

KORTE SAMENVATTING

Richtlijn Enterale toegang is onlangs gepubliceerd

Vanaf 2017 tot publicatie in september 2022 werd de multidisciplinaire *Richtlijn Enterale toegang* ontwikkeld [1]. Er bestond een grote praktijkvariatie, die recent nog eens werd bevestigd in een enquête over dit onderwerp (zie *MAGMA 4-2021*) [2]. Bestaande richtlijnen waren van oudere datum [3,4], inmiddels is er in 2020 ook een *ESGE-guideline* over dit onderwerp verschenen [5,6].

In dit artikel geven we een korte samenvatting van de richtlijn, die zich beperkt tot de gastrostomiekatheter bij volwassenen (endoscopisch, radiologisch of chirurgisch geplaatst). Over neusmaagsondes is eerder een richtlijn geschreven door de V&VN [7]. Neusjejunum- en jejunostomiekatheters zijn niet behandeld vanwege gebrek aan (voldoende) gegevens.

Indicaties en contra-indicaties

Dysfagie is de meest voorkomende indicatie voor een gastrostomiekatheter, naast obstructie van de slokdarm en ondervoeding. Plaatsing kan ook geïndiceerd zijn voor de toediening van medicatie, voor decompressie of drainage. Bij de indicatiestelling is het van belang af te wegen of de patiënt kan profiteren van de extra nutriënten; de huidige kwaliteit van leven, de prognose en de levensverwachting zijn daarbij van belang. Bij een levensverwachting korter dan één maand zou volgens de werkgroep geen gastrostomiekatheter moeten worden geplaatst. Deze aanbeveling is in lijn met aanbevelingen uit de *ESPEN Guideline home enteral nutrition* [8].

Absolute contra-indicaties zijn: actieve peritonitis, darmischemie, gastro-intestinale obstructie (tenzij decompressie de indicatie is), portale hypertensie en fundusvarices, ernstige ulceratie van de maag, tumorinfiltratie rondom de punctieplaats of *peritonitis carcinomatosa* en kunstmateriaal (zoals ingehechte mat) op de punctieplaats.

Over relatieve contra-indicaties is er meer discussie; overwegingen hieromtrent wor-

den in de richtlijn beschreven en zoveel mogelijk van advies voorzien.

Keuze procedure en timing bij specifieke patiëntengroepen

Chirurgische sondeplaatsing is meestal niet de eerste keuze en wordt met name gekozen als de plaatsing van de katheter wordt gecombineerd met een andere chirurgische ingreep. PEG¹ en PRG² worden beide veel gebruikt. Voor beide zijn de procedure-gerelateerde en 30-dagen-mortaliteit – evenals infectieuze complicaties – in retrospectieve studies vergelijkbaar. Sonde-gerelateerde complicaties (zoals dislocatie en obstructie) lijken beduidend frequenter binnen 30 dagen na PRG-plaatsing (tot 25%) vergeleken met PEG-plaatsing (2-3%). Het percentage succesvolle plaatsingen lijkt bij PRG iets hoger dan bij PEG (97,1 versus 91,2%). De keuze wordt uiteindelijk vaak bepaald door lokale ervaring en voorkeur van het ziekenhuis, gecombineerd met patiëntfactoren zoals de (on)mogelijkheid tot sedatie. Meer specifiek neigt de literatuur bij patiënten met hoofd-halskanker naar een hoger risico op entmetastasen bij pull-PEG (49 casus beschreven na pull-PEG; 1 na PRG). Bij patiënten met slikstoornissen zonder

respiratoire problemen heeft de PEG de voorkeur in verband met minder complicaties. Bij aanwezigheid van respiratoire en/of neuromusculaire problemen heeft de PRG volgens de richtlijncommissie de voorkeur.

Wat timing betreft is het van belang dat minstens 30 dagen enterale voeding nodig is en de levensverwachting ook minstens één maand is. Bij ernstige ziekte is er een zeer hoog risico op complicaties [9] en zou het de voorkeur hebben de plaatsing uit te stellen (eventueel overbruggen met neusmaagsonde). Specifiek bij patiënten met een neuromusculaire aandoening is juist een vroege plaatsing te overwegen in een zo goed mogelijke conditie.

Peri-procedurele maatregelen

In deze module wordt een aantal peri-procedurele maatregelen behandeld; allereerst het gebruik van *antibiotica* rondom de procedure. Op basis van de beschikbare literatuur lijkt het profylactisch gebruik van systemische antibiotica het risico op peristomale infecties te verkleinen, het effect op mortaliteit is onzeker. De werkgroep adviseert op basis hiervan antibiotica profylaxe te geven. Voor de keuze van het antibioticum wordt verwezen naar de Nederlandse SWAB-richtlijn *Perioperatieve profylaxe* en de lokale antibioticacommissie.

Er is geen bewijs gevonden dat het al dan niet staken van *protonpompremmers* van invloed is op het aantal infecties.

Voor richtlijnen met betrekking tot *antistolling en sedatie* in de algemene populatie wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen *Antitrombotisch beleid* [10] en *Procedurale sedatie en of analgesie (PSA) bij volwassenen op locaties buiten de OK* [11].



Ingrid Gisbertz

Een specifieke module handelt over **sedatie bij neuromusculaire aandoeningen** (NMA). Er werd tot recent verwezen naar de *Richtlijn PEG bij ALS* uit 2010 [4]. Deze raadt sedatie bij NMA af vanwege verhoogde kans op respiratoire complicaties, maar zonder sterke wetenschappelijke onderbouwing. De *Richtlijn PSA* [11] bespreekt deze kwetsbare groep niet. Er blijkt nog steeds een kennislacune. Vaak kan bij NMA wel sedatie gegeven worden. Timing van verwijzing en ervaring met NMA van endoscopist en anesthesiemedewerker zijn essentieel. De *Forced Vital Capacity* kan richting geven, maar is niet altijd betrouwbaar. Daarnaast zijn ondersteunende hulpmiddelen zoals Optiflow of CPAP tijdens de procedure mogelijk. Plaatsingstechniek dient afgestemd te worden met en op de patiënt. Wellicht nog belangrijker: ongeacht plaatsingstype en wel/geen sedatie kunnen de daaropvolgende dagen respiratoire complicaties optreden. Door abdominale pijn zullen patiënten immers minder goed doorademen en ophoesten.

Opstarten sondevoeding via katheter na plaatsing

De werkgroep beveelt aan om ten minste een periode van twee uur aan te houden na plaatsing alvorens te starten met voeding via de katheter. Deze tijdsperiode dient om 'zuiver' de complicaties van de ingreep te beoordelen en bovendien diagnostiek of eventuele chirurgische behandeling niet in de weg te staan. Er is hiervoor echter geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden.

Verwijderen PEG-katheter

Wat betreft de optimale methode voor het verwijderen van de PEG-katheter met een intern fixatieplaatje, is het de vraag of afknippen en naar binnen duwen (*cut and push*) of endoscopische verwijdering veiliger is. Er is geen gerandomiseerde vergelijkende studie, enkel *case series*. Ernstige obstructie en perforatie na de *cut and push*-methode zijn beschreven, soms met overlijden tot gevolg. Anderzijds bestaat bij endoscopische verwijdering ook risico op letsel van de slokdarm en risico's indien sedatie wordt gegeven. De werkgroep adviseert de PEG met een intern fixatieplaatje bij voorkeur endoscopisch te verwijderen. Indien dit niet mogelijk is, kan de *cut and push*-methode worden overwogen, maar zeker niet in geval van een *buried bumper*, jejunale diverticulose, stenose of blinde lissroomafwaarts. Relatieve contra-indicaties worden eveneens beschreven in de richtlijn.

Beleid bij veel voorkomende complicaties

Het is belangrijk complicaties te kunnen herkennen en behandelen. In deze module worden complicaties als aspiratie, *buried bumper*, entmetastasen, granuloomvorming, lekkage, persisterende fistel na verwijderen en verstopte katheter besproken. Katheterluxatie binnen vier weken na plaatsing wordt uitgebreid besproken. Het betreft een complicatie die bij 4-13% van de geplaatste katheters voorkomt en betreft vooral ballonkatheters. Indien de katheter

vier weken na plaatsing – na het vormen van het fistelkanaal – luxeert, dan kan zonder extra risico *bedside* een nieuwe katheter worden geplaatst. Indien de luxatie eerder dan vier weken optreedt, zijn andere maatregelen nodig. Ook die worden in deze module beschreven.

Organisatie zorg

In de laatste module bespreken we praktische zaken rondom de plaatsing. De richtlijn stelt voor om hiervoor lokale protocollen op te stellen. Daarnaast wordt geadviseerd de PEG- en PRG-zorg te laten uitvoeren door een team onder leiding van een kleine groep ervaren artsen in de vakgroep.

In het laatste deel van de module wordt de **nazorg** gedetailleerd beschreven met betrekking tot verzorging in de eerste weken, met veel praktische (en met name ook verpleegkundige) adviezen en mogelijke complicaties in deze eerste weken.

Toekomst

Het is duidelijk dat er nog een aantal kennislücken zijn op het gebied van enterale toegang. Vanuit de werkgroep wordt geprobeerd verder onderzoek op te starten. De richtlijn wordt door Linda Wanders (AIOS Amsterdam) in samenwerking met Lennard Gillissen verwerkt in een PEG-app voor patiënten, mantelzorgers en zorgverleners. Verder zijn de adviezen voor patiënten ook op de website van Thuisarts.nl te vinden [12].

Ingrid Gisbertz, MDL-arts Bernhoven

Namens de MDL-artsen in de werkgroep Richtlijn Enterale toegang:
Lennard Gillissen, Catharina Ziekenhuis
Jan F. Monkelbaan, UMC Utrecht
Denise Stribos, AIOS MDL MUMC+
Aafke van Roon,
Albert Schweitzer ziekenhuis

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 1-2023 (p. 57 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities