

Importanța utilizării alimentației prin gastrostomă endoscopică percutanată în managementul pacienților cu neoplasme ale capului și gâtului

The importance of using the nutrition through endoscopic percutaneous gastrostomy in the management of patients with head and neck carcinoma

Alina Georgiana ANGHEL¹, Ion ANGHEL², Mihai DUMITRU¹, Adriana Oana ANGHEL³, Dan CRISTIAN⁴, Traean BURCOȘ⁴

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

²Spitalul Clinic Colțea, București

³Departamentul Chirurgie Plastică, Spitalul Clinic Floreasca, București

⁴Departamentul Chirurgie Generală, Spitalul Clinic Colțea, București

REZUMAT

Background. La ora actuală, cea mai nouă metodă de nutriție a pacienților cu neoplasme în sfera ORL este reprezentată de utilizarea gastrostomei endoscopice percutanate.

Scop. Începând cu anul 2012 am implementat activ utilizarea alimentației cu produse de tip Nutrison pe sonde PEG pre- și post operator pentru pacienții cu neoplasme laringiene, faringo-laringiene etc.

Materiale și metode. Am realizat un studiu prospectiv descriptiv pe 54 de pacienți ce au beneficiat de montarea profilactică a sondelor PEG.

Rezultate. Dintre cazurile incluse în studiu, 28 au suferit laringectomie totală suprahioidiană subcrioidană cu evidare ganglionară bilaterală, 23 de pacienți au fost supuși faringolaringectomiei cu evidare ganglionară bilaterală, 2 cazuri au prezentat formațiuni tumorale invadante cu punct de origine la nivelul amigdalelor palatine, iar un caz grav cu neoplasm esofagian invadant a beneficiat de montarea PEG în scop paliativ.

Concluzii. Utilizarea PEG este cost-eficientă, scăzând durata de spitalizare, permite abordarea unor cazuri cu multiple tare asociate și previne activ apariția complicațiilor de tipul fistulelor faringo-cutanate.

Cuvinte cheie: PEG, neoplasm ORL, fistulă

ABSTRACT

Background. Nowadays the newest method of nutrition in patients with head and neck carcinomas is the use of percutaneous endoscopic gastrostomy.

Aim. Since 2012 we have actively implemented the use of Nutrison administered on PEG before and after the surgical removal of laryngeal or pharyngolaryngeal carcinomas.

Adresă de corespondență:

Conf. Dr. Ion Anghel, ORL, Spitalul Clinic Colțea, Bdul I.C. Brătianu nr. 1-3, sector 3, cod 030171, București, România

E-mail: ionangheldoc@yahoo.com

Material and method. We conducted a prospective descriptive study on 54 cases that benefited from prophylactic PEG placement.

Results. Among the cases included in our study 28 underwent total laryngectomy with bilateral removal of lymph nodes, 23 patients required pharyngo-laryngectomy, 2 cases presented invading tonsillar carcinomas and 1 case with esophageal neoplasm received PEG for palliative purpose.

Conclusions. The use of PEG is cost efficient lowering the number of in hospital stay days, permits the treatment of complex cases with multiple comorbidities and actively prevents the development of pharyngo-cutaneous fistulae.

Keywords: PEG, head and neck carcinoma, fistulae

Mulțumiri

Această lucrare a primit sprijin financiar prin proiectul intitulat „CERO – Profil de carieră: Cercetător Român“, grant numărul POSDRU/159/1.5/S/135760, cofinanțat prin Fondul Social European pentru Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.

INTRODUCERE

De la apariția sa în anii 1980, gastrostoma endoscopică percutanată a cunoscut o utilizare pe scară largă, ajungându-se în unele țări chiar la renunțarea la gastrostoma clasică în mana-

gementul pacienților cu neoplasme în sfera ORL. (1) Figura 1 detaliază opțiunile de nutriție aplicabile în cazul pacienților cu neoplasme ale capului și gâtului.

Cea mai simplă cale alternativă de nutriție este introducerea unei sonde nazogastrice, însă

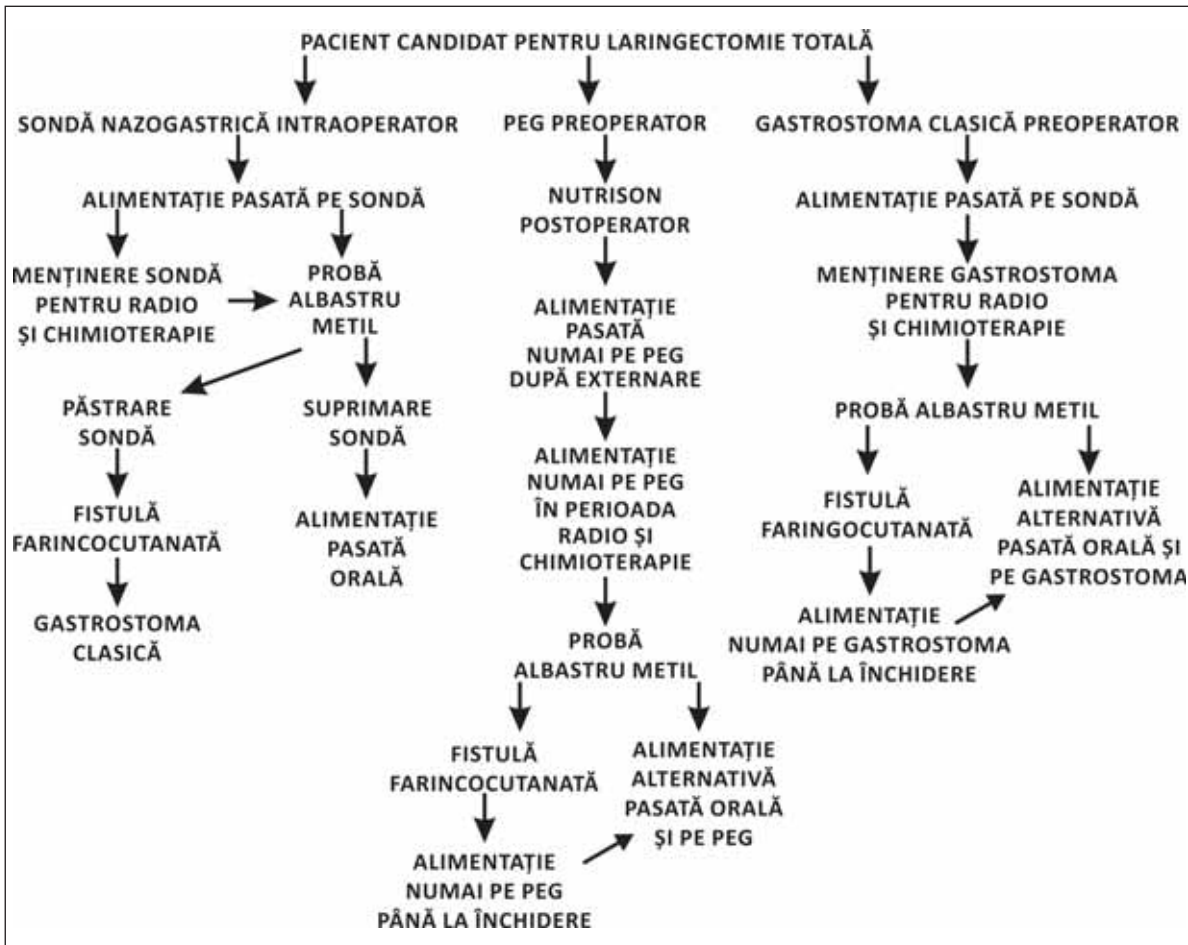


FIGURA 1. Opțiuni de nutriție în managementul pacienților cu neoplasme în sfera ORL

nu în toate cazurile este posibil pasajul sondei; procedeul este grevat de risc ridicat de fistulizare la nivelul tranșei de sutură post laringectomie totală, iar pacienții tolerează deseori greu prezența sondei la nivelul fosei nazale și se plâng de un stigmat social ridicat, cu o calitate scăzută a vieții. (2)

Gastrostoma clasică a rămas de rezervă în cazurile în care formațiunile tumorale invadante nu permit pasajul tubului de endoscopie în vederea efectuării gastrostomei endoscopice percutanate (Fig. 2), însă și această procedură este grevată de riscurile anesteziei generale. (3)

Indicațiile PEG sunt: sindroamele neurologice cu retard psihomotor și un nivel redus al conștienței, carcinoamele din sfera ORL, decompresie gastrică, neoplasme abdominale; cu contraindicații minime: probleme de coagulare, instabilitate hemodinamică, sepsis, ascită, peritonită etc. (4) În literatura de specialitate au fost prezentate rare cazuri cu posibile complicații post utilizarea PEG: scurgeri la nivelul stomei, infecții peristomale, extragerea accidentală a sondei, blocajul tubului, peritonită, hemoragii, metastază peristomală etc. (5)

OBIECTIVE

Începând cu anul 2012, am implementat în cadrul Clinicii ORL a Spitalului Colțea utilizarea gastrostomei percutanate endoscopice în managementul pacienților cu neoplasme în sfera ORL (carcinom faringolaringian, laringian, amigdală palatină, joncțiune faringoesofagiană) în vederea unui management optim al statusului nutrițional post operator și în cursul terapiei on-

cologice complementare, precum și în vederea prevenției apariției fistulelor faringocutanate. În perioada de internare pacienții care au beneficiat de montarea PEG au primit suplimente nutriționale de tipul Nutrison, ulterior externării la domiciliu continuând alimentarea pe sondă cu alimente trecute prin mixer până la stadiul de pastă diluată pentru a nu colmata sonda.

MATERIALE ȘI METODE

Am realizat un studiu prospectiv descriptiv pe 54 de pacienți cu neoplasm în sfera ORL ce au beneficiat de montarea unei gastrostome endoscopice percutanate preoperator în perioada 2012-2014.

Criterii de includere a pacienților în studiu:

1) Pacient internat pe secția ORL a Spitalului Clinic Colțea cu neoplasm faringolaringian, laringian, amigdală palatină, joncțiune faringoesofagiană etc.;

2) Pacient care a beneficiat de nutriție pe PEG preoperator (faringolaringectomie, laringectomie totală, amigdalectomie etc.);

3) Lipsa contraindicațiilor (tulburări de coagulare, imposibilitate de efectuare tehnică a endoscopiei etc.);

4) Au fost luate în considerare numai acele cazuri cu foi de observație complete;

5) Pacientul a semnat consimțământul informat conform Declarației de la Helsinki.

Figura 3 ilustrează protocolul clinic aplicat fiecărui pacient pas cu pas și schema terapeutică medicamentoasă aplicată pacientului în funcție de evoluția acestuia post montare PEG și post operator.



FIGURA 2. Tehnica montării gastrostomei endoscopice percutanate

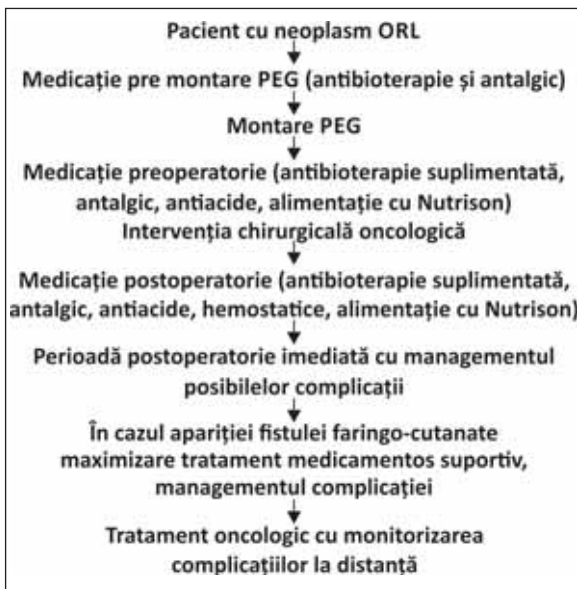


FIGURA 3. Protocolul clinic aplicat fiecărui pacient inclus în studiu

Analiza statistică a fost efectuată cu Excel și SPSS și a vizat:

- 1) Analiza descriptivă a grupului de studiu (vârstă, sex, mediu de proveniență etc.)
- 2) Analiza timpului scurs până la apariția complicațiilor – fistula faringocutanată, precum și a circumstanțelor apariției acestora;

3) Analiza impactului PEG asupra nutriției pacientului;

4) Analiza impactului PEG asupra duratei de spitalizare post operatorie.

REZULTATE

Dintre cele 54 de cazuri ce au beneficiat de gastrostoma percutanată endoscopică, 49 au fost bărbați și doar 4 de sex feminin, această predominanță a sexului masculin fiind în concordanță cu datele de epidemiologie privind incidența și prevalența neoplasmelor în sfera ORL. (6)

Graficul din Figura 4 ilustrează distribuția pe grupe de vârstă a pacienților, observându-se o incidență crescută a cazurilor în grupele de vârstă 50-59 și 60-69 de ani specifică neoplasmelor în sfera ORL, cu o mediană la 58 de ani, deviația standard de 1,74 ani și intervalul de încredere 95% de 58 +/- 2,86 ani. (7)

În anul 2012 am inclus 6 cazuri în studiu, în anul 2013 alți 30 de pacienți au beneficiat de montarea PEG profilactică, iar în anul 2014 doar 18 noi cazuri au fost manageriate, din cauza costurilor necesare achiziționării sondelor.

Din punct de vedere al apartenenței pacienților, 35 au fost din mediul rural și 19 din mediul

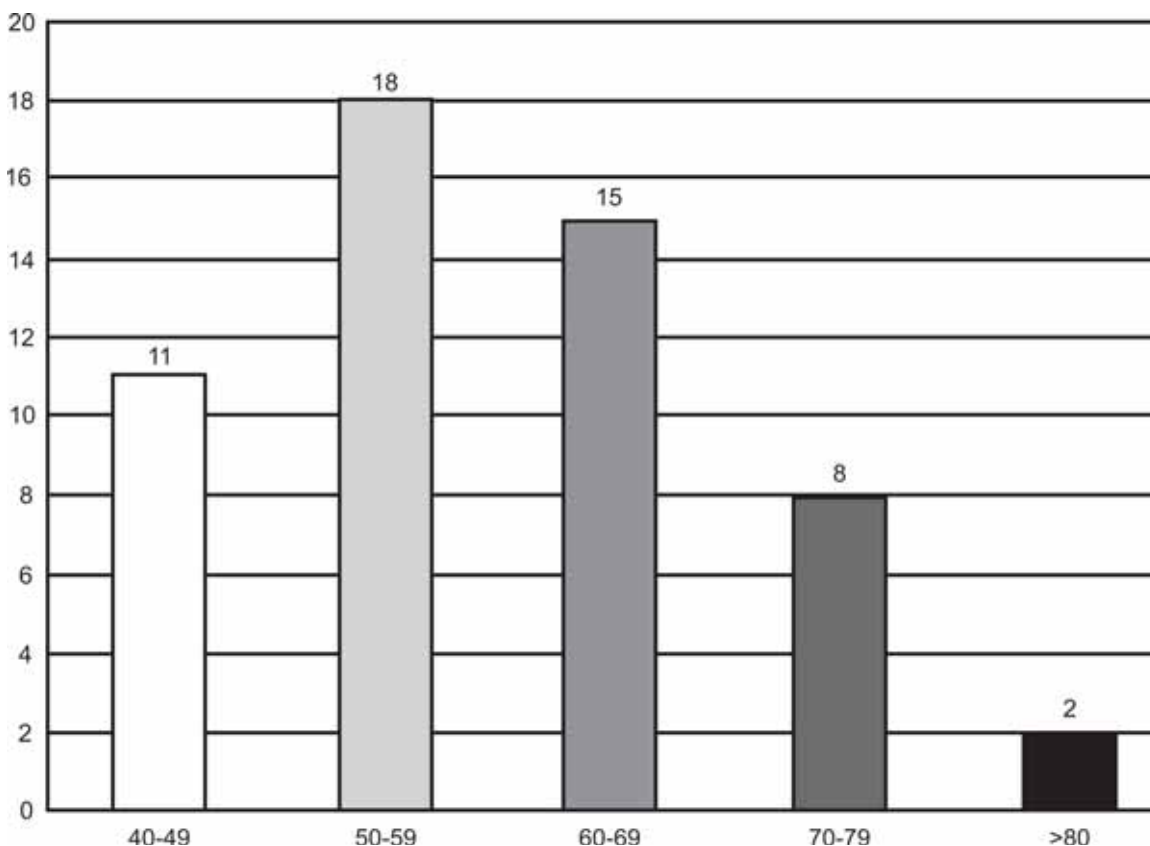


FIGURA 4. Distribuția pe grupe de vârstă a lotului de studiu

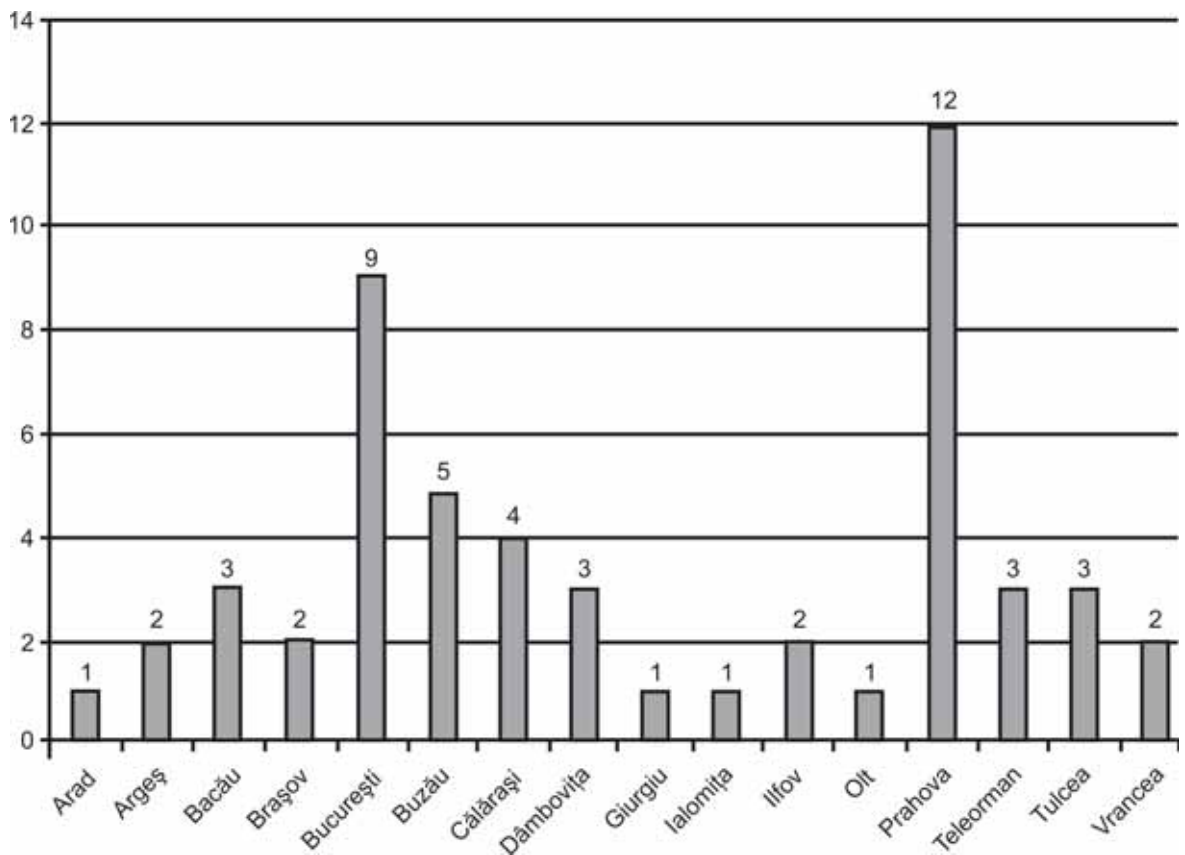


FIGURA 5. Distribuția pe regiuni de proveniență a lotului de studiu

urban, graficul din Figura 5 detaliind distribuția acestora pe regiuni.

Din punct de vedere al diagnosticului principal și al sancțiunii chirurgicale aplicate, 28 de cazuri au suferit laringectomie totală suprahioidiană subcricoidană cu evidare ganglionară bilaterală, 23 de pacienți au fost supuși faringolaringectomiei cu evidare ganglionară bilaterală, 2 cazuri au prezentat formațiuni tumorale invadante cu punct de origine la nivelul amigdalelor palatine, iar un caz grav cu neoplasm esofagian invadant a beneficiat de montarea PEG în scop paliativ.

Distribuția lotului de studiu în funcție de rezultatul final histopatologic confirmat pe piesele de rezecție tumorală este redată în graficul din Figura 6, gradul de diferențiere având un impact major în prognosticul total al pacientului. (8)

Grupul de pacienți a totalizat 1.078 de zile de spitalizare, cu o distribuție a cazurilor ilustrată în graficul din Figura 7, cu mediana la 20 de zile de spitalizare, deviația standard 8,39 zile de spitalizare și intervalul de încredere 95% de 20 +/- 2,23 zile de spitalizare.

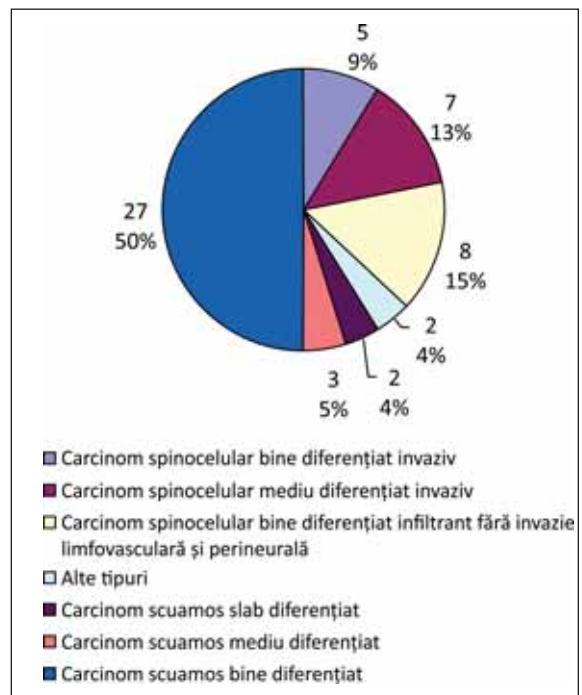


FIGURA 6. Distribuția cazurilor în funcție de tipul histopatologic

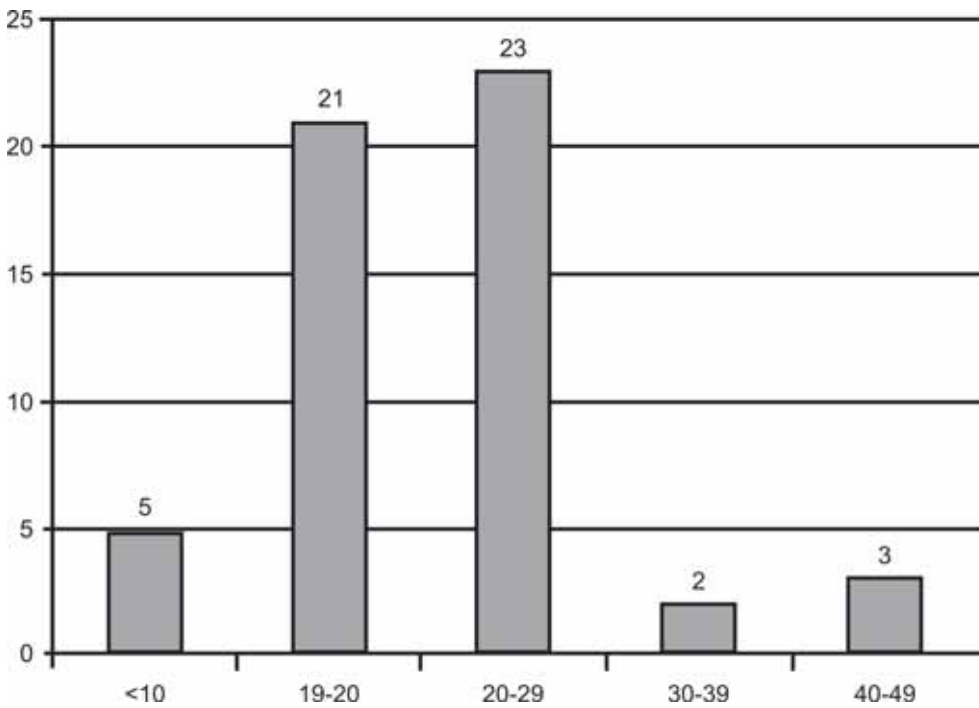


FIGURA 7. Distribuția cazurilor în funcție de numărul de zile de spitalizare

DISCUȚII

Analiza diagnosticelor secundare a subliniat un grad ridicat de comorbidități și complexitate

a cazurilor, după cum se poate observa din Figura 8. Categoria „Altele” conține comorbidități precum fibrilație atrială, bloc ramură dreaptă, accident vascular cerebral, antecedente de

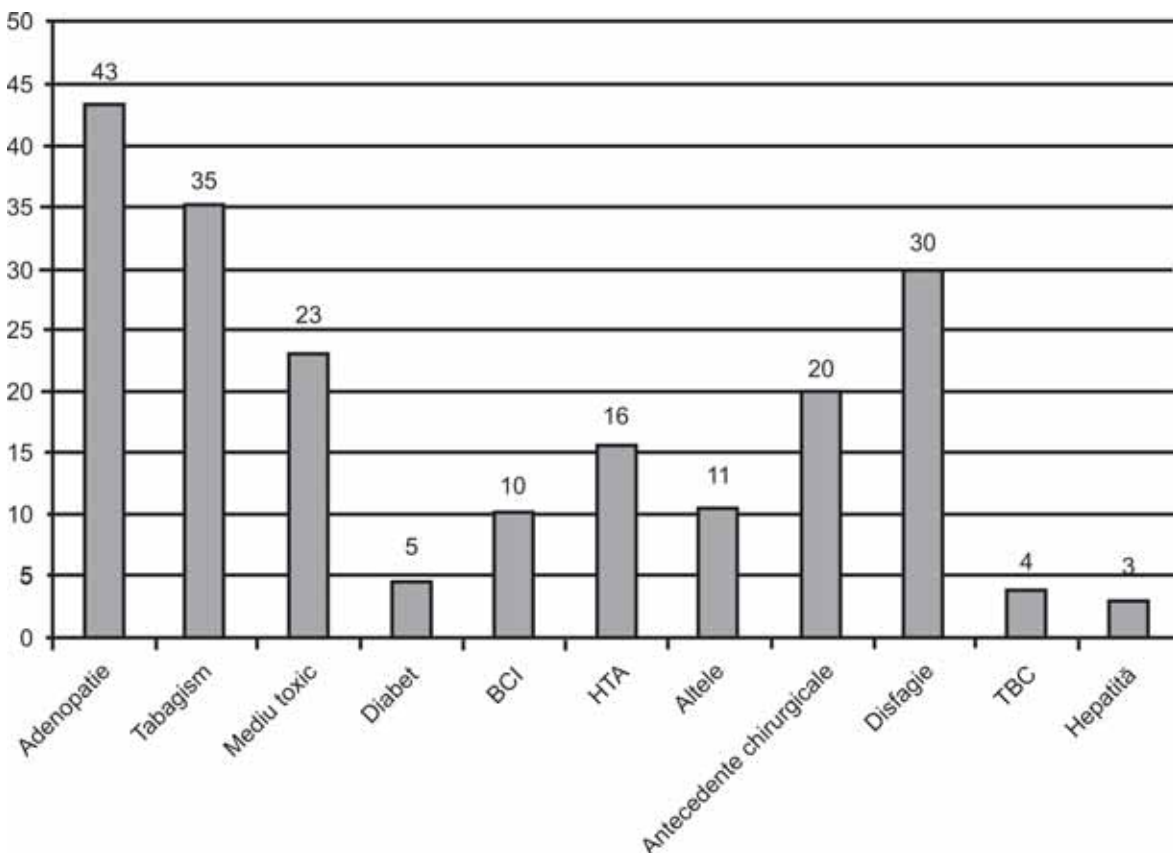


FIGURA 8. Analiza complexității cazurilor prin prisma comorbidităților asociate

radio și chimioterapie, etilism cronic, dislipidemie, cașexie, tumoră de esofag. Astfel, pacienții au prezentat minimum 1 comorbiditate până la un maximum de 7 comorbidități, cu o mediană de 4 comorbidități, o deviație standard de 1,52 comorbidități și un interval de încredere 95% de 4 +/- 0,40 comorbidități.

Un aspect controversat este medicația pre-motare PEG și ulterior, pe perioada alimentației pe sondă, existând încă argumente insuficiente pentru inutilitatea administrării antibioterapiei profilactice comparativ cu spiritul clinic și practica medicală curentă, ce conferă acestei antibioterapii pre motare PEG un caracter preventiv. (9) Graficul din Figura 9 ilustrează complexitatea schemei terapeutice, pe durata spitalizării toți pacienții beneficiind de antibioticoterapie cu ampicilină 3 grame/zi, terapie antalgică cu algalcalmin 2 fiole/zi, urmând ca după montarea sondei PEG să beneficieze de necesarul nutrițional sub forma preparatelor Nutrison în doză de 3 flacoane/zi. Grupa Alte Ab reunește compuși precum metronidazol, colistin, clindamicină, administrarea acestor compuși fiind impusă arbitrar de disponibilitatea/indisponibilitatea altor antibiotice din schema curentă. Grupa „Altă medicație” reunește compuși necesari tratamentului comorbidităților cardiovasculare precum atilen,

acupro, metoprolol, digoxin, prestartium sau sintrom.

Ulterior montării PEG, în 29 de cazuri s-a suplimentat antibioterapia prin asocierea gentamicinei, iar la 16 pacienți s-a suplimentat cu ciproinol. Post intervenție chirurgicală oncologică, 32 de pacienți au fost trecuți pe cefort ca unic antibiotic. Statusul clinico-biologic ameliorat al pacienților prin utilizarea alimentației pe PEG a permis abordarea unor cazuri dificile: 7 pacienți au necesitat antibioterapie cu cilopen, 6 dintre ei primind și tratament antifungic cu fluconazol din cauza dezvoltării unor fistule faringo-cutanate, iar în 2 cazuri s-a administrat, în urma consultării cu medicul cardiolog și a obținerii acordului acestuia, chiar atropină pentru efectul său secretolitic ce a favorizat o închidere mai rapidă a fistulelor faringo-cutanate. Mărturie a abordării unor cazuri cu o situație clinico-biologică precară sunt și cei 10 pacienți ce au necesitat administrarea de kabiven periferic 1 flacon/zi din prima zi de spitalizare și până la montarea PEG, ulterior aceste cazuri putând fi manageriate mult mai ușor și pe termen lung doar prin nutriția enterală. De remarcat sunt cele 11 cazuri ce au beneficiat de administrarea de antiacide de tipul arnetin pre- și postmontare PEG, cunoscut fiind utilitatea administrării acestor compuși

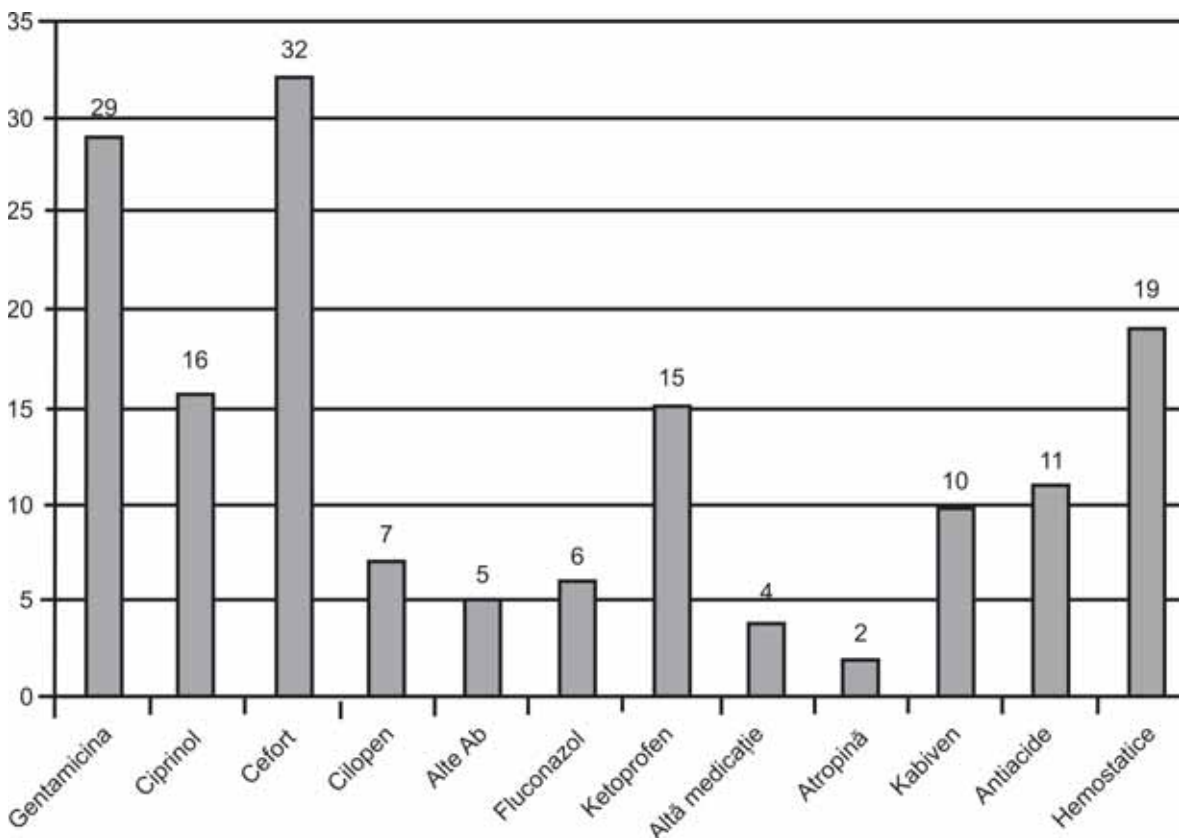


FIGURA 9. Medicația administrată conform protocolului de studiu

pentru a controla fenomenele de gastrită produse prin iritația continuă a peretelui gastric de către sonda PEG. Din experiența noastră acești compuși trebuie administrați mai ales în cazurile ce prezintă fenomene de gastrită anterioare, cu beneficii maxime. (10) Trebuie menționat faptul că, în cele 19 cazuri ce au primit hemostatice, acești compuși nu au fost administrați decât post intervenție de rezecție oncologică și nu sunt necesari a fi administrați pre- sau postmontare PEG.

CONCLUZII

Alimentația prin utilizarea gastrostomelor endoscopice percutanate la pacienții cu neoplasme în sfera ORL prezintă numeroase avantaje:

1. Permite abordarea unor cazuri cu numeroase tare asociate și o situație clinico-biologică precară.
2. Echilibrarea nutrițională realizată în cadrul lotului nostru de la un indice mediu

de masă corporală de 18 la internare la un indice de masă corporală mediu de 18,7 la externare facilitează o rezistență crescută a pacienților la agresivitatea radio și chimioterapiei.

3. Este eficientă din punct de vedere al costurilor, prin scăderea numărului de zile de spitalizare.
4. Crește calitatea vieții pacienților, prin înălțurarea stigmatului social al purtării unei sonde nazogastrice.
5. Previne activ apariția fistulelor faringocutanate și, în acele puține cazuri ce dezvoltă o astfel de complicație, facilitează o închidere rapidă a fistulei.
6. Procedura de montare a sondei PEG este în regim de ambulator, minim invazivă, economisind resurse chirurgicale și de ATI ce altfel ar fi fost necesare pentru montarea unei gastrostome clasice.

BIBLIOGRAFIE

1. **Gumaste V.V., et al.** Factors predicting early discharge and mortality in post-percutaneous endoscopic gastrostomy patients. *Ann Gastroenterol.* 2014; 27(1):42-47.
2. **Wang J., et al.** Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for patients with head and neck cancer: a systematic review. *Journal of Radiation Research.* 2014; 55:559-567.
3. **Szuecs M., et al.** Subjective voice quality, communicative ability and swallowing after definitive radio(chemo)therapy, laryngectomy plus radio(chemo)therapy, or organ conservation surgery plus radio(chemo)therapy for laryngeal and hypopharyngeal cancer. *Journal of Radiation Research.* 2014; pp 1-10.
4. **Rahnemai-Azar A.A., et al.** Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, tehnique, complications and management. *World Journal of Gastroenterology.* 2014; 20(24):7739-7751.
5. **Gundogan K., et al.** Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy in hospitalized patients at a tertiary care hospital in Turkey. *Eur J Clin Nutr.* 2014; 68(4): 437-440.
6. **Ishiki H., et al.** Nutrition Support for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Patients Treated with Chemoradiotherapy: How Often and How Long? *ISRN Oncology* Volume. 2012; Article ID 274739, 5 pages doi:10.5402/2012/274739
7. **Martin L., Blomberg J., Lagergren P.,** Patients' perspectives of living with a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *BMC Gastroenterology.* 2012; 12:126 doi:10.1186/1471-230X-12-126
8. **Malmgren A., et al.** Indications for percutaneous endoscopic gastrostomy and survival in old adults. *Food & Nutrition Research.* 2011; 55: 6037-DOI: 10.3402/fnr.v55i0.6037
9. **Madhoun M.F., Blankenship M.M., Blankenship D.M., Krempf G.A., Tierney W.M.** Prophylactic PEG placement in head and neck cancer: How many feeding tubes are unused (and unnecessary)? *World J Gastroenterol.* 2011; 17(8): 1004-1008
10. **Bohannon et al.** Closure of post-laryngectomy pharyngocutaneous fistulae. *Head & Neck Oncology.* 2011; 3:29