

Case Presentation

Department of Chronic Respiratory
Geriatric Center “Shoham”

Dr Markov Ksenya

Dr Matveychuk Alona

Dr Boguslavsky Tania

Case Presentation

* מטופלת בת 40 עם פיגור שכלי

* התקבלה למחלקת מונשמים כרוניים בתאריך 3.3.21

* מונשמת עקב דלקת ראיות משנית לאספירציה בעקבות סטטוס אפילפטי

* במהלך אשפוז ניסיונות חוזרים של גמילה הנשמה במחלקתנו כשלו

MENTAL RETARDATION



Mental Retardation is not a disease, it is a condition.



Case Presentation

בקבלתה למחלקתנו:

*הכרה מעורפלת

*מוזנת דרך זונדה, במהלך אשפוז עברה מספר פעמים בדיקת בליעה שהייתה

לקויה, לכן בדיון צוות רב מקצועי הוחלט על ביצוע PEG

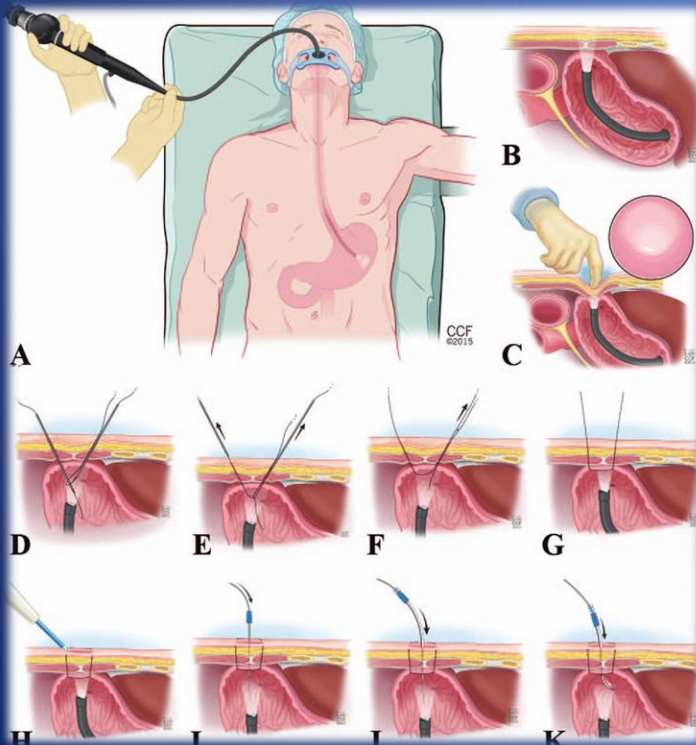


Case Presentation

כעובר חודש ימים:

המטופלת עברה הכנסת של גסטרוסטום

בבית החולים הכללי, הפעולה עברה ללא סיבוכים



Case Presentation

גסטרוסטום הינו צינור גומי אשר קצהו מוחדר לקיבה דרך דופן הבטן. מטרתו לאפשר להאכיל את המטופל ישירות לקיבה במצבים בהם הוא אינו מסוגל לקבל מזון דרך הפה או הושט.

What is Gastrostomy?

An opening in the stomach made surgically, usually connecting the stomach to the outside of the abdomen so that a feeding tube or gut decompression tube can be passed into the stomach.

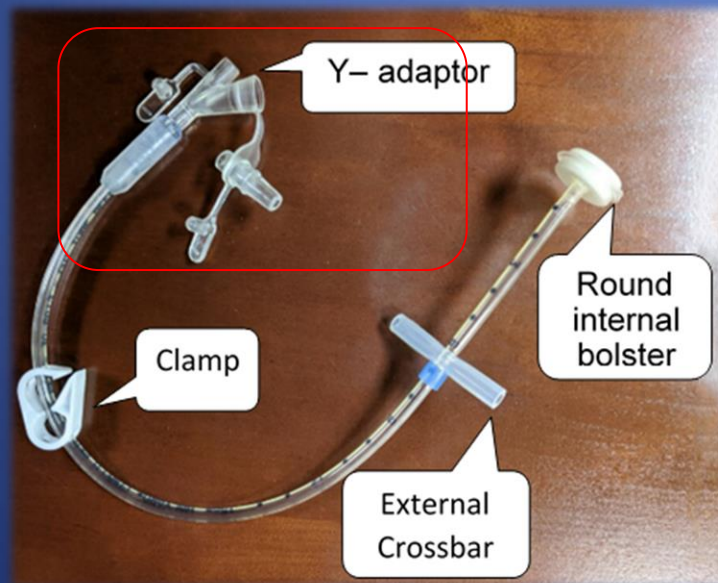


Case Presentation

אחרי חודש ימים מהכנסת פיום קיבה אירוע של הקאה

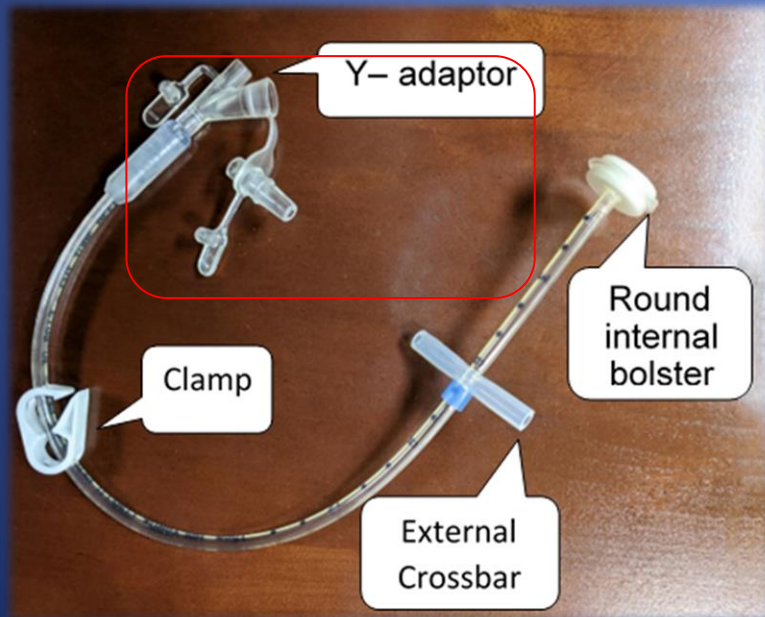
בדיקה גופנית:

- החלק החיצוני המיועד למתן תרופות וכלכלה של ה- PEG לא נצפה, רואים את המאריך המחובר לשקית האזנה.
- פתח של פיום קבה נקי, ללא הפרשות או סימני זיהום
- בטן רכה ולא רגישה



Case Presentation

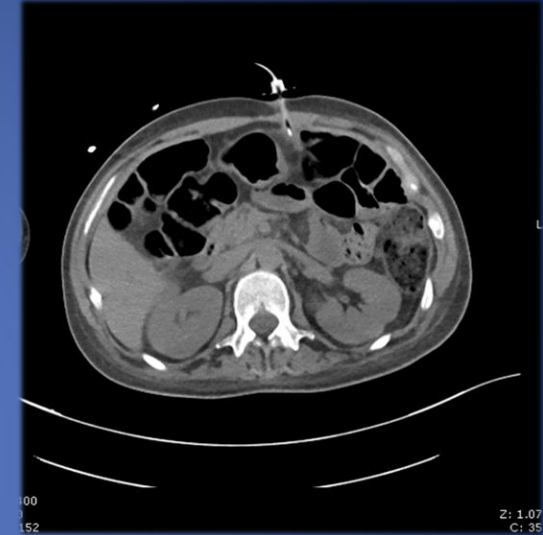
באותו יום התייעצות עם רופא ממכון גסטרו בו הוכנס פיוס קיבה הומלץ
להמשך מעקב, אין צורך בהתערבות דחופה והומלץ להשלים בירור עי"
בדיקת CT בטן



Case Presentation

Imaging results:

- גוף זר מתמשך לאילאום הדיסטלי עד מעי גס רוחבי
- לא רואים אוויר חופשי
- פיתולי המעי הגס המורחבים מעט מכילים תוכן צואה



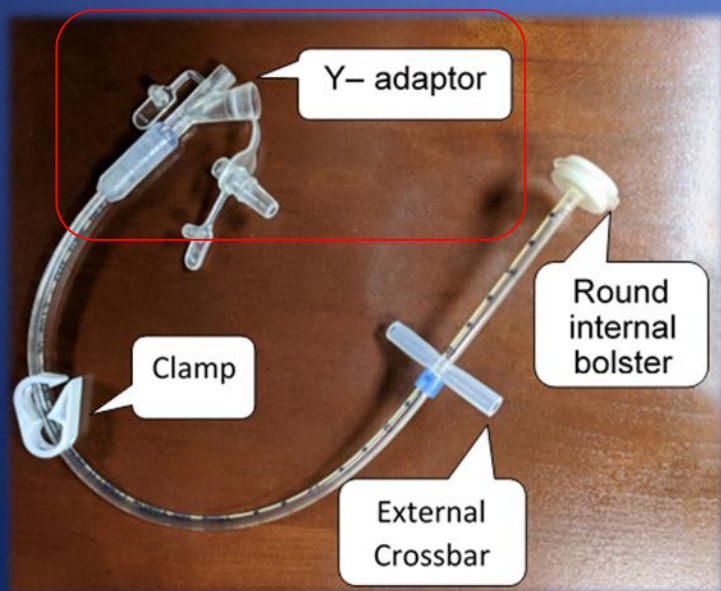
Case Presentation

- אחרי בדיקת CT בטן לפי רופא גסטרו סביר להניח שגוף זר (פיוס קיבה) יצא
 באופן ספונטני לכן הומלץ על המשך מעקב בלבד ללא צורך בביצוע
 קולונוסקופיה.

- מעקב יומי כולל בדיקת בטן ובדיקת רקטלית

- בעוד שלושה שבועות בבדיקת רקטלית רוטינית נצפה גוף זר, שהוצא ע"י

רופא, אך בבדיקתו לא בשלמותו (ללא חלק Y-adaptor)



Imaging results:



Imaging results:

- אחרי צילום בטן שלא הדגים גוף זר, הוחלט לבצע בדיקת CT חוזר לצורך גילוי מיקום של חלקת חיצוני Y adapter- של פיוס קיבה



- בעוד שבועיים עברה בדיקת CT בטן ביקורת-אין עדות לגוף זר בלולאות המעיים



Percutaneous gastrostomy: complication

- דליפה מאזור כניסת הגסטרוסטום



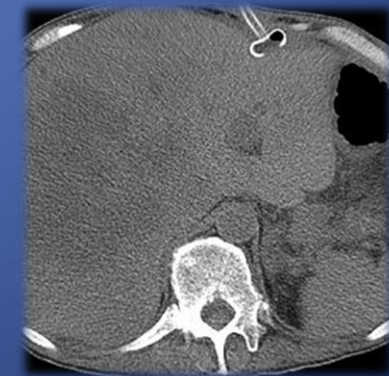
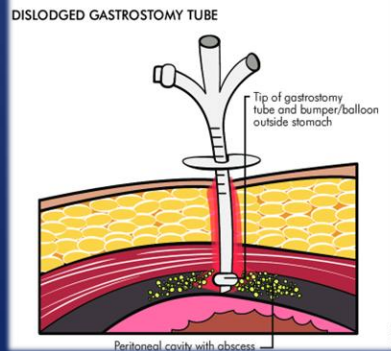
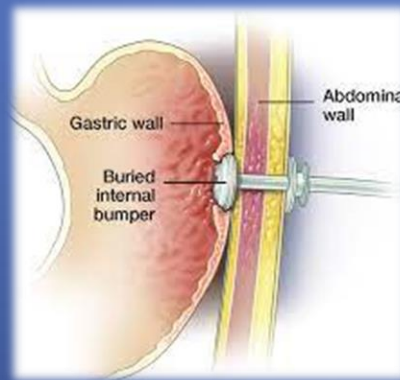
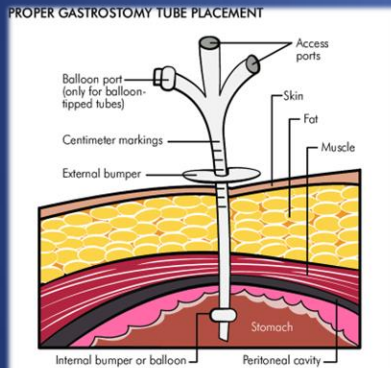
- היפרגרנולציה



- תסמונת Buried Bumper

- צינורות נעקרו ממקומם

- צינורות נודדים



Percutaneous gastrostomy: complication

צינור גסטרוסטום נודד- נדידת צינורות פיום קיבה היא סיבוך יוצא דופן אשר עלול להופיע כחסימת מעי דק מאוחרת.



medscape ©

<http://www.medscape.com>

סיבות:

- שלשולים

- פריסטלטיקה מוגברת

תסמינים קליניים:

- בחילות והקאות, כאבים אפיגסטריים, תפיחות בטנית

ביטוי בבדיקה פיזיקלית:

- סימון ס"מ בעור גדול יותר

- Y-adapter יושב על גובה העור

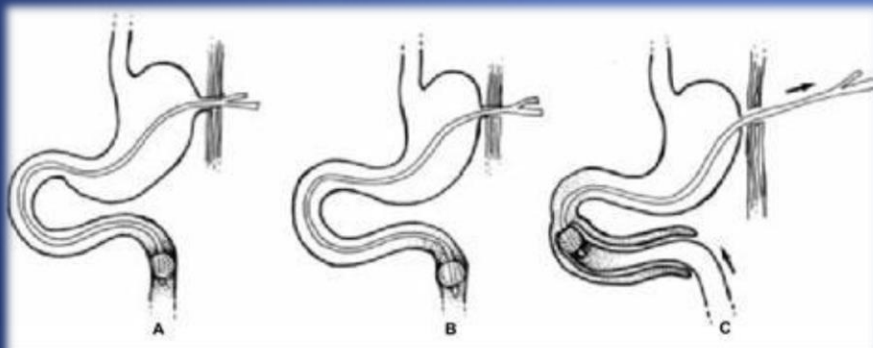
Percutaneous gastrostomy: complication

צינור גסטרוסטום נודד

טיפול מידי ליד מיטת המטופל:

- מושכים את הצינור פיום קיבה בחזרה למצב רגיל ואם יש התנגדות מוגזמת, מפסיקים למשוך

- אם אין התנגדות, אז לרוקן את האוויר בבלון, למשוך אחורה צינור חיצוני לסימון 5"מ הרגיל, ולנפח את הבלון לנפח רגיל



Percutaneous gastrostomy: complication

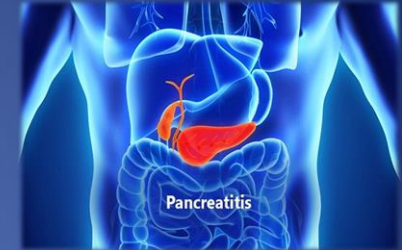
CASE REPORT AND BRIEF REVIEW



Acute Pancreatitis From Gastrostomy Tube Migration in a Nursing Home Resident

Amit Bhargava, MD; Curtis Andrews, DO; Raquel Belforti, DO

March 2011



Feeding tubes are commonly placed in nursing home residents. While complications such as acute pancreatitis secondary to gastrostomy tube migration are rare, they can occur. The authors report one such case in a young nursing home resident who initially presented to the hospital with nonbilious vomiting, restlessness, and agitation. In conducting a literature review, the authors identified a few similar cases, highlighting the need to consider this rare complication in any patient who has a feeding tube and presents with distressing gastrointestinal symptoms, especially if a workup reveals elevated serum pancreatic enzyme levels.

Conclusion

Our report adds an additional case of acute pancreatitis resulting from G-tube migration to the literature. When presented with a patient with a G-tube who has acute pancreatitis, a diagnosis of acute obstructive pancreatitis secondary to a migratory G-tube must be considered. Residents of long-term care facilities often receive supplemental nutrition through a G-tube; thus, this population has a greater risk of this rare complication. In such individuals, prompt imaging with either plain film radiography of the abdomen or a contrast-enhanced CT scan can help identify this condition. Once diagnosed, the definitive treatment is removal of the obstruction and placement of a new G-tube, which should lead to normalization of serum pancreatic enzyme levels and resolution of symptoms. Early recognition of this unusual etiology of acute pancreatitis and prompt management can reduce the length of hospitalization and improve patient outcomes.

Obstruction of the duodenal papilla due to frequently reported complication of G-tube. Med and Ovid revealed fewer than 10 cases. Using these tubes without external bumpers, radiologic confirmation after G-tube placement in residents who are debilitated, bedbound, and unable to move the tube by patients or their caretakers may be a case of a young nursing home resident who migrated his G-tube. This case serves to illustrate this unusual complication of G-tube

Percutaneous gastrostomy: complication



Figure 2. Contrast-enhanced CT scan of the abdomen showing the G-tube balloon inflated within the third portion of the duodenum (arrow).

Percutaneous gastrostomy: complication



Case Report

Volume 8, Number 12, December 2017, pages 407-408

Tube Migration Leading to Gastric Outlet Obstruction: An Unusual Complication of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

Case Report

[Top](#)

A 72-year-old female with past medical history of congenital ataxia and intellectual disability with persistent oropharyngeal dysphagia and PEG placement for nutritional support for the last two decades presented to the emergency room with complaints of a misplaced feeding tube. Over the last 3 weeks, the patient would get agitated and would pull the PEG tube out which led to multiple bedside and/or endoscopic PEG replacements. Thereafter, the 28 Fr PEG tube was changed to a Mickey. It is shorter in length, and thus less prone to dislodgement. Specifically, a 24 Fr Mickey was selected as it is the largest diameter Mickey available.

After 28 days of Mickey placement without any issues, the patient presented again to our emergency room with misplaced Mickey tube. On physical examination, the extension tubing was observed coming out of the gastro-cutaneous fistula tract. The diagnosis of internal tube migration into the stomach was considered as the Mickey tube along with the external bumper was not visualized. The abdominal X-ray performed revealed that the contrast filled Mickey balloon was noticed in the stomach (Fig. 1). At bedside, an attempt was made to pull the Mickey through the formed fistula tract, but the effort was unsuccessful. Thus, a decision was made to undergo a concomitant esophagogastroduodenoscopy (EGD), which revealed that the Mickey tube had migrated entirely into the stomach with the inflated Mickey balloon obstructing the pylorus (Fig. 2). The balloon was then successfully deflated with an endoscopic injection needle (Fig. 3). The extension tubing on the external surface of the body was then cut, and the Mickey tube was removed completely with the use of an endosnare without any complications through the oral cavity. Subsequently, a new 28 Fr PEG tube was placed and secured in appropriate fashion.



Percutaneous gastrostomy: complication



Discussion

▲ Top

PEG placement is a well-established technique for administering long-term enteral nutrition. Gastric outlet obstruction is a rare complication of gastrostomy tube placement caused by migration of the tube into pyloric channel or duodenal bulb [2-5].

Internal tube migration presents with obstructive symptoms of nausea, vomiting and crampy abdominal pain [4]. The absence of external bolster (such as in Foley Catheter) and placement of gastrostomy tube in pylorus are risk factors leading to gastric outlet obstruction. An abdominal X-ray or endoscopy usually confirms the diagnosis. It is extremely important to recognize the possibility of tube migration in appropriate clinical settings as delay in recognition may lead to necrosis or ulceration of the tissue. Careful retraction of the tube through the fistula tract, or endoscopic extraction, would solve the problem in majority of the cases.

In summary, if a patient with ballooned feeding tube develops obstructive intestinal symptoms, internal migration should be considered. Early recognition aids in prevention of morbidity in terms of small bowel obstruction, ulceration and avoids surgical intervention.



Percutaneous gastrostomy: complication

לסיכום:

הכנסת פיום קיבה פעולה בטוחה וסיבוכים קשים נדירים. הרופאים אמורים לדעת על סיבוכים נדירים ומאוחרים כדלקת לבלב חסימתית, חסימת יציאה הקיבה, כדי למנוע התערבות כירורגית מיותרת



Thank You