

# La gastrostomie de décharge

Dr Flori  
CRLCC Val d'Aurelle Montpellier

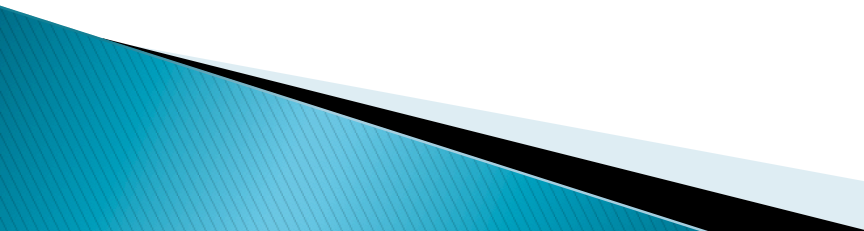
# Introduction

- ▶ Occlusion digestive sur carcinose péritonéale fréquente (Cancers ovariens 5 à 45 %, colorectaux 4 à 24 %)
- ▶ Symptômes associant :  
Nausées/vomissements/douleurs abdominales
- ▶ 2 axes de traitement :
  - Étiologique
  - Symptomatique (médicaments, prothèse, gastrostomie de décharge)

# La gastrostomie de décharge

- ▶ Dispositif permettant un accès direct à l'estomac pour réaliser une décompression digestive
  
- ▶ But :
  - Soulager les symptômes liés à l'occlusion
  - Permettre au patient de s'alimenter
  - Limiter les hospitalisations
  - Éviter la sonde nasogastrique

# Techniques de pose

- ▶ Endoscopique, radiologique ou chirurgicale
  - ▶ Avec ou sans AG/ anesthésie locale
  - ▶ Calibre de la sonde (équivalent 15fr et 20 fr)
  - ▶ +/-Antibioprophylaxie
  - ▶ Taux de succès dans cette indication : 84 à 100% selon les études
- 

# Les complications des gastrostomies

- ▶ Majeures : (1 à 4%)
  - Hémorragie, perforation, douleurs, +/- pneumopéritoine
  - Complications générales (détresse respiratoire...)
- ▶ Mineures :
  - Infection péristomiale
  - Bourgeon charnu, fuite péristomiale
  - Douleurs

# Problèmes fréquents posés par les gastrostomies de décharge

- ▶ Risque de déshydratation/troubles ioniques
  - Notamment si gastrostomie toujours en décharge (occlusion permanente)
  - Conduite à tenir :
    - Surveillance clinique
    - Surveillance bilan biologique/diurèse
    - Perfusions si nécessaire

## ▶ Ascite :

- Fréquente dans les carcinoses évoluées
- Pose de GEP possible
- Risques :
  - Fuite d'ascite péristomiale
  - Défaut d'accolement des parois gastrique et abdominale
  - Infection liquide ascite
- Conduite à tenir :
  - Réalisation d'une gastropexie (technique introducer)
  - Ponction ascite avant et après le geste (repérage échographique si nécessaire)

▶ Difficultés de pose:

◦ Défaut de transillumination lié à l'envahissement périgastrique

⇒ Éviter pose trop tardive

⇒ Repérage échographique/scanner du point de ponction possible

▶ Persistance nausées/vomissements :

⇒ Alimentation liquide ou mixée

⇒ Rinçage de la sonde

⇒ Changement de position (sonde et patient)

⇒ Education du patient ++



# Quand poser la gastrostomie de décharge ?

- ▶ Occlusion digestive symptomatique permanente ou récidivante

Et

- ▶ Sans cause curable (chirurgie, endoscopie)

Et

- ▶ Echec des traitements médicamenteux symptomatiques (différentes étapes)

Et

- ▶ Accord éclairé du patient

Algorithmes décisionnels

# Les causes curables de l'occlusion

## ▶ Quand penser à la chirurgie?

- la résection ou le court-circuit d'un gros nodule quasiment isolé de carcinose
- 15 % de cas où l'occlusion n'est pas due à la carcinose pourtant présente\*

## ▶ Quand penser au traitement endoscopique ?

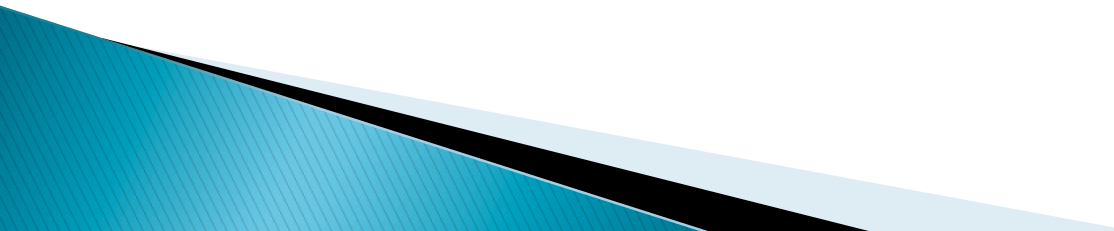
- Sténose unique accessible à une pose de prothèse

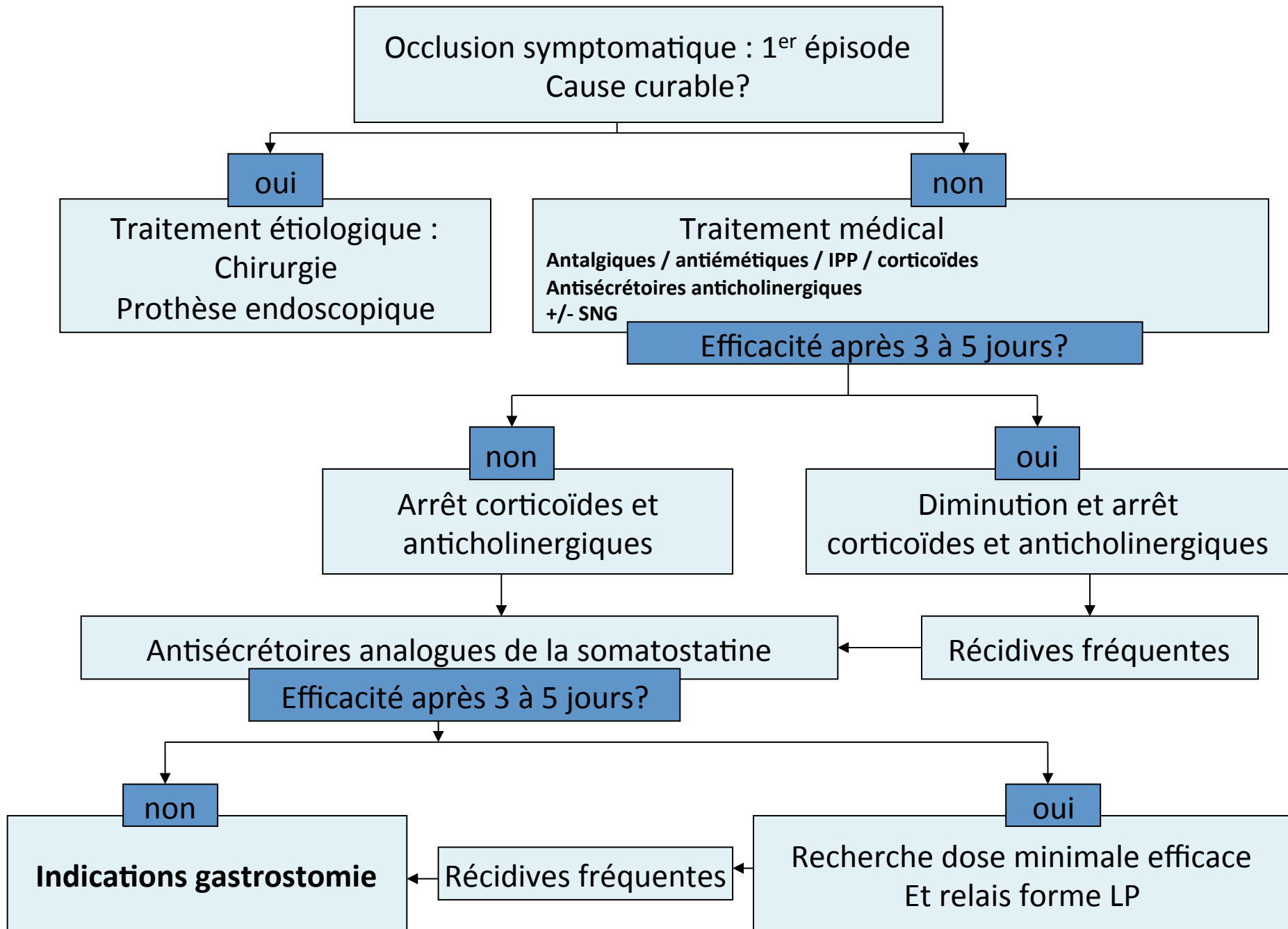
⇒ Intérêt d'une évaluation fiable par imagerie avant décision de traitement

(scanner, entéroscanner)

\*Osteen. Malignant intestinal obstruction. Surgery 1980;87:611-5

# Échec du traitement médical

- ▶ Associations médicamenteuses :  
(Corticoïdes, antalgiques, antiémétiques, antisécrétoires)
  
  - ▶ +/- sonde nasogastrique
  
  - ▶ Algorithmes proposés par certaines équipes
- 



Indication simple à poser (en théorie...) si symptômes permanents et non soulagés par traitement médical mais... :

- Symptômes fluctuants fréquents avec alternance amélioration/ exacerbation

et

- Difficulté d'acceptabilité (patients et soignants)

⇒ Pose trop tardive fréquente

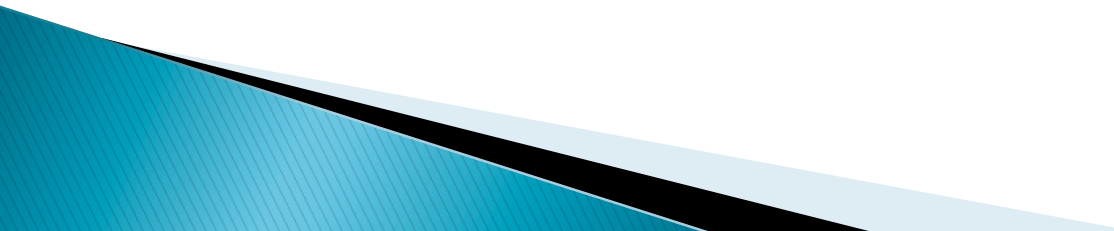
Délai médian pose gastrostomie de décharge après échec traitement médical :

17 jours (12 à 35 jours).

Durée de vie médiane après intervention :

13 jours (de 6 à 125 jours)

# Les risques d'une pose trop tardive

- ▶ Augmentation durée/nombre d'hospitalisations
  - ▶ Diminution qualité de vie (symptômes invalidants)
  - ▶ Difficulté de pose (extension locale, ascite..)
- 

# Résultats

Auteurs	Malades	Taux échec pose	Mortalité liée au geste	Morbidité liée au geste	Bons résultats	Durée hospitalisation	Survie (jours)
Herman (1992)	46	11 %	1	5 %	87 %	–	66 [8–639] moyenne
Marks (1993)	28	7 %	0	0 %	93 %	–	57 [21–240] moyenne
Cannizzaro (1995)	22	4,5 %	0	0 %	100 %	–	–
Cunningham (1995)	20	0 %	0	0 %	90 %	–	53 [7–184] moyenne
Campagnutta (1996)	34	6 %	0	9 %	84 %	7 [3–45]	74 [5–210] médiane
Scheidbach (1999)	24	14 %	0	25 %	92 %	6 [3–31]	147 [42–364] moyenne*
Brooksbank (2002)	53	4 %	0	–	92 %	–	17 [1–190] médiane
Pothuri (2005)	94	0 %	0	19 %	91 %	6	56 [48–70] médiane
Laval (2006)	11	9 %	–	10 %	100 %	–	13 [6–125] médiane

# Résultats

- ▶ Très bons dans les différentes études :
  - Disparition des symptômes dans 87 à 100%
  - Possibilité de se réalimenter ++
  - Complications : 5 à 25%
  - Possibilité de reprendre une chimiothérapie
  - Quelques cas de retrait après efficacité des chimios



# Conclusion

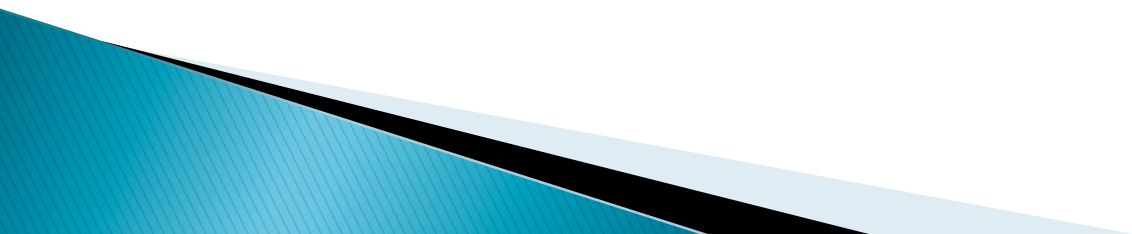
La gastrostomie de décharge :

- Dernière intention après échec des autres traitements
- Peu de complications
- Efficace sur les symptômes occlusifs

mais souvent posée trop tard...

=> Pose plus précoce et nutrition entérale initiale?





# Histoire de Madame L. 67 ans

- ▶ **Septembre 2009** : diagnostic de carcinose diffuse avec métastases hépatiques d'une tumeur endocrine moyennement différenciée sans primitif retrouvé
- ▶ **Traitement** :
  - Fin 2009 analogues de la SOMATOSTATINE
  - Début 2010 STREPTOZOCINE-ADRIAMYCINE et poursuite de la SOMATULINE LP 30
  - Mars 2010 Afinitor
- ▶ **A partir de mai 2010 syndrome occlusifs itératifs avec hospitalisations** :
  - 15 mai au 26 mai 2010
  - 04 juin au 10 juin 2010
  - 29 juin au 16 juillet 2010
  - 26 juillet au 03 août 2010
  - 05 septembre au 3 octobre 2010

A chaque fois, hospitalisation pour syndrome occlusif. Traitement médical. A la sortie, reprise d'un transit pendant une dizaine de jours avec reprise d'une alimentation orale partielle.
- ▶ **Fin septembre 2010** : Pose d'une GEP de décharge
- ▶ **Utilisation partielle initialement (alternance occlusion/reprise transit), éducation.**
- ▶ **Octobre 2011-juin 2012** : seulement 2 hospitalisations de 7 jours pour fièvre (infection de PAC et pneumopathie). Suivi en consultation, absence de symptômes majeurs.
- ▶ **Juin 2011 décès.**