

l'occlusion intestinale*

L'occlusion intestinale peut être mécanique ou paralytique. Elle peut être partielle ou complète, uni ou multifocale (p.ex. dans une carcinomatose péritonéale), d'origine bénigne ou maligne, et touche plus souvent l'intestin grêle que le colon.



* Arrêt du transit intestinal.

Avant d'entrer dans un état d'occlusion complète et persistante, la plupart des patients présentent des épisodes occlusifs sporadiques, spontanément résolutifs, dont le rythme et l'intensité se marqueront au fil du temps.

En soins palliatifs, le début d'une occlusion est souvent insidieux : il est marqué par l'apparition – puis l'aggravation progressive – de douleurs abdominales, de nausées et de vomissements. Le moment de l'arrêt des matières et des gaz est généralement incertain chez des patients qui étaient par ailleurs souvent constipés.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque je soupçonne une occlusion ? 🍌🍌

1. Le patient présente-t-il des symptômes liés à un état occlusif ?

- Des vomissements, précoces et abondants dans l'occlusion haute (estomac, duodénum, jéjunum) ou plus tardifs, moins fréquents et fécaloïdes dans l'occlusion basse.
- Des nausées intermittentes ou continues.
- Des spasmes résultant de contractions intestinales.
- Une distension abdominale, marquée en cas d'atteinte de l'intestin grêle distal ou du colon.
- Un transit conservé tardivement dans les occlusions proximales ou incomplètes, un arrêt précoce des selles en cas d'obstacle complet du colon, une émission

intermittente de gaz et de selles liquides (pullulation bactérienne) en cas d'atteinte du grêle, d'occlusion partielle ou d'impaction fécale.

2. Certains facteurs ont-ils précipité ou aggravé l'état occlusif ? Une constipation, des médicaments constipants tels que les opioïdes, une ascite, etc.

3. Quelles sont les représentations et les peurs générées par l'occlusion ?

4. Quel est l'impact de l'occlusion sur la qualité de vie du patient ? Invitez le patient à établir lui-même les limites de l'inconfort, notamment en termes de nausées, de vomissements et de douleurs.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

- **Éliminez les facteurs précipitants** facilement traitables : par exemple par ponction d'ascite évacuatrice, traitement de la constipation, adaptation des médicaments, correction de troubles ioniques.
- **Envisagez des investigations et un traitement étiologique** en tenant compte du pronostic vital du patient, chaque fois que le contexte clinique le permet. Évaluez – en concertation interdisciplinaire et avec le patient – leurs bénéfices et leurs inconvénients en termes de confort et de qualité de vie : par exemple chirurgie, stent duodénal ou colorectal, chimiothérapie.
- Lorsque le traitement étiologique est dépassé, **adoptez des mesures symptomatiques** pour soulager les douleurs, nausées, vomissements et symptômes associés.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ? 🍷

- Réduisez les stimuli environnementaux en aérant la pièce, en évitant les odeurs de cuisine et les odeurs désagréables (plaies, selles, etc.)

- Discutez avec le patient et l'entourage de l'adaptation de l'alimentation et de l'hydratation par voie orale :
 - o Durant les premiers jours d'un épisode occlusif, interrompez la prise de l'alimentation orale, dans l'attente d'un traitement désobstructif ou d'une réponse au traitement médicamenteux.
 - o Dans une occlusion complète installée : autorisez la prise d'une alimentation liquide ou semi-liquide par voie orale, moyennant un risque de vomissements, en privilégiant de petites quantités de façon répétée (par exemple 50 ml toutes les 30 minutes).
 - o Dédramatisez la survenue des vomissements épisodiques, en invitant à considérer le symptôme comme « une façon d'évacuer un trop plein ».
 - o Entre deux épisodes occlusifs, proposez la reprise d'une alimentation plus solide, sans fibres et fractionnée.
- Attirez l'attention du patient et de l'entourage sur l'importance d'une bonne hygiène buccale et sur la nécessité de soins de bouche pluriquotidiens.
- Abordez la question de la nutrition et de l'hydratation artificielles en évaluant, avec le patient, leurs bénéfices et leurs inconvénients en termes de durée et de qualité de vie. La décision sera guidée par le caractère réversible ou non de l'occlusion, le pronostic vital, la gêne occasionnée par les symptômes et les souhaits du patient.

Faut-il avoir recours à une sonde de décharge ?

N'envisagez l'usage de ces sondes que dans les situations suivantes :

- **De façon temporaire** (quelques jours), pour décharger les liquides et les gaz afin de décompresser le tube digestif, dans l'attente d'un traitement désobstructif ou d'une réponse au traitement médicamenteux. Envisagez le retrait de la sonde de décharge si le volume recueilli est < 300-500 ml/jour et si son clampage durant minimum 48h n'entraîne pas de vomissements.

- De façon définitive, en cas de vomissements abondants, itératifs et/ou mal tolérés par le patient, de coma (risque élevé d'inhalation) ou si le patient souhaite continuer à s'hydrater par voie orale sans limiter le volume ingurgité. Préférez une gastrostomie/jéjunostomie à une sonde nasogastrique chez les patients dont le pronostic vital se chiffre en mois (préservation de l'image corporelle, réduction du risque d'aspiration et de déplacement de la sonde).

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

(les voies et des dosages indicatifs sont donnés en dernière page)

1. Dans un iléus mécanique complet bien établi, soulagez les symptômes :

Nausées :

- **Halopéridol**
- Associez un antagoniste 5HT3 (**ondansétron**) si nécessaire.
- Évitez si possible le métoclopramide et l'alizapride (augmentent les crampes).

Douleur :

- N'hésitez pas à utiliser un opioïde puissant.
- Pensez au **métamizole** car il est administrable par voie sc ou iv.
- Associez, si nécessaire, un antispasmodique : **hyoscine butylbromide**.

Nombre et volume des vomissements : antisécrétoires

- Administrez un analogue de la somatostatine, par ex. de **octréotide**.

- Pensez à un inhibiteur de la pompe à protons en cas d'occlusion haute (pour réduire les sécrétions gastriques).
- Associez si nécessaire un anticholinergique : **hyoscine butylbromide**.

2. Dans un iléus partiel, tentez de lever l'occlusion et de soulager les symptômes :

Réduire l'œdème péri-tumoral : corticoïdes

- **Méthylprednisolone** ou **dexaméthasone**.
- S'il n'y a pas de reprise du transit après 5 à 10 jours : interrompez le traitement.
- Si la réponse est positive : réduisez progressivement la dose pour, si possible, l'arrêter.

Prévenir une constipation

surajoutée : laxatifs

- Administrez des laxatifs osmotiques à dose efficace, par exemple du **lactulose**.
- Évitez les laxatifs stimulants (aggravation des coliques).
- Ajoutez un laxatif par voie anale si le rectum est rempli de selles.
- Interrompez le traitement en cas d'arrêt complet du transit.

Nausées et transit :

- Réalisez une titration avec du **métoclopramide** ou de l'**alizapride**.
- Le caractère procinétique stimulera le transit.

Douleur :

- Prévoyez un antalgique (pensez au métamizole).
- Envisagez un opioïde si la douleur est très intense.
- Tenez compte du fait que le **fentanyl** et la **buprénorphine** transdermiques auraient moins d'effets constipants.

Diminuer le volume des sécrétions digestives :

- Un analogue de la somatostatine, par ex. de l'**octréotide**.
- Entre deux épisodes occlusifs réversibles, prendre éventuellement le relais avec une forme retard.


Pourquoi est-il important de traiter l'occlusion intestinale ?

L'occlusion intestinale a un lourd retentissement psychologique. Outre l'inconfort lié aux symptômes physiques, elle provoque de l'anxiété, altère l'image corporelle et confronte le patient et son entourage aux questions de l'alimentation et de l'hydratation.

Dosages indicatifs pour les mesures pharmacologiques préconisées :

Corticoïdes (pour réduire l'œdème péritumoral)	
Méthylprednisolone	→ 40 à 125 mg im, iv toutes les 24h, durant 5 à 10 jours
Dexaméthasone	→ 5 à 15 mg sc ou iv toutes les 24h, durant 5 à 10 jours
Laxatifs (pour éviter une constipation)	
Lactulose	→ 10 à 30 g (15 à 45 ml) par jour en 1 à 2 prises
Antiémétiques (pour soulager les nausées)	
Métoclopramide	→ 5 à 10 mg sc, iv toutes les 6h → 30 à 60 mg par 24h sc ou iv continu (max 120 mg/jour)
Alizapride	→ 3 à 6x 50 mg/jour sc ou iv → 150 à 300 mg/jour en continu
Halopéridol	→ 0,5 à 2 mg sc toutes les 8 à 12h → ou 2,5 à 5 mg/jour en sc ou iv continu
Ondansétron	→ 4 à 8 mg sc ou iv toutes les 12 à 24h → ou 8 à 16 mg/jour en sc ou iv continu
Antalgiques (pour soulager les douleurs)	
Métamizole	→ 0,5 à 1 g sc ou iv toutes les 6 à 8h
Morphine ou autre opioïde	→ à titrer selon l'intensité douloureuse
Hyoscine butylbromide (spasmodolytique)	→ 10 à 40 mg sc ou iv toutes les 4 à 6h → ou 40 à 120 mg/jour en sc ou iv continu (max. 240 mg/j)
Anti-sécrétoires (pour limiter la fréquence et le volume des vomissements et diminuer les symptômes)	
Octréotide	Forme immédiate : → 100 à 300 µg sc ou iv toutes les 8h → ou 300 à 900 µg/jour en sc ou iv continu Forme retard : → 20 à 30 mg im tous les mois avec un chevauchement de 6 jours entre la forme immédiate et la forme retard
Hyoscine butylbromide	→ 10 à 40 mg sc ou iv toutes les 4 à 6h → ou 40 à 120 mg/jour en sc ou iv continu (max. 240 mg/j)
Antalgiques (pour soulager les douleurs)	
Oméprazole	→ 40 mg sc ou iv toutes les 24h

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).

