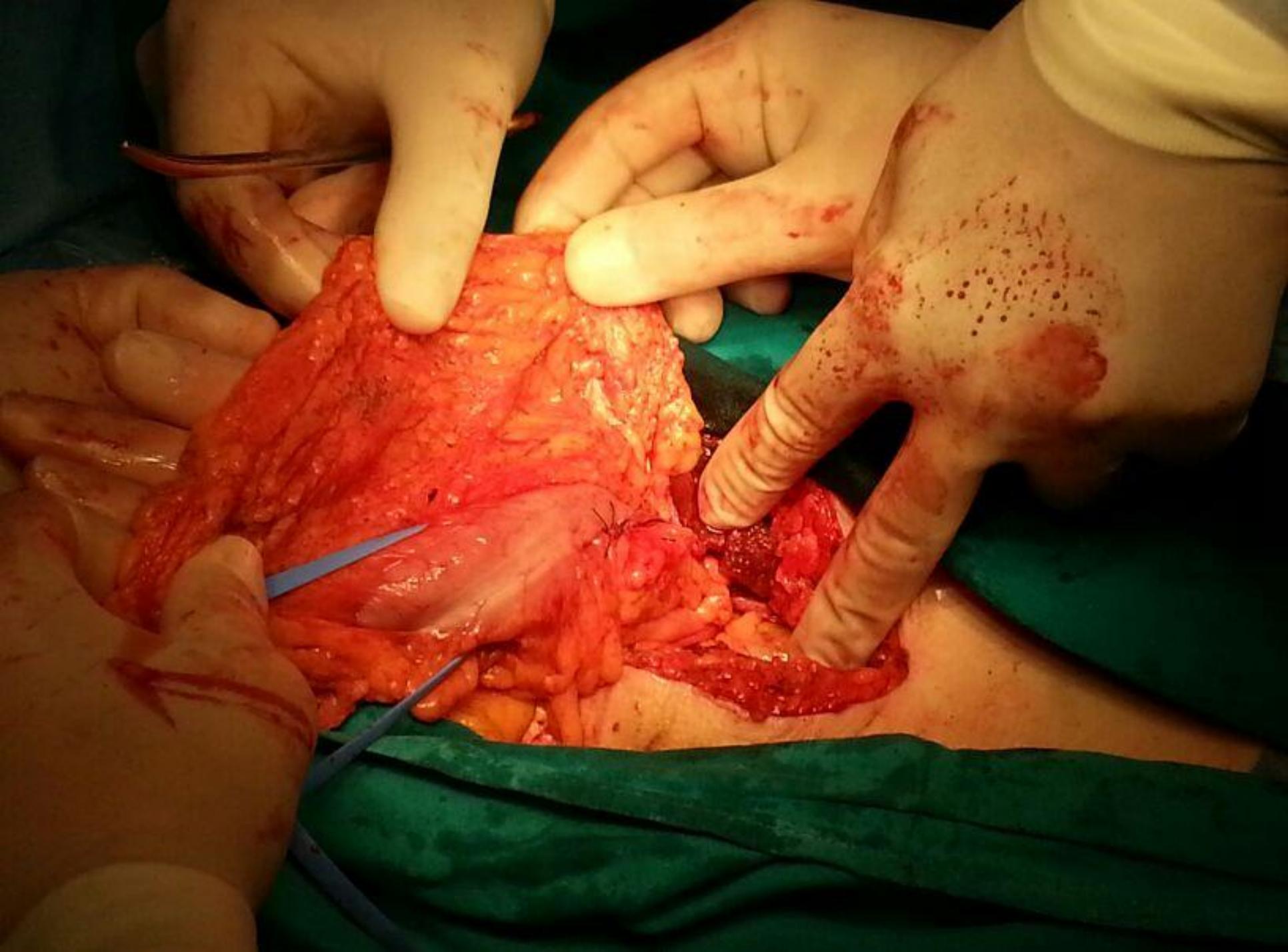


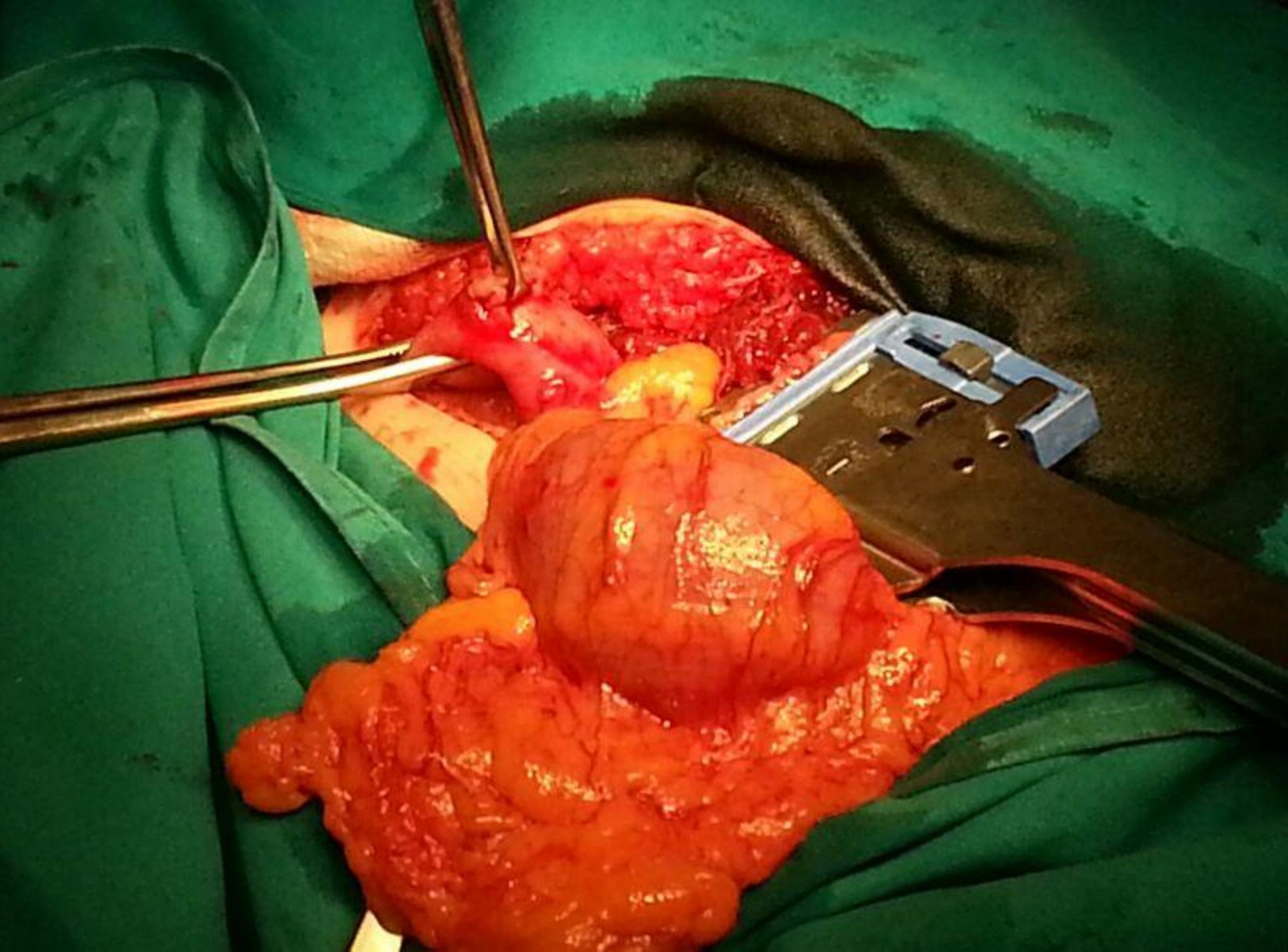


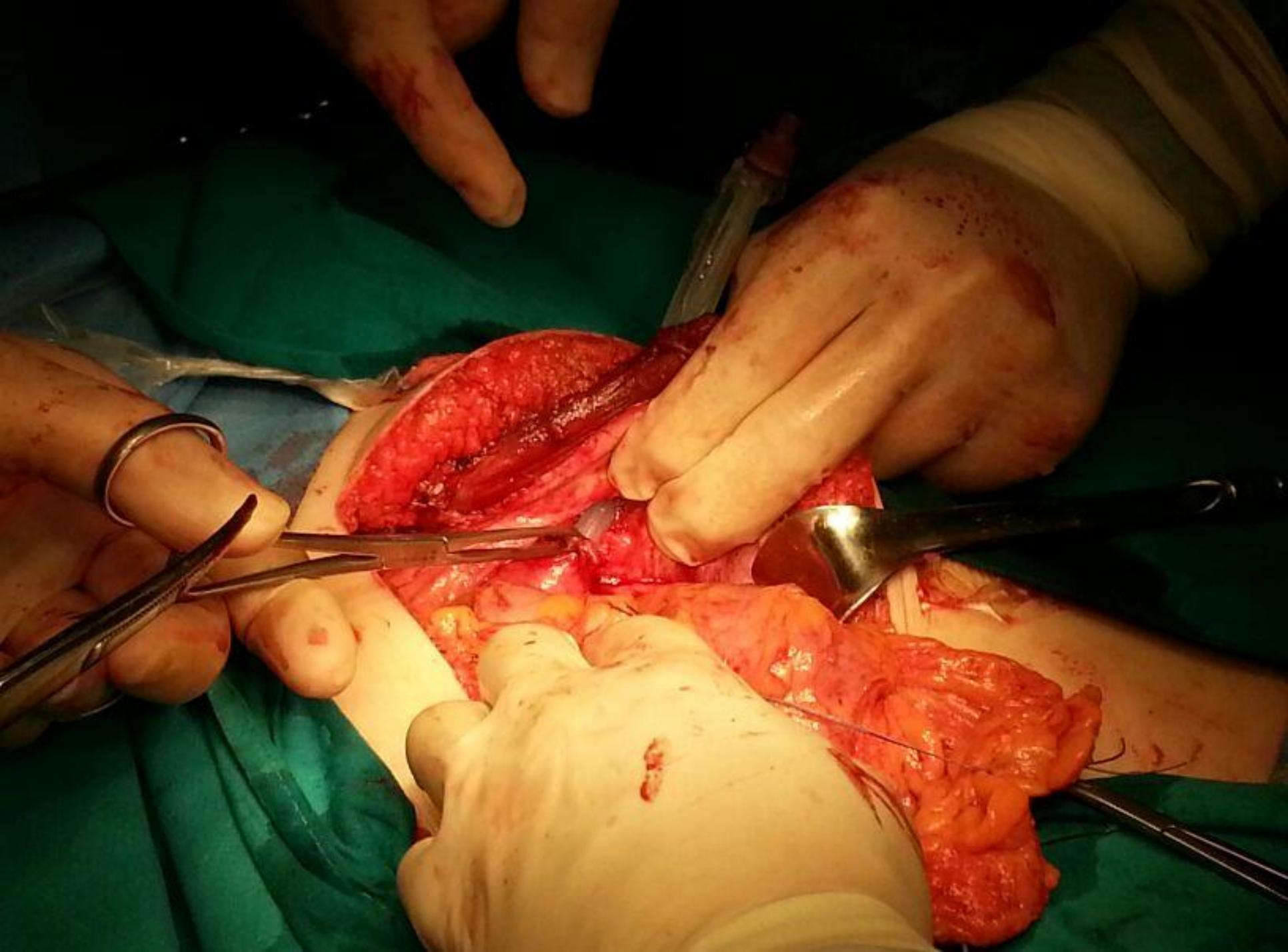
Questo risulta essere un sito piuttosto raro per la formazione di questa complicanza, essendo molto più frequente la fistola con la parete posteriore dello stomaco (Pathwardhan et al, J Pediatric Surgery 2004).

Infatti la causa sembra essere una rotazione dello stomaco, provocata da una eccessiva insufflazione, che porta in posizione anteriore il grande omento ed il colon trasverso (Croaker et al, Pediatr Surg Int 1997).









- E' stata praticata terapia infusione per 24 h, con successivo graduale utilizzo del presidio, fino al completo svezzamento dall'idratazione ev in III giornata p.o.
- Dimissione in V giornata post-operatoria.
- Rimozione punti a domicilio.
- Sostituzione domiciliare con metodo Seldinger dopo 4 mesi (MIC[®] Gastrostomy Feeding Tube 20 Fr).

NOSTRA ESPERIENZA

Studio retrospettivo ultimi 6 anni
(2008- 2013)

N° 2118 sostituzioni domiciliari totali

N° 231 (10,9%) di I impianto

N° 5 (2,16%) complicanze maggiori

N° 1 (0,44%) fistola gastrocolica (Khattak
et al. 2-3%; Okutany et al. 0,76% 1 su
131 casi)

CONCLUSIONI

In generale si può affermare che:

- può essere proposto un trattamento endoscopico in presenza di un endoscopista esperto ed in caso di paziente che non presenti compromissione delle condizioni generali dovute all' evento in questione;
- si può optare per un trattamento chirurgico in caso si presentino segni di peritonite;
- l' opzione terapeutica deve tener conto del rapporto rischio/beneficio.

IN PILLOLE

PER L' ENDOSCOPISTA

1. Sollevare testa e tronco
2. Evitare eccessiva insufflazione
3. Idonea transilluminazione
4. Prematura aspirazione di aria prima della visualizzazione della punta dell'ago intragastrico

PER IL CLINICO

1. Consapevolezza della possibile complicanza in caso di riposizionamento difficoltoso



GRAZIE PER L'ATTENZIONE