

## 'Buried bumper syndrome' bij een PEG

12 december 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

---

### Wat is geen voorbeschikkende factor voor een Buried Bumper Syndrome bij een PEG-sonde?

- a. Ondervoeding
- b. Corticosteroiden
- c. Gewichtstoename
- d. Grotere interne bumpers

---

Een percutane endoscopische gastrostomie (PEG) is een vaak gebruikte en algemeen gangbare methode voor het toedienen van enterale voeding, geïntroduceerd in 1980. 0,4% tot 22,5% van de PEG-procedures wordt verward door een mineure of een majeure complicatie. De mineure complicaties, die driemaal vaker voorkomen dan de majeure, omvatten peristomale wondinfecties, verstopping van de stoma, lekkage, subcostale neuralgie, laceratie van de linkerlob van de lever en een vertraagde sluiting na verwijdering.

Majeure complicaties zijn peritonitis, vroegtijdig verlies van de gastrostomie, tumorimplantatie op de PEG-plaats, het „buried bumper syndrome” (BBS), gastrocolocutane fistels, necrotiserende fasciitis en hemorragie. Met een incidentie geschat op 1% (tussen 0,3% en 2,4%) is BBS een van de meest ernstige majeure complicaties. Hierbij migreert het interne fixatieapparaat naar buiten via de stomatractus. Gezien de grote kans op ernstige, levensbedreigende complicaties, met name een intra-abdominaal abces, peritonitis, een abdominaal wandabces en bloedingen, moet er een definitieve verwijdering plaatsvinden.

De gemiddelde tijd tussen de plaatsing van de PEG en het optreden van BBS bedraagt vijftien maanden. Als belangrijkste etiologie voor BBS weerhoudt men de overmatige compressie van weefsel tussen het externe fixatieplaatje en de interne bumper. Bijkomende voorbeschikkende factoren zijn kleinere, stijvere interne bumpers, de aanwezigheid van ondervoeding of risicofactoren voor een slechte wondgenezing (corticosteroiden, chemotherapie), alsook een significante gewichtstoename ten gevolge van de enterale voeding.

De twee belangrijkste preventieve maatregelen zijn een adequate positionering van het externe fixatieplaatje met een afstand van 10 mm tussen de huid en de externe fixator en het (minstens) wekelijks uitvoeren van het „PEG swirl sign” zodra het fisteltraject gevormd is (gemiddeld na twee weken). De typische symptomen bij BBS zijn het onvermogen om vocht of voeding toe te dienen door een verlies van doorgankelijkheid en een lekkage rond de PEG-tube. Men moet het echter ook overwegen indien er een infectie van de stoma optreedt of wanneer er abdominale pijnklachten ontstaan bij een poging tot injectie via de PEG. De diagnose wordt gesteld door een gastroscopie.

Er zijn verschillende opties ter behandeling van BBS. Naast een conservatieve benadering, voorbehouden voor patiënten met een slechte prognose, moet er beslist worden tot een endoscopische of een chirurgische verwijdering. In 2016 heeft Cyrany een classificatiesysteem gepubliceerd ter bepaling van de beste therapeutische optie in functie van de klinische, de endoscopische en eventueel de radiologische evaluatie.

Graad	Kliniek	Endoscopische evaluatie	Radiologische evaluatie	Actie
0	Beweeglijk, doorgankelijk	Normaal	Niet nodig	Preventie
1	Beweeglijk, doorgankelijk	Ulcus onder de bumper en/of overgroei van mucosa over de perifere rand van de bumper (<50% overgroeid)	Niet nodig	Preventie/follow-up
2	Eerder gefixeerd, wel doorgankelijk	Bumper overgroeid, nog zichtbaar (>50% overgroeid)	Niet nodig	Endoscopisch
3	Gefixeerd +/- doorgankelijk	Bumper volledig bedekt	Bumper gelokaliseerd in de maag	Endoscopisch
4	Gefixeerd, ondoorgankelijk	Bumper volledig bedekt	Bumper gelokaliseerd uit de maag	Chirurgie
5	Bumper zichtbaar aan de huid of voelbaar subcutaan	Geen bumper zichtbaar	Niet nodig	Chirurgie/ Extractie

*Classificatie van Cyrany*

---

Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Behandeling van het „buried bumper syndrome“: case-report en overzicht van de literatuur](#)

Auteur(s): S. FRANCOIS, E. DE KOSTER, L. LASSER

DOI: 10.2143/TVG.76.03.2003008

---

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.