

Occlusion

(Dans les cas généraux)

Dans toutes les situations, évaluer l'intérêt des traitements en fonction de l'avancée de la maladie. Ils ne doivent pas aggraver l'inconfort

■ DEFINITION

Arrêt complet du transit intestinal : arrêt des gaz et des selles accompagné ou non de vomissements fécaloïdes.

■ RECHERCHER LES CAUSES DE L'OCCLUSION

- ✚ Carcinose péritonéale
- ✚ Constipation sévère
- ✚ Occlusion tumorale localisée
- ✚ Iléus fonctionnel (troubles hydro-électrolytiques)
- ✚ Brides ou lésions radiques

■ ON S'ATTACHERA TOUJOURS A

- ✚ **RASSURER et INFORMER** le patient et son entourage (*écoute, attention, présence,...*)
- ✚ **EVALUER** la gêne ressentie par le patient
 - Nausées et vomissements : volume et fréquence des vomissements et surtout pénibilité pour le patient
 - Emission de selles et de gaz
 - Douleurs abdominales
 - Météorisme abdominal
- ✚ **RECHERCHER et TRAITER** la cause de l'occlusion
- ✚ **SOULAGER** le patient de ce symptôme qui peut être angoissant tant pour le patient que pour son entourage

APPROCHES NON MÉDICAMENTEUSES

- + **Réalisation de soins de bouche** afin de limiter la sécheresse buccale fréquente et aggravée par les traitements médicamenteux de l'occlusion (*Cf. fiche hygiène bucco dentaire*)
- + **Limiter les odeurs** qui peuvent favoriser les nausées
- + **Eviter les mobilisations** qui peuvent accroître les nausées
- + **Evaluer les effets secondaires des traitements**
- + **Arrêt de l'alimentation et de l'hydratation Per Os** (*parfois en situation palliative avancée, possibilité d'une alimentation plaisir, sur avis médical*)

D'autres approches non-médicamenteuses existent, adressez-vous auprès de votre équipe référente.

Dans les situations palliatives avancées, il faut savoir privilégier le confort.

APPROCHES MÉDICAMENTEUSES A TITRE INDICATIF

- + **Traitement médical symptomatique associant** : corticothérapie, anti sécrétoire, IPP, antiémétiques, antalgiques, hydratation
- + **Indication de la sonde naso gastrique** :
La pose de la sonde naso gastrique est souvent inadaptée au contexte des soins palliatifs car pouvant être source d'inconfort.
Elle peut parfois être posée soit en attente d'un traitement désobstructif, soit en attente d'une gastrostomie de décharge, soit en cas de vomissements itératifs et mal supportés, soit en cas de risque d'inhalation important (*évaluation bénéfique/risque*).
Dans ce cas : nécessité de l'accord du patient, pose pour une courte durée, en aspiration douce ou en déclive.
Lors de la pose, nécessité d'une anesthésie locale +/- anxiolyse.
Le confort du patient doit être régulièrement évalué.
- + **Prendre un avis chirurgical** (*intervention ou prothèse sur lésion unique, colostomie de décharge,...*)

Le traitement antalgique

- Antalgique de niveau 1, 2 ou 3. Les opioïdes ne sont pas contre-indiqués
- Possibilité d'associer des antispasmodiques

Il est à noter que la Scopolamine (ex : SCOBUREN®) a une activité anti sécrétoire et antispasmodique : 20 à 40 mg/8h ou 60 à 120 mg PSE/24 h IV ou SC

Le traitement anti émétique :

- Halopéridol (ex : HALDOL®), SC (IV hors AMM) 5 à 15mg/24h
- Chlorpromazine (ex : LARGACTIL®) SC ou IV 25 à 50 mg/24h
- En deuxième ligne : anti5HT3 seul ou en association (hors AMM)

NB : Métoclopramide (ex : PRIMPERAN®) contre-indiqué en cas d'occlusion complète

Les **corticoïdes** ont une activité décompressive et anti-inflammatoire : à la dose de 1 à 4mg/kg, IV ou SC. En cas d'échec, ne pas poursuivre plus d'une semaine.

Les antisécrétoires :

- Anti-cholinergiques : buthylbromure de scopolamine : 40 à 120 mg/jour SC ou IV continu ou discontinu
- Analogue de la somatostatine (ex : Octréotide = Sandostatine®) : A discuter en première intention s'il s'agit d'une récurrence précoce qui a répondu, lors de l'épisode précédent aux analogues de la somatostatine

■ CONDUITE A TENIR SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE

Traitement médical symptomatique :

Etape 1.

- Anti – émétique IV ou SC
- Antisécrétoire anti-cholinergique IV ou SC
- Inhibiteur de la pompe à protons IV
- Corticoïdes IV ou SC
- Antalgiques de palier 1, 2, 3 IV ou SC
- Sonde nasogastrique à discuter au cas par cas en la reliant à l'hydratation
- Hydratation et nutrition parentérales à discuter au cas par cas

Etape 2 : après 2 à 4 jours de traitement

- **Si levée de l'occlusion** : diminution progressive jusqu'à arrêt des corticoïdes et anti-sécrétoires
- **Si pas de levée d'obstacle mais disparition des symptômes** : continuer les antisécrétoires anti-cholinergiques (ex : SCOBUREN®) à dose minimale efficace
- **Si pas de levée d'obstacle et symptômes persistants** : arrêt des corticoïdes, introduction d'analogue de la somatostatine à 300 microgrammes/jour IV ou SC en continu ou discontinu, puis augmenter à 600 microgrammes/jour voire à 900 microgrammes/jour au bout de 48h en cas d'inefficacité

NB : possibilité d'associer dans le même PSE : octréotide (ex : SANDOSTATINE®), morphine, Halopéridol (ex : HALDOL®)

Etape 3 : après 3 jours de traitement

- **Si arrêt des vomissements** : recherche de la posologie efficace de l'analogue de la somatostatine
- **Si poursuite des vomissements** : discuter l'indication d'une gastrostomie de décharge chirurgicale ou endoscopique

Etape 4 :

- Si l'octréotide est efficace, on peut l'utiliser par voie IM tous les 28 jours sous forme LP :
 - Soit en injection de SANDOSTATINE LP 20mg® si dose initiale de 300 microgrammes/jour en injectable
 - Soit en injection de SANDOSTATINE LP 30mg® si dose initiale de 600 microgrammes/jour en injectablePériode de 56 jours de chevauchement entre la forme LI et la forme LP

☞ Parfois, on peut faire le choix médical de ne pas traiter une occlusion terminale. Il faudra cependant soulager les symptômes d'inconfort.

RESSOURCES EXTERNES

EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS

- **Angers** ☎ 02 41 35 56 96
- **Cholet** ☎ 02 41 49 62 70
- **Saumur** ☎ 02 41 53 35 16 (Intra + EHPAD CH Saumur)
- **Doué la Fontaine.** ☎ 02 41 83 46 49

UNITE DE SOINS PALLIATIFS

Angers ☎ 02 41 35 36 13

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Modalités de la prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs.** ANAES. Déc. 2002. P. 22
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272224/fr/modalites-de-prise-en-charge-de-l-adulte-necessitant-des-soins-palliatifs
- **Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Recommandations. 25/10/2002.**
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a7335ff84e05050e5dfccc7a164c885b.pdf
- **Fiche « Il va mourir de faim, il va mourir de soif » : Que répondre ? » - Sfap 2012**
<http://www.sfap.org/system/files/il-va-mourir-faim-rev2012.pdf>
- **Denis B, Elias D. Prise en charge symptomatique de la carcinose péritonéale. Gastroenterol clin Biol 2004, 28 : D 17 – D25**
- **Rawlinson F. L'occlusion intestinale d'origine cancéreuse. J Europ Soins Palliatifs 2001 ; 8 : 137 – 140**
- **Laval G, Arvieux C, Villard M-L, Mestrallet JP, Cardin N, Stefani L. L'occlusion intestinale maligne non résécable : à propos de 37 cas. Med Pal 2004 ; 3 : 195 – 203**
- **Copel L. Place des analogues de la somatostatine en soins palliatifs. Oncologie 2002 ; 4 : 419-422**
- **Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozetti F, Capri S, De Conno F, Gemlo B, Hunt T-M, Krebs H-B, Mercadante S, Schaerer R, Wilkinson P. Clinical – practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer 2001 ; 9 : 223 – 233**
- **Ripamonti C, Bruera E. Palliative management of malignant bowel obstruction. Int J Gynecol Cancer 2002 ; 12 : 135 – 143**
- **Guirimand F. Prise en charge des occlusions intestinales chez des patients atteints de cancer en phase avancée. Med Pal 2003 ; 2 : 197 – 210.**
- **Laval G, Arvieux C, Villard M-L, Stefani L. Occlusion digestive maligne au stade terminal : quelles solutions ? Rev Praticien 2004 ; 640 : 147-151**
- **Zelek L. Le traitement médical des occlusions intestinales inopérables en cancérologie : place des analogues de la somatostatine. Lettre Cancerol 2004 ; 4 : 184 - 185**

Version	Validée par le Conseil d'administration	Nature de la modification
1	16/06/2016	Création

Evaluation

Cette fiche vous a-t-elle été utile ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Remarques : Cliquez ici pour entrer du texte.
---	--