



P.O. "Villa Scassi" - Genova Sampierdarena

S.C. Radiologia

Direttore: Dott. Nicoletta Gandolfo

S.S. Radiologia Interventistica Vascolare ed Extravascolare

Responsabile: Dott. Pier Francesco Curone

INFORMAZIONI GENERALI SUL POSIZIONAMENTO E LA GESTIONE DELLA GASTROSTOMIA PERCUTANEA RADIOLOGICA (PRG)

in collaborazione con l'equipe infermieristica professionale dedicata

Coordinatore IP : Marina Renieri

Tiziana Bozzo

Loana Magnani

Paolo Nani

Maurizio Parodi

INTRODUZIONE

La PRG, cosa è e a cosa serve

La PRG: Gastrostomia Radiologica Percutanea è una “stomia” che viene utilizzata per l'alimentazione e l'idratazione artificiale dei Pazienti che non sono in grado di assumere autonomamente cibi e liquidi.

Essa consiste nella creazione, sotto guida radiologica, di una fistola artificiale tra la parete anteriore dello stomaco e la parete anteriore dell'addome (PRG) oppure tra la parete anteriore del digiuno e la parete addominale (PRJ) all'interno della quale viene inserita una cannula .

Il fissaggio dello stomaco all'addome si ottiene mediante l'introduzione di fissatori esterni detti “ancorette”, normalmente 3 o 4, posizionati a triangolo o a rettangolo attorno al tragitto della stomia stessa.

La PRG e la PRJ sono ampiamente riconosciute come procedure sicure, a basso rischio di complicanze e ben tollerate dal Paziente.

Rispetto alla NUTRIZIONE PARENTERALE hanno come prerogativa quella di mantenere l'integrità dell'apparato digerente e si possono posizionare dopo il SONDINO NASO GASTRICO (mantenuto per un periodo di solito di 2-3 mesi) .

Tale metodica è prevista quando la NUTRIZIONE ENTERALE è necessaria per un lungo periodo.

EFFICIENZA 98%

COMPLICANZE MINORI 6%

COMPLICANZE MAGGIORI 3%

MORTALITÀ 0-0,7%

Le principali Patologie che necessitano di Nutrizione Enterale sono quelle nelle quali lo stato di coscienza e/o i meccanismi di deglutizione sono alterati:

- NEUROLOGICHE (SLA, demenze, vasculopatie, traumi, ecc.)
- NEOPLASTICHE (cerebrali, ORL, esofagee, polmonari, ecc.)
- ALTRE (AIDS, psichiatriche, fibrosi cistica, acalasia, ecc.)

Informativa al paziente e consenso

Il Medico Radiologo operatore, dopo aver valutato clinicamente e concordato con i Medici Specialisti richiedenti la procedura di posizionamento della PRG, provvederà a visitare il Paziente e ad INFORMARLO riguardo le modalità dell'intervento, i suoi benefici e le eventuali complicanze correlate.

Qualora il Paziente SIA cosciente ed in grado di intendere e volere, DEVE AUTORIZZARE il Medico Radiologo operatore, sottoscrivendo l'apposita modulistica.

Nell'ipotesi che il Paziente NON SIA cosciente o non in grado di intendere e volere, è prevista un'apposita modulistica che dovrà essere compilata e sottoscritta dal TUTORE LEGALE.

IMPORTANTE:

**SENZA LA SUDETTA SPECIFICA DOCUMENTAZIONE ED
AUTORIZZAZIONE NON SI PUÒ PROCEDERE AL
POSIZIONAMENTO DELLA GASTROSTOMIA RADIOLOGICA
PERCUTANEA**

PREPARAZIONE

- **Il posizionamento PRG deve avvenire in regime di ricovero** in ambiente ospedaliero o in struttura dove sia garantita l'assistenza infermieristica e sorveglianza medica e un'adeguata gestione e controllo del Paziente per almeno 48/72 ore .
- Il Paziente deve essere preventivamente sottoposto ad esami ematochimici, quali emocromo e screening coagulativo, ECG e visita anestesiológica.
- Se il Paziente è in terapia con dicumarolici, questi, dovranno essere sospesi preventivamente almeno 5 giorni prima dell'intervento e sostituiti con eparina a basso peso molecolare.
- Il giorno dell'intervento il Paziente deve essere a digiuno da almeno 12 ore.
- Al momento della procedura in Sala Angiografica, il Paziente monitorato per il controllo dei parametri vitali, si reperisce un accesso venoso per la somministrazione della terapia infusiva ed eventuale sedazione, e se necessario può essere somministrata O2 terapia.
- I PAZIENTI AFFETTI DA SLA DEVONO SEMPRE GIUNGERE IN SALA CON IL PROPRIO VENTILATORE

PROCEDURA

- Il Paziente, munito quando possibile di sondino naso gastrico, viene posizionato supino sul tavolo operatorio; qualora non ne fosse provvisto si posiziona un catetere angiografico (catetere di piccolo calibro).
- Si esegue ipotonizzazione farmacologica per via endovenosa (1 fiala di Buscopan)
- Si appronta il campo sterile in regione addominale (foto 1) di norma nel quadrante superiore sinistro .
- Dopo aver eseguito un esame radiografico diretto dell'addome di controllo si procede con l'introduzione di aria nello stomaco tramite una siringa attraverso il sondino o il catetere.
- Mediante l'ausilio di varie proiezioni radiologiche si individua il repere anatomico per il posizionamento delle "ancorette", fissate in sede previa effettuazione di anestesia locale (foto 2)



Foto 1

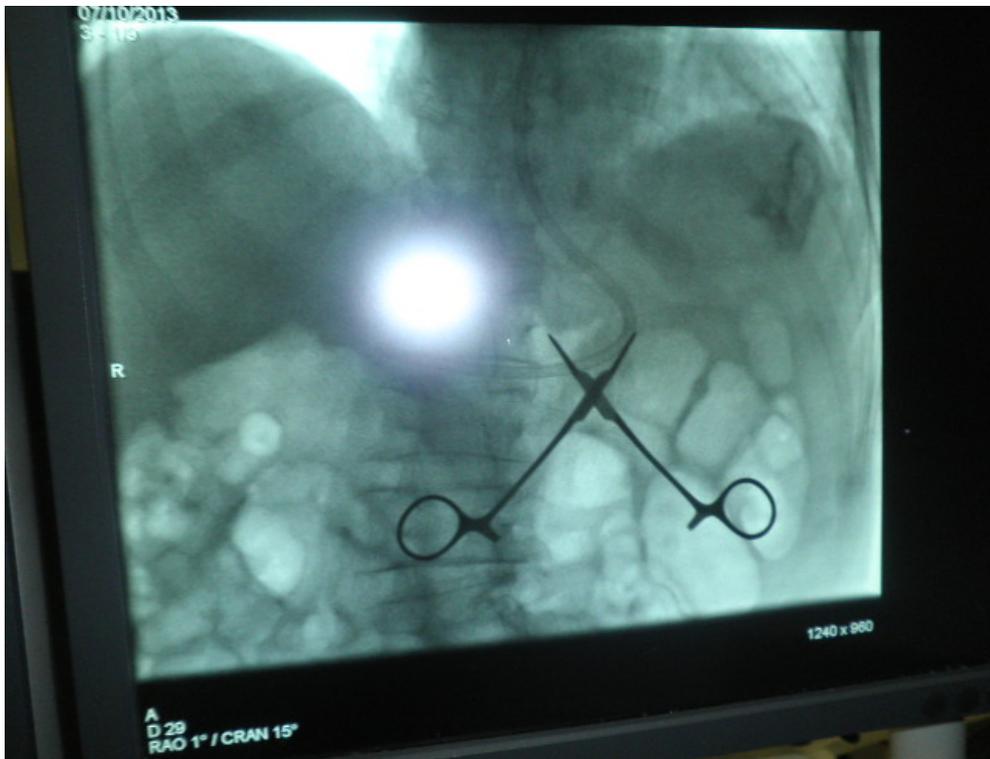


Foto 2

- Utilizzando l'apposito Kit di introduzione (foto 3) vengono posizionate 3 o 4 ancorette, nella parete dello stomaco che vengono fissate successivamente alla parete addominale tramite clip. (foto 4 e 5)



Foto 3

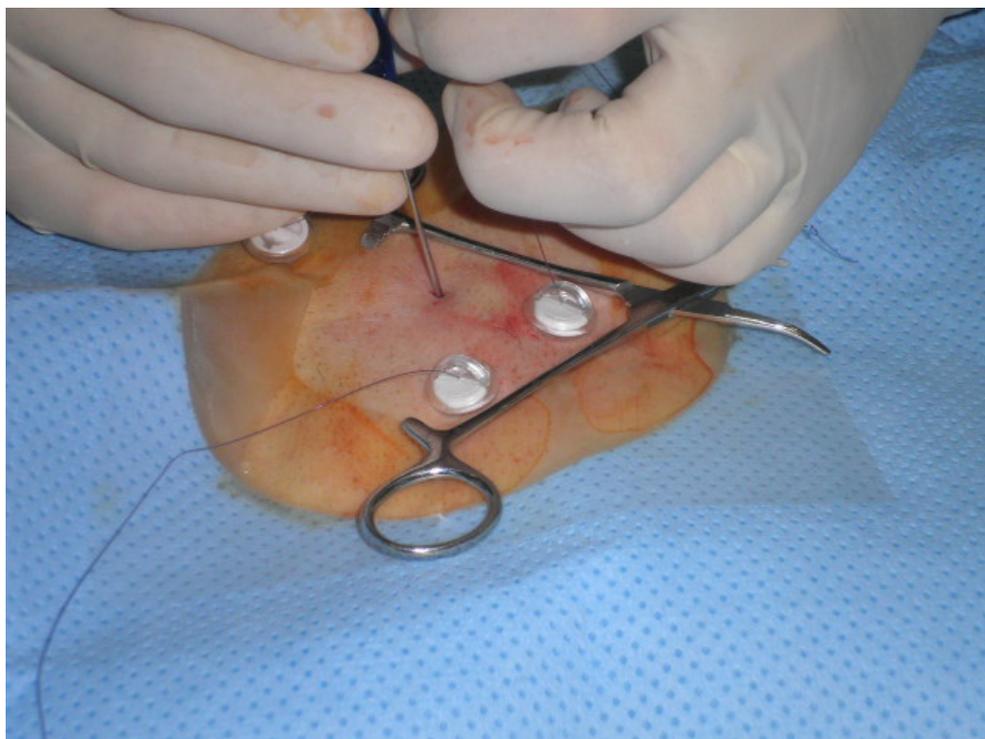


Foto 4

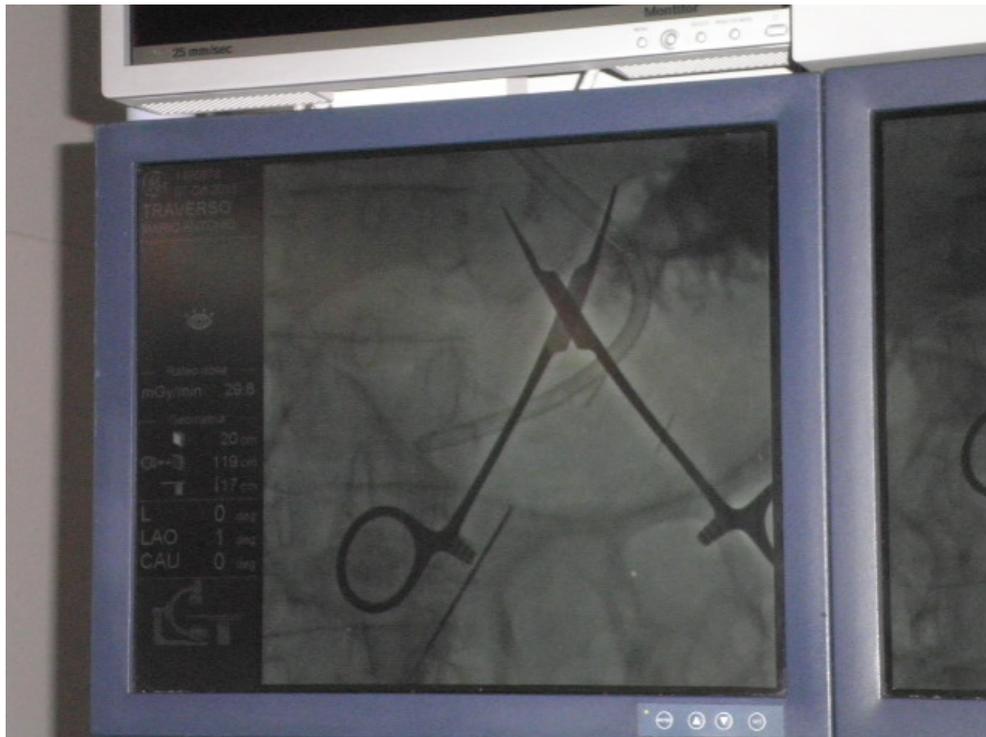


Foto 5

- Abbiamo così idealmente disegnato un triangolo o un rettangolo dove al centro si posizionerà la sonda. (foto 6)

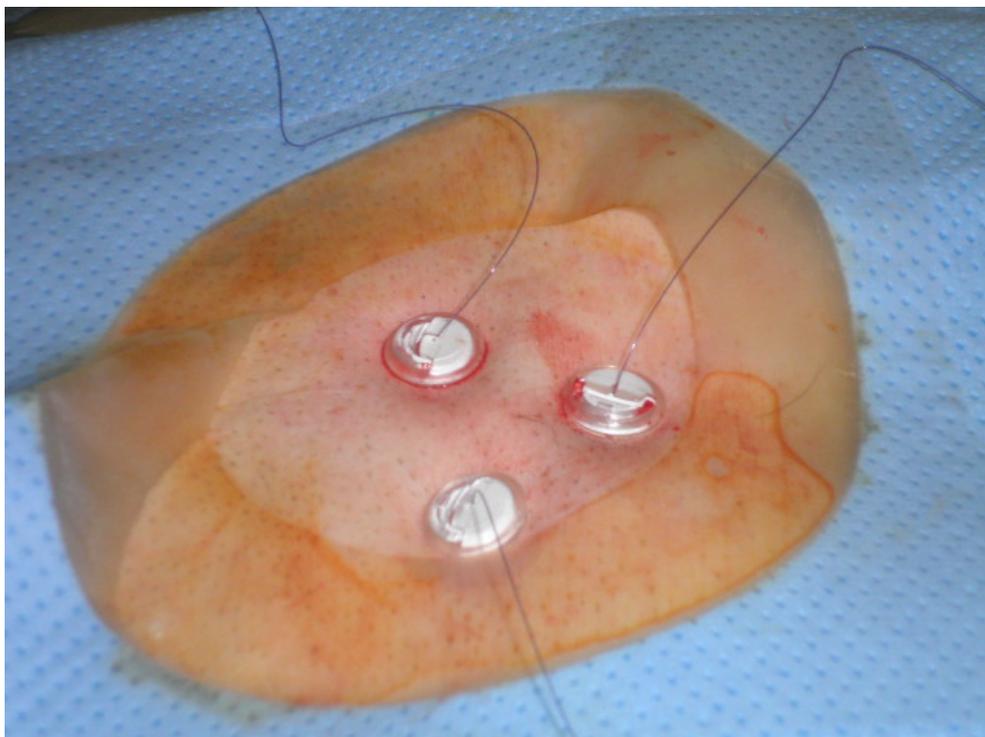


Foto 6

- Pungendo con un ago raccordato ad una siringa contenente 10/15 cc di MdC la parete addominale, si raggiunge la cavità gastrica segnalata dall'aspirazione di aria all'interno della siringa; si può quindi iniettare il MdC evidenziando la plicatura gastrica. (foto 7)



Foto 7

- Si introduce quindi nello stomaco una guida metallica (foto 8) sulla quale far scorrere l'introdottole rimovibile premontato su dilatatore telescopico progressivo (foto 9 e 10)

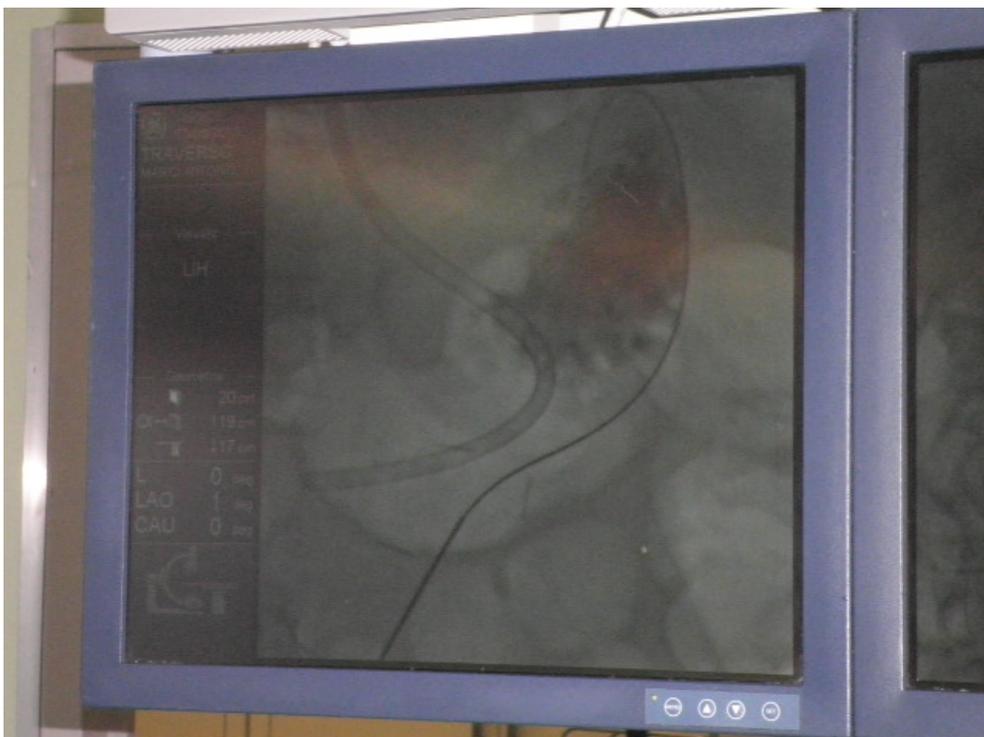


Foto 8



Foto 9

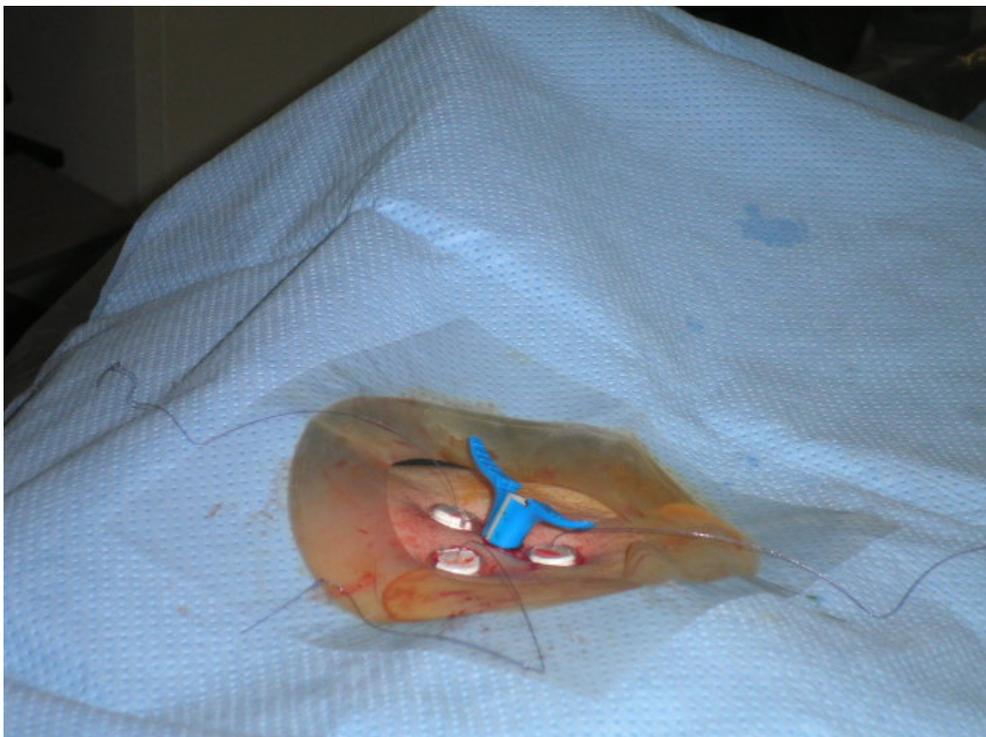


Foto 10

- Una volta eseguita la dilatazione, viene inserita la sonda nutrizionale attraverso la gastrostomia (foto 11) e viene rimosso l'introduttore (foto 12).

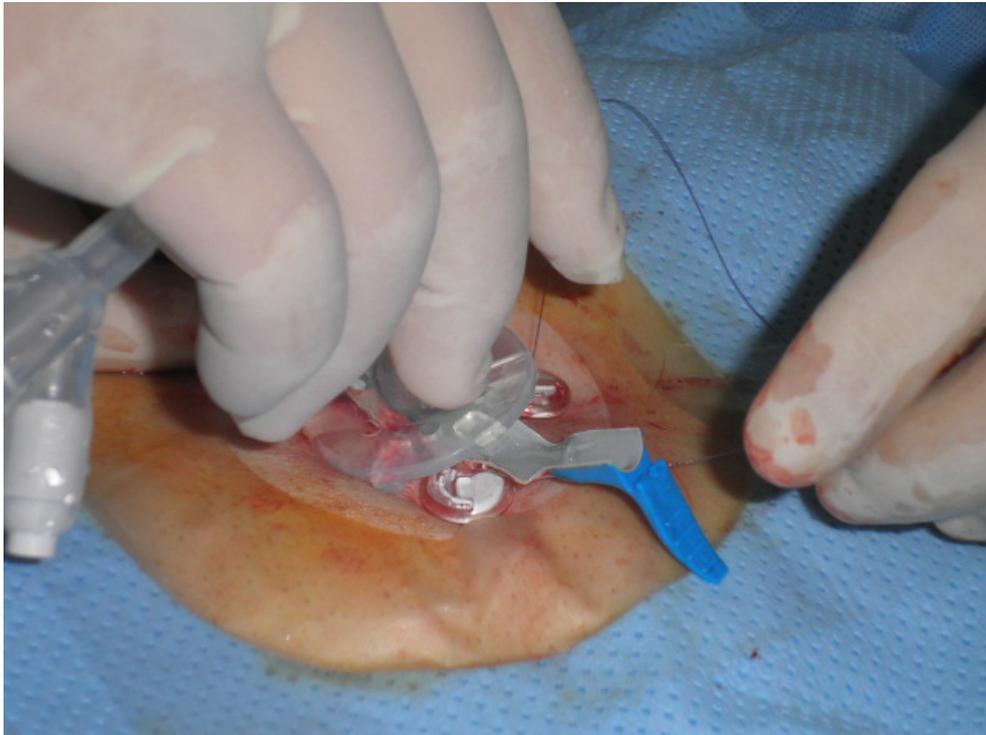


Foto 11

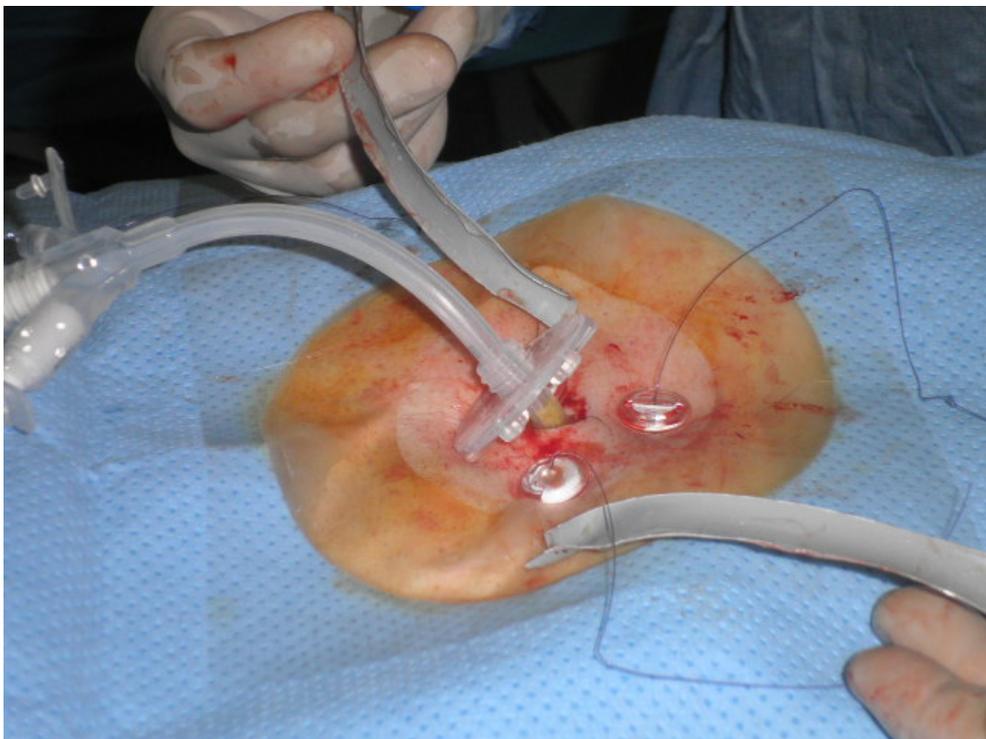


Foto 12

- La PRG è posizionata e fissata allo stomaco tramite il gonfiaggio di un palloncino con soluzione fisiologica (da 3 a 10 ml); il fissaggio della sonda alla parete addominale è data da un apposito disco in silicone (foto 13) che aderisce alla parete (foto 14)



Foto 13



Foto 14

- Terminato il posizionamento della sonda PRG (foto 15). Resta da eseguire la medicazione e la documentazione radiografica .(foto 16)

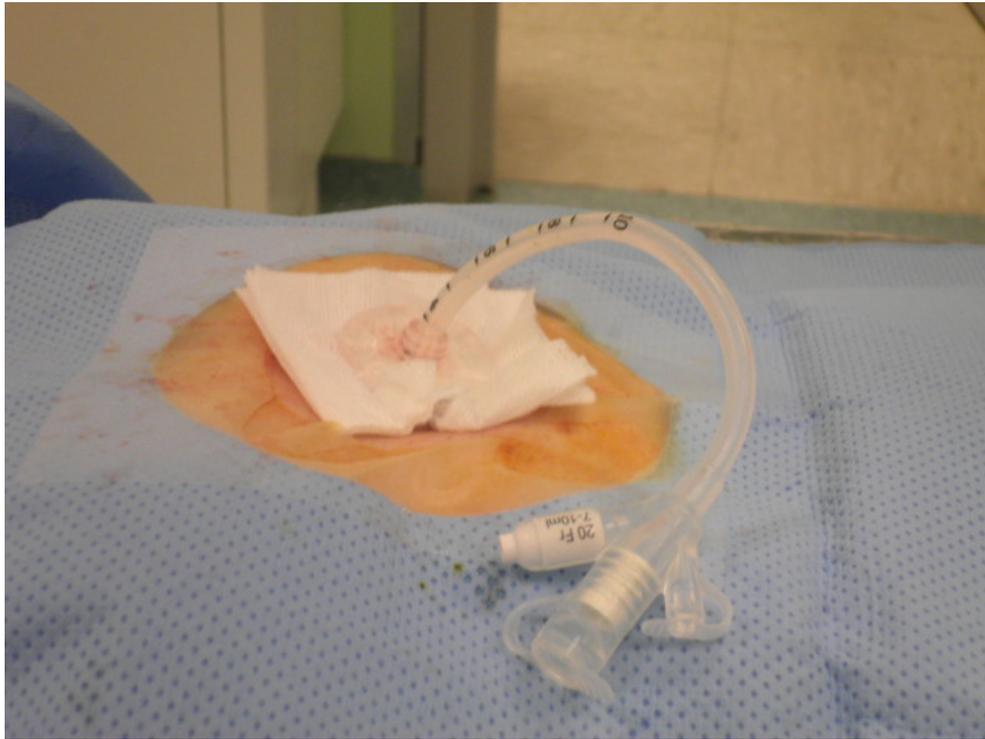


Foto 15

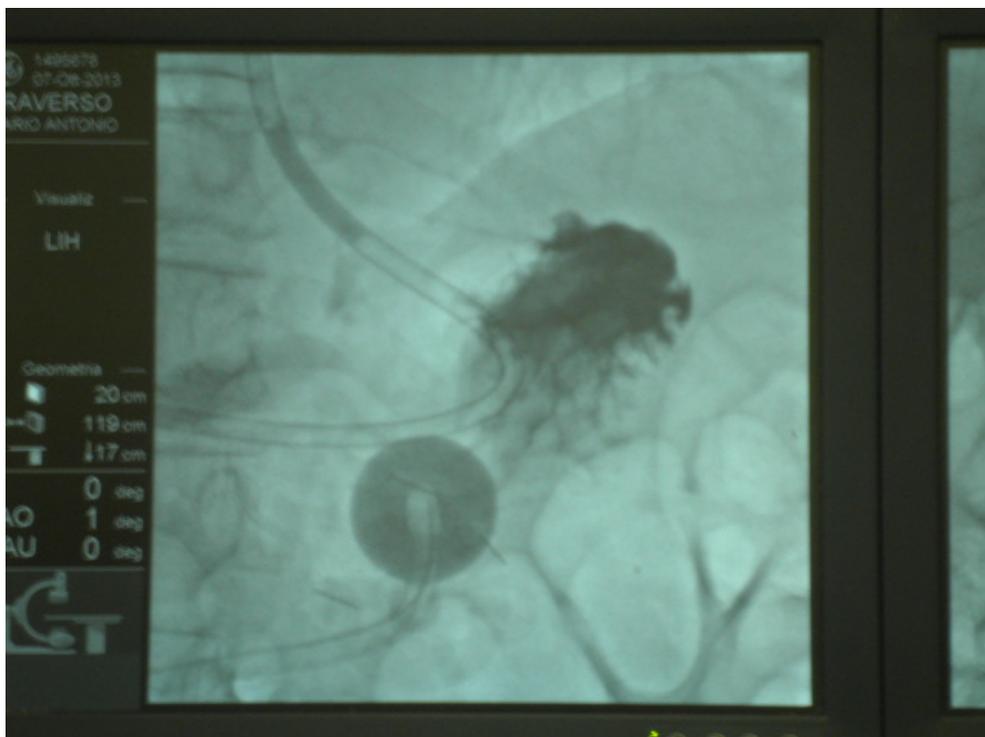


Foto 16

DECORSO

- Al termine della procedura si procede ad una infusione lenta di acqua di mantenimento in modo da poter valutare l'insorgenza di eventuali complicanze.
- Nelle prime 24 ore si utilizza la sonda PRG solo per l'introduzione di acqua.
- Nelle 24 ore successive al posizionamento si dovrà provvedere pertanto al supporto nutrizionale parenterale.
- Il Paziente necessita di un programma dietetico personalizzato prescritto dai Servizi di Dietologia e Nutrizione di riferimento.

PRIMA GESTIONE DELLA STOMIA

- La stomia è una ferita chirurgica e pertanto deve essere gestita come tale nei 10 gg successivi al posizionamento.
- Procedere ad un lavaggio asettico delle mani e indossare guanti, pulire e disinfettare la cute al di sotto del fermo di ancoraggio, asciugare accuratamente per evitare così eventuali macerazioni (utile l'utilizzo di "Metalline").
- Controllare quotidianamente la cute peristomale per rilevare eventuali segni di infezione, gonfiore o arrossamento.
- Palpare l'addome per escludere eventuali tumefazioni o contratture.
- Verificare la mobilità della sonda facendo delicati movimenti di rotazione e controllando che la distanza tra il fermo e la cute non superi i 3 mm circa.
- Coprire la ferita con una medicazione piana con garze sterili.
- Dopo circa 10-20 giorni si osserverà la normale caduta dei bottoni di fissaggio delle ancorette.

GESTIONE DELLA STOMIA CONSOLIDATA

- Detergere la stomia con sapone liquido neutro e acqua tiepida, asciugando accuratamente per evitare il macerarsi della cute.
- Detergere giornalmente la superficie esterna della sonda e i suoi connettori.
- Controllare giornalmente il corretto posizionamento della sonda ed eseguire delicate rotazioni e piccoli movimenti per evitare l'incarceramento della sonda stessa.
-

RIMOZIONE ACCIDENTALE DELLA PRG

- Posizionare immediatamente un catetere vescicale di tipo Folley nella stomia della stessa misura o di misura inferiore e gonfiare il pallone con aria per conservare il tramite tra cute e stomaco .
- Coprire con una garza sterile.
- Mantenere il Paziente a digiuno e recarsi quanto prima al Pronto Soccorso del centro radiologico dove è stata posizionata la PRG, allertando la SS di Radiologia Interventistica disponibile h12 dal lunedì al venerdì.

