

# Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FORMATION CONTINUE 2009-2010

VENDREDI 4 DÉCEMBRE 2009

SÉANCES FACULTATIVES DE FIN D'AVANT-MIDI ET DÉBUT D'APRÈS-MIDI

10h30

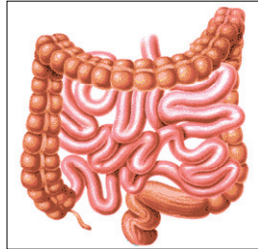
13h30

L'OCCLUSION INTESTINALE MALIGNE



Docteur Pascal Lamanque  
Omnipraticien  
CLSC Saint-Hubert

## L'occlusion intestinale maligne



Pascal Lamanque, MD  
4 décembre 2009

## Objectifs de la présentation

- Diagnostiquer le patient en occlusion intestinale
- Connaître la physiopathologie des différentes causes d'occlusion
- Utiliser les modalités diagnostiques et thérapeutiques appropriées

## Monsieur Z.

- Constipation
- Ballonné
- Nausée récente
- Douleur abdominale

## Occlusion intestinale

- Causes extrinsèques
  - Adhérences, Hernies, **masses**
- Épaississement de la paroi
  - Inflammation, **tumeurs**
- Causes intrinsèques
  - Fécalome, corps étrangers, iléus

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cause maligne vs bénigne?

- Occlusion du grêle majoritairement de cause bénigne
- Occlusion peut être bénigne chez patient avec néoplasie connue
- Si néoplasie du colon:
  - 10-28% de probabilité de développer une occlusion
- Si néoplasie gynécologique:
  - 5-42% de probabilité de développer une occlusion

---

---

---

---

---

---

---

---

## Quels primaires peuvent aussi se compliquer d'une occlusion?

- Autres néoplasies primaires:
  - Estomac
  - Endomètre
  - Prostate
  - Vessie
  - Sein
  - Mélanome
  - Néo pulmonaires à petites cellules et carcinoïdes (via anti-Hu)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Diagnostic différentiel

- Occlusion du grêle:
  - Adhérences (environ 75% des cas)
  - Hernies
  - Néoplasies (métastatique>>primaire)
  - Crohn, CU
  - Intussusception (suspect chez l'adulte)
  - Volvulus
  - Corps étrangers

---

---

---

---

---

---

---

---

### Diagnostic différentiel

- Occlusion colique
  - Néoplasies
  - Volvulus
  - Diverticulite
  - Hernie
  - Fécalome
  - Adhérences

---

---

---

---

---

---

---

---

### Pathophysiologie

- Intestin grêle
  - Sécrétions d'enzymes, fluides, électrolytes
  
- Colon
  - Réabsorption des liquides

---

---

---

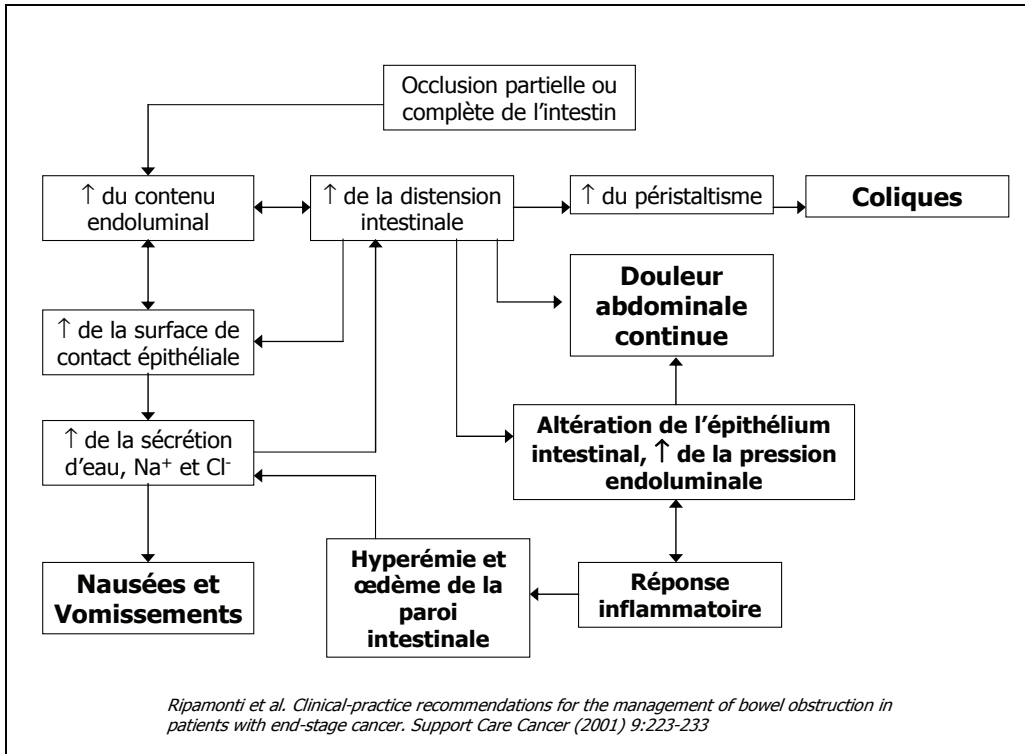
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Symptômes de l'occlusion

- Occlusion proximale:
  - Vomissements importants et précoces
  - Nourriture non-digérée
  - Douleur moins importante
  - Pas de distension abdominale

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Symptômes de l'occlusion

- Occlusion du grêle distal:
  - Vomissements modérés bilieux ou fécaloïdes
  - Douleur viscérale crampiforme et continue au niveau de l'abdomen
  - Distension abdominale progressive
  - Bruits métalliques occasionnels

---

---

---

---

---

---

---

---

### Symptômes de l'occlusion

- Occlusion distale (colon):
  - Vomissements tardifs, fécaloïdes
  - Douleur plus constante
  - Distension abdominale progressive et importante
  - Bruits métalliques occasionnels

---

---

---

---

---

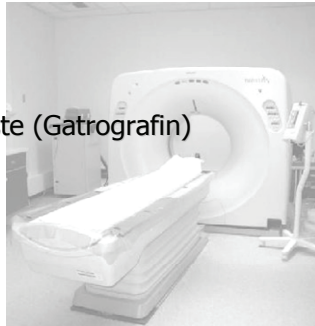
---

---

---

### Investigations

- Imagerie
  - PSA
  - Études de contraste (Gatrogafin)
  - SCAN
- Laboratoires



---

---

---

---

---

---

---

---

### Traitements

***To treat or not to be?***

---

---

---

---

---

---

---

---

### Pronostic

Pronostic moyen d'une occlusion maligne:

***35-64 jours***

Probabilité d'avoir une maladie métastatique ou non-résécable en présence d'une occlusion maligne:

***35 %***

---

---

---

---

---

---

---

---

### Traitement

- Chirurgie
- Endoscopie
- Pharmacothérapie
- Approche par symptômes

---

---

---

---

---

---

---

---

### Approche chirurgicale

- Approches curatives et palliatives
- Mortalité / Morbidité
- Qualité de vie
- Pronostic



---

---

---

---

---

---

---

---

### Approche chirurgicale

- Contre-indications absolues:
  - Laparotomie récente
  - Cancer métastatique
  - Atteinte de l'estomac proximal
  - Carcinomatose
  - Masses abdominales
  - Ascite (100 ml)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Approche chirurgicale

- Contre-indications relatives:
  - Métastases extra-abdominales
  - Métastases extensives asymptomatiques
  - Mauvais état général
  - Dénutrition
  - Cachexie et âge avancé
  - Radiothérapie antérieure

---

---

---

---

---

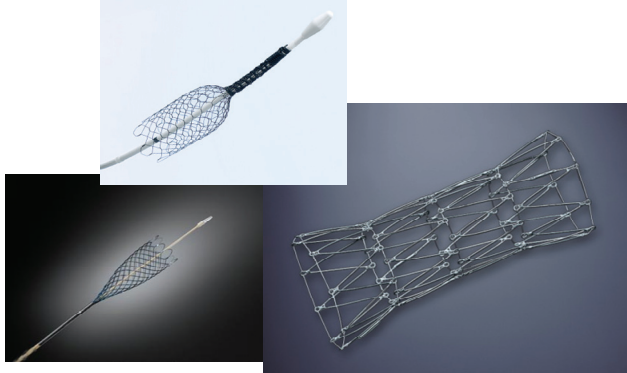
---

---

---



### Approche endoscopique



---

---

---

---

---

---

---

---

### Approche endoscopique

- Stents métalliques auto-expansifs (SEMS)
- Approche palliative vs pré-chirurgicale
- Estomac distal, grêle proximal, colon
- Efficace (88-91% de succès)
- En palliation: durée > 6 mois dans 75% des cas

---

---

---

---

---

---

---

---

### Approche endoscopique

- Contre-indications:
  - Sténoses multiples
  - Carcinomatose péritonéale
  - Perforation / Péritonite
  - Lésion rectale basse

---

---

---

---

---

---

---

---

### Approche endoscopique

- Complications:
  - Migration du stent (10-11%)
  - Perforation (4,5%)
  - Récidive de l'occlusion (+/- 10%)
- Études coût-bénéfices

---

---

---

---

---

---

---

---

### Approche endoscopique

- Conseils au patients:
  - Diète faible en résidu
  - Suppléments d'huile minérale
  - Que faire en présence d'un saignement?
  - Douleur abdominale

---

---

---

---

---

---

---

---

Monsieur Z.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Traitements des symptômes

- Traitements généraux:
  - Tube naso-gastrique / Gastrostomie percutanée
  - Agents anti-sécrétoires
  - Corticostéroïdes
  - Prokinétiques
  - Hydratation

---

---

---

---

---

---

---

---

## Agents anti-sécrétoires

- Agents anti-muscariniques:
  - Scopolamine 0,1 mg sc q 6 heures (ad 2,4 mg / jour)
  - Glycopyrrolate (*Robinul*) 0,2-0,4 mg sc q 2-4 heures
  - Butylbromure d'hyoscine (*Buscopan*) 10 mg IR q 6 h

---

---

---

---

---

---

---

---

## Agents anti-sécrétoires Octréotide

- Analogue de la somatostatine
- Somatostatine:
  - Neurotransmetteur a/n du SNC
  - Neurohormone
  - Régulateur a/n du système digestif
  - Inhibe certaines cellules immunitaires activées

---

---

---

---

---

---

---

---



### Agents anti-sécrétoires Octréotide

■ Posologie

- Dose de départ: 50 ug sc tid
- Peu d'effets secondaires (ad 3600 ug/jour)
- Sandostatine LAR® Depot 20-30 mg sc q 1 mois



---

---

---

---

---

---

---

---

### Agents anti-sécrétoires Octréotide

■ Effets secondaires

- Diarrhée, nausées, inconfort abdominal: 5-10%
- Douleur au site d'injection: 7,7%
- Céphalée: 6%
- Étourdissements: 5%
- Thrombopénie: rapports de cas

---

---

---

---

---

---

---

---

### Quiz Octréotide

Octréotide 50 ug s/c tid x 4 semaines:

- A) 98,22\$ (Carton vert)
- B) 284,87\$ (Carton bleu)
- C) 419,16\$ (Carton orange)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Quiz Octréotide

Sandostatin LAR 30 mg s/c q 4 semaines:

- A) 514,32\$ (Carton vert)
- B) 1124,79\$ (Carton bleu)
- C) 1944,91\$ (Carton orange)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Corticostéroïdes

- Mécanismes d'action
  - Anti-émétique
  - Co-analgésique
  - Anti-inflammatoire

---

---

---

---

---

---

---

---

### Corticostéroïdes

- Effets secondaires à moyen terme:
  - Candidiase orale
  - Myopathie proximale
  - Irritation gastrique
  - Syndrome de Cushing

---

---

---

---

---

---

---

---

### Corticostéroïdes

- Avantages:
  - NNT : 6
  - Morbidité faible à court terme
  - Facilement administré à domicile
  - Peu dispendieux

---

---

---

---

---

---

---

---

### Dexaméthasone

- Peut être administré en sous-cutané
- Dose de départ: 8 mg sc / jour

---

---

---

---

---

---

---

---

### Quiz Decadron

Dexaméthasone 4 mg s/c bid (coût quotidien) :

- A) 3,22\$ (Carton vert)
- B) 12,46\$ (Carton bleu)
- C) 16,32\$ (Carton orange)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prokinétiques

- Contre-indiqués en occlusion complète
- Domperidone (*Motilium*)
  - 10 mg po qid
- Métopropramide (*Maxeran*)
  - 10 mg sc q 6h (ad 200 mg / jour en perfusion)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hydratation

- Pas une mesure à instaurer de routine
- À considérer si:
  - Karnovsky 50 et plus
  - Pronostic de plus de 2 mois
  - Tumeur lentement évolutive

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hydratation

- Possibles bénéfiques:
  - Réduit la nausée
  - Réduit la somnolence
  - Réduit la confusion
  - Réduit les myoclonies secondaires à l'accumulation de métabolites (M3G, M6G)

---

---

---

---

---

---

---

---



### Antiémétiques - Neuroleptiques

- Halopéridol (*Haldol*)
  - 5-15 mg po/sc par 24h
- Prochlorpérazine (*Stemetil*)
  - 10 mg po/sc q 6h
- Si dystonie aiguë:
  - Benztrapine (*Cogentin*) 0,02-0,05 mg/kg/dose ad 4 mg IV

---

---

---

---

---

---

---

---

### Antiémétiques - Antihistaminiques

- Dimenhydrinate (*Gravol*)
  - 50-100 mg sc q 4 h

---

---

---

---

---

---

---

---

### Antiémétiques - Anticholinergiques

- Scopolamine
  - Transderm-V (1 mg / 3 jours)
  - 0,1-0,4 mg sc q 4h

---

---

---

---

---

---

---

---

### Antiémétiques Anti-sérotoninergiques

- Ondansetron (Zofran<sup>MD</sup>)
- Granisetron (Kytril<sup>MD</sup>)
- Dolasetron (Anzemet<sup>MD</sup>)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Douleur

- Opiacés habituellement nécessaires
- Lopéramide (*Imodium*)
  - 2 mg po qid

---

---

---

---

---

---

---

---

### Quiz Narcotiques

Lequel de ces narcotiques est le plus dispendieux?

- Dilaudid 1 mg s/c q 4 h ? (Carton vert)
- Morphine 5 mg s/c q 4 h ? (Carton bleu)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Apports *per os*

- Viser petites quantités fréquentes
- Éviter estomac trop plein / trop vide
- Bonbons, *popsicles*, jus
- Gastrostomie prn

---

---

---

---

---

---

---

---

### Traitements et indications

- **Approche chirurgicale:**
  - Urgences
  - Niveau fonctionnel bon
  - Pronostic de plus de 60 jours
  - Atteinte du grêle moyen et distal
- Approche endoscopique:
  - Niveau fonctionnel moyen à bon
  - Pronostic de plus de 30 jours
  - Site d'occlusion unique à certains endroits spécifiques
- Approche pharmacologique
  - Niveau fonctionnel mauvais
  - Progression rapide de la maladie
  - Carcinomatose, ascite, occlusions multiples
  - Pronostic de moins de 30 jours

---

---

---

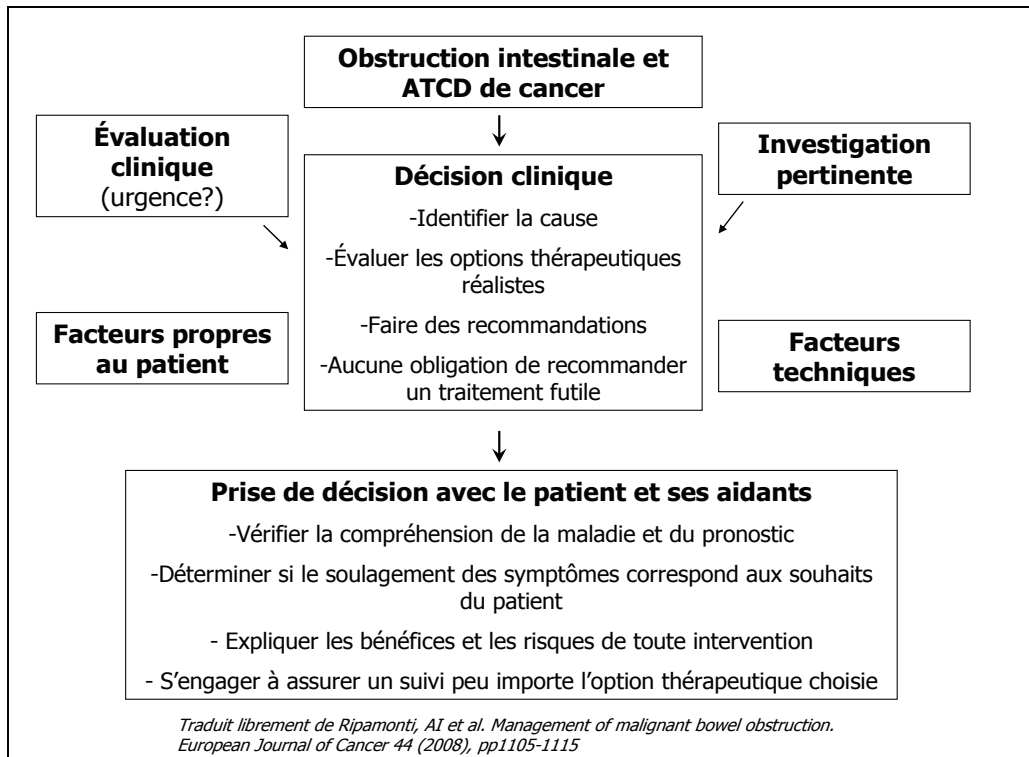
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Messages-clés



Il existe plusieurs interventions pouvant améliorer significativement le contrôle des symptômes du patient en occlusion



Une bonne évaluation de l'état du patient et de son pronostic sont essentiels pour orienter le traitement



Avec les soins appropriés, les patients en occlusion intestinale peuvent demeurer à domicile jusqu'au décès avec un minimum de symptômes

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci!

---

---

---

---

---

---

---

---