

SOINS PALLIATIFS & OCCLUSION INTESTINALE

Occlusion intestinale : arrêt des matières et des gaz éventuellement associé à des nausées et/ou à des vomissements.

En soins palliatifs, les occlusions sont le plus souvent symptomatiques de l'évolution de la maladie initiale.

ETIOLOGIES

OCCLUSIONS ORGANIQUES	OCCLUSIONS FONCTIONNELLES
<p>Causes intrinsèques Tumeurs du tube digestif</p> <p>Causes extrinsèques Compression du tube digestif par une tumeur de voisinage Carcinose péritonéale</p> <p>MAIS ATTENTION aux causes non tumorales. Par exemple : une simple bride d'une chirurgie abdominale antérieure</p>	<p>Iléus liés à des troubles métaboliques, à des médicaments, à un syndrome septique, etc.</p> <p>Fécalome : Cf. Fiche constipation</p>

DEMARCHE

Confirmer le diagnostic

Par l'histoire de la maladie, l'interrogatoire, l'examen clinique (TR) et l'examen radiologique en fonction du contexte

Evaluer l'intensité des signes fonctionnels

De l'occlusion intestinale : distension abdominale, nausées, vomissements, douleur
Associés à l'occlusion : confusion, déshydratation, fièvre, rétention d'urine...

Solliciter l'avis chirurgical

Quand il s'agit d'une cause bénigne (bride...)
Pour discuter des facteurs de bon/mauvais pronostic

Traitement

Cf Verso

Mesures de soutien

Dans un premier temps, l'hydratation par perfusion doit être minimale et la nutrition parentérale n'a pas sa place. Ces mesures doivent être réévaluées en fonction de l'évolution clinique du patient et de ses souhaits.
Dans le contexte palliatif, l'hydratation et l'alimentation peuvent être maintenues. Le jeûne ne doit pas être systématique.
Soins de bouche indispensables compte tenu de la réduction des apports oraux.

Facteurs de mauvais pronostic :

Age > 70 ans
Etat général médiocre, Karnofsky < 50%
Dénutrition Alb < 25g/l
Ascite, masse tumorale palpable
Antécédents de radiothérapie abdomino-pelvienne, chimiothérapies multiples
Occlusions étagées du grêle
Carcinose péritonéale

CONSENSUS DU TRAITEMENT PALLIATIF DE BASE

Corticostéroïdes

SOLUMEDROL® (Méthylprednisolone)

1 à 4 mg/kg/jour pendant 5 à 10j (arrêter à 10j si inefficace)

IV ou SC, en bolus si inférieur ou égal à 80mg, à administrer dilué sur 30 minutes si supérieur.

De préférence le matin

IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) pour leur propriété anti sécrétoire

MOPRAL® (Oméprazole)

40 mg/jour IV ou SC de préférence en continu à la seringue électrique mais en pratique souvent 2 fois par jour (dilué dans 50 ml de glucosé à 5% à administrer sur 30 minutes)

Anti sécrétoires anti cholinergiques

SCOBUREN® (Buthyl-bromure de scopolamine)

En première intention si disponible, arrêter à 48h si inefficace

120 mg/24h IV ou SC de préférence en continu à la seringue électrique

SANDOSTATINE® (Octréotide)

En relai du SCOBUREN ou en première intention, arrêter à 3j si inefficace

600 µg/24h en SC de préférence en continu à la seringue électrique (douleur au point d'injection)

Possibilité de prendre le relai avec la forme retard si efficacité :

SANDOSTATINE® LP 30 mg : une injection par mois pendant 3 mois

Traitements complémentaires

Prise en charge des nausées et des vomissements (Cf fiche pratique)

Sonde naso-gastrique d'aspiration :

A ne prescrire d'emblée qu'en cas de vomissements abondants en tenant compte de l'adhésion du patient

Clamper la sonde avant de la retirer afin de vérifier l'absence de vomissement

Prise en charge de la douleur incluant si besoin les morphiniques (Cf fiche pratique)

Laxatifs, lavement, traitement d'un fécalome en cas d'occlusion incomplète avec conservation du transit

Gastrostomie de décharge : à discuter avec le patient en cas d'absence de levée d'occlusion

Contacts utiles	Références bibliographiques
COMPAS Site hospitalier Laënnec Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1	Manuel de soins palliatifs 4 ^{ème} Edition Dunod – Paris 2014
UNITE DE SOINS PALLIATIFS CHU Nantes Site hospitalier Laënnec	Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée Edition SAURAMPS MEDICAL, 2009
	Traitements symptomatiques de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : <i>Recommandation de bonnes pratiques cliniques, septembre 2012, Med. Palliative, vol.11, octobre 2012</i>