

Conférence de consensus pour la «Best Practice in Palliative Care» en Suisse – Groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine palliative

Contribution au développement de qualité national de la médecine palliative en Suisse

Responsable de la version finale de ces recommandations: Hans Neuenschwander

BIGORIO – Constipation

1. Introduction
2. Définition
3. Prévalence et Incidence
4. Conséquences et Complications de la Constipation
5. Etiologie et Pathophysiologie
6. Assessment
7. Management
 - 7.1 Prévention
 - 7.1.1 Prévention: mesures non pharmacologiques
 - 7.1.2 Prévention: mesures pharmacologiques
 - 7.2 Traitement de la constipation établie
 - 7.2.1 Mesures non pharmacologiques
 - 7.2.2 Mesures pharmacologiques
 - 7.2.3 Traitements des fécalomes
 - 7.2.4 Situations difficiles et/ou spéciales
8. Questions encore en Suspens

1. Introduction

Les recommandations actuelles se basent d'une part sur les éléments de la littérature actuelles et les habitudes en cours dans notre pays. Elles ont été élaborées par un groupe de spécialistes en médecine palliative de Suisse (médecins et infirmières). Le document s'adresse surtout à des médecins et infirmières qui travaillent en médecine palliative.

2. Définition

Dans la littérature il n'existe pas de définition proprement dite. Le groupe aussi était unanime pour dire qu'en raison de la subjectivité et de la diversité des formes, une définition uniforme n'était pas possible. La description doit tenir compte de la fréquence des selles, de leur consistance et des difficultés à la défécation. C'est pourquoi il faut tenir compte des aspects subjectifs et objectifs.

Aspects objectifs

- Fréquence des selles inférieures à tous les 2-3 jours. Il est important de tenir compte des habitudes antérieures des patients.
- Consistance: normalement la constipation est associée à des selles dures. Il n'est pas rare de voir une diarrhée de reflux associée à une constipation, ou même comme premier signe.
- Il y a une production de selles aussi lorsque le patient ne se nourrit pas. Dans ce cas, la constipation devrait aussi être traitée prophylactiquement.

Aspects subjectifs

- Passage des selles difficile qui augmente la pression. Temps de vidange des selles plus long.
- Parfois, impression de vidange incomplète après être allé à selles.

3. Prévalence et incidence

Implication précoce d'une équipe compétente en soins En situation palliative, la constipation est un problème très fréquent. La définition imprécise et vaste rend difficile de faire une estimation exacte de la prévalence et de l'incidence. Pour différentes raisons (effets secondaires des médicaments, cachexie, polyneuropathie, etc.), le patient en situation palliative est à haut risque de constipation.

Environ 15% de la population saine a des symptômes et signes de constipation (American College of Gastroenterology 2005). Dans une population gériatrique, la prévalence augmente jusqu'à 20-50% (Bossard et al., 2004).

Plus de 50% des patients en situation palliative non traités aux opiacés sont constipés (Sykes et al., 2004), sous opiacés, le pourcentage augmente à 85-90% si aucune mesure préventive n'est introduite. En phase terminale, on peut en déduire que pratiquement tous les patients sont constipés (plus de 90%).

4 Conséquences et complications de la constipation

La constipation peut influencer négativement la qualité de vie. Elle est souvent la cause de nausées, douleurs abdominales et sensation de réplétion. Les flatulences et les crampes ne sont pas rares. Dans les cas graves apparaissent des signes et symptômes comme dans l'obstruction ou l'iléus paralytique. Des problèmes de miction, surtout rétention urinaire peuvent s'ajouter.

Les complications de la constipation comme les nausées, les vomissements, les douleurs, l'incontinence des selles ou urinaire peuvent conduire à une hospitalisation.

Il est à noter que, surtout chez les patients âgés, la constipation peut être une cause de troubles cognitifs ou de confusion, même s'il n'y a aucune évidence dans la littérature.

5 Etiologie et physiopathologie

Les causes de la constipation sont pratiquement toujours multifactorielles.

- Etat fonctionnel: Immobilité, sédation
- Médicamenteuses: Opiacés, Antiacides, substances anti cholinergiques comme les antidépresseurs et les neuroleptiques Diurétiques, antitussifs, antiépileptiques, Antihistaminiques, préparations de fer
- Neuropathie et parésie gastro-intestinale: Neuropathie autonome cachectique, Infiltration du plexus coélique SLA, MS, carcinose péritonéale, Fibrose post-actinique, diabète avec neuropathie neuro-végétative Maladie de Parkinson, démence

Conférence de consensus pour la «Best Practice in Palliative Care» en Suisse – Groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine palliative

- Problèmes locaux comme les raghades, spasmes anaux
- Troubles métaboliques: Diminution des apports liquidiens, augmentation des pertes liquidiennes hypopotassémie, hypercalcémie, hypothyroïdisme, insuffisance rénale
- Changements de l'alimentation: Augmentation de la prise de fibres sans augmentation des liquides, changement du goût, changements de diète, par exemple lors de l'hospitalisation
- Etat émotionnel: Stress, états anxieux, dépression
- Causes sociales et environnementales Manque de sphère privée à l'hôpital, alitement

Cette liste n'est pas complète et sert de rappel pour les causes les plus fréquentes.

6 Assessment

Le symptôme n'est souvent pas mentionné spontanément. Une attention constante et un questionnement régulier sont donc importants. Les éléments anamnestiques sont souvent plus parlants que la clinique, qui ne doit toutefois pas être oubliée.

Anamnèse

- Comment étaient les dernières selles?
- Fréquence, consistance, quantité de selles., douleurs, diarrhées, selles foncées, mélangées avec du sang ou du mucus.
- Comment étaient les habitudes de défécation auparavant?
- Utilisation de moyens pour aller à selles avant / maintenant?
- Recherche d'autres symptômes associés
- Déficits fonctionnels (mobilisation, incontinence)
- Anamnèse médicamenteuse, inclus les médicaments non prescrits comme les produits naturels
- Prises de boissons et aliments

Examen clinique

Examen clinique de l'abdomen:

à souligner en particulier la nécessité du toucher rectal, même en cas de diarrhée, par exemple une diarrhée paradoxale, pour exclure un fécalome. Dans beaucoup de cas, l'anamnèse et l'examen clinique ne sont pas assez sensibles. Selon Bruera, dans environ 30 % des cas la constipation est sous-diagnostiquée (Bruera et al., 1994). Les examens paracliniques, en particulier une radiographie de l'abdomen couché et debout sont nécessaires. Cet examen n'est pas recommandé de routine, mais est utile dans les situations suivantes:

- Suspicion de constipation, malgré une anamnèse et un examen clinique non concluants
- Suspicion de complications comme un iléus paralytique ou mécanique
- Absence de résultat malgré une thérapie laxative optimale

Suspicion de diarrhée paradoxale ou en cas de toucher rectal peu clair:

Le degré de constipation sera quantifié avec le score dit «score de constipation» sur la base d'une radiographie à vide de l'abdomen en position couchée (Pereira J Bruera E., 1996).

Une cause métabolique ou un trouble électrolytique (Potassium, Calcium) seront exclus au moyen du laboratoire

7. Management

7.1 Prévention

Objectifs de la prévention

- au moins une selle tous les 2-3 jours
- défécation sans difficulté et sans douleur
- selles ni dures ni molles

Ces objectifs sont généraux, mais doivent tenir compte des habitudes déjà mentionnées des patients. La grande majorité des patients a besoin de laxatifs sous quelle forme que ce soit (inclus des mesures diététiques ou des produits naturels).

7.1.1. Prévention: mesures non pharmacologiques Evaluation régulière et instruction du patient / de la famille.

Prise en charge des facteurs environnementaux et retour aux habitudes normales du patient.

Une alimentation normalement riche en fibres est autorisée, mais il faut éviter des suppléments de fibres. Les patients n'arrivent en général pas à ingérer la quantité de liquide nécessaire. Encourager à boire. Massage abdominal: cette recommandation se base sur l'expérience clinique, mais n'a aucune évidence dans la littérature (Ernst, 1999). Mobilisation quand et où c'est possible. Assurer un bon contrôle des symptômes (douleurs, nausées). Faire attention et traiter les facteurs locaux tels que fissures et hémorroïdes.

7.1.2. Prévention: mesures pharmacologiques

On ne peut pas donner de recommandations claires sur quels laxatifs doivent être proposés, car il n'y a pas d'études comparatives. En plus, les doses équivalentes entre les différentes substances ne sont pas connues. La discussion montre que les traitements choisis correspondent aux habitudes locales et dépendent des expériences individuelles et des conditions des patients.

Le consensus existe sur l'absolue nécessité de prescrire des laxatifs chez les patients sous opiacés (environ 90% de constipation). Dans les rares cas où se produit une diarrhée, le laxatif peut être diminué ou arrêté plus tard. L'unanimité s'entend aussi pour dire que les substances de lest sont en principe contre-indiquées en situation palliative.

Conférence de consensus pour la «Best Practice in Palliative Care» en Suisse – Groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine palliative

Suggestions du groupe de travail pour les patients aux opiacés:

- Lactulose efficace, mais cause des flatulences dose dépendantes
- Macrogol en monothérapie, probablement plus efficace grâce à son index thérapeutique large
- Picosulfate
- Suppositoires ne sont pas recommandés de routine, à l'exception des cas particuliers comme pour les patients paraplégiques (supp. Lezicarbon) et chez les patients qui ne peuvent rien prendre per os

Ces laxatifs sont donnés dans le groupe en monothérapie ou en combinaison. Lorsqu'il y a plusieurs médicaments, il faut faire attention de combiner des substances (voir

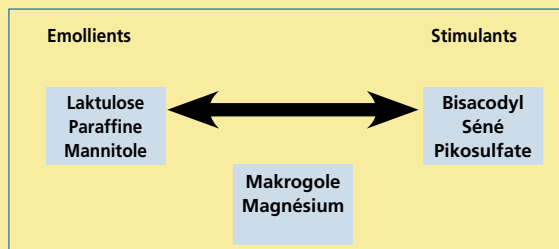


schéma) au mécanisme d'action différent.

Pour éviter une constipation chez les patients en soins palliatifs, il est recommandé d'éviter le Barium comme produit de contraste (danger d'obstruction). Il faut utiliser la Gastrografin.

7.2. Traitement de la constipation établie

7.2.1. Mesures non pharmacologiques

Les objectifs sont les mêmes que pour la prévention (v. 7.1.)

Il est recommandé:

- après 3 jours sans selle un changement : une augmentation. +/- dose de réserve des différents moyens doit être effectuée
- il est recommandé une approche multidisciplinaire

Des mesures complémentaires peuvent être utiles (applications chaudes, massage, réflexothérapie, thés stimulants, etc.), mais ne suffisent en général pas. L'évidence ne donne aucune solution, la prescription repose sur l'expérience individuelle.

7.2.2 Mesures pharmacologiques

Pour les mesures pharmacologiques aussi, il n'y a pas assez d'éléments dans la littérature qui permettent de donner des recommandations basées sur l'évidence. Les pratiques des différentes équipes de soins palliatifs en Suisse sont donc différentes. La plupart du temps, on donne en cas de constipation établie un traitement rapide en une fois (oral et / ou rectal), afin d'obtenir des selles.

Finalement on élargira ou potentialisera le traitement, par exemple:

- prescription de laxatifs préventivement, si ce n'était pas le cas auparavant. Cela se fait avec une mono-substance ou une combinaison.
- augmentation de la dose
- changement pour une autre substance

Remarques:

- les laxatifs ne sont pas indiqués ou contre-indiqués en cas d'obstruction, perforation ou de maladie inflammatoire de l'intestin.
- Les doses de laxatifs seront titrées, jusqu'à l'obtention de l'effet désiré, respectivement à l'apparition des effets secondaires.
- Les laxatifs peuvent avoir des effets secondaires locaux ou systémiques.
- A mentionner les troubles électrolytiques lors de doses élevées (par ex. Hypokaliémie).
- Le citrate de magnésium est contre-indiqué lors d'insuffisance rénale sévère, et le lactulose en cas d'intolérance au lactose ou au galactose. L'arrêt d'un laxatif stimulant peut provoquer un phénomène de rebond.
- Les laxatifs irritent la peau (fissure, anus praeter). Il est décrit, mais rarement, des pneumonies sur aspiration avec les laxatifs huileux et des réactions allergiques avec le Bisacodyl et le Picosulfate.
- Les interactions des laxatifs avec d'autres médicaments sont rares, par exemple le Séné avec le Disulfirame (Antabus), le Bisacodyl avec le lait et les antiacides.

Le groupe est d'accord avec les principes suivants:

Au début du traitement avec une substance on choisira un médicament du spectre du milieu du schéma décrit précédemment (p.ex. Macrogol). Lorsqu'on commence avec deux substances, on choisira 2 médicaments de position antagoniste (émoullient avec un stimulant, par ex. Lactulose et séné).

Lors de constipation persistante, il est nécessaire d'associer un traitement rectal à doses croissantes:

- suppositoires de glycérine (Bulboid)
- clystère de Sorbitol (Microclist 5 ml)
- petit lavement avec phosphate de sodium (Freka-Clyss 120 ml)
- solution de glycérine (Practomil 1000 ml)
- certains utilisent des solutions mélangées d'eau et d'huile (1:1)

Les contre-indications à la voie rectale sont: thrombocytopénie sévère, infections locales, fistules.

7.2.3. Traitement des fécalomes

Il est recommandé de distinguer entre les fécalomes distaux et proximaux. En général toutefois, l'abord rectal sera privilégié.

Conférence de consensus pour la «Best Practice in Palliative Care» en Suisse – Groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine palliative

Fécalomes distaux

commencer avec des suppositoires de glycérine lors de selles très dures solutions huileuses en cas d'échec : une extraction manuelle doit être effectuée. Pour cela, une dose de réserve analgésique ou une sédation sont conseillées.

Fécalomes proximaux

En cas d'échec:Macrogol aux doses pour la colonoscopie Citrate de magnésium une sonde gastrique est rarement nécessaire pour les grands volumes de Macrogol. Compléter éventuellement avec les mesures par voie rectale (v. ci-dessus).

Situations difficiles et / ou spéciales

Les patients qui présentent une constipation sévère sous opiacés, malgré un traitement laxatif adéquat sont candidats à un traitement de méthylalantrexone comme intervention de secours et / ou comme traitement chronique. La méthylalantrexone est un antagoniste périphérique mu qui n'influence pas l'effet central analgésique des opiacés. Le médicament est donné en parentéral (sous-cutané) trois fois par semaine. Au moment de la rédaction de ces recommandations, il n'est pas encore sur le marché en Suisse et sera relativement cher. Pour les quelques cas pour lesquels la constipation induite par les opiacés ne peut être résolue, la méthylalantrexone est un progrès thérapeutique. Il est recommandé de discuter l'usage de cette substance avec les spécialistes. Il est déconseillé d'en faire un usage extensif.

Dans certains cas particuliers de constipation due aux opiacés, une rotation des opiacés peut être proposée. Il y a des indications dans la littérature, pour dire que le Fentanyl probablement, indépendamment de la voie d'administration, crée moins de constipation que les autres opiacés. Même si ce n'est pas une raison pour utiliser de façon indiscriminée les Patch de Fentanyl, cela peut dans des cas particuliers être une indication à une rotation.

8. Questions en suspens

1. Jusqu'où doit être traitée la constipation en phase terminale, avec quelle agressivité?
2. Utilité de l'emploi de routine d'un score de constipation?
3. Supériorité de la combinaison de laxatifs par rapport à une substance unique.

9. Littérature

- American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the Management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol.* 2005;100: S1-S4.
- Bosshard W et al., (2004). The treatment of chronic constipation in elderly people. *Drugs Aging*; 2004; 21: 911-30.
- Emply M, Rochester P. A new look at constipation management in the community. *Br J Community Nursing.* 2006. 11 (8): 326-332.
- Ernst E. Abdominal massage for chronic constipation: a systemic review of controlled clinical trials. *Forsch Komplementärmed.* 1999. 6: 149-151.
- Johnson D A. Treating chronic constipation. How should we interpret the recommendations? *Clin Drug Invest.* 2006. 26 (10): 547-567.
- Miles CL et al., Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006. 4. CD003448.
- Piche T et al., Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007. 31: 125-135.
- Sykes NP et al., Constipation, Palliative Medicine, Oxford University press, pp. 299-310.
- Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, Ellershaw JE, Elsner F, Eugene B, Gootjes JR, Nabal M, Noguera A, Ripamonti C, Zucco F, Zuurmond WW. European Consensus Group on Constipation in PC. *Palliative Medicine* 22(7):796-807, 2008 Oct.
- Sykes NP. The pathogenesis of constipation. *The Journal of Supportive Oncology* 4(5):213-8, 2006 May.
- Mancini I, Bruera E. Constipation in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 6, 356-364. 1998
- Bennett M, Cresswell H. Factors influencing constipation in advanced cancer patients: a prospective study of opioid dose, dantron dose and physical functioning. *Palliat Med* 2003; 17(5):418-422.
- Derby S, Portenoy RK. Assessment and Management of Opioid-Induced Constipation.
- Portenoy R BEE, editor. in *Topics in Palliative Care Vol 1.* 95-112. 1997. New York., Oxford University Press.
- Bruera E, Suarez-Almazor M, Velasco A, et al. The Assessment of constipation in Terminal Cancer Patients Admitted to a Palliative Care Unit: A Retrospective Review. *J Pain Symptom Manage*, 515-519. 1994
- Starreveld JS, Pok MA, van Wijk HJ, et al. The plain abdominal radiograph in the assessment of constipation. *Gastroenterology* 28, 335-338. 1990
- Radbruch L, Sabatowski R, Loick G, et al. Constipation and the use of laxatives: a comparison between transdermal fentanyl and oral morphine. *Palliative Medicine* 14, 111-119. 2000
- Allan L, Hays H, Jensen NH, de Waroux BL, Bolt M, Donald R et al. Randomised crossover trial of transdermal fentanyl and sustained release oral morphine for treating chronic non-cancer pain. *BMJ* 2001; 322(7295):1154-1158.
- Klaschik E, Nauck F, Ostgathe C. Constipation – modern laxative therapy. *Support Care Cancer* 2003; 11(11): 679-685.
- Neyens R, Jackson K. Novel opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction and postoperative ileus. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2007; 21 (2): 27-33.

- 1 Définition
- 2 Fréquence
- 3 Présentation Clinique
- 4 Pronostic
- 5 Etiologies et Physiopathologie
- 6 Evaluation
- 7 Traitements et Soins
- 8 Questions ouvertes
- 9 Littérature

1 Définition

L'iléus se traduit par un trouble de la motilité intestinale d'origine mécanique ou paralytique.

L'iléus mécanique (obstruction) chez un patient cancéreux résulte d'une obstruction partielle ou complète de la lumière intestinale.

Un iléus mécanique peut évoluer en iléus paralytique, et les deux mécanismes peuvent coexister chez un même patient dans des proportions variables.

2 Fréquence

L'obstruction est une complication fréquente chez les patients atteints d'une maladie cancéreuse au stade avancé. Sa prévalence est de 5 à 42% dans le contexte d'un carcinome ovarien avancé et de 4 à 24% dans les cancers colo-rectaux avancés ^(1,2).

3 Présentation clinique

Les symptômes et signes de l'iléus mécanique varient en fonction du niveau de l'obstruction et de son caractère partiel ou complet.

Sa présentation peut être aiguë, mais le plus souvent, le début est insidieux, parfois sur plusieurs semaines avec aggravation progressive des symptômes. Il peut même y avoir des résolutions spontanées temporaires.

Symptômes généraux:

- Secondaire à une déshydratation, aux traitements médicamenteux en particuliers anticholinergiques, à des causes buccales
- Inappétence
- Dyspnée pouvant résulter d'un syndrome restrictif
- Mal-être, asthénie

Impact psychologique et social:

- Anxiété secondaire à l'iléus et à ses représentations (p. ex. «éclatement» de l'abdomen), allant de l'affût d'un signe de reprise du transit à l'approche de la mort
- Altération de l'image de soi
- Perte de la convivialité lors des repas
- Anxiété et désarroi des proches

4 Pronostic

Chez des patients atteints d'une obstruction intestinale inopérable dans un contexte de cancer avancé au-delà des ressources d'un traitement oncologique spécifique, le pronostic est de quelques semaines à des mois.

Symptômes	Remarques	Obstruction haute	Obstruction basse
Vomissements		Précoces, abondants, biliaires	Plus tardifs, fécaloïdes
Nausées	Intermittentes ou continues		
Douleurs abdominales en coliques		Coliques hautes ou périombilicales	Coliques périombilicales, basses ou le long du cadre colique
Douleurs abdominales continues	Secondaires à une distension abdominale, à la présence de masses tumorales ou d'une hépatomégalie		
Constipation	Absence de selle et de gaz en cas d'obstruction complète		
Constipation intermittente lors d'obstruction partielle	Peut être absente en cas d'obstruction complète haute		
Fausses diarrhées	Secondaires à une liquéfaction bactérienne des selles	Possibles	Possibles

5 Etiologies et physiopathologie

L'obstruction intestinale peut être complète ou partielle, unique ou multiple. L'intestin grêle est plus souvent touché que le côlon (61 versus 33%) et les deux sont concernés chez plus de 20% des patients en iléus.

Plusieurs mécanismes physiopathologiques différents peuvent être impliqués dans le développement d'un iléus. Même dans le contexte d'une néoplasie au stade avancé, l'obstruction peut être due à des causes bénignes telles que des adhérences, des lésions intestinales post-actiniques, une maladie inflammatoire de l'intestin ou encore une hernie. En effet, certaines études suggèrent qu'une cause bénigne est à l'origine de l'iléus chez près de la moitié des patients atteints de cancers colo-rectaux et de 6% seulement des patients atteints de cancers gynécologiques.

Physiopathologie de l'iléus

Obstruction mécanique:

- Compression extrinsèque de la lumière intestinale par des masses tumorales, des adhérences ou une fibrose post-radique
- Occlusion intraluminaire, secondaire à des masses tumorales polypoides ou à une infiltration tumorale annulaire de la paroi.

Troubles de la motilité intestinale:

- Linite plastique intestinale
- Iléus adynamique ou fonctionnel
- Infiltration tumorale du mésentère ou de la musculature ou des structures nerveuses intestinales, en vahissement tumoral du plexus coeliaque
- Neuropathie paranéoplasique particulièrement chez les patients atteints de cancers pulmonaires, pseudo-obstruction intestinale chronique⁽²⁾ (v. Iléus paralytique).

6 Evaluation (anamnèse, examen clinique et investigations)

But: déterminer l'attitude thérapeutique: iléus opérable? non opérable?

- Définir le pronostic global lié au cancer et aux comorbidités éventuelles: stade de la maladie oncologique (présentation initiale ou complication tardive, possibilités de traitement oncologique)
- Essayer de préciser si le site d'obstruction est unique ou multiple
- Déterminer le niveau de l'obstruction
- Exclure des causes bénignes facilement traitables à l'origine de l'obstruction (p. ex. fécalome)
- Déterminer si la chirurgie est envisageable en considérant le pronostic global, les contr'indications, bénéfices et risques (cf. plus bas)
- Préciser quels sont les objectifs et les besoins prioritaires du patient (p. ex. importance de pouvoir manger)

Anamnèse complète, accent particulier sur:

- Mode d'installation des troubles
- Nausées: intensité, facteurs favorisants et soulageants, moments
- Vomissements: fréquence (nombre d'épisodes quotidiens), corrélation avec le moment de la prise alimentaire, quantité, aspect et odeur
- Selles: fréquence, type, consistance
- Douleur: caractère en colique ou continu, localisation, intensité, facteurs soulageants et aggravants
- Sensation de faim ou soif, sécheresse de bouche
- Perte pondérale
- Autres symptômes et sources d'inconfort
- Impact des symptômes sur le patient (p. ex. alimentation)
- Indice de performance

Examen clinique

Examen abdominal orienté vers:

- Présence d'une distension abdominale, générale ou localisée
- Péristaltisme visible
- Présence de cicatrices, hernies
- Présence et qualité des bruits abdominaux
- Recherche de signes de carcinose, masse(s), ascite, douleur, signes de péritonisme
- Ne pas oublier le TR (fécalome, masse?)

Examen clinique général:

- Rechercher en particulier des signes de dénutrition, des signes infectieux, évaluer l'état d'hydratation, l'état de la cavité buccale

Investigations

A moduler en fonction du stade de la maladie, de l'état général du patient, de son pronostic, de ses souhaits.

- Laboratoire: recherche de troubles électrolytiques et métaboliques
- CT scanner abdominal: examen de choix à considérer en fonction du tableau clinique et des options thérapeutiques possibles, tenant compte de l'état général du patient
- Radiographie de l'abdomen debout et couché sans préparation (examen peu sensible)
- Examens radiologiques avec produit de contraste: Contr'indication du barium
Transit à la gastrographie: 1er choix pour rechercher un trouble de la motilité (temps de passage) et/ou le niveau d'obstruction (bonne visualisation des obstructions proximales)

7 Traitements et soins

Etablir les objectifs de soins et de prise en charge avec le patient, la famille et l'équipe, en fonction du pronostic, de l'état général, des co-morbidités, des possibilités thérapeutiques, et des souhaits du patient

7.1. Chirurgie

A pour but d'améliorer les symptômes d'inconfort

A considérer ainsi que toutes les contr'indications

La prise de décision nécessite un consilium multidisciplinaire comprenant le chirurgien (dans la mesure du possible celui qui a déjà opéré le patient), l'oncologue et le spécialiste en médecine palliative.

7.2 Contr'indications à la chirurgie

7.2.1 Absolues

Laparotomie récente montrant qu'une chirurgie ultérieure n'est pas possible

Antécédents de chirurgie abdominale montrant une dissémination tumorale

Atteinte proximale gastrique. Carcinose intestinale démontrée radiologiquement par produit de contraste révélant un trouble de la motilité sévère Palpation de masses intra-abdominales diffuses Ascite massive récidivant rapidement après drainage

7.2.2 Relatives

Métastases extra-abdominales responsables de symptômes difficilement contrôlables (p. ex. dyspnée)

Maladie largement métastatique asymptomatique (p.ex. épanchement pleural)

Mauvais status de performance. Mauvais état nutritionnel (p. ex. perte de poids importante/cachexie, hypoalbuminémie marquée, lymphopénie) Age avancé avec cachexie. Radiothérapie pelvienne ou abdominale antérieure ⁽²⁾

7.2.3 Complications de la chirurgie

Dans ce contexte, la chirurgie est grevée d'une mortalité et d'une morbidité importantes: le taux de récurrence d'occlusion varie entre 10 et 50%, les complications sont nombreuses (infections, sepsis, fistules, éventrations...)

7.3 Sonde nasogastrique (SNG)

Respecter les besoins et souhaits du patient en particulier concernant la SNG. Donner des explications claires au patient sur les objectifs du traitement par SNG.

Rôle de la SNG:

Place limitée comme mesure d'urgence et temporaire lors de vomissements importants dus à une dilatation gastrique (sonde de gros diamètre initialement), et dans certaines situations d'échec des traitements symptomatiques pharmacologiques de l'iléus. Elle peut parfois aussi être indiquée afin de diminuer les sécrétions digestives très abondantes avant de commencer un traitement pharmacologique et en attendant que celui-ci soit efficace.

Son usage à long terme devrait être réservé aux situations dans lesquelles le traitement médicamenteux bien conduit est inefficace et la gastrostomie non réalisable.

Complications. Irritation nasale et/ou pharyngée, érosion du cartilage nasal, occlusion de la sonde, expulsion spontanée.

Chez certains patients qui souhaitent manger, avaler des aliments liquides et semi-liquides sans que le contrôle des symptômes médicamenteux soit suffisant pour cela, la SNG peut leur permettre de le faire, en aspirant après la prise alimentaire.

7.3.1 Type d'aspiration

Aspiration par gravité, à préférer

En cas de persistance des nausées-vomissements, mettre une aspiration douce intermittente

7.3.2 Soins liés à la sonde

Prémédication, p. ex. anxiolytique à considérer avant la pose Mobiliser la sonde quotidiennement pour éviter des décubitus

7.4 PEG de «décharge»

Indiquée lors d'obstructions réfractaires au traitement symptomatique pharmacologique, en alternative à la SNG à long terme, en l'absence de contr'indication.

La PEG peut aussi permettre à certains patients de continuer à avoir le plaisir de manger sans que cela n'entraîne nausées et vomissements et en évitant la SNG.

Contr'indications: hypertension portale, ascite importante, risque de saignement carcinose péritonéale massive, chirurgie abdominale haute antérieure incluant la gastrectomie, présence d'ulcérations gastriques actives et coagulopathies. Si ces éléments ne peuvent pas être corrigés, une technique percutanée peut être envisagée Contr'indications relatives: interventions abdominales multiples, carcinose péritonéale, colostomie, plaies de la paroi abdominale ^(2/6).

7.5 Stents métalliques

La mise en place d'un stent peut être utile chez les patients cancéreux au stade avancé lorsque la chirurgie est contr'indiquée.

Le stent est indiqué en cas d'obstruction unique pyloro-duodénale et colique. La mise en place d'un stent peut aussi être utile dans les cas d'obstruction colique pour décompresser l'intestin et permettre une préparation colique adéquate et un staging avant la chirurgie

Consulter un gastroentérologue pour en discuter.

Contr'indications: sténoses multiples et carcinose péritonéale⁽⁷⁾

7.6 Traitements pharmacologiques

Il est recommandé d'administrer tous les médicaments par voie parentérale (sc ou iv) en raison des troubles d'absorption intestinale secondaires à l'iléus⁽⁸⁾.

Octréotide (Sandostatine®)

Traitement de premier choix, d'action antisécrétoire rapide, bénéfique sur les nausées-vomissements et distension intestinale, permettant souvent d'enlever la SNG après quelques jours de traitement.

Cette indication n'est pas reconnue en Suisse ; la prise en charge du traitement ambulatoire d'octréotide requiert une demande auprès de la caisse maladie.

Posologie:

- doses initiales = 0,1 - 0,2 mg toutes les 8h. sc ou 0,3 – 0,6 mg iv continu à augmenter au besoin après 48 – 72 h de traitement jusqu'à 1.2 mg/j

Mode d'administration:

- sc: injections intermittentes ou perfusion continue
- iv: perfusion continue en raison de la courte demi-vie de l'octréotide
- Association possible dans la même seringue avec halopéridol (Haldol®), hyoscine butylbromide (Buscopan®)
- Chauffer l'ampoule dans les mains et injecter lentement permet de diminuer la douleur au site d'injection. Changer le butterfly aux 3 jours en raison des risques d'irritation cutanée

De part son coût relativement élevé, une fois les symptômes contrôlés, l'octréotide peut être remplacé par l'hyoscine butylbromide (Buscopan®) moins cher. Par ailleurs, le coût de l'octréotide est probablement contrebalancé par un raccourcissement de la durée de séjour hospitalier et par une amélioration de la qualité de vie du malade.

Anticholinergiques

L'effet recherché des anticholinergiques dans l'iléus est essentiellement celui de la diminution des sécrétions digestives. De part leur effet antispasmodique, les anticholinergiques sont efficaces sur les douleurs abdominales en coliques. Toutefois, en présence de coliques, l'ajustement de la posologie des opioïdes est prioritaire.

a. Hyoscine butylbromide (Buscopan®):

Posologie: dose initiale \geq 60 mg/j sc ou iv nécessaire lors de monothérapie, dose optimale non connue. La dose maximale = 240 mg/j (cave effets indésirables).

Peut, après quelques jours de traitement d'octréotide jugé partiellement efficace, être associé à ce dernier pour renforcer les effets antisécrétoires. Préférer les voies sc et iv en continu ou en bolus toutes les 4h.

b. Glycopyrrolate (Robinul®):

Rôle précis/avantages éventuels non définis par rapport à l'hyoscine butylbromide⁽⁹⁾.

Posologie: 4 à 6 x 0,1 – 0,2 mg sc/j (dose maximale 1,5mg/j)

c. Scopolamine transdermique (Transcop®): 1 x / 72 h

Attention aux effets indésirables centraux (confusion).

Antiémétiques

a. Métoprolamide (Primpéran®):

A considérer en cas d'obstruction partielle ou secondaire à des troubles de la motilité, en l'absence de douleurs en coliques suggestives d'occlusion complète auquel cas il y a contr'indication.

b. Halopéridol (Haldol®):

En Suisse, le groupe d'experts recommande le recours à l'halopéridol en première intention.

Posologie: dose initiale = 0.5 – 1 mg toutes les 8 h. Doses de réserve possibles. Titrer par paliers de 0.5 mg x 3 /j en fonction de la réponse à l'occasion de réévaluations régulières et quotidiennes⁽¹⁰⁾.

c. Levomépromazine (Nozinan®)

Actions antiémétique et anticholinergique et anxiolytique sédativ.

Posologie: dose initiale 3 mg sc toutes les 8 h. Doses de réserve. Titrer par palier de 2 à 5 mg/dose en fonction des effets et effets secondaires.

d. Chlorpromazine (Chlorazin®):

50-100mg toutes les 8 h. intrarectal ou im

e. Anti-5HT3 (Navoban®, Zofran®):

Les anti-HT3 sont à considérer en 3ème ligne en cas de non réponse et/ou en raison d'effets indésirables limitant la poursuite de l'halopéridol.

Corticoïdes

Sont largement utilisés en pratique clinique dans un but symptomatique: améliorer le transit par la réduction de l'œdème péritumoral et de la sécrétion d'eau et de sel dans la lumière intestinale et soulager les nausées de par leur effet antiémétique.

Toutefois il n'y a pas d'évidence dans la littérature permettant de confirmer cette pratique clinique et de préciser la place des corticoïdes dans l'obstruction intestinale, mais leur rôle est aussi extrêmement difficile à démontrer.

Préférer la dexaméthasone (Fortecortin®) à la prednisone en raison de son faible effet minéralocorticoïde.

Posologie: dose optimale non déterminée. Sur la base de notre pratique clinique, en l'absence, dans la littérature, de différence significative entre 6 et 16 mg de dexaméthasone iv dans la résolution de l'iléus, nous recommandons d'initier le traitement par des doses de 16 mg/j de dexaméthasone, à stopper après 5 à 7 j en l'absence d'efficacité ou à diminuer progressivement jusqu'à trouver la dose minimale efficace ^(11, 1).

Veiller à la possible augmentation de la sensation de faim.

Antalgiques

Selon les recommandations de l'OMS

7.7. Hydratation

Eviter la déshydratation (augmentation des nausées) et également l'hyperhydratation (augmentation des sécrétions digestives).

Apports iv à limiter à 1 litre/j au maximum.

7.8. Nutrition

- Alimentation entérale: a pour objectif de favoriser la qualité de vie (saveur, plaisir et convivialité) sans rechercher à assurer un apport protéino-calorique suffisant.
- Alimentation parentérale (TPN): A considérer dans des situations sélectionnées:
- Dans les situations d'obstructions potentiellement réversibles, et lorsque le patient est un candidat potentiel pour la chirurgie, la TPN peut être considérée 12. Questionnement éthique en relation avec alimentation/hydratation: en fin de vie, la demande de nutrition et d'hydratation doit être explorée, et les souffrances en lien avec la problématique traitées. Décision médicale après discussion avec le patient et ses proches et l'équipe interdisciplinaire.

7.9. Prise en compte des symptômes généraux d'inconfort

Explorer et traiter les symptômes d'inconfort associés: nausée, vomissement, douleur, dyspnée, anxiété ⁽¹⁰⁾. Avoir une attention toute particulière aux soins de bouche et de peau.

8 Questions ouvertes

N'ont pas été évalués dans la littérature médicale:

- La persistance, au-delà de 72 heures de traitement, d'une diminution des sécrétions sous hyoscine butylbromide
- L'association d'octréotide et d'hyoscine butylbromide en première intention
- La place de l'octréotide à longue durée d'action dans l'iléus
- Les doses optimales et maximales d'octréotide dans le traitement symptomatique de l'iléus
- La place des corticoïdes dans l'iléus et le cas échéant leur posologie optimale

9 Littérature

- 1 Mercadante et al. Medical treatment for inoperable bowel obstruction: a qualitative systemic review. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 217-223
- 2 Ripamonti C. et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Supportive Care Cancer* 2001; 9: 223-233
- 3 Baines. *Lancet* 1985 cité par *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2005
- 4 Guirimand F. Prise en charge des occlusions intestinales chez des patients atteints de cancer en phase avancée. *Méd Pal.* 2003; 2: 197-210
5. Carla Ripamonti and Sebastiano Mercadante, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3ème édition, 2005, p.498
6. Ripamonti C and Bruera E. Palliative management of malignant bowel obstruction. *Int J Gynecol Cancer* 2002; 12 ; 135-143
7. Harris G et al. The management of neoplastic colorectal obstruction with colonic endoluminal stenting device (review). *The American Journal of Surgery* 2001; 181; 499-506

- 1 Introduction et Définition
- 2 Prévalence et Incidence
- 3 Pronostic
- 4 Étiologie et Physiopathologie
- 5 Assessment
- 6 Traitement et Soins
- 7 Questions Ouvertes

1. Introduction et Définition

Interruption de l'activité motrice gastro-intestinale propulsive d'origine non mécanique.

Ce diagnostic se pose après avoir exclu un obstacle à la progression du bol alimentaire ou de selles, caractérisant un iléus mécanique. Les deux situations physiopathologiques peuvent coexister. L'iléus paralytique est alors le plus souvent une conséquence de l'iléus mécanique.

2. Prévalence et incidence

Inconnues pour cette entité

En raison de la coexistence fréquente d'un iléus mécanique, il est difficile de connaître la prévalence et l'incidence. Cette entité survient plus souvent chez les patients sous opioïdes et dans les situations où il existe une atteinte du péritoine et/ou du plexus coeliaque.

3. Pronostic

Impact physique: inconfort abdominal, douleurs viscérales, nausées, vomissements, anorexie, bouche sèche.

Impact social: symbolisme de l'alimentation (pour le patient et la famille), mauvaise haleine.

4. Étiologie et physiopathologie

L'étiologie est souvent multifactorielle. Les causes les plus fréquentes sont:

Médicaments

- «Opioid-induced bowel dysfunction» (trouble de la motilité intestinale induit par les opioïdes)
- Les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques
- Les médicaments neurotoxiques, par ex. dérivés des alcaloïdes de la pervenche (vincristine, vinblastine), dérivés du platine, taxanes

Carcinose péritonéale

Infiltration tumorale du plexus coeliaque

Dysautonomie paranéoplasique ou d'autre origine (p. ex. diabète)

Autres causes

- Troubles métaboliques (hypokaliémie, hypercalcémie)
- Fibrose radique
- Péritonite bactérienne ou abactérienne (pex en présence d'ascite chez un alcoolique)
- Iléus réflexe (pex en présence d'une pancréatite)
- Myélopathie (p ex compression médullaire complète)
- Troubles vasculaires (colite ischémique, infarctus mésentérique)

5. Assessment

Anamnèse: mode et délai d'installation, type de douleurs (continue coliques), nausées, vomissements (quantité et qualité), inappétence, soif, exonération (fréquence, consistance, arrêt complet des selles?), gaz?

Médicaments en cours?

Examen clinique: distension abdominale, bruits abdominaux (présence, ou absence,, fréquence, tonalité), tympanisme, péritonisme. Toucher rectal important (pour exclure un fécalome).

Imagerie:

- Abdomen à vide (couché): recherche d'une coprostase, une dilatation des anses grêles, une dilatation de l'estomac, un mégacôlon. Si ASP debout: recherche de niveaux hydro-aériques, d'un pneumopéritoine
- Un CT scan peut parfois être nécessaire pour rechercher une obstruction ou une cause traitable ou pour évaluer l'extension de la maladie tumorale

Laboratoire: exclure une cause métabolique traitable

Prendre l'avis du chirurgien: pas forcément dans un but opératoire mais pour partager avec lui le diagnostic différentiel et évaluer le pronostic (démarche de pluridisciplinarité médicale)

6 Traitements et soins

- Quels sont les attentes et les désirs du patient (sonde nasogastrique, opération)?
- Etablir les objectifs de soins avec le patient, la famille et l'équipe
- Traiter les causes possibles (voir étiologies et physiopathologie)
- Assurer une bonne gestion des symptômes (nausées, vomissements, douleurs)
- Soins de bouche réguliers

- **Mesures non pharmacologiques**
- Mise à jeun (peut être décidé comme mesure temporaire)
- Sonde naso-gastrique: au cas par cas (peut être décidé comme mesure temporaire)
- Hydratation par voie veineuse ou sous-cutanée au cas par cas
- **Mesures pharmacologiques**
- Revoir et simplifier le traitement médicamenteux
- Changer de voie d'administration (sous-cutané, iv, transdermique)
- En particulier dans l'iléus secondaire aux opioïdes: optimiser le traitement laxatif. Antagonistes μ opioïdes périphériques
- Stimuler le péristaltisme?
 - Méthoclopramide, dompéridone (controverse),
 - Néostigmine, érythromycine (controverse) ; peuvent être essayés, se baser sur l'expérience clinique
- Octréotide? utilisée par certains (voir aussi «obstruction»? «iléus mécanique»)
- Le rôle et le bénéfice exact des stéroïdes n'est pas claire dans la littérature, mais un test thérapeutique peut se justifier.
- Rôle des antibiotiques en prophylaxie d'une décharge septique n'est pas clair

Prévention

- Attention aux effets secondaires des médicaments qui ralentissent le transit intestinal.
- Prescrire de façon systématique des laxatifs avec les opioïdes
- Repérer les risques de complications métaboliques (hypokaliémie, hypercalcémie)

7 Questions ouvertes

Rôle des médicaments prokinétiques (neostigmine)

Rôle du dexpanthenol

Rôle des antibiotiques en prévention d'une complication septique

Ont participé à l'élaboration des recommandations ci-dessus:

Dr. Eva Balmer, Dr. Michel Beauverd, Dr. Christian Bernet, Sylviane Bigler, Dr. Daniel Büche, Sophie Ducret, Dr. Stefan Eberhard, Dr. Monica Escher Imhof, Dr. Yolanda Espolio Desbaillet, Brigitte Eugene, Dr. Claudia Gamondi, Dr. Heike Gudat, Dr. Marianne Lang, Luisella Manzambi, Bea Marx, Ruth Merk, Isabelle Millioud, Dr. May Monney, Dr. Hans Neuenschwander, Dr. José Pereira, Claudia Pesenti, Dr. Josiane Pralong, Renate Praxmarer, Dr. Daniel Rauch, Dr. Carla Ripamonti, Dr. Etienne Rivier, Christiane Rumpf, Dr. Nathalie Steiner, Sylvie Wermeille.

