

Gastrostomie: pull ou push ?

P. Senesse, Montpellier

Les techniques

Avec ou sans gastropexie

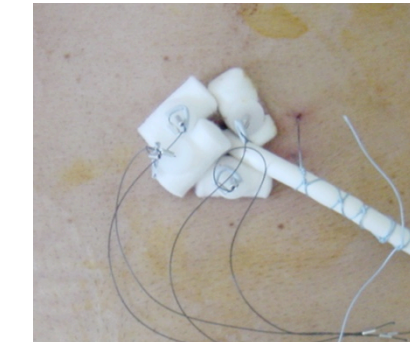
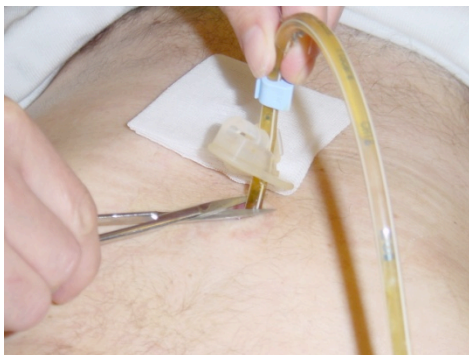
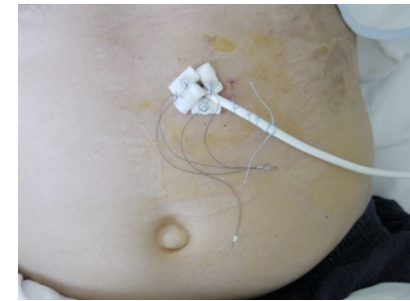
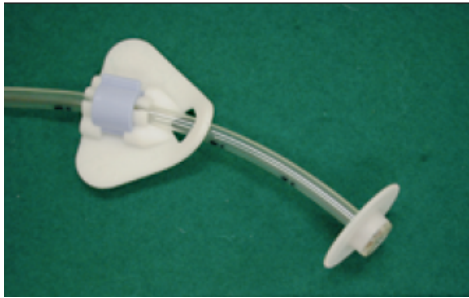
Gastropexie ?

*Fixation de l'estomac avant la
mise en place de la gastrostomie
(ancres, sutures)*

Pas de gastropexie: GPE « classique » endoscopique (gastroentérologue)

Avec gastropexie: fixation (radiologues ou gastroentérologues)

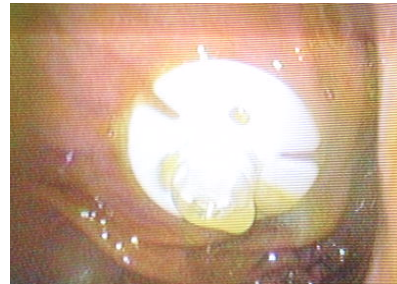
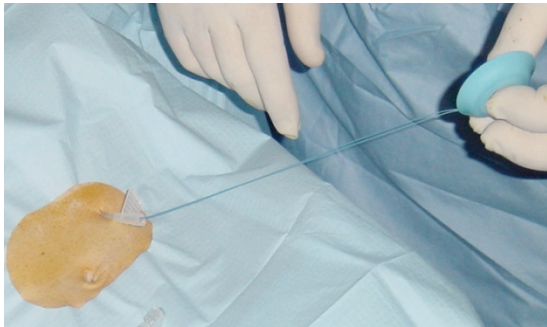
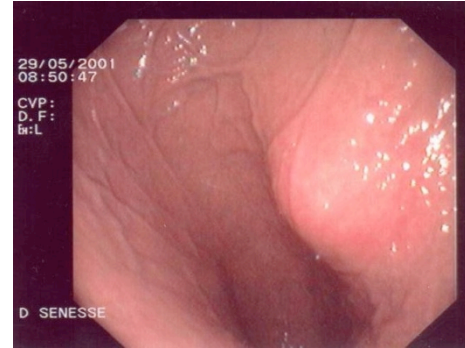
Comment reconnaître le type de gastrostomie ?



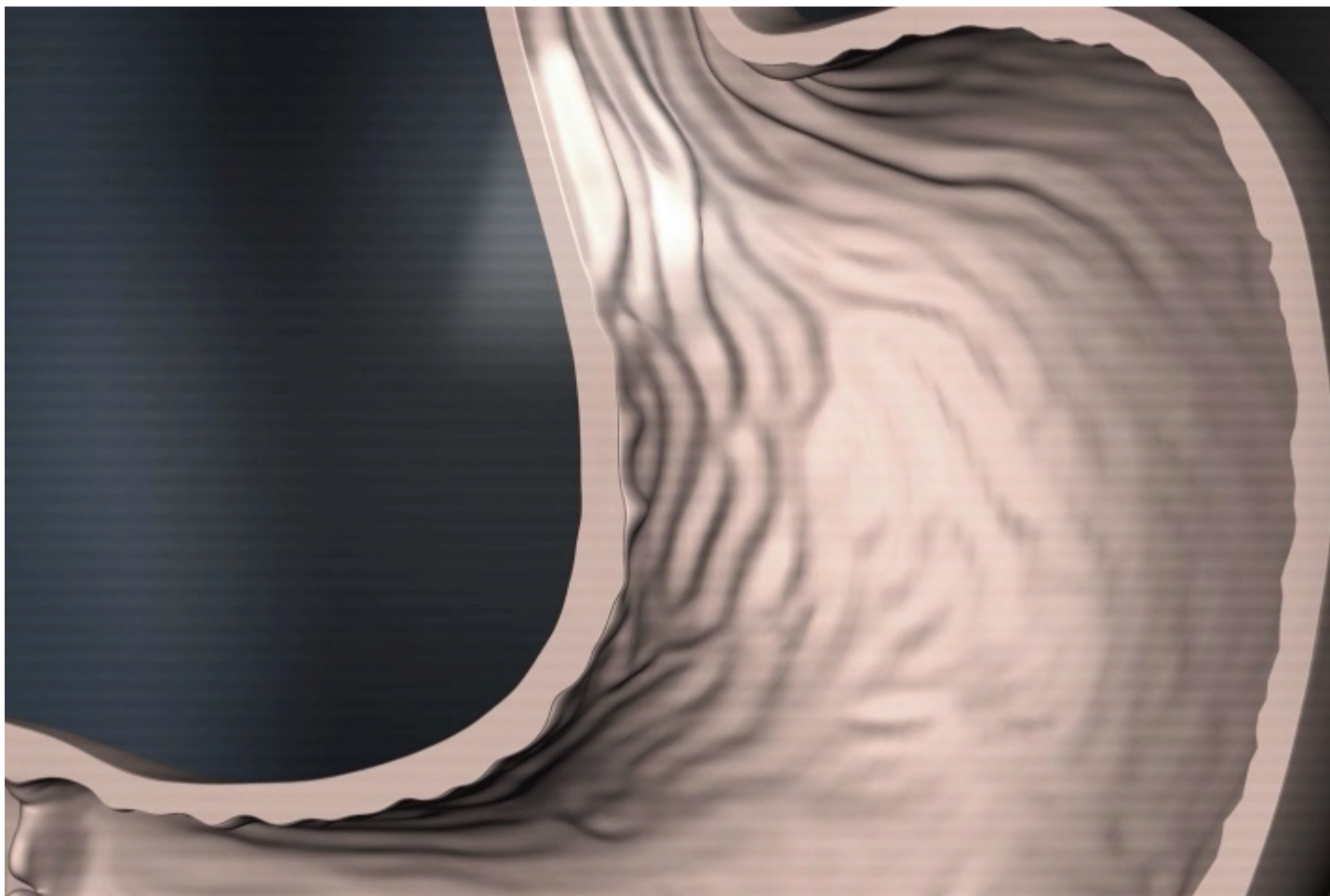
Comprendre la technique pour adapter le
choix...

Expliquer au gastroentérologue...

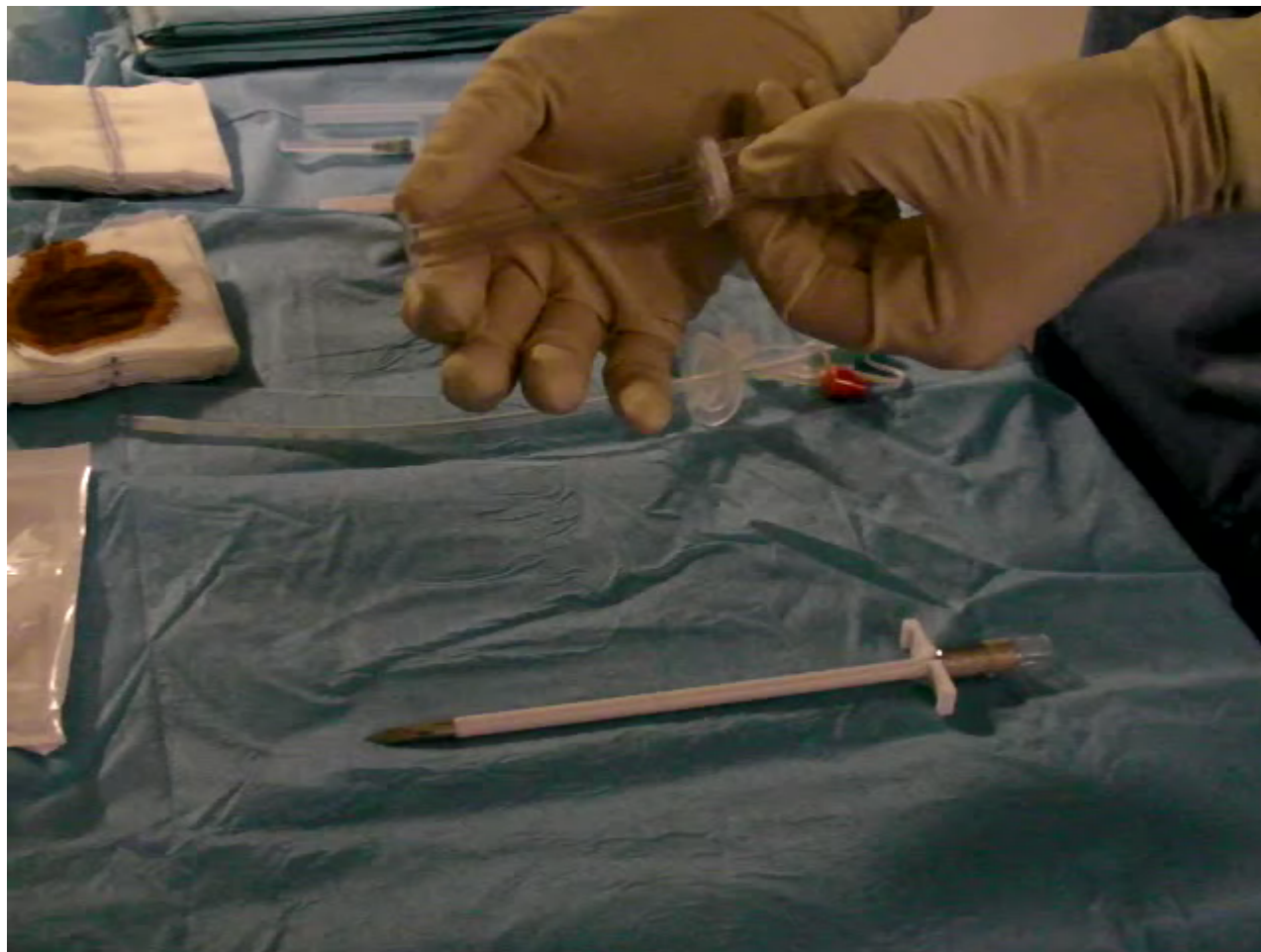
Gastrostomie percutanée « pull »



Gastrostomie percutanée « push »



Gastrostomie percutanée « push »



Comparaison entre les différentes gastrostomies

C. Bouteloup, GPE, 2006

	GPE n = 1085	Gastrostomie chirurgicale n = 629	GPR (GPF) n = 508
Succès	98,2%	100%	>99%
Complications mineures	8,3%	4,3%	22% (le + souvent dues à la sonde)
Complications majeures	1,8%	5,4%	1,4%
Mortalité	0,6%	1,6%	0,5%

Différences entre les 2 techniques

Gastrostomie	Sans gastropexie	Avec gastropexie
Pose	Simple	Plus complexe
Coût	Peu couteuse	Cout plus élevé
Arrachement	« Sécurisée »	« Peu sécurisée »
Retrait	Ablation à discuter avec le patient	Ablation simple

Greffe tumorale

Patients porteurs de tumeurs des VADS et oesophagiennes



Cruz and al, GI Endoscopy, 2005;62:708-711

Tumeur des **VADS**

0,92% de métastases sur le site de la **GPE**

Piquet et al, NCM, 0025, SFNEP 2007, Montpellier

Tumeur des **VADS**

1,9% de métastases sur le site de la **GPE**

Tumeurs de l'**œsophage**

5,4% de métastases sur le site de la **GPE**

Les questions que l'on doit se poser avant la pose ?

La technique est-elle adaptée

- au patient (risque anesthésie) ?
- à la pathologie (tumeurs de l'œsophage, tumeur des VADS volumineuse, sténose oesophagienne) ?
- aux soins et au suivi (patient compliant, autonomie) ?
- à l'histoire de la maladie ?

Cas clinique

Mr M., 75 ans, présente une tumeur du **pancréas non opérable**. En raison d'une compression biliaire, une prothèse métallique est positionnée. L'oncologue nous contacte pour vomissements et dénutrition. Il est décidé (avec l'accord du patient), de réaliser une endoscopie pour vérifier l'existence ou non d'une sténose. L'endoscopie confirme une sténose en D3. Une prothèse est mise en place. Une chimiothérapie doit-être débutée. Il est proposé au patient une nutrition artificielle.

Q1. Nutrition entérale ou parentérale ?

1.1 Réponse théorique

1.2 Réponse honnête, en pratique

Q2. Nous avons mis en place une
gastrostomie avec gastropexie.

Pourquoi ?

