

# Occlusion et subocclusion en palliation

Dre Stéphanie Perron, MD, CCMF

Irène Sobolewski, dt.p.

CSSS de l'Énergie

St-Hyacinthe, 18 mai 2012

# Objectifs d'apprentissage

- Identifier les principales causes d'occlusion et de subocclusion
- Reconnaître les différentes présentations cliniques
- Adapter la diète selon les différents degrés d'occlusion et de subocclusion
- Se familiariser avec les principes thérapeutiques médicaux

# Cas clinique 1

- M. Bien-Aimé, 58 ans, a une néoplasie colique avec métastases hépatiques et métastases osseuses, sous Folfox. Lors de son rendez-vous à votre clinique, il vous mentionne que depuis 3 jours, il se sent très fatigué, il a des nausées et des vomissements.
- Il a une diminution des bruits intestinaux avec une distension abdominale.
- Il a un niveau d'intervention thérapeutique à 2.

# Cas clinique 1

- 1) Quel est votre diagnostic différentiel?
- 2) Quel bilan prescrivez-vous?

## Cas clinique 2

- Mme Bonté, 67 ans, se présente à l'urgence pour un tableau de vomissements répétitifs. Elle n'a pas eu de selles depuis 3 jours et a un abdomen ballonné. Elle n'avait pas d'antécédents de néoplasie. La plaque simple de l'abdomen démontre une occlusion intestinale sur l'intestin grêle. Le CT scan de l'abdomen démontre une masse de 8cm à l'ovaire droit avec des implants péritonéaux et de l'ascite. Le CEA est normal et le Ca-125 est élevé.

# Cas clinique 2

- Suite à l'annonce du diagnostic et des risques chirurgicaux, la patiente refuse la chirurgie.
- Elle pèse 122lbs, mesure 5 pi 6 po.
  
- 1) Quels traitements peuvent lui être offerts?
- 2) Quels facteurs influencent le pronostic dans une occlusion intestinale?

# Niveau d'intervention thérapeutique

- Lors d'une urgence en soins palliatifs, la première information importante est de connaître le niveau d'intervention thérapeutique (NIT), car il influencera directement le traitement
- Souvent gradé de 1 à 4, 1 constituant des soins intensifs et 4, des soins de confort

# Définition: occlusion intestinale

- Obstruction au passage du contenu digestif, blocage de la lumière intestinale
- Degré d'obstruction partielle: subocclusion
- Degré d'obstruction complète: occlusion
- Site d'obstruction: duodénum, intestin grêle ou gros intestin
- Obstruction simple ou multiple



# Épidémiologie

- Incidence pouvant atteindre jusqu'à 42% des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire
- Incidence de 4,4 à 24% chez les patients atteints de néoplasie colorectale, selon les publications
- Petit intestin plus souvent atteint que le colon: 61% contre 33%

# Causes de l'occlusion intestinale

- Causes mécaniques

- Compression extrinsèque de la lumière
  - Progression de la tumeur primaire : néo ovaire
  - Métastases : carcinomatose périoréale
  - Adhérences
  - Fibrose post-radique
- Compression intraluminaire ou intrapariétale
  - Progression de la tumeur primaire
    - Néoplasie colique, lymphome, léiomymome
- volvulus, diverticulite, MII, stricture anastomotique, intussusception, polype

# Causes de l'occlusion intestinale

- Causes adynamiques-Troubles de la motilité intestinale
  - Pseudo-obstruction colique (Ogilvie)
  - Dysmotilité intestinale
    - Infiltration néoplasique de la musculature et des fibres nerveuses
    - Envahissement néoplasique du plexus coeliaque
    - Neuropathie paranéoplasique associée au cancer du poumon
- Fécalome, constipation sévère secondaire à la médication

# Pseudo-obstruction aiguë du colon: syndrome d'Ogilvie

- Distension colique en l'absence d'une obstruction mécanique
- Déséquilibre du système nerveux autonome
- Facteurs prédisposants:
  - Chirurgie (laparotomie, orthopédique, césarienne, thoracique, cardio-vasculaire, transplantation rénale)
  - Traumatisme ( brûlure, fracture)
  - Infection (pneumonie, sepsis)
  - Cardiaque (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque)
  - Métabolique (hypokaliémie, hyponatrémie)
  - Neurologique (Maladie de Parkinson, SEP, maladie d'Alzheimer)
  - Cancer

# Pseudo-obstruction aiguë du colon: syndrome d'Ogilvie

- Médication associée:
  - Analgésiques narcotiques
  - Anticholinergiques
  - Antidépresseurs tricycliques
  - Phénothiazines
  - Anti-parkinsonien
  - Bloqueurs des canaux calciques
  - Clonidine
- Diagnostic d'exclusion
- NPO, tube nasogastrique
- 80% de résolution en 48h avec traitement de support

# Physiopathologie

- Blocage et distension abdominale
- Accumulation du contenu dans la lumière du tractus
- Augmentation de la surface de la paroi digestive
- Stimulation de la sécrétion des fluides digestifs: nausées et vomissements
- Augmentation de l'activité péristaltique intermittente non coordonnées: douleurs

# Physiopathologie

- Augmentation de la pression endoluminale et dommages à l'épithélium intestinal
- Réponse inflammatoire et production de prostaglandines, sécrétagogues et médiateurs nociceptifs
- Hyperémie et oedème de la paroi intestinale
- Ripamonti C. Support Care Cancer 2001; 9: 223-33.

# Manifestations cliniques

- **Douleurs abdominales continues:**
  - 90% des cas
- **Coliques:** accroissement de l'activité péristaltique pour tenter de surmonter l'obstacle
  - Aux 4 à 5 minutes
  - Dans 75% des cas
- **Nausées et vomissements**
  - 68% à 100% des cas



# Manifestations cliniques

- **Absence de selles et de gaz: occlusion complète**

# Manifestations cliniques de

## L'occlusion intestinale chez le patient atteint de cancer

Emplacement	douleur	vomissements	distension abdominale	bruits intestinaux
duodénum	Aucune ou minime Soulagée par les vomissements	Importants ++ Apparition précoce Nourriture non digérée	aucune	Normaux ou présence possible de clapotis (splash)
Intestin grêle	Colique au niveau de l'abdomen supérieur, centrale ou périombilicale Crampiforme ou continue	De modérés à importants De bilieux à fécaloïdes	Modérée Progressive	En général, présence d'hyperactivité avec borborygmes et bruits métalliques ou absence de bruits
Côlon	Colique centrale ou basse, douleur sourde	Apparition tardive Fécaloïdes	Importante progressive	Borborygmes: bruits métalliques et absence de bruits en alternance

# Diagnostic

- Le **toucher rectal** est essentiel
- **Évaluation radiologique** pour:
  - Différencier l'obstruction mécanique de la pseudo-obstruction
  - Localiser le site de l'obstruction
  - Potentiellement identifier la cause

# Traitement

- **Traitement personnalisé selon:**
  - L'état général
  - Le pronostic
  - La volonté du patient
- **Chirurgie:** selon le type et le site de l'occlusion
  - Occlusion mécanique

# Facteurs de mauvais pronostic

- 1- Il faut d 'abord discuter du niveau d 'intervention thérapeutique lorsque le diagnostic est posé
- Facteurs de mauvais pronostic
  - 1-problème de motricité intestinale dû à une carcinomatose intra-péritonéale diffuse
  - 2-patient cachectique âgé de plus de 65 ans
  - 3-ascite nécessitant des ponctions fréquentes
  - 4-hypoalbuminémie
  - 5-radiothérapie antérieure au niveau de l 'abdomen et de la cavité pelvienne

# Facteurs de mauvais pronostic

- 6-masses intra-abdominales palpables et atteinte hépatique, métastase à distance, épanchement pleural ou métastases pulmonaires
- 7-obstructions intestinales partielles multiples ou avec allongement du transit à l'examen radiologique
- 8-perturbations métaboliques: élévation de l'azote uréique sanguin (BUN), élévation de la phosphatase alcaline, hypercalcémie

# Traitement

- **Tube nasogastrique (TNG):**
  - durant les premiers jours, pour réduire les nausées et vomissements
- **Hydratation intraveineuse selon le NIT**
- **Chimiothérapie:** particulièrement dans les cancers ovariens
- **Prothèses endoluminales (stent)**
  - Oesophage, duodénum, colique, rectal

# Occlusion intestinale inopérable: traitement pharmacologique

- Vise à réduire les symptômes suivants:
  - nausées et vomissements
  - Douleurs
  - Spasmes digestifs, coliques

Secondairement:

- Constipation



# Occlusion intestinale inopérable: nausées et vomissements

- **Rappel: 4 sites sont impliqués dans l'origine des nausées et des vomissements**
  - **zone chimioréceptrice (CTZ)** dans le tronc cérébral: influencée par les causes médicamenteuses, biochimiques, toxiques
  - **centre du vomissement**: à l'intérieur de la barrière hémato-encéphalique: causes intra-cérébrales, anxiété, douleur
  - **les mécano-récepteurs et chémo-récepteurs intestinaux**, ainsi qu'hépatiques: distension, stase, compression, inflammation
  - **noyau vestibulaire**: mouvements, tumeur 8è NC
- **Dans le cas de l'occlusion intestinale:**
  - **mécanismes biochimiques, les médicaments impliquent CTZ**
  - **la stase gastrique implique les mécano et les chémorécepteurs**

# Nausées et vomissements- traitement

**Antisécrétoires: atteinte des mécano et des  
chémorécepteurs GI:**

Analogues de la somatostatine: octréotide

# Occlusion intestinale inopérable: analogue de la somatostatine

- **octréotide (Sandostatin) 100-900mcg/j (bid à tid) s.c.**

## – analogue synthétique de la somatostatine:

- inhibe les sécrétions exocrines (enzymes pancréatiques et acide chlorhydrique de l'estomac)
- inhibe les sécrétions endocrines (la gastrine, cholécystokinine, l'insuline et le glucagon)
- Inhibe la sécrétion de H<sub>2</sub>O, Na<sup>+</sup> et Cl<sup>-</sup> dans la lumière intestinale
- stimule la réabsorption hydroélectrolytique
- Diminue le péristaltisme et apaise la douleur

# Analogue de la somatostatine

- Améliore les symptômes chez plus de 75% des patients cancéreux ayant une occlusion inopérable
- Diminue les sécrétions gastro-intestinales, l'intensité des nausées, le nombre de vomissements plus rapidement et plus efficacement que la scopolamine ou le butylbromure d'hyoscine (Buscopan), dans les cas d'occlusion inopérables
- Diminue le recours à la chirurgie
- En pré-opératoire, il diminue les complications post-opératoires

# Analogue de la somatostatine

- Effets secondaires:
  - Bradycardie
  - Hypertension
  - Hypo- ou hyperglycémie
  - Douleur au site d'injection
  - Bouffées de chaleur
  - Cholélithiases
  - Fréquents: Diarrhées, stéatorrhée, nausées et vomissements, crampes abdominales

# Octréotide à action prolongée

- Sandostatin LAR:
  - Administration intramusculaire q 4 sem
  - Taux efficace entre le jour 14 et 42
  - Pas de ratio de conversion avec forme SC
  - Chevauchement avec la formulation courte action pendant une période de 14 jours
  - Une seule étude sur l'occlusion intestinale inopérable des cancers ovariens avancés
  - Utilisé pour les diarrhées profuses et la fistule intestinale chronique en soins palliatifs

# Antiémétiques

- **Antipsychotiques: Atteinte du CTZ**
- **Rapports anecdotiques dans l'occlusion inopérable**
  - halopéridol (Haldol) 0.5 à 5 mg SC, IM, IV, PO die à qid
    - Moins de sédation et d'effets anticholinergiques que phénothiazines
  - prochlorpérazine (Stémétil) 5-20 mg IV, SC, IR ou IM q4-6h
  - Méthotriméprazine (Nozinan) 2,5 à 25 mg, q4-6h, SC, IM, PO
  - Chlorpromazine (Largactil) 50-100mg q 8h IR, IM
- **Antihistaminiques**
  - Dimenhydrate (Gravol) 50-400mg/jour (q4-6h)  
IR/IM/SC/IV

# Nausées et vomissements

- **Métoclopramide: prokinétique**
  - 5-20 mg, q6-8h, SC,IV,IM, PO
  - Chez les patients avec occlusion partielle et sans colique
  - Contre-indiqué en cas d'occlusion complète
    - Peut augmenter les coliques, les nausées et les vomissements



# Occlusion intestinale inopérable

- **Dexaméthasone 2-16 mg/jour (die à qid) SC, IV, PO**
  - action anti-inflammatoire et diminution de l'œdème péritumoral
  - Soulage les nausées par un mécanisme central et périphérique
  - Obstructions hautes et lymphomes
  - Essai thérapeutique de cinq jours
  - Diminuer à la dose minimale efficace
  - Dose physiologique va de 0,75 mg à 1mg po/jour
  - Publications peu nombreuses

# Les corticostéroïdes

- **Attention aux effets secondaires des stéroïdes**
  - **candidose oropharyngée** et infections opportunistes
  - **myopathie proximale**
  - **Hyperglycémie**
  - **irritation gastrique**, saignement gastro-intestinal, perforation intestinale
  - **agitation, délirium, hallucinations, psychose, insomnie**
  - **Rétention de fluides**
  - cushing
  - nécrose avasculaire de la hanche
  - ostéoporose
- **Risque d'insuffisance surrénalienne si sevrage inadéquat ou arrêt subit des stéroïdes**
- **Toujours vérifier la prise récente de corticostéroïdes chez un patient cancéreux en choc**

# Douleur

- Causes

- distension intestinale, masse intra ou rétropéritonéale, irritation péritonéale, spasmes

- traitement

- opiacés par voie sc, IV ou transdermique
- en aigu: morphine, hydromorphone s.c. préférés
- Timbres de fentanyl utiles si occlusion récidivante avec douleurs stabilisées

# Spasmes digestifs: coliques

- **Anticholinergiques:**
  - **Buscopan** (butylbromure d 'hyoscine) 10-20mg q6h-8h SC/IM/IV
  - **Glycopyrrolate** 0,1 à 0,2mg q6h-8h, SC,IV
  - Timbre de bromhydrate de scopolamine (Transderm V)1,5 mg tous les 3 jours, TD
  - Diclomine (Bentylol) 10-20 mg, q6h-8h, PO, IM
  - Bromhydrate de scopolamine

# Constipation (subocclusion)

- **Laxatifs habituels cessés car augmentent les crampes, sauf le docusate de sodium et de calcium**
- **Cesser les laxatifs stimulants tels le bisacodyl, le senné et le lait de magnésie**
- **Solution électrolyte de polyéthylène glycol:Peglyte**
  - **Pas de littérature scientifique en soins palliatifs**
    - Utile dans les pseudo-occlusions
    - Recette-maison: 250cc à jeun le matin en 1 heure

# Occlusion haute

- **Dans l'occlusion haute, une gastrostomie de décompression** peut permettre au patient de s'hydrater
- **Des prothèses entérales duodénales** sont parfois installées lors d'une compression extrinsèque haute

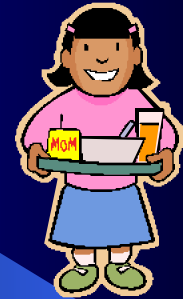
# Traitement nutritionnel suite à une subocclusion intestinale

# Traitement nutritionnel

Objectifs:

*Favoriser le bien-être du patient en*

- Permettant le maintien d'une alimentation par voie orale
- Diminuant les symptômes de la subocclusion
- Réduisant les risques d'obstruction complète





# Plan

- Adapter le traitement selon le site et le degré d'occlusion et le niveau d'intervention:
- Nutrition entérale ou orale?
- Avec un peu, beaucoup ou sans fibres?
- Et les suppléments commerciaux?

# Alimentation entérale

- TNG cause de l'inconfort.
- Gastrostomie si occlusion haute et vomissements abondants mais risque de douleur ou fuite autour de la stomie.
- Pas pour carcinomatose péritonéale (multiples sites d'obstruction).
- Discussion éthique avec le patient ou sa famille

# Pour le plaisir de goûter

- Occlusion persistante:
  - Maintenir la notion de plaisir
  - Liquides glacés: saveur salée ou sucrée
  - Mastiquer les aliments-plaisir et recracher

# Suppléments alimentaires commerciaux

- Se présentent sous plusieurs formes: liquide, pouding, biscuits, crème glacée, etc.
- Apport en calories, protéines et autres éléments nutritifs variables selon le produit choisi.
- A-t-on besoin de tout ça?
- Pratiques: économie d'énergie.
- Saveurs limitées, sucrées...
- Arrière-goût?
- Coût?

# Alimentation

- Dès l'amélioration des symptômes, on progresse d'une alimentation liquide vers une alimentation normale.
- Plusieurs petits repas.
- Bien évaluer la capacité de mastiquer (formation d'un bol alimentaire en purée).



# Alimentation

- Éviter les stimulants intestinaux (café, pruneaux, alcool).
- Régime sans résidu = courte durée: inadéquat et monotone.
- L'augmentation de fibres alimentaires pourrait précipiter l'occlusion en favorisant la formation de bouchons fécaux.

## Régime hyporésiduel:

Sans pelure, graines ni membrane.  
Cuits ou en jus (de fruits ou de légumes).

### ● PERMIS

- Avocat, banane, pomme, orange, pêche
- Poire et ananas en conserve
- Carottes, betteraves, courgettes, poivrons, pomme de terre, pointes d'asperges, haricots
- Produits céréaliers raffinés
- Produits laitiers sans noix ou graines
- Viandes tendres, oeufs, tofu

### ● ÉVITER

- légumes et fruits crus
- Pruneaux et leur jus
- Légumes fermentescibles (famille du chou, maïs, navet, petits pois, oignons)
- Produits céréaliers à grains entiers
- Viandes dures
- Noix, graines
- légumineuses

# Dès le diagnostic de carcinomatose péritonéale, éviter les fibres dures:

## *Aliments autorisés*

- Légumes cuits et pelés, bébés épinards, laitue Boston en petite quantité
- Fruits pelés et de préférence en conserve
- Céréales à déjeuner raffinées
- Pains et pâtes alim. blancs, riz blanc
- Tous les produits laitiers
- Viandes tendres, volaille, poisson
- Légumineuses en petite quantité

## *Aliments déconseillés*

- Chou, céleri, maïs, laitue romaine et iceberg
- Fruits secs
- Pains à grains entiers, avec graines ou noix
- Noix, amandes et graines



# Hydratation

- Phase palliative non terminale: selon tolérance
- Env. 1L/jour peut être suffisant
- Soins de bouche

# Cas clinique 1: traitement

- Vous hospitalisez M. Bien-Aimé avec hydratation IV de NaCl 0.9%.
- Le Rx de l'abdomen montre une distension colique
- Vous installez un TNG
- Vous demandez un CEA de contrôle et un CT scan abdomino-pelvien
- Vous prescrivez:
  - Stémétil 10 mg iv q 6h prn
  - Dilaudid 1mg sc q4h prn

# Cas clinique 1: traitement

- Vous demandez une consultation en chirurgie pour évaluer la pertinence d'une chirurgie étant donné le NIT à 2
- S'il est décidé de ne pas opérer le pt, vous débutez Sandostatin 50ucg sc q8h (pas de bloc av)

# Cas clinique : 2

- Vous demandez une consultation en gynécologie pour évaluer la possibilité d'une chimiothérapie palliative
- Entre-temps, vous débutez:
  - Sandostatin 50mcg s.c. q8h
  - Haldol 0.5 mg s.c. Bid
  - Morphine 2,5 mg sc q 4h prn
- Consultation en nutrition

# Questions et discussion

CSSS de l'Énergie, 18 mai 2012

# Conclusion: messages-clés

- Le niveau d'intervention thérapeutique est la première information à clarifier lors d'une urgence en soins palliatifs
- Le traitement palliatif de l'occlusion intestinale inopérable vise à réduire les nausées, vomissements, douleurs, spasmes digestifs, constipation
- Le sandostatatin est souvent utilisé en première ligne dans le traitement de l'occlusion intestinale inopérable

# Conclusion: messages-clés

- Bien connaître la cause de l'occlusion pour cibler l'intervention nutritionnelle
- Dès la reprise du péristaltisme, progresser d'une diète liquide à une diète normale, selon la tolérance
- Ne pas négliger la notion de plaisir et confort du patient!

# Bibliographie

- Regroupement des pharmaciens en établissement de santé. *Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes*; 4<sup>e</sup> édition; p155-208.
- Cameron J.L. *Current surgical therapy*, 9<sup>e</sup> édition. P189-194
- Trempe D, Dion D, Dechêne G. L'occlusion intestinale chez le patient atteint de cancer. *Le Médecin du Québec*, 41 (11): 64
- Association des pharmaciens du Canada.(2012) *CPS: Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*.
- Ripamonti C. *Support Care Cancer* 2001; 9: 223-33.
- Ripamonti C, Mercadante S, Groff L, Zecca E, De Conno F, Casuccio A. Role of octreotide, scopolamine butylbromide, and hydration in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction and nasogastric tubes: a prospective randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19: 23-34.
- Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Marrazzo A. Aggressive Pharmacological treatment for reversing malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 412-6



# Bibliographie

- OPDQ, Carcinomatose péritonéale, Manuel de nutrition clinique,
- Couture Marie-Ève, Protocole post-occlusion intestinale en soins palliatifs oncologiques, CHRTR, selon protocole utilisé au CHUS et le Manuel de nutrition clinique, décembre 2005
- Dugas Dr Renée, Mailhot Marjolaine, Nutrition et soins palliatifs, conseils pratiques à l'intention des professionnels de la santé, CHUM, révisé janvier 2002
- Forget Dominique, Occlusion intestinale, Passeportsante.net, 18 octobre 2011

# Bibliographie

- Mercadante S, Fulfaro F, Casuccio A. The use of corticosteroids in home palliative care. *Support Care Cancer* 2001; 9: 386-9.
- Matulonis U, Seiden M, Roche M, Krasner C, Fuller A, Atkinson T, et al. Long-acting octreotide for the treatment and symptomatic relief of bowel obstruction in advanced ovarian cancer. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 563-9
- Laval G, Girardier J, Lassaunière JM, Leduc B, Haond C, Schaerer R. The use of steroids in the management of inoperable intestinal obstruction in terminal cancer patient: do they remove the obstruction? *Palliat Med* 2000; 14:3-10
- Dugas R. L'occlusion en soins palliatifs: suivi à domicile. *Le Médecin du Québec*, 34 (5): 31.
- Mercadante S. Pain in inoperable bowel obstruction. *Pain Digest* 1995; 5:9-13.
- Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. Dans Doyle D, Hanks GW, Cherny N, Calman K, rédacteurs. *Oxford Textbook of palliative medicine*. 3è ed. New York: Oxford University Press; 2004, section 8.3.4. pp.496-506
- Ripamonti C, Fagnoni E, Magni A. Management of symptoms due to inoperable bowel obstruction. *Tumori* 2005; 91: 233-6.