

Endoskopická gastrostomie

Endoskopická gastrostomie

Zmínky o endoskopickém způsobu zavádění [gastrostomické sondy](#) ↑ pocházejí z 80. let a v klinické praxi nacházejí stále širší uplatnění. Vedle endoskopického způsobu existuje i radiologická metoda spočívající v zavedení gastrostomické sondy pod sonografickou nebo [CT](#) ↑ kontrolou.

Základ úspěšného provedení je u obou metod stejný, a to je nutnost vyloučení přítomnosti vmezeřeného orgánu mezi přední stěnou žaludku a břišní stěnou. Endoskopickou metodou se vmezeřený orgán diagnostikuje abdominální [transiluminací](#) ↑. Navíc přiměřená žaludeční [distenze](#) ↑ způsobená [insuflací](#) ↑ vzduchu posouvá [colon transversum](#) ↑ distálně játra a slezinu laterálně. Insuflace žaludku vzduchem také přibližuje žaludeční stěnu a stěnu břišní. Z těchto důvodů se endoskopický způsob jeví jako výhodnější a bezpečnější.

Indikace endoskopické gastrostomie

1. U pacientů, kde předpokládáme výživu sondou déle než 6 týdnů
2. Neurologická onemocnění benigního i maligního charakteru
3. Pacienti s maligním onemocněním různého charakteru
4. Polytraumata, KC traumata a s tím související dlouhodobá intenzivní péče.

Kontraindikace

Na druhé straně absolutní [kontraindikací](#) ↑ endoskopické gastrostomie je přítomnost vmezeřeného orgánu, nepřítomnost transiluminace, obezita, anatomická anomálie po chirurgickém výkonu.

Mezi další kontraindikace patří mukózní abnormality v místě zavedení sondy, [koagulopatie](#) ↑ různé etiologie, hypoalbuminemie s rizikem vzniku ascitu, peritoneální [dialýza](#) ↑, peritoneální Tu metastázy.

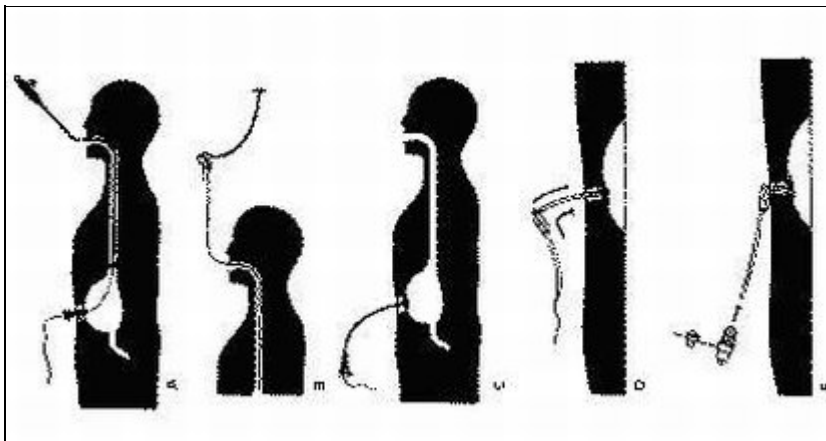
Způsob provedení

Nejdříve provedena [gastroskopie](#) ↑ na levém boku, následně je odsán žaludeční obsah a pacient je uložen na záda. Žaludek je naplněn vzduchem z důvodu přiblížení stěny žaludku a stěny břišní.

Dalším důležitým krokem je kontrola nepřítomnosti vmezeřených orgánů transiluminací. Toto prosvícení žaludeční stěny a stěny břišní nám zároveň pomáhá verifikovat punkční místo. Orientačním bodem pro místo vpichu je linie mezi pupkem a středním okrajem maximální transiluminací a palpací břišní stěny. V některých případech je punkční bod modifikován a je situován výše v epigastriu po levém okraji přímého břišního svalu

Punkci provádíme pod endoskopickou kontrolou a další postup odpovídá zvolené metodě. Používáme metodu Ponsky–Gauderer a originální set firmy B. Braun Medical. Metoda spočívá v zavedení bavlněného provázku do žaludku přes punkční jehlu, bioptickými kleštěmi je zachycen a vytažen ústy. Následně je odstraněn endoskopický přístroj.

Na provázek je navázána gastrostomická sonda, tahem je zavedena do žaludku a punkčním místem vyvedena přes stěnu břišní. Fixace terčíku sondy je následně kontrolována endoskopicky. Posledním krokem je zevní fixace sondy. Profylaktické podávání ATB a H2 blokátorů se většinou neprovádí.



Výživu zahajujeme po 24 hod od zavedení sondy, před a po aplikaci výživy provádíme proplach [aquou](#) ↑ 20 ml. K dalším důležitým bodům v péči o sondu patří monitorování délky externí části sondy a při změně její polohy doporučujeme její gastrokopickou kontrolu.

Mezi méně frekventované komplikace patří ucpaní sondy medikamenty – většinou při nedostatečné péči o sondu, infekční komplikace související s [imunopresivní](#) ↑ léčbou, léčbou kortikoidy, obezitou, diabetem.

Okamžité řešení vyžaduje [nekrotizující fasciitida](#) ↑ – vyskytuje se vzácně a terapie je kombinací ATB, chirurgického řešení a [oxygenoterapie](#) ↑. Komplikace [pneumoperitonea](#) ↑ nevyžaduje lékařskou intervenci a spontánně odezní během několika dní.

Závěrem lze shrnout, že [perkutánní](#) ↑ [endoskopická](#) ↑ [gastrostomie](#) ↑ se postupně stává rutinním výkonem u pacientů vyžadující výživu sondou déle než 6 týdnů. Sondu zavádí anesteziolog ve spolupráci s gastroenterologem. Odstranění sondy je velice jednoduché. Spočívá v odstřížení externí části sondy a terčík sondy následně spontánně odchází trávícím traktem.



Set pro perkutánní endoskopickou gastrostomii pull metodou GastroPEG CH 9 a CH 15 (výrobek B. Braun)