

# Palliative FLASH <sup>©</sup>

Soins palliatifs au quotidien

## L'obstruction intestinale maligne

### Quiz

1. L'arrêt du transit est le premier signe d'une obstruction intestinale maligne

- a. Vrai
- b. Faux

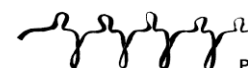
2. Le traitement médicamenteux de première ligne des nausées et vomissements en cas d'obstruction intestinale maligne est :

- a) Le métoclopramide (Primpéran<sup>®</sup>)
- b) L'halopéridol (Haldol<sup>®</sup>)
- c) L'octréotide (Sandostatine<sup>®</sup>)

3. Il est recommandé de maintenir une hydratation orale ou parentérale d'environ 1000 ml/24h

- a. Vrai
- b. Faux

Centre de Diffusion – Service de Soins Palliatifs – CHUV ; Tél.: 021 314 51 67  
E-mail : [spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch](mailto:spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch) ; Internet : <http://www.palliative-diffusion.ch/accueil>



Programme cantonal  
de soins palliatifs

### Autres approches

- Hydratation
  - La déshydratation favorise les nausées. Il est donc important d'assurer une hydratation d'environ 1000 ml/24h :
    - ⇒ par voie sous-cutanée ou intraveineuse chez le patient encore symptomatique,
    - ⇒ hydratation orale souvent possible chez le patient, dont les nausées et vomissements sont bien contrôlés,
    - ⇒ **maximum** 1500 ml/24h de façon à ne pas augmenter le volume des sécrétions digestives et compromettre ainsi l'efficacité de l'octréotide.
- Sonde naso-gastrique (SNG)
  - Indications :
    - ⇒ vomissements réfractaires (obstruction duodénale, par exemple),
    - ⇒ les premiers jours du traitement médicamenteux, le temps que celui-ci soit efficace,
    - ⇒ dans l'attente d'une chirurgie.
  - Permet au patient d'avaler des aliments liquides qui pourront ensuite être aspirés.
  - Mettre la SNG sur uriflac en position déclive; réserver l'aspiration intermittente aux situations ne répondant pas à cette première technique.
- Alimentation artificielle
  - Elle est réservée au patient atteint d'une tumeur lentement évolutive, souffrant de sous-alimentation clairement en lien avec l'obstruction digestive, lors d'occlusion potentiellement réversible ou qu'existe la possibilité d'une sanction chirurgicale.

### Références:

- Ripamonti C, Twycross R, Baines M, et al; Working Group of the EAPC. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer 2001; 9: 223-233.
- Mercadante S, Mercadante S, Casuccio A, Mangione S. Medical treatment for inoperable bowel obstruction: a qualitative systemic review. J Pain Symptom Manage 2007; 33: 217-223.

***Si un jour je meurs...  
Les soins palliatifs s'exposent***

**29 avril – 8 août 2010**

**Fondation Claude Verdan  
Musée de la Main  
Rue du Bugnon 21  
1011 Lausanne**

### ÉVÈNEMENTS

**Conférences, échanges, débats**  
Programme complet : [www.verdan.ch](http://www.verdan.ch)  
Renseignements : 021 314 49 55

Veuillez plier le long de cette ligne

## L'obstruction intestinale maligne

### Physiopathologie

- Complication relativement fréquente des cancers abdomino-pelviens et de certaines néoplasies extra-abdominales (carcinomes mammaires et pulmonaires, mélanomes), l'obstruction intestinale résulte d'un trouble de la motilité intestinale d'origine mécanique. Il peut s'agir d'une occlusion intra-luminale mais plus fréquemment d'une compression extrinsèque de la lumière intestinale par des masses tumorales. Elle peut également résulter d'une cause bénigne (adhérences, entérite post-actinique, ischémie mésentérique, hernie, etc.).
- L'obstruction est partielle ou complète, localisée ou plus souvent multiple. L'intestin grêle est plus fréquemment touché. L'obstruction peut être associée à une atteinte paralytique sur infiltration tumorale des plexus mésentérique, cœliaque ou entérique. Divers troubles métaboliques, tels que l'hypercalcémie, et de nombreux médicaments, notamment les opioïdes, peuvent également contribuer à ces troubles de la motilité.

### Manifestations cliniques

- Les principaux symptômes sont des nausées et vomissements, des douleurs abdominales, une distension abdominale et des troubles du transit. Ils sont généralement insidieux : initialement sporadiques et spontanément résolutifs, ils deviennent progressivement fréquents puis permanents lors d'obstruction complète.
- La symptomatologie est déterminée par le(s) niveau(x) d'obstruction et le caractère partiel ou complet de l'occlusion.
  - Les vomissements sont précoces, abondants, biliaires, le plus souvent sans odeur dans d'obstruction haute, tardifs et fécaloïdes dans l'obstruction basse.
  - Les douleurs abdominales sont continues et en colique. Les douleurs continues sont secondaires à la distension des anses intestinales et aux masses tumorales. Les douleurs en colique résultent des contractions intestinales induites pour surmonter l'obstacle. Elles sont rapprochées et de caractère aigu dans l'atteinte proximale, plus espacées et de tonalité sourde dans l'atteinte colique.
  - La distension abdominale s'observe lors d'atteinte grêle distale et colique.
  - L'arrêt du transit est précoce lors d'obstruction colique complète. Dans l'obstruction partielle, l'émission de gaz et de selles est souvent intermittente, sous forme de selles liquides liées à la pullulation bactérienne. Lors d'atteinte proximale, le transit peut être conservé tardivement.

### Approche chirurgicale

- Son indication doit être systématiquement évaluée. Elle n'est toutefois pas toujours possible ni appropriée. De plus, le taux de mortalité opératoire et de complications postopératoires (persistance ou récurrence d'obstruction, fistules, etc.) est élevé.
- Critères en faveur de l'approche chirurgicale :
  - Obstruction d'origine bénigne ou tumorale unique.
  - Patient en état général conservé avec score de performance bon.
  - Absence de maladie métastatique.
  - Perspectives de traitements oncologiques.

Veuillez plier le long de cette ligne

- La chirurgie n'est qu'exceptionnellement envisagée en phase avancée d'un cancer.

### Stent endoluminal par voie endoscopique

- Alternative à la chirurgie lors d'obstructions pylorique, duodénale proximale ou colique chez un patient atteint d'un cancer avancé à mauvais risque chirurgical. Permet un contrôle des symptômes, toutes localisations confondues, dans environ 75% des cas. Le taux de succès diminue lors d'obstructions multiples.
- Complications les plus fréquentes : douleurs, migration du stent, réocclusion.

### Approche pharmacologique

- S'applique à tous les stades d'évolution de la maladie, en combinaison avec les autres approches. Les médicaments sont administrés par voie parentérale.
- Traitement des douleurs
  - Fait appel aux trois paliers de l'OMS : un opioïde est souvent nécessaire.
  - Douleurs en colique :
    - ⇒ stop antiémétiques prokinétiques et laxatifs stimulants,
    - ⇒ hyoscine butylbromide (Buscopan®) SC/IV 10-20 mg/4h ou en continu,
    - ⇒ si inefficace, métamizole sodique (Novalgine®, Minalgine®) SC/IV 1 g/6h.
- Traitement des nausées et vomissements
  - Agents antisécrétoires :
    - ⇒ octréotide (Sandostatine®) SC 100-300 µg/8h : traitement de première ligne des nausées et vomissements,
    - ⇒ hyoscine butylbromide (Buscopan®) SC/IV 10-20 mg/4h ou en continu ou glycopyrrolate (Robinul®) SC/IV 0.1-0.2 mg/4h ou en continu, en association avec octréotide si celui-ci est insuffisamment efficace.
  - Anti-émétiques :
    - ⇒ métoclopramide (Primpéran®) SC/IV 10-20 mg/4-6h si iléus paralytique ou obstructif partiel (absence de douleurs en colique, persistance de selles),
    - ⇒ halopéridol (Haldol®) SC/IV 0.5-3 mg/8-12h si iléus obstructif complet,
    - ⇒ antagonistes des récepteurs 5-HT<sub>3</sub> (granisétron/Kytril®, ondansétron/Zofran®, tropisétron/Navoban®, palonosétron/Aloxi®) si échec de l'halopéridol.
  - Dexaméthasone (Fortecortin®, Oradexon®) SC/IV 12-16 mg/24h si douleurs, nausées et vomissements réfractaires ; après une semaine diminution par palier progressif de 2 à 4 mg jusqu'à la dose minimale efficace; stop si inefficace.

### Rédigé par:

Dr Claudia Mazzocato, PD MER  
Médecin chef, service de soins palliatifs,  
CHUV

### Réponses Quiz p 1:

1. Faux
2. c
3. Vrai

### COMITE DE REDACTION

- Pascal	NICOD	Chef de service A.I. Service de Soins Palliatifs
- Christian	BERNET	EMSP ARCOS
- Michel	BEAUVERD	CHUV - Service de Soins Palliatifs
- Yvan	BOURGEOIS	EMSP ASCOR- FSC
- Brigitte	CHAPPUIS	EMS La Maison du Pélerin
- Philippe	LAURENT	Centre de Diffusion, CHUV
- Axelle	LEUBA	Centre de Diffusion, CHUV
- Nicolas	LONG	EMSP ARC / EHC Aubonne
- Claudia	MAZZOCATO	CHUV - Service de Soins Palliatifs
- Marie-José	PAQUIER	EHNV CTR Orbe
- Josiane	PRALONG	Fondation Rive-Neuve
- Nathalie	STEINER COLLET	Cabinet Médical - Genève
- Massimo	TINGHI	EMSP Nord-Broye