

STUDY CASE

The surgical complications of a gastrostomy in a patient with squamous cell carcinoma of the oral cavity and tongue

Maria-Mirabela Mihăilescu-Marin^{1,2}

¹Universitatea Transilvania Braşov, România

²Fundația HOSPICE Casa Speranței, Braşov, România

Abstract

Introduction: The worldwide incidence of oral cavity cancers is continuously increasing. One of the reasons patients with oral cavity cancer seek medical attention is dysphagia. Enteral nutrition is used for patients unable to feed themselves due to the presence of oropharyngeal/upper digestive tract neoplasms, who have a life expectancy of weeks.

The aim is to present the case of a patient with advanced squamous cell carcinoma of the oral cavity and tongue who required palliative care to reduce complications associated with the gastrostomy.

Material and Method: The medical record of the patient and the observation sheet completed during hospitalization were analysed, and the evolution of gastrostomy complications during hospitalization was monitored.

Case presentation: A 63-year-old patient known with advanced locoregional squamous cell carcinoma of the oral cavity and tongue, with bilateral submandibular lymph node metastases and left paramedian involvement, was admitted in July 2023 to the Inpatient Unit of the HOSPICE Casa Speranței Foundation in Braşov, for symptom control due to the locoregional progression of the oncological disease and complications of the gastrostomy.

Discussions: Due to late identification of malignant tumours in the oral cavity, in most cases, the only recommended treatment option remains palliative care. Dysphagia is one of the reasons for seeking medical attention. Enteral nutrition is one of the artificial feeding solutions aimed at improving the quality of life for patients. Before resorting to gastrostomy placement, it is necessary to identify eligible patients and those who, together with their families, accept the benefits and risks of the procedure.

Conclusions: Patients with gastrostomy require continuous medical support to prevent possible post-procedural complications and to reduce the impact of the gastrostomy on the patient's and family members' daily lives.

Rezumat

Introducere: Incidența la nivel mondial a cancerului cavității bucale este în continuă creștere. Unul dintre motivele prezentării la medic al pacienților cu cancer al cavității bucale este disfagia. Nutriția enterală este utilizată la pacienții incapabili de a se alimenta datorită prezenței unei neoplazii orofaringiene/tub digestiv superior care au o speranță de viață de săptămâni.

Scopul este de a prezenta cazul unui pacient cu cancer de planșeu bucal și limbă avansat care a necesitat îngrijiri paliative pentru reducerea complicațiilor apărute la nivelul gastrostomei.

Material și metodă: S-a analizat dosarul medical al pacientei și foaia de observație completată în cadrul internării și s-a urmărit evoluția complicațiilor gastrostomei pe perioada internării.

Prezentare de caz: Pacientă în vârstă de 63 ani cunoscută cu cancer de planșeu bucal și limbă, avansat locoregional prin prezența determinărilor secundare ganglionare submandibulare bilaterale și paramediană stângă, se internează în iulie 2023 în Unitatea cu Paturi a Fundației HOSPICE Casa Speranței Braşov pentru controlul simptomelor date de evoluția locoregională a bolii oncologice, precum și pentru complicațiile gastrostomei.

Discuții: Datorită identificării tardive a tumorilor maligne la nivelul cavității bucale, în majoritatea cazurilor singurul tratament indicat rămâne cel paliativ. Disfagia este unul dintre motivele prezentării la medic. Nutriția enterală este una din soluțiile de hranire artificială care are ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților. Înainte de a se apela la montarea unei gastrostome este necesară identificarea pacienților eligibili și a celor care își asumă împreună cu familia beneficiile, dar și riscurile procedurii.

Concluzii: Pacienții cu gastrostomă necesită suport medical permanent pentru a preveni posibilele complicații postprocedurale și a reduce impactul gastrostomei asupra vieții cotidiene a pacientului și aparținătorilor.

Introduction

The incidence of oral cavity cancer is continuously increasing worldwide, especially among young individuals. [1] The contributing risk factors in its development are lifestyle-related factors, namely alcohol consumption, smoking, diet, as well as pollution, factors that can be eliminated as a preventive measure against the occurrence of cancer in this location. [2]

Although patients identify the lesion themselves, they often present to the doctor at an advanced stage, at which point they complain of pain, dysphagia, and dysphonia. [3]

The incapacity of alimentation for patients with head and neck cancer or upper gastrointestinal cancer, which is due to oropharyngeal dysphagia or gastric obstruction caused by mechanical/functional factors related to neoplasia or as a result of chemoradiotherapy, represents a criterion for the use

of enteral nutrition. [4] Early gastrointestinal access is recommended for patients with a life expectancy of several weeks or months. Depending on life expectancy, patients may benefit from the placement of a gastrostomy or a nasogastric tube. Gastrostomy tube placement is considered appropriate for a life expectancy of over 6 weeks. [5]

The clinical assessment of oncologic patients unable to feed orally is recommended to be carried out within a multidisciplinary team. This evaluation includes information related to the tumour site (gastrointestinal or outside the digestive tract), the direct/indirect effects of the primary or secondary tumour on the digestive tract, the general clinical status of the patient, including prognosis, nutritional status, performance score, quality of life, potential effects of nutritional support, as well as the patient's and family's wishes and expectations. [6] One of the ways to achieve enteral nutrition is through gastrostomy. In its placement, patient's prognosis, intestinal functionality, goals, and patient's preferences need to be considered. [7]

The purpose of this study is to present the complications that occurred post-surgical gastrectomy in a patient with advanced locoregional squamous cell carcinoma of the oral cavity and tongue, evidenced by bilateral submandibular lymph node metastases and left paramedian involvement.

Materials and Methods

The admission observation sheet completed for the patient, electronic medical records, and palliative care sheet from the outpatient department were analysed. Information extracted from medical documents include the disease history, past medical history, substance abuse history, current stage of oncological disease, patient's complaints at admission, and treatment during hospitalization. Informed consent was obtained from the patient for participation in the educational and scientific research process.

Case Presentation

A 63-year-old female known with non-keratinizing squamous cell carcinoma of the oral cavity and tongue, advanced locoregionally due to bilateral submandibular lymph node metastases and left paramedian involvement, was admitted in July 2023 to the Inpatient Unit of the HOSPICE Casa Sperantei Foundation in Brasov for symptom control related to the locoregional progression of the disease and complications of the gastrostomy.

From her **past medical history**, we note grade 3 hypertension, very high cardiovascular risk, Hypertensive Cardiopathy, Moderate Mitral Regurgitation, Chronic Toxic-Nutritional Hepatitis and chronic smoking.

Regarding the disease history, we note the onset in April 2023 with the appearance of a right submandibular adenopathy, hard consistency, spontaneously sensitive, followed by the appearance approximately 1 month later of an ulcerated-necrotic formation on the oral cavity planus.

On May 22, 2023, the patient was admitted to the maxillofacial surgery department where a biopsy of the oral cavity planus tumour formation was performed, and histopathological examination revealed the presence of non-keratinizing squamous cell carcinoma.

On June 16, 2023, the patient was consulted in the outpatient department of the HOSPICE Casa Sperantei Foundation in Brasov, complaining of moderate intensity pain localized in the oral cavity, not relieved by Tramadol combined with

Paracetamol 37.5mg/325mg 2 tablets/day and Algocalmin 500 mg tablets as needed, moderate appetite loss, solid food dysphagia and insomnia due to pain. Thus, treatment was initiated with regular administration of Tramadol 50 mg tablets every 8 hours and as needed, up to a maximum of 400 mg/day, regular administration of a softening laxative, steroidal anti-inflammatory, proton pump inhibitor. Subsequently, she was referred to the surgery department for the placement of a gastrostomy tube for feeding purposes.

The patient developed total dysphagia, leading to surgical intervention on June 19th, 2023, for the placement of a feeding gastrostomy tube.

For cancer staging and specific treatment determination, the patient was referred to the oncology department, which recommended undergoing imaging investigations.

On June 30th, 2023, the patient underwent cervical region MRI with contrast substance, revealing the presence of a space-occupying process on the oral cavity planus and tongue, measuring 70/40/60 mm, with mandibular lytic component at the incisors level, associating multiple submandibular lymphadenopathies with adenopathy blocks up to 50/37 mm bilaterally. Additionally, a 12 mm left paramedian lymphadenopathy was observed.

To complete the imaging evaluation, on July 5th, 2023, the patient underwent chest-abdomen-pelvis CT with contrast, showing bilateral pulmonary nodules up to 7 mm, necrotic lymphadenopathy with a diameter of 18 mm suprasternal, pericarditis with 15 mm anterior thickness, and abdominal lymphadenopathies with a short axis up to 12 mm.

The patient's condition deteriorated rapidly due to nutritional decline, increased size of the tumour formation in the planus of the mouth and tongue, onset of pain and bleeding, as well as peristomal complications with the discharge of viscous, greenish secretions.

As a result, the patient requested a consultation at the outpatient palliative care clinic of the HOSPICE Casa Sperantei Foundation, during which the minor opioid dose was adjusted, an anxiolytic was introduced for anxiety, and an antifungal medication was prescribed for oral candidiasis. Additionally, it was recommended to collect cultures from the gastrostomy site and to present for admission for symptom control and surgical wound care.

On July 10th, 2023, the patient was admitted to the Inpatient Unit of the HOSPICE Casa Sperantei Foundation in Brasov, complaining of pulsatile pain in the oral cavity floor, maximal pain score 6-7/10, drooling, insomnia, marked anxiety, dizziness, constipation, weight loss - 15 kg in 6 months, and night sweats.

Upon **physical examination**, the following findings were noted: ECOG performance status 3, cachectic appearance, pale-cachectic and dry skin, marked oral candidiasis, halitosis, diminished pulses in bilateral pedal arteries, increased mid-arm circumference transversely, regular and tachycardic heart sounds synchronous with pulse, BP= 140/80 mmHg, HR= 102 bpm, ulcerated tumour on the right hemi limb approximately 7 cm in size, spontaneously and palpably tender, reduced lingual mobility due to trismus, indurated right submandibular lymph node, approximately 6/7 cm, hard, immobile, non-tender on palpation, abundant purulent greenish secretions at the gastrostomy site, erythematous, oedematous, tender skin around the gastrostomy, partially patent gastrostomy, excavated abdomen, mildly distended, liver palpable 2 cm below the costal margin, mildly tender on palpation, oriented temporally and spatially.

The patient received treatment with minor opioids (Tramadol 100 mg ampoule every 8 hours administered subcutaneously and Tramadol 50 mg as needed, maximum 400 mg/day), steroidal anti-inflammatory (Dexamethasone 8 mg ampoule 1-0-0 subcutaneously with gradual tapering every 5 days by 2 mg), Omeprazole 20 mg 1-0-0 via gastrostomy, Lactulose syrup 30 ml twice daily, Bisacodyl 5 mg 0-0-1, Lorazepam 1 mg 0-0-1, Amoxicillin-clavulanic acid 1.2 g ampoule every 12 hours administered intravenously, Linex forte 1-0-1, Enalapril 5 mg 1-0-1, Bisoprolol 2.5 mg 1-0-1, Nystatin solution 4x1 ml, Lidocaine spray 3x1 puff/day locally in the oral cavity.

At the gastrostomy site, surgical wound lavage with povidone-iodine solution was performed at least twice daily.

Biologically, culture from the peristomal secretions showed the presence of *Klebsiella* spp., which was sensitive to Augmentin. There was leucocytosis with neutrophilia, low blood iron level, elevated GGT, and negative urine culture.

The patient's condition deteriorated during hospitalization with the onset of dysphonia and acute respiratory failure, prompting transfer to the ENT department for emergency tracheostomy.

Discussions

Oral cavity cancers are squamous cell carcinomas in 95% of cases. Tongue involvement is identified in 40% of cases, while involvement of the mouth planus occurs in 30% of cases. Due to the late identification of malignant tumours in the oral cavity, which become locally invasive, curative treatment is no longer an option in most cases, and the prognosis becomes reserved. [8] Palliative treatment remains indicated, especially palliative radiotherapy, which aims to improve the quality of life for patients. [9]

Due to the progression of cancer through tumour invasion in the oral cavity, oral feeding is limited due to dysphagia, which predisposes to malnutrition. This was also the case with our patient, who initially complained of solid food dysphagia, which rapidly progressed to total dysphagia, exacerbating her nutritional deficit. Unfortunately, although the patient was advised to undergo feeding gastrostomy when her biological status was better, she refused until the moment when total dysphagia appeared, further depriving her of energy. In oncologic patients receiving palliative care, malnutrition leads to a low performance status, reduced quality of life, unplanned hospitalizations, and reduced survival. [10]

Enteral nutrition represents an option for patients requiring palliative care as long as it brings a beneficial contribution to the patient's quality of life, and the risk of dying from malnutrition outweighs the risk of dying from the progression of the oncological disease. [5]

Nutritional artificial support for cancer patients in palliative care can contribute to improving their quality of life when it is part of an early holistic palliative care approach. This approach considers multiple factors related to both the patient's clinical condition (prognosis, nutritional status, ECOG performance status) and the patient's preferences. [10]

The presence of alternative oral nutrition options may prolong the lives of patients, but it is possible that they may not improve their quality of life due to complications that can arise in the absence of necessary care after such an intervention. Therefore, it is necessary to weigh the risks against the benefits when opting for parenteral nutrition. [10]

If patients' goals are not known and respected, they may regret the decision made. Thus, after being informed about the benefits and risks of enteral nutrition, patients should be able

to make a decision that they accept even if the outcome is unfavourable. [11]

Gastrostomy represents a surgical communication between the stomach and the abdominal wall. It can be performed in three ways: percutaneously, radiologically or surgically. Percutaneous endoscopic gastrostomy is the gold standard for enteral nutrition, but it has the disadvantage of requiring specialized personnel, specific tubes, and carries the risk of disseminating malignant cells in cases of pharyngeal or oesophageal cancers or the impossibility of performing it in patients with oropharyngeal or oesophageal tumours. [7,12]

Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy range from 0.4% to 22.5%. [13] These can be minor or major. Minor complications include tissue granulation hypertrophy, wound infection, catheter obstruction, peristomal leakage, gastric outlet obstruction, diarrhoea/constipation, and stoma closure defects post-removal, while major complications include bleeding, ileus, intra-abdominal organ injuries, necrotizing fasciitis, aspiration pneumonia, buried bumper syndrome, and volvulus. [7]

Regarding the number and severity of complications, when comparing endoscopic gastrostomy with surgical gastrostomy, the study by Chang et al. (2020) showed a lower number of major complications in patients with head and neck cancers and upper digestive tract cancers who underwent percutaneous endoscopic gastrostomy. Major complications in patients undergoing surgical gastrostomy included gastrostomy tube dysfunction, postoperative pneumonia, severe peristomal infection, peristomal bleeding, and death within 30 days postoperatively. [14]

Peristomal infection was one of the complications presented by the patient at the gastrostomy site. This complication was highlighted by the presence of erythema associated with induration, oedema, local pain, and abundant greenish secretions at the peristomal level. Additionally, culture sampling from the peristomal secretions revealed the presence of bacteria for which targeted systemic treatment was instituted. To reduce secretions and diminish odour, the wound was irrigated with povidone-iodine solution, and the dressing was changed at least twice a day.

Intermittent obstruction of the gastrostomy tube was resolved by flushing warm water (50 ml) through the gastrostomy tube by push-pull movements and prophylactically administering warm water (50 ml) after each ingestion of food or medication. In our patient's case, peristomal infection and intermittent obstruction of the gastrostomy tube exacerbated the suffering caused by the change in body image resulting from the introduction of the gastrostomy and the patient's dependence on caregivers and nursing staff. Thus, concerns about the future were amplified, leading to the emergence of psycho-emotional distress.

Conclusions

Patients who opt for feeding gastrostomy, besides being exposed to complications that may arise from the technique used for its placement, also face complications associated with the prolonged maintenance of the gastrostomy tube. In order to reduce the risks, the benefits of the gastrostomy must be carefully weighed against the possible complications in a patient who is stretched and biologically exhausted. The patient undergoes an invasive procedure that will, in most cases, result in a slow, poor recovery. Therefore, in order to minimize the impact of gastrostomy on the quality of life of patients and their families, measures should be taken from the

time of placement to reduce risks and complications through adequate education of both, the patient and their caregivers, regarding the use and maintenance of the feeding tube. The particularity of the case lies in the attempt to alleviate suffering in a patient with advanced stage of cancer and poor prognosis, through continuous care of the gastrostomy and postoperative lesions.

Complicațiile gastrostomei chirurgicale la o pacientă cu carcinom scuamos de planșeu bucal și limbă

Incidența cancerului de la nivelul cavității bucale este într-o continuă creștere la nivel mondial, în special la persoanele tinere. [1] Factorii de risc încriminați în apariția acestuia sunt factori legați de stilul de viață și anume consumul de alcool, fumatul, dieta, dar și poluarea, factori care pot fi înlăturați ca o măsură de prevenție a apariției cancerului cu această localizare. [2] Deși, leziunea este identificată de către pacienți, aceștia se prezintă la medic în stadiu avansat, moment în care aceștia acuză durere, disfagie și disfonie. [3]

Incapacitatea de a se alimenta a pacienților cu cancer de cap și gât sau cancer de tub digestiv superior, care se datorează disfagiei orofaringiene sau obstrucției gastrice determinate de factori mecanici/funcționali legați de neoplazie sau ca rezultat al chimioterapiei, reprezintă un criteriu de utilizare a nutriției enterale. [4] Realizarea unui acces gastrointestinal timpuriu se recomandă a se efectua la pacienții cu o speranță de viață de câteva săptămâni sau luni. În funcție de speranța de viață, pacienții pot beneficia de montarea unei gastrostome sau a unei sonde nazogastrice. Montarea unei gastrostome se consideră oportună la o speranță de viață de peste 6 săptămâni. [5]

Evaluarea clinică a pacientului oncologic aflat în incapacitate de a se alimenta oral se recomandă a se realiza în cadrul unei echipe multidisciplinare. Această evaluare cuprinde informații legate de localizarea tumorii (gastrointestinale sau în afara tractului digestiv), efectele directe/indirecte ale tumorii primare sau secundare asupra tractului digestiv, starea clinică generală a pacientului, care include prognosticul, statusul nutrițional, scorul de performanță, calitatea vieții, efectele potențiale ale suportului nutrițional, precum și dorințele și așteptările pacientului și ale aparținătorilor. [6] Una dintre modalitățile de realizare a nutriției enterale este gastrostomia. În montarea acesteia se ține cont de prognosticul pacientului, funcționalitatea intestinală, obiectivele și dorințele pacientului. [7]

Scopul acestei lucrări este de a prezenta complicațiile survenite post gastrectomie chirurgicală la o pacientă cu carcinom scuamos de planșeu bucal și limbă, avansat locoregional prin prezența determinărilor secundare ganglionare submandibulare bilaterale și paramediană stângă.

Material și metodă

Au fost analizate foaia de observație completată la internarea pacientei, dosarul electronic și foaia de îngrijiri paliative din serviciul de ambulator. Informațiile extrase din documentele medicale se referă la istoricul bolii, antecedentele personale patologice, consumul de substanțe toxice, stadiul actual al bolii

oncologice, acuzele exprimate de pacientă la internare și tratamentul pe parcursul internării. S-a obținut consimțământul informat al pacientului pentru participarea în procesul educativ și de cercetare științifică.

Prezentare de caz

Pacientă în vârstă de 63 ani, cunoscută cu carcinom scuamos nekeratinizat de planșeu bucal și limbă, avansat locoregional prin prezența determinărilor secundare ganglionare submandibulare bilaterale și paramediană stângă se internează în iulie 2023 în Unitatea cu Paturi a Fundației HOSPICE Casa Speranței Brașov pentru controlul simptomelor date de evoluția locoregională a bolii, precum și pentru complicațiile gastrostomei.

Din **antecedentele personale patologice** reținem HTA gr. 3 risc cardiovascular foarte înalt, Cardiopatia Hipertensivă, Regurgitarea Mitrală Moderată, Hepatita cronică toxic-nutrițională și Tabagismul cronic.

Din **istoricul bolii** reținem debutul din luna aprilie 2023 prin apariția unei adenopatii submandibulare drepte, de consistență dură, sensibilă spontan, urmată de apariția la distanță de aproximativ 1 lună a unei formațiuni tumorale ulcero-necrotice la nivelul planșeului bucal.

În data de 22.05.2023, pacienta se internează în serviciul de chirurgie maxilo-facială unde i se efectuează biopsia formațiunii tumorale de la nivelul planșeului bucal, iar examenul histopatologic (EXP) relevă prezența unui carcinom scuamos nekeratinizat.

În 16.06.2023, pacienta este consultată în serviciul de ambulator al Fundației HOSPICE Casa Speranței Brașov, aceasta acuzând durere cu localizare la nivelul cavității bucale, de intensitate moderată, neameliorată de Tramadol combinat cu Paracetamol 37.5 mg/325 mg 2 tb/zi și Algalcalmin tb 500 mg administrat la nevoie, inapetență moderată, disfagie pentru solide, insomnie datorită durerii, motiv pentru care se instituie tratament administrat regulat cu Tramadol tb 50 mg 1 tb la 8 ore și la nevoie, maxim 400 mg/zi, laxativ de înmuiere administrat regulat, antiinflamator steroidian, inhibitor de pompă de protoni. Ulterior este îndrumată spre serviciul de chirurgie în vederea montării unei gastrostome în scopul facilitării alimentației.

Pacienta dezvoltă disfagie totală, motiv pentru care în data de 19.06.2023 se intervine chirurgical și se montează o gastrostomă pentru alimentație.

Pentru stadializarea bolii oncologice și stabilirea tratamentului specific, pacienta se adresează serviciului de oncologie care recomandă efectuarea de investigații imagistice.

În data de 30.06.2023 pacienta efectuează RMN de regiune cervicală cu substanță de contrast (s.c.) care pune în evidență prezența unui proces înlocuitor de spațiu la nivelul planșeului bucal și limbii, cu dimensiune de 70/40/60 mm, cu componentă litică mandibulară la nivelul incisivilor, care asociază multiple adenopatii la nivel submandibular cu formare de blocuri adenopatică de până la 50/37 mm bilateral. De asemenea, se constată prezența unei adenopatii de 12 mm localizată paramedian stânga.

Pentru completarea evaluării imagistice, pacienta efectuează în data de 05.07.2023 CT torace -abdomen-pelvis cu s.c. care relevă prezența unor noduli pulmonari bilaterali de până la 7 mm, adenopatie necrozată, cu diametru de 18 mm suprasternal, pericardită cu grosime de 15 mm anterior și adenopatii abdominale cu ax scurt de până la 12 mm.

Starea pacientei se deteriorează rapid datorită declinului nutrițional, creșterea în dimensiuni a formațiunii tumorale de la

nivelul planșeului bucal și limbii, apariția durerii și a hemoragiei, precum și complicațiilor peristomale cu exteriorizări de secreții vâscoase, verzui.

Astfel, pacienta solicită consult în ambulatoriu de îngrijiri paliative din cadrul Fundației HOSPICE Casa Speranței, în urma căruia se ajustează doza de opioid minor, se introduce anxiolitic pentru anxietate și antimicotic pentru candidoza orală. De asemenea, se recomandă recoltarea de culturi de la nivelul gastrostomei și prezentarea la internare pentru controlul simptomelor și îngrijirea plăgii chirurgicale.

În data de 10.07.2023 pacienta se internează în Unitatea cu Paturi a Fundației HOSPICE Casa Speranței Brașov acuzând durere la nivelul planșeului bucal, cu caracter pulsativ, SAV maxim 6-7/10, sialoree, insomnie, anxietate marcată, vertij, constipație, scădere ponderală – 15 kg în 6 luni, transpirații nocturne.

La **examenul obiectiv** se constată ECOG 3, facies teros, tegumente palid-teroase, uscate, candidoză orală marcată, halenă fetidă, puls diminuat la arterele pedioase bilateral, AMC mărită transversal, zgomote cardiace ritmice, tahicardice, sincrone cu pulsul, TA= 140/80 mmHg, AV= 102 bpm, tumoră exulcerată hemilimbă dreaptă, de aprox. 7 cm, sensibilă spontan și la palpare, mobilitate linguală redusă datorită trismusului, halenă fetidă, bloc adenopatic submandibular drept, de aprox 6/7 cm, dur, imobil, nedureros la palpare, secreții purulente adundente de culoare verzuie la nivelul gastrostomei, tegument eritematos, edematizat, dur în jurul gastrostomei, gastrostomă parțial permeabilă, abdomen escavat, ușor meteorizat, ficat la 2 cm sub rebordul costal, ușor sensibil la palpare, orientată temporo-spațial.

Pacienta a primit tratament cu opioid minor (Tramadol f 100 mg 1 fiolă la 8 ore administrat s.c. și Tramadol f 50 mg la nevoie, Maxim 400 mg/zi), antiinflamator steroidian (Dexametazonă f 8 mg 1-0-0 s.c. cu scădere graduală la fiecare 5 zile cu câte 2 mg), Omeprazol 20 mg 1-0-0 pe gastrostomă, Lactuloză sirop 30 ml de 2 ori pe zi, Bisacodil 5 mg 0-0-1, Lorazepam 1 mg 0-0-1, Amoxicilină/Acid clavulanic 1,2 g 1 flacon la 12 ore administrat intravenos, Linex forte 1-0-1, Enalapril 5 mg 1-0-1, Bisoprolol 2,5 mg 1-0-1, Nystatin soluție 4x1 ml, Lidocaină spray 3 x 1 puf/zi local la nivelul cavității bucale.

La nivelul gastrostomei s-a efectuat zilnic de cel puțin 2 ori pe zi lavajul plăgii chirurgicale cu ser betadinat.

Din punct de vedere **biologic** s-a evidențiat în cultura din secrețiile de la nivel peristomal prezența Klebsiellei spp. care este sensibilă la Augmentin; leucocitoză cu neutrofilie, nivel scăzut al nivelului de fier din sânge, GGT crescut, urocultură negativă.

Starea pacientei s-a deteriorat pe perioada internării cu apariția disfoniei și a insuficienței respiratorii acute, motiv pentru care pacienta a fost transferată în serviciul ORL în vederea efectuării traheostomei de necesitate.

Discuții

Cancerle cavității bucale sunt în 95 % din cazuri carcinoame scuamoase. Localizarea la nivelul limbii se identifică în 40% din cazuri, iar la nivelul planșeului bucal în 30 % din cazuri. Datorită identificării tardive a tumorilor maligne la nivelul cavității bucale care devin invazive local, în majoritatea cazurilor tratamentul curativ nu mai reprezintă o soluție, iar prognosticul devine rezervat. [8] Tratamentul indicat rămâne cel paliativ, în special radioterapia paliativă care are scopul de a crește calitatea vieții pacienților. [9]

Datorită progresiei cancerului prin invazia tumorală la nivelul cavității bucale se limitează alimentația orală datorită disfagiei care predispune la apariția malnutriției. Acest lucru s-a întâmplat și în cazul pacientei noastre care a acuzat disfagie pentru solide inițial, care s-a transformat rapid în disfagie totală, agravându-i deficitul nutritional. Din păcate, deși pacienta a fost consiliată în vederea realizării gastrostomei de alimentație când statusul biologic era mai bun, aceasta a refuzat-o până în momentul în care a apărut disfagia totală, privând-o și mai mult din punct de vedere energetic. La pacientul oncologic aflat în serviciile de îngrijiri paliative, malnutriția determină un status scăzut de performanță, o calitate redusă a vieții, cu internări neplanificate în spital și o supraviețuire redusă. [10]

Nutriția enterală reprezintă o opțiune pentru pacienții cu nevoi de îngrijiri paliative atâta timp cât aduce un aport benefic calității vieții pacientului, iar riscul de a deceda prin malnutriție este superior riscului de a deceda prin progresia bolii oncologice. [5]

Suportul nutrițional artificial pentru pacienții cu cancer aflați în îngrijire paliativă poate contribui la îmbunătățirea calității vieții lor atunci când face parte dintr-o abordare holistică de îngrijire paliativă timpurie. Aceasta abordare ia în considerare mai mulți factori care țin cont atât de starea clinică a pacientului (prognostic, status nutrițional, ECOG), cât și de preferințele pacientului. [10]

Prezența unor alternative de nutriție a căii orale poate prelungi viața pacienților, dar este posibil să nu le îmbunătățească calitatea vieții datorită complicațiilor ce pot surveni în lipsa îngrijirii necesare după o asemenea intervenție. De aceea, este necesară cântărirea riscurilor față de beneficii când se optează pentru nutriția parenterală. [10]

Dacă obiectivele pacienților nu sunt cunoscute și respectate, pacienții pot regreta decizia luată. Astfel, pacienții după ce au fost informați asupra beneficiilor și riscurilor nutriției enterale, aceștia ar trebui să poată lua o decizie pe care să o accepte chiar dacă rezultatul nu este unul favorabil. [11]

Gastrostomia reprezintă comunicarea realizată chirurgical între stomac și peretele abdominal. Aceasta se poate realiza în trei moduri: percutanat, radiologic sau chirurgical. Gastrostomia percutanată endoscopică este standardul de aur al nutriției enterale, dar are dezavantajul că necesită personal specializat, tuburi specifice și prezintă riscul diseminării celulelor maligne în cazul cancerelor faringiene sau esofagiene sau imposibilitatea realizării acesteia la pacienții cu tumori orofaringiene sau esofagiene. [7,12]

Complicațiile gastrostomiei endoscopice percutanate variază între 0,4% și 22,5 %. [13] Acestea pot fi minore sau majore. Complicațiile minore constau în: hipertrofia țesutului de granulație, infecția plăgii, obstrucția cateterului, scurgerea peristomală, obstrucția la nivelul gurii de ieșire gastrică, diaree/constipație și defecte de închiderea stomale post-suprimare) și majore (hemoragie, ileus, leziuni ale organelor intraabdominale, fasciită necrozantă, pneumonie de aspirație, sindromul bumper îngropat și volvulus). [7]

În ceea ce privește numărul de complicații și gravitatea acestora, atunci când comparăm gastrostomia realizată endoscopic cu cea realizată chirurgical, studiul lui Chang și colab. (2020) a arătat un număr mai mic al complicațiilor majore la pacienții cu cancer de cap și gât și cancer digestiv superior la care s-a efectuat o gastrostomie percutanată endoscopic.

Complicațiile majore apărute la pacienții la care s-a efectuat gastrostomie chirurgicală au fost reprezentate de: disfuncții ale

tubului de gastrostomă, pneumonia postoperatorie, infecția peristomală severă, sângerarea peristomală și deces apărut la 30 de zile postoperator. [14]

Infecția peristomală a fost una dintre complicațiile prezentate de pacientă. Această complicație a fost pusă în evidență prin prezența la nivel peristomal a unui eritem asociat cu indurație, edem, durere locală și secreții abundente verzui. De asemenea, recoltarea unei culturi din secrețiile peristomale au evidențiat prezența unei bacterii pentru care s-a instituit tratament sistemic țintit. Pentru reducerea secrețiilor și diminuarea mirosului s-a realizat spălarea plăgii cu ser betadinat și schimbarea pansamentului de cel puțin 2 ori pe zi. Obstrucția intermitentă a tubului de gastrostomă a fost rezolvată prin administrarea pe tubul de gastrostomă, prin mișcări de împingere și tragere, a unei cantități de 50 ml de apă caldută și preventiv administrarea a 50 ml apă caldută după fiecare ingestie de alimente sau medicamente.

În cazul pacientei noastre, infecția peristomală și obstrucția intermitentă a tubului de gastrostomă au accentuat suferința dată de schimbarea imaginii corporeale apărută odata cu introducerea gastrostomei și dependență pacientei față de aparținători și personalul de îngrijire. Astfel, s-au amplificat îngrijorările legate de viitor care au dus la apariția suferinței psiho-emoționale.

Concluzii

Pacienții care optează pentru gastrostomie de alimentație, pe lângă faptul că sunt expuși complicațiilor care pot surveni în urma tehnicii de realizare utilizate, se expun și complicațiilor care survin odată cu menținerea îndelungată a tubului de gastrostomie. Pentru diminuarea riscurilor trebuie bine puse în balanță beneficiile aduse de gastrostomă comparativ cu posibilele complicații, la un pacient tarat și epuizat biologic. Acesta este supus unei intervenții invazive care va avea, în cele mai multe cazuri, o vindecare greoaie, deficitară. Astfel, pentru a minimaliza impactul gastrostomiei asupra calității vieții pacienților și familiei acestora trebuie, încă de la montarea acesteia, luate măsuri pentru reducerea riscurilor și complicațiilor, printr-o educare adecvată, atât a pacientului cât și a aparținătorilor, în vederea utilizării și întreținerii tubului de alimentație.

Particularitatea cazului constă în încercarea de a reduce suferința la o pacientă cu stadiu avansat de boală oncologică și prognostic limitat, prin îngrijirea permanentă a gastrostomei și a leziunilor postoperatorii.

References

1. Mohideen K, Krithika C, Jeddy N, Balakrishnan T, Bharathi R, Sankari SL. A Meta-analysis of Oral Squamous Cell Carcinoma in Young Adults with a Comparison to the Older Group Patients (2014-2019). *Contemp Clin Dent*. 2021;12(3):213-221. doi:10.4103/ccd.ccd_466_20
2. Johnson NW, Warnakulasuriya S, Gupta PC, et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. *Adv Dent Res*. 2011;23(2):237-246. doi:10.1177/0022034511402082
3. Rutkowska M, Hnutecka S, Nahajowski M, Dominiak M, Gerber H. Oral cancer: The first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. *Adv Clin Exp Med*. 2020;29(6):735-743. doi:10.17219/acem/116753
4. Cocks H, Ah-See K, Capel M, Taylor P. Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130(S2):S198-S207. doi:10.1017/S0022215116000633
5. Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S, On Behalf Of The Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In

6. Cancer. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*. 2021;13(2):306. Published 2021 Jan 22. doi:10.3390/nu13020306
7. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11-48. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015
8. Molina Villalba C, Vázquez Rodríguez JA, Gallardo Sánchez F. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, care and complications. *Gastrostomia endoscópica percutánea. Indicaciones, cuidados y complicaciones. Med Clin (Barc)*. 2019;152(6):229-236. doi:10.1016/j.medcli.2018.09.008.
9. Pałasz P, Adamski Ł, Górska-Chrzastek M, Starzyńska A, Studniarek M. Contemporary Diagnostic Imaging of Oral Squamous Cell Carcinoma - A Review of Literature. *Pol J Radiol*. 2017;82:193-202. Published 2017 Apr 7. doi:10.12659/PJR.900892
10. Shahid Iqbal M, Kelly C, Kovarik J, et al. Palliative radiotherapy for locally advanced non-metastatic head and neck cancer: A systematic review. *Radiother Oncol*. 2018;126(3):558-567. doi:10.1016/j.radonc.2017.12.011
11. A.S.P.E.N. Ethics Position Paper Task Force, Barrocas A, Geppert C, et al. A.S.P.E.N. ethics position paper. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(6):672-679. doi:10.1177/08845336103854294.
12. Muoki DC. Decisional Conflict in Percutaneous Gastrostomy Tube Placement in Adults: An Integrative Review of the Literature. *Gastroenterol Nurs*. 2020;43(5):355-362. doi:10.1097/SGA.0000000000000460
13. Anselmo CB, Terciotti Junior V, Lopes LR, Coelho Neto Jde S, Andreollo NA. Surgical gastrostomy: current indications and complications in a university hospital. *Rev Col Bras Cir*. 2013;40(6):458-462. doi:10.1590/s0100-69912013000600007
14. Cyrany J, Rejchrt S, Kopacova M, Bures J. Buried bumper syndrome: A complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *World J Gastroenterol*. 2016;22(2):618-627. doi:10.3748/wjg.v22.i2.618
15. Chang A, Watcharamon C, Rattanasupa A, et al. Comparison of Clinical Outcomes Between Surgical Gastrostomy and Percutaneous Endoscopic Gastrostomy with Introducer Technique in Patients with Upper Aerodigestive Malignancies: A Single-Center Analysis [published correction appears in *World J Surg*. 2020 May 11;]. *World J Surg*. 2020;44(9):3070-3076. doi:10.1007/s00268-020-05532-z