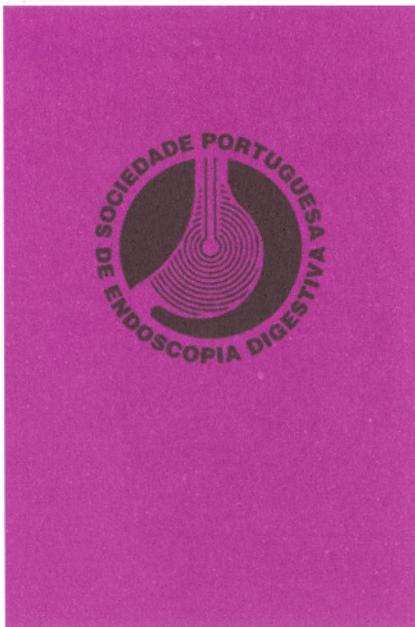


16

Gastrostomia / Jejunostomia Percutânea Endoscópica (PEG, PEJ)

RECOMENDAÇÕES



Indicações:

A gastrostomia/jejunosomia endoscópica percutânea (PEG/PEJ) consiste na colocação no estômago/jejuno de uma sonda para alimentação, através da parede abdominal, sob controlo endoscópico. Foi inicialmente descrita, em 1980, por Gauderer e Ponsky (1), como alternativa à gastrostomia cirúrgica que estava associada a uma incidência significativamente maior de complicações. É actualmente a primeira opção para manutenção do aporte nutricional, por via entérica, quando a necessidade de alimentação entérica se prevê prolongada, isto é, de pelo menos um mês (2,3). Como regra geral, a gastrostomia percutânea deve ser considerada em doentes com um aparelho digestivo funcionante, mas cuja doença de base implica um insuficiente aporte nutricional por via oral, com necessidade de suporte nutricional entérico por um período de duração igual ou superior a 4-6 semanas. A condição clínica subjacente e o seu prognóstico global devem ser avaliadas para determinar se a colocação de PEG para manutenção do aporte nutricional terá um impacto benéfico na qualidade de vida e estado de saúde do doente (6). É vasto o leque de situações em que a PEG está recomendada, tanto em doenças reversíveis como em doenças incuráveis mas com um potencial de sobrevida aceitável. Salientam-se as seguintes indicações:

- Doenças oncológicas (tumores estenosantes do foro otorrinolaringológico ou do esófago): a PEG pode ser utilizada paliativamente nas situações de irressecabilidade tumoral ou pode ser colocada previamente à cirurgia e/ou quimiorradioterapia e posteriormente removida quando o doente recupera a via oral;
- Doenças neurológicas associadas a perturbação da deglutição (após acidente vascular cerebral ou traumatismo craneo-encefálico; síndrome Guillan Barré; doenças degenerativas progressivas como a esclerose lateral amiotrófica, paralisia bulbar progressiva; demências,...);
- Outras situações: politraumatizados, queimados, doença benignas locais (anomalias congénitas, fístula traqueo-esofágica,...), descompressão gástrica em situações de gastroparésia/oclusão intestinal; fixação gástrica no volvo gástrico recorrente; síndrome do intestino curto; síndrome constitucional da SIDA; suplementação calórica em crianças malnutridas com fibrose quística, doença de Crohn ou atraso psicomotor.

As contra-indicações podem estar relacionadas com a endoscopia, a colocação da sonda ou a formação do trajecto fistuloso gastrocutâneo (3). Destacam-se:

- Alterações não corrigíveis da coagulação (INR>1,5; APTT>50seg; plaquetas <50 000/mm³); apesar de não existirem estudos, a toma de aspirina em baixa dose não está estabelecida como contra-indicação;
 - Interposição de órgãos entre o estômago e a parede abdominal: é uma contra-indicação absoluta. Actualmente, a transiluminação ausente ou insuficiente no local de punção gástrica já não é considerada, só por si, uma contra-indicação. Pode significar interposição de órgãos e também pode ocorrer na obesidade mórbida ou nas alterações anatómicas. Foi demonstrado que um teste negativo de aspiração com seringa (punção com uma seringa com 5ml de solução salina, em aspiração contínua em direcção ao estômago distendido) parece ser tão seguro como uma adequada transiluminação (9);
 - Patologia gástrica grave (úlceras, gastrite erosiva, varizes, gastropatia portal hipertensiva), especialmente no local de punção;
 - Patologia da parede abdominal e/ou peritoneal (infecção ou infiltração neoplásica da parede; peritonite, carcinomatose peritoneal);
 - Ascite volumosa/sob tensão. Não foi demonstrado que a presença de ascite ligeira a moderada, bem como a presença de shunt ventriculo-peritoneal, estivesse associada a uma maior taxa de complicações;
 - Anorexia nervosa, psicose grave;
 - Esperança de vida claramente diminuta (<1 mês).
- Existem 3 métodos possíveis para a colocação dos sistemas PEG/PEJ: Ponsky-Gauderer ("pull-on-string"), Sacks-Vine ("push over wire") e Russel (método do introdutor). O cumprimento dos standards de execução técnica e a exclusão de contra-indicações permitem alcançar um sucesso de colocação próximo de 99% e uma mortalidade relacionada com o procedimento que ronda os 0% (4,10-11). O método "pull", o primeiro a ser descrito, é o mais simples e o mais frequentemente utilizado na prática clínica. Em todas as técnicas é sempre necessário: insuflação gástrica adequada para aposição da parede gástrica à abdominal; passagem, através do endoscópio, de um fio guia para o estômago; colocação percutânea, após anestesia local, de uma cânula no estômago (parede gástrica anterior do corpo distal), através de uma incisão com cerca de 8mm; colocação do tubo ou botão de gastrostomia e

verificação do seu correcto posicionamento. O tubo de gastrostomia deve ficar com cerca de 20cm exteriorizados e com, pelo menos, 5mm de movimento livre após colocação da fixação externa. No método "push", a principal diferença para o método "pull" é que o tubo de gastrostomia é introduzido pela boca, não unido mas sobre um fio guia. É aconselhável utilizar tubos PEG com um diâmetro largo (pelo menos 15 French), mesmo nas crianças, pois estão associados a uma menor taxa de obstrução (3). No método do introdutor (12), a gastrostomia é colocada directamente por via trans-abdominal, sem passagem prévia pela cavidade oral. Esta técnica parece estar associada a uma menor taxa de infecção do estoma (13, 14) e pode ser usada quando há obstrução/estenose esofágica marcada.

Para colocação de gastro-jejunostomia, a PEG deve ser posicionada mais perto do piloro e o tubo externo deve ser cortado mais curto, a cerca de 10cm. O tubo jejunal é inserido através do tubo de gastrostomia, e com fórceps de biópsia, guiado endoscopicamente até ao jejuno. Para colocação de PEJ directa, a principal diferença em relação ao método utilizado na PEG, consiste na utilização de uma agulha i.m. 21 Gauge antes da utilização do abocath 14 French através do qual vai passar o fio guia. Assim, quando da transiluminação numa ansa do jejuno, é primeiro inserida esta agulha que, uma vez identificada no lumen, é fixada através de uma ansa de polipectomia de modo a manter a ansa jejunal justaposta à parede abdominal.

CUIDADOS ANTES E APÓS A TÉCNICA

Sumarizam-se, seguidamente, os principais cuidados a seguir antes, durante e após a colocação de PEG/PEJ.

Antes

- Exclusão de contra-indicações;
- Consentimento informado;
- Jejum prévio de 8h;
- Profilaxia antibiótica, dose única, i.v. 30 min a 1 h antes do procedimento (nos doentes que não estão já a receber tratamento antibiótico apropriado, por outra razão);
- Analgesia/sedação; anestesia geral nas crianças;

Cumprimento das condições de assepsia durante todo o procedimento.

Após

- Não aplicar tracção sobre o sistema nas 1^{as} 24h, para permitir uma melhor adaptação da parede gástrica à abdominal;

• Pode ser necessária analgesia nas horas subsequentes ao procedimento;

- O 1^o penso deve ser feito na manhã seguinte à colocação da PEG. Durante 3 dias deve ser feita a mudança diária do penso, devendo depois ser retirado o penso, deixando exposto ao ar.

• Os nutrientes podem ser administrados 1h após um procedimento não complicado (3). Contudo, a maioria dos centros propõe iniciar alimentação pelo menos 8h após o procedimento. A primeira alimentação deve ser diluída e em pequena quantidade;

• Após cada alimentação ou administração de fármacos deve proceder-se a uma lavagem do tubo com cerca de 40ml de água corrente. A tampa deve estar fechada quando a sonda não está a ser utilizada

• Deve ser elaborado um esquema nutricional personalizado e proceder-se ao ensino dos doentes e respectivos prestadores de cuidados. Na maioria dos casos, poderá ser feita a alimentação com alimentos correntes batidos, podendo, no entanto, recorrer-se a produtos entéricos completos comercializados, quando nem o doente nem o cuidador tiverem capacidade ou disponibilidade para os preparar (17).

A limpeza do estoma ser feita diariamente com água e sabão seguida de uma secagem cuidada de forma a não facilitar a colonização/ infecção do mesmo. Deve-se igualmente recomendar a mobilização diária da sonda, não só no sentido circular mas também no sentido vertical (1-2 cm) para evitar o burried bumper syndrome em que, por falta de mobilização frequente da sonda, o botão fica encastado na parede abdominal.

REMOÇÃO E SUBSTITUIÇÃO

A colocação de PEG, nas condições clínicas potencialmente reversíveis, é uma medida temporária até à resolução da doença subjacente que permita o retomar do aporte nutricional por via oral. A remoção da PEG (tubo ou botão) pode ser feita cegamente com tracção, uma vez que na maioria dos modelos o suporte interno é flexível. Contudo, existem tipos de sonda que necessitam de remoção endoscópica. O trajecto deixado geralmente encerra nas

24 seguintes. Na maioria das vezes, recomenda-se um internamento de 24 horas para permitir um jejum com possibilidade de assegurar hidratação e.v.

A durabilidade do sistema está primariamente relacionada com os cuidados na sua manutenção. Não há uma necessidade mandatória de mudar o sistema em intervalos regulares e estão descritos casos de durabilidade superior a 10 anos. Contudo recomenda-se mudar a sonda cada 12 meses.

Na maioria das vezes substitui-se por uma sonda de gastrostomia com balão ou por um botão com baixo perfil, à margem da pele, que é a melhor opção para o doente activo.

A taxa de complicações após a colocação de PEG/PEJ ainda é importante, variando, nas diferentes séries entre 8-30%.

• Complicações infecciosas

A complicação mais frequente da gastrostomia percutânea é a reacção inflamatória peri-estomal, ocorrendo em cerca de 15% dos casos, sendo geralmente localizada e ligeira, resolvendo facilmente com medidas anti-sépticas tópicas e mudança diária do penso. Pode em alguns casos verificar-se infecção necessitando antibioterapia, sendo muito rara a infecção grave da parede abdominal (fascíte necrotizante) que necessita de terapêutica agressiva e urgente, nomeadamente desbridamento cirúrgico.

• Pneumoperitoneu

O pequeno pneumoperitoneu é frequente (>50%) e não necessita de tratamento, pelo que não é propriamente considerado uma complicação. O ar é reabsorvido nos dias seguintes ao procedimento. Muito raramente surge um grande pneumoperitoneu com necessidade de tratamento.

• Perfuração de vísceras ocas e hemorragia

A perfuração de vísceras ocas é rara e tem indicação cirúrgica. A hemorragia no local da punção, quando ocorre, é geralmente ligeira e autolimitada. A hemorragia da vertente gástrica, mais rara, resolve-se aumentando a tracção da sonda. Quando persiste, pode ter indicação cirúrgica.

• "Burried bumper syndrome" é uma complicação rara que consiste no alojamento, parcial ou completo, da sonda na parede gástrica ou abdominal. Pode resultar da tensão

excessiva por colocação do suporte externo muito justo à pele, aumento rápido de peso após a colocação, malnutrição ou dificuldade de cicatrização dos tecidos. Manifesta-se por imobilidade do tubo ou drenagem excessiva periestoma, dor abdominal, inflamação local. A ocorrência desta síndrome pode implicar a remoção da sonda, devendo no entanto tentar-se, com técnica endoscópica, desencastoar a sonda.

Metastização, por implantação ao nível do estoma, de neoplasias estenosantes da orofaringe/esófago (nos métodos "pull" e "push"). É uma complicação muito rara.

- Este tipo de procedimento está indicado quando o doente tem indicação para nutrição entérica (alimentação por sonda) por um período que se prevê superior a 4-6 semanas.

- Se a cavidade gástrica for acessível e estiver funcionante deverá ser realizada uma gastrostomia, caso contrário (lesão infiltrativa, estase gástrica), dever-se-á optar por uma jejunostomia.

- O procedimento por via endoscópica é mais fácil de realizar, tem menos complicações e tem uma recuperação mais rápida do que por via cirúrgica, pelo que deverá ser sempre a primeira opção. As contra-indicações absolutas para este tipo de procedimento são: i) lesão obstrutiva, inultrapassável pelo endoscópio ii) presença de ascite iii) ausência de transluminação durante o procedimento o que poderá estar relacionado com lesões peritoneais e/ou interposição de cólon. Estas últimas são hoje consideradas CI relativas

Realização do procedimento:

- O procedimento implica a realização de uma endoscopia digestiva alta com a colaboração de dois endoscopistas. Embora nos adultos não seja necessário anestesia, no grupo pediátrico recomenda-se a colaboração de um anestesista para que o procedimento seja realizado com maior tranquilidade e segurança.

- Antes de executar a técnica deve ser confirmado que as provas de coagulação estão normais.

- Recomenda-se antibioterapia profiláctica 1 hora antes do exame e durante as 48 horas que se seguem com cefotaxime ou cefazolina.

- O doente deve ficar em dieta zero no dia da colocação

da sonda e iniciar dieta polimérica contínua (30 cc/hora) no dia seguinte. Se houver boa tolerância pode ter alta às 48 horas a fazer nutrição entérica em bolus com alimentos correntes.

Cuidados com o estoma:

- O estoma deve ser lavado com água e sabão todos os dias e ficar bem seco.
- A sonda deve ser mobilizada/ rodada com frequência.
- Se surgirem sinais inflamatórios o doente ser observado pelo médico.
- A sonda deve estar bem traccionada em relação à parede abdominal de modo a que mobilizações espontâneas não sejam possíveis.
- As regras para administração da nutrição entérica devem ser igualmente cumpridas, nomeadamente lavagem frequente da sonda, antes e depois da alimentação.

Complicações:

- Durante o procedimento podem ocorrer complicações, como sejam hemorragia ou perfuração de cólon interposto. Estas complicações são raras (< 1%) e a sua detecção e tratamento devem ser imediatos.
- Após a colocação, a complicação mais frequente é a infecção do estoma, mais frequente em doentes debilitados, com mau estado de nutrição e com deficientes hábitos de higiene. Regra geral há uma excelente resposta à terapêutica antibiótica administrada pela própria PEG. Outras complicações menos frequentes são a remoção accidental da sonda, ou «burried bumper syndrome», em que o botão de PEG fica encastado na parede abdominal. Tal poderá ocorrer nos doentes que sofrem um aumento marcado de peso, sem que, no entretanto, haja uma mobilização frequente e um reajuste do botão à nova espessura da parede abdominal. Todas estas complicações são susceptíveis de ser prevenidas se o doente cumprir os cuidados acima mencionados, sendo na maioria das vezes resolvidas sem recorrer à cirurgia.