

Dr Paul WIESEL  
Rte de la Corniche 1 – 1066 Epalinges  
Tél : 021 683 08 08 – Fax : 021 683 00 10  
[secretariatwiesel@gmail.com](mailto:secretariatwiesel@gmail.com) – [www.drpaulwiesel.ch](http://www.drpaulwiesel.ch)

## INFORMATIONS AVANT LA MISE EN PLACE D'UNE PEG (GASTROSTOMIE PERCUTANEE ENDOSCOPIQUE)

### POURQUOI CE DOCUMENT ?

Nous voudrions vous informer préalablement du déroulement de l'examen, des interventions possibles et des risques. Cette information a pour but de contribuer à dissiper une inquiétude et une perplexité bien compréhensibles.

### QU'EST-CE QU'UNE PEG ?

La gastrostomie endoscopique percutanée (PEG) est une technique qui combine un abord endoscopique et percutané pour la mise en place d'une sonde d'alimentation dont l'extrémité distale est placée dans l'estomac (parfois le duodénum). C'est la méthode actuellement de choix pour les patients nécessitant une alimentation entérale à débit constant à moyen et à long terme (une sonde naso-gastrique d'alimentation est difficilement supportée plus de 6 semaines par les patients ayant un niveau de conscience normal).

Les indications sont : alimentation orale impossible ou insuffisante avec un tractus digestif fonctionnel, nécessité d'une nutrition entérale de plus de 4 semaines, troubles de la déglutition de cause neurologique ou ORL ou œsophagienne, mucite, dénutrition par carence d'apport ou hypercatabolisme, chimiothérapie intensive, maladie métabolique, mucoviscidose, soins palliatifs, traumatismes cranio-faciaux, trachéostomie, brûlés, chirurgie majeure, démence sénile, oligophrénie.

Les contre-indications sont : troubles de la coagulation, insuffisance respiratoire, ascite, survie estimée à moins d'un mois, inflammation pariétale, interposition hépatique ou colique, absence de transillumination, antécédent de gastrectomie, hypertension portale, varices œsophagiennes, ascite, obésité morbide, impossibilité de transilluminer la paroi abdominale, maladie ulcéreuse gastro-duodénale active, modifications inflammatoires ou néoplasiques de la paroi antérieure de l'estomac, sténoses œsophagiennes non dilatables, status post-laparotomie (contre-indication relative si adhérences marquées).

### COMMENT SE PREPARE-T-ON A UNE PEG ?

La mise en place d'une PEG nécessite la définition des objectifs pour le patient et l'élaboration d'un plan thérapeutique. Ceci va impliquer la formation et la motivation du patient, de l'équipe soignante et de l'entourage familial. Une structure hospitalière et/ou ambulatoire pour un enseignement de l'utilisation du matériel (produits, pompe) est indispensable.

### COMMENT SE DERoule UNE PEG ?

L'intervention s'effectue en ambulatoire et va nécessiter une anesthésie générale ou une forte sédation. L'intervention nécessite 2 endoscopistes. On demande l'arrêt des anticoagulants et AINS depuis 10 jours, avec arrêt anti-H2, IPP et anti-acides depuis 48 heures.

A jeun depuis 12 heures (sans fumer), désinfection bucco-dentaire le matin. Administration d'un antibiotique, céphazoline (Kefzol) 1 g iv 30 min avant le geste. Rasage, désinfection de la région du site de ponction (hypocondre droit et épigastre).

Après avoir introduit le gastroscope dans l'estomac et gonflé l'estomac avec de l'air, on baisse la lumière ambiante et localise le point de ponction approprié par transillumination. Une palpation au doigt est exercée au site de ponction, et l'endoscopieur vérifie le renflement fait à l'intérieur de l'estomac. Après désinfection du site de ponction on anesthésie la zone (Xylocaïne 2%) sur toute son épaisseur et jusque dans la cavité gastrique, avec visualisation par l'endoscopieur. On pratique une incision (4-5 mm) au site de ponction. On introduit alors le trocart dans l'estomac sous contrôle endoscopique puis on enlève l'aiguille, en laissant en place le trocart en plastique. On introduit le fil guide dans l'estomac. On retire le gastroscope en tenant le fil guide qui coulisse jusqu'à la bouche. A l'aide de l'extrémité du fil guide on tire doucement la PEG à l'intérieur de l'estomac. On tire alors sur le trocart en maintenant tendu le fil guide, à travers le site de ponction et jusqu'à ce que le disque interne de la PEG s'arrête contre la paroi gastrique. On nettoie le site de ponction et la sonde. On enfle la plaque de fixation triangulaire le long de la sonde, on tire légèrement sur la sonde pour appliquer la plaque sur la paroi abdominale, on la fixe à l'aide de l'étrier bleu, puis on coupe la sonde à environ 10 cm de la paroi abdominale. On vérifie la mise en place par gastroscopie.

### QUE SE PASSE-T-IL APRES LA PEG ?

**Les 5 premiers jours**, laisser le pansement transparent en place. En ne touchant pas le pansement les 5 premiers jours, on permet un accolement des parois gastrique et abdominale et ainsi une bonne étanchéité de la sonde. Durant ces 5 jours, en cas d'apparition de signes inflammatoires (écoulement, rougeur, douleur, induration,...) au niveau du site de ponction de la PEG il est fortement recommandé d'adresser le patient au gastro-entérologue ou chirurgien qui a posé la sonde, pour un contrôle local et la réfection anticipée du 1er pansement. S'assurer que le patient ne peut pas tirer accidentellement sur sa sonde en fixant la sonde sur l'abdomen, en son milieu, avec une fine bande de sparadrap.

**Dès le 6ème jour** : réfection du 1er pansement. En règle générale, le 1er pansement est effectué par le gastro-entérologue ou le chirurgien qui a posé la PEG. Il peut être effectué par toute infirmière respectant les consignes. **Du 7ème au 14ème jour** : pansements stériles quotidiens. Rincer la sonde avec de l'eau minérale. Vérifier l'absence d'écoulement ou de fuite. Décoller très doucement le pansement transparent, sans traction sur la peau, la plaque de

fixation ou la sonde. Desserrer le système de fixation de la plaquette externe. Libérer la sonde de l'encoche. Faire coulisser la plaque de fixation le long de la sonde. Evaluer l'état de la peau. Désinfecter d'abord la peau autour de l'orifice de ponction, puis nettoyer le dessous de la plaque de fixation et la sonde avec de l'eau stérile. Mobiliser très doucement la sonde par 2-3 mouvements de va-et-vient vers l'intérieur de l'estomac sur 2-3 cm et une rotation complète. Ceci ne doit pas être douloureux. La mobilisation de la sonde vise à éviter une impaction du dispositif interne de maintien de la sonde dans la muqueuse gastrique. Après la mobilisation de la PEG, on tire doucement sur la sonde (résistance légère !) jusqu'à l'apparition de la marque au stylo au ras de la peau. Appliquer la plaque de fixation contre la peau dans sa position initiale en vérifiant la traction légère par la marque. La plaque doit pouvoir tourner librement mais il ne doit pas y avoir plus de 2-3 mm entre la peau et la plaque (ceci favorise les irritations, fuites et infections de paroi). Puis remettre la sonde dans l'encoche. Refermer le système de fixation. Couvrir la plaquette de fixation avec un pansement transparent. **A partir du 15ème jour** : plus aucun pansement stérile n'est nécessaire mais il est indispensable d'effectuer des soins d'hygiène quotidiens. Laver au savon le site d'insertion de la PEG, la plaque de fixation et la sonde. Rincer à l'eau. Bien sécher ! ! Mobiliser la sonde et sa plaque de fixation chaque jour. Ne pas mettre de compresse entre la peau et la plaque de fixation (favorise la macération). La reprise des douches et des bains est possible.

**Contrôles systématiques à 1 mois, 3 mois et 6 mois chez l'opérateur.** Le retrait de la PEG nécessite une gastroscopie, au plus tôt 15 jours après la pose (à jeun 12 heures après le retrait). Le remplacement de la PEG par un bouton d'alimentation est possible au plutôt 6 semaines après la pose.

#### QUEL ALIMENTATION PAR UNE PEG ?

**Ne rien passer par la sonde les 6 premières heures après la pose.** Dès la 7ème heure, instiller 500 ml de NaCl isotonique en 6 heures. Dès la 13ème heure et en l'absence de problème, débiter progressivement l'alimentation entérale prévue, qui sera progressivement adaptée. Ne passer par la sonde que des liquides nutritifs (pas de solides !) et que des médicaments complètement dissous dans de l'eau minérale (demander au préalable à votre médecin). Pour maintenir la perméabilité de la sonde il faut absolument la rincer avec de l'eau minérale (20-30 ml) AVANT de débiter l'alimentation ou l'administration de médicaments, pour vérifier le bon positionnement de la sonde. AVANT et APRES le passage des liquides nutritifs. AVANT et APRES l'instillation des médicaments. Ne pas brancher l'alimentation si le rinçage est difficile ou impossible. Si la sonde est bouchée, désobstruer par l'instillation d'eau avec une seringue de 5 ml. En cas d'échec, contacter un médecin. Lors de l'alimentation le patient doit avoir la tête du lit au minimum à 30°, pour diminuer le risque de bronchoaspiration.

**Le premier jour**, on administre l'alimentation entérale à environ 30ml/h soit 500 ml sur 16 heures. Le 2ème jour si la tolérance est optimale, on augmente le débit à 45 ml/h, soit 750 ml sur 16 heures. Dès le 3ème jour on passe à 100 ml/h soit 1.5 l sur 15 heures. Sur une journée, une période de 4 à 5 heures sans alimentation entérale est préférable.

#### QUELLES SONT LES COMPLICATION DE LA PEG ?

**Effets secondaires de l'alimentation** : nausées, vomissements (favoriser la position semi-assise, éventuellement métoclopramide), diarrhées (adapter le débit d'instillation, le type d'alimentation (riche en fibres), la température des solutions (T° ambiante), possibilité de prescrire des modérateurs de transit (Lopéramide). Souvent chez des patients sous antibiotiques, 50% associée à Clostridium.

**Complications majeures dans moins de 2% des cas** : abcès, cellulite, fasciite, péritonite, hémorragie digestive, fistule gastro-colique, bronchoaspiration, infection pariétale grave (normalité < 1%). **Complications mineures dans moins de 5-15% des cas** : douleurs abdominales dans les premières 24 heures (Paracétamol), hématome, pneumopéritoine (sans douleurs, ni péritonisme, ni fièvre, ni leucocytose), iléus fonctionnel transitoire, infections cutanées autour de l'orifice (application de Bétadine +/- antibiotique), écoulement local, protrusion de la muqueuse gastrique (cautérisation par nitrate d'argent ou excision), reflux gastro-œsophagien (installer en posture 1/2 assise, tête < 30°, traitement anti-sécrétoire, mise en place en site jéjunale), déplacement de la sonde, rupture du matériel (mise en place d'une sonde urinaire à ballonnet, contacter le médecin ayant posé la sonde, surveiller les selles 72 heures, expulsion de la collerette), impaction (œsophage, pylore, grêle).

#### QUELLES QUESTIONS POSER ?

Vous devriez poser toutes les questions qui vous paraissent importantes au médecin avant l'endoscopie, par exemple :

**Nous sommes à disposition pour répondre à toutes vos questions.**

\*\*\*\*\*

#### DECLARATION DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA PEG

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance de la notice informative. J'ai été informé(e) de l'indication à la PEG. Je comprends la nature, le déroulement et les risques de la PEG. J'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes questions. Je donne mon accord pour l'exécution de la PEG.

Epalinges, le.....

Nom du patient (ou représentant légal) et Signature : .....

*Si les explications données ne sont pas claires ou si vous souhaitez un complément d'information ne signez pas. Vous pouvez discuter avec nous et poser toutes les questions que vous souhaitez.*