

Prise en charge des principaux symptômes digestifs en soins palliatifs

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n° 8 2009

En bref

Prévenir et traiter les nausées et vomissements	4
Identifier, prévenir et traiter la constipation	10
Traiter l'iléus chez le patient atteint d'un cancer	17

Quelques conseils pratiques

Nausées et vomissements	5
Constipation	11
Iléus	18

En savoir plus

Sur les nausées et vomissements	5
Prévalence	5
Physiopathologie	6
Evaluation	7
Etiologies	7
Traitements	7
Sur la constipation	12
Prévalence	12
Définition, manifestations cliniques	12
Evaluation	12
Etiologies	13
Traitements	13
Sur l'iléus	18
Prévalence	18
Physiopathologie	18
Evaluation	19
Traitements	19

Quelques références utiles	22
----------------------------------	----

Sommaire

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n° 8 2009

Auteurs

Nausées et vomissements

D^{resse} Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Constipation, iléus

D^{resse} Josiane Pralong-Kohler
Fondation Rive-Neuve
Clos du Moulin 20
1844 Villeneuve
josiane.pralong@riveneuve.ch

D^r Jean-Michel Bigler
Fondation Rive-Neuve
Clos du Moulin 20
1844 Villeneuve
jean-michel.bigler@riveneuve.ch

Editeurs

D^{resse} Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Reviewers

D^r Paul Wiesel
Av. Ruchonnet 30
1003 Lausanne
wieselp@bluewin.ch

D^r Gilbert Zulian
Service de médecine palliative, Cesco, HUG
Ch. de la Savonnière 11
1245 Collonge-Bellerive
gilbert.zulian@hcuge.ch

La douleur n'est pas le seul symptôme à faire souffrir!

La douleur est depuis quelques années la cible privilégiée des professionnels de la santé dans le domaine des soins palliatifs, quand bien même elle reste encore insuffisamment soulagée. Avec raison. Une douleur intense ou prolongée altère gravement la qualité de vie de nos patients.

Elle n'est pourtant pas le seul symptôme dont souffrent ces derniers. Selon plusieurs travaux, ils présentent en moyenne dix symptômes simultanément. Les plus fréquents sont la fatigue, les nausées, un inconfort abdominal lié à la constipation, la dyspnée ou encore l'anxiété.

Moins «bruyants» que la douleur, ils sont souvent banalisés et considérés comme les conséquences inévitables de la maladie terminale.

Ces symptômes ne sont pourtant pas une fatalité! A l'exception de la dyspnée qui reste un véritable défi, la plupart d'entre eux peuvent être soulagés de manière satisfaisante.

Le principal obstacle à leur prise en charge est leur identification, qui nécessite d'interroger systématiquement son patient même en l'absence de plainte spontanée. Un autre obstacle est l'absence de prévention, comme la prescription anticipée de laxatifs chez les patients sous opioïdes.

Il ne faut pas oublier non plus que la situation palliative ou le contexte du domicile conduit parfois à limiter des investigations même simples, tel un abdomen sans préparation, qui pourraient aider au diagnostic différentiel toujours indispensable même en fin de vie.

Un grand merci aux réseaux ASCOR et FSC qui ont financé ce cahier. Leur équipe mobile et celles des autres réseaux sont aussi à votre disposition pour vous aider dans le traitement d'autres symptômes que la douleur.



D^{resse} Claudia Mazzocato



D^r Stéphane David



En bref

Prévenir et traiter les nausées et vomissements

Evaluation des nausées et vomissements

- Nausées
 - intensité (échelle visuelle analogique ou numérique)
 - chronologie (matinales, permanentes, etc.)
 - impact sur la qualité de vie
- Vomissements
 - fréquence, quantité, aspects, odeurs
- Facteurs aggravants
 - repas, odeurs, mouvements, médicaments, anticipation, etc.
- Facteurs apaisants
 - distraction, médicaments, vomissements, défécation, etc.
- Symptômes associés
 - toux, douleurs, constipation, anxiété, etc.

Etiologies

- Causes générales
 - anxiété, anorexie-cachexie
- Causes ORL et digestives
 - candidose orale et œsophagienne, herpès, tumeur ORL, toux
 - constipation, gastroparésie, occlusion, ascite, etc.
- Atteintes neurologiques
 - hypertension intracrânienne, tumeur cérébrale
- Troubles hydro-électriques, métaboliques, toxiques
 - déshydratation, hypercalcémie, hyponatrémie
 - urémie, insuffisance hépatique
- Médicaments
 - chimio- radiothérapie
 - opioïdes, AINS, antibiotiques, antidépresseurs, digoxine

Prévention

- Surveillance au minimum 2x/semaine du transit et traitement actif de la constipation
- Traitement antiémétique prophylactique lors de chimiothérapie émétisante
- Traitement antiémétique en réserve lors d'introduction d'opioïdes

Approche non pharmacologique

- Soins de bouche fréquents, rafraîchissement du patient
- Repas fractionnés, petites quantités, pas d'odeurs fortes; aliments souhaités d'aspect plaisant
- Acupuncture, relaxation, sophrologie, hypnose, etc.

Approche pharmacologique

- Nausées, vomissements d'origine digestive (sauf iléus obstructif complet)
 - Gastroparésie, dysautonomie neuro-végétative, iléus paralytique ou obstructif partiel
 - métoclopramide (Pimpéran®) PO/SC/PR 10-20 mg/4-6 h
 - ou dompéridone (Motilium®) PO/SL/PR 10-20 mg/4-8 h
- Nausées, vomissements d'origine chimique
 - Médicaments, troubles électrolytiques, toxines (infection, etc.)
 - halopéridol (Haldol®) PO/SC/IV 0,5-3 mg/8-12 h
 - métoclopramide ou dompéridone: voir ci-dessus
 - anti 5-HT₃ si nausées/vomissements sur chimio/radiothérapie, par exemple ondansétron (Zofran®)
- Nausées, vomissements d'origine centrale ou labyrinthique
 - Hypertension intracrânienne, radiothérapie cérébrale, maux de voyage, mouvements
 - scopolamine transdermique (Scopoderm®) 1-3 patches/72 h ou
 - cyclizine (Marzine®) PO 50-100 mg/8-12 h.
- Corticostéroïdes
 - Hypertension intracrânienne, chimiothérapie, nausées et vomissements réfractaires d'origine digestive
 - dexaméthasone PO/SC 4-16 mg/24 h
- Co-antiémétiques
 - Composante anxieuse associée
 - lorazepam (Temesta®) PO/SL 1-2 mg/8-12 h
 - Nausées/vomissements sur iléus paralytique/obstructif (voir p. 20)
 - octréotide (Sandostatine®) SC 100-200 µg/8 h et/ou
 - hyoscine butylbromide (Buscopan®) SC/IV 60-120 mg/24 h ou glycopyrrolate (Robinul®) SC/IV 0,6-1,2 mg/24 h

Quelques conseils pratiques sur la prise en charge des nausées et vomissements

- Prévenir les nausées chaque fois que possible, sans attendre que celles-ci se manifestent.
- Lors de l'initiation d'un **traitement opioïde**, prescrire en réserve un antiémétique antidopaminergique (métoclopramide ou halopéridol).
- Examiner régulièrement la cavité buccale. Les candidoses orales et les infections (herpès), source de nausées et de vomissements, sont fréquentes en soins palliatifs.
- Lors de nausées et/ou vomissements, évaluer non seulement leur physiopathologie mais également les facteurs contributifs.
- **Rechercher une cause traitable chaque fois que possible**, même en phase avancée de la maladie.
- En cas de nausées persistantes d'origine indéterminée, **exclure une constipation** même chez le patient allant régulièrement à selles.
- Associer d'emblée les approches non pharmacologiques au traitement antiémétique.
- Avant de considérer un antiémétique comme inefficace, s'assurer qu'il a été prescrit aux doses maximales.
- **Il est possible d'associer deux antiémétiques, pour autant que leur action soit complémentaire.**
- Lors de nausées et/ou vomissements importants, privilégier la **voie sous-cutanée, intraveineuse ou rectale.**
- Les nausées/vomissements sous **opioïdes** sont généralement **transitoires**. Leur apparition à distance de l'initiation du traitement antalgique doit faire rechercher d'autres étiologies.



- La combinaison de **métoclopramide et d'halopéridol**, deux anti-dopaminergiques, n'apporte pas de bénéfices supplémentaires mais augmente le risque d'effets secondaires.
- La scopolamine a une action antagoniste sur les antiémétiques prokinétiques, tels que le métoclopramide et la dompéridone.



En savoir plus sur les nausées et vomissements

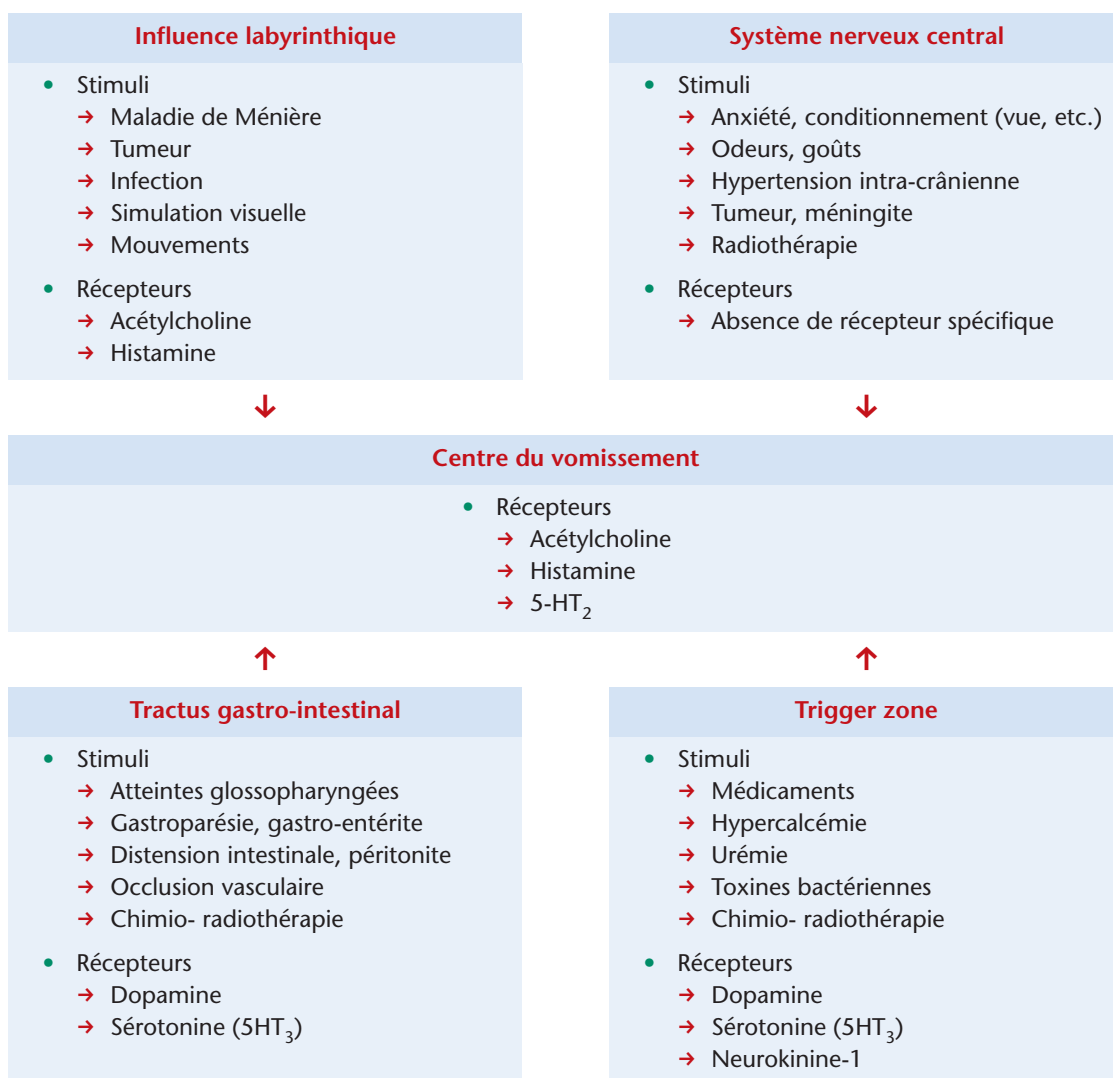
1. Prévalence

- Les nausées sont la sensation déplaisante, voire très inconfortable, de l'envie de vomir. Elles peuvent aboutir à un vomissement. Les vomissements sont l'expulsion forcée du contenu gastrique sur contraction de la musculature abdominale et thoracique.
- La prévalence des nausées et vomissements varie en fonction de la pathologie et des traitements en cours:
 - 30% des patients sous chimiothérapie, bénéficiant d'une prophylaxie antiémétique,
 - 60-80% des patients sous radiothérapie abdominale ou pelvienne,
 - 40-60% des patients atteints d'un cancer avancé, en dehors de toute chimiothérapie,
 - 30% des patients atteints d'autres pathologies avancées.

2. Physiopathologie

- Les nausées et vomissements résultent de l'interaction de stimuli excitateurs et inhibiteurs au niveau du centre du vomissement dans le tronc cérébral. Ce dernier peut être stimulé par:
 - la *trigger zone* ou zone chémoréceptrice,
 - le tractus gastro-intestinal via des afférences vagales et splanchniques,
 - le système nerveux central,
 - le système vestibulaire.
- Le centre du vomissement, la *trigger zone*, le tractus gastro-intestinal et le système vestibulaire disposent de récepteurs dont le blocage par des antagonistes spécifiques inhibe les nausées et vomissements.
- Les antiémétiques agissent via cette action antagoniste sur les récepteurs.
- Identifier les mécanismes physiopathologiques permet de:
 - corriger les causes réversibles,
 - choisir l'antiémétique inhibant spécifiquement le centre concerné.

Mécanismes physiopathologiques



La plupart des antiémétiques ont une action antagoniste spécifique sur les récepteurs impliqués dans les nausées et vomissements. Un anti-dopaminergique, le métoclopramide par exemple, n'aura pas d'efficacité sur des nausées et vomissements d'origine labyrinthique.

3. Evaluation

- Les paramètres de l'évaluation sont similaires à ceux de la douleur et des autres symptômes:
 - intensité des nausées, durée, chronologie (matinales, permanentes, etc.),
 - présence de vomissements, fréquence des épisodes, quantité, aspects,
 - facteurs aggravants (repas, odeurs, mouvements, médicaments, etc.),
 - facteurs apaisants (distraction, médicaments, vomissements, etc.),
 - degré d'inconfort lié aux nausées, aux vomissements, impact sur la qualité de vie,
 - symptômes contributifs (toux, douleurs, constipation, anxiété, etc.).



Les nausées sont souvent source d'un plus grand inconfort que des vomissements isolés.

- Examen clinique:
 - recherche de signes de déshydratation, de surinfection,
 - examen buccal (candidose, autres lésions),
 - examen abdominal et neurologique.
- Examens complémentaires sur la base des objectifs de la prise en charge et du pronostic:
 - électrolytes (calcémie corrigée, Na, etc.), fonction rénale, hépatique,
 - radiographie abdominale à la recherche d'une coprostase, d'un iléus,
 - scanner ou IRM cérébral.

4. Etiologies

• Causes générales	→ anxiété → anorexie-cachexie
• Causes ORL et digestives	→ candidose orale et/ou œsophagienne → tumeur de la sphère ORL → toux → constipation → occlusion intestinale → hépatomégalie → ascite
• Atteintes neurologiques	→ hypertension intra-crânienne, tumeur cérébrale → dysautonomie neuro-végétative
• Troubles hydro-électriques, métaboliques, toxiques	→ déshydratation → hypercalcémie, hyponatrémie → urémie, insuffisance hépatique → infection, septicémie
• Médicaments	→ chimio-radiothérapie → opioïdes, AINS → antibiotiques → antidépresseurs → digoxine

5. Traitements

- Compte tenu du degré d'inconfort induit par les nausées/vomissements, rechercher activement la (les) cause(s) réversible(s) et identifier les facteurs contributifs même en phase avancée de la maladie.
- Associer d'emblée les approches pharmacologiques et non pharmacologiques.
- Réévaluer régulièrement le diagnostic différentiel et la réponse aux divers traitements: les causes de nausées et/ou vomissements peuvent se modifier rapidement.

5.1 Mesures non pharmacologiques

- Soins de bouche fréquents.
- Repas fractionnés, en petites quantités et dépourvus d'odeurs fortes; aliments souhaités, d'aspect plaisant.
- Endroit calme, aéré.
- Rafraîchissement du patient.
- Attitude calme, rassurante; explications sur les causes présumées des nausées et vomissements.
- Acupuncture, relaxation, techniques cognitives de distraction, hypnose, musicothérapie, etc.

5.2 Principes généraux de l'approche pharmacologique

- Choisir l'antiémétique sur la base du mécanisme physiopathologique présumé des nausées/vomissements.
- Titrer l'antiémétique jusqu'aux doses maximales ou tolérées par le patient.
- En cas d'échec ou d'effets secondaires limitatifs, associer un antiémétique d'action complémentaire et non similaire (pas de bénéfice additionnel mais augmentation des effets secondaires) ni antagoniste (annulation des bénéfices).
- Considérer l'emploi de co-antiémétiques (octréotide, dexaméthasone, etc.).
- Lors de nausées et/ou vomissements importants, privilégier la voie sous-cutanée, intraveineuse ou rectale.

Modalités d'action des antiémétiques courants

Antiémétique	Anti-dopaminergique	Anti-histaminique	Anti-cholinergique	Anti-HT ₃	Anti-HT ₄
Métoclopramide	++			+	++
Dompéridone	++				++
Halopéridol	+++				
Scopolamine			+++		
Cyclizine		++	++		
Ondansétron, granisétron, tropisétron, palonosétron				+++	

5.3 Antiémétiques prokinétiques

- Indications:
 - gastroparésie, stase gastrique, gastroparésie, gastrite,
 - dysautonomie neuro-végétative,
 - illéus paralytique ou obstructif partiel.
- Métoclopramide (Primpéran®) PO/SC/PR 10-20 mg/4-6 h.
- Dompéridone (Motilium®) PO/SC/PR 10-20 mg/4-8 h.



- Contre-indiqués en cas d'obstruction intestinale complète, d'hémorragie ou de perforation gastro-intestinale, de phéochromocytome.
- Métoclopramide: syndrome extra-pyramidal, diarrhées.
↓ 50% des doses si insuffisance rénale ou hépatique sévère.
- Dompéridone: diarrhées.
↓ 50% des doses si insuffisance hépatique sévère.

5.4 Antiémétiques actifs sur les nausées/vomissements d'origine chimique

- Indications:
 - médicaments (opioïdes, chimiothérapies, antidépresseurs, etc.),
 - troubles électrolytiques, urémie, etc.,
 - toxines (septicémie, iléus, etc.).
- Halopéridol (Haldol®) PO/SC/IV 0,5-3 mg/8-12 h.
- Métoclopramide et dompéridone: voir antiémétiques prokinétiques.

- Granisétron (Kytril®), ondansétron (Zofran®), tropisétron (Navoban®), palonosétron (Aloxi®):
 - antagonistes des récepteurs 5-HT₃ lors de nausées et/ou vomissements induits par une chimio- ou radiothérapie,
 - utilisés en seconde intention dans les nausées chimiques d'autres étiologies, réfractaires aux antidopaminergiques.
- Aprepitant (Emend®):
 - antagoniste des récepteurs **neurokinin-1**, utilisé en association avec un anti-HT₃ et la dexaméthasone dans les chimiothérapies hautement émétisantes.



- Halopéridol: syndrome extra-pyramidal. contre-indiqué dans la maladie de Parkinson.
- Antagonistes des récepteurs 5-HT₃: constipation (laxatif en prévention).

5.5 Antiémétiques actifs sur les nausées/vomissements d'origine centrale ou labyrinthique

- Indications:
 - hypertension intracrânienne,
 - radiothérapie cérébrale,
 - mouvements, maux de voyage,
 - nausées réfractaires d'autres origines, par blocage du centre du vomissement.
- Scopolamine transdermique (Scopoderm®, Transcop®) 1-3 patchs/72h.
- Cyclizine (Marzine®) PO 50-100mg/8-12h.



- Sédation, delirium.
- Cyclizine contre-indiquée dans l'infarctus et l'insuffisance cardiaque sévère.

5.6 Corticostéroïdes

- Indications:
 - hypertension intracrânienne,
 - en association avec un antidopaminergique ou un anti-5HT₃ dans les chimiothérapies émétisantes ou lors de nausées et vomissements réfractaires d'origine digestive.
- Mécanismes d'action antiémétique inconnus.
- Dexaméthasone PO/SC 4-16 mg en une ou deux doses matin, midi pendant cinq jours environ puis diminution par palier progressif de 2 à 4 mg jusqu'à la dose minimale efficace; stop si inefficace après une semaine de traitement.



- Candidose orale et/ou œsophagienne.
- Décompensation diabétique, rétention hydrosodée.
- Myopathie proximale.
- Troubles neuro-psychologiques (dépression, hypomanie, delirium).
- Faciès cushingoïde, hirsutisme, obésité tronculaire.

5.7 Co-antiémétiques

- Par analogie aux co-analgésiques, les co-antiémétiques sont des médicaments dépourvus d'action antiémétique spécifique mais qui peuvent potentialiser l'effet de ces derniers dans certaines circonstances.
- Lorazepam (Temesta®) PO/SL 1-2 mg/8-12h:
 - nausées anticipatoires dans les chimiothérapies,
 - composante anxieuse associée dans les nausées/vomissements de toute origine.
- Octréotide (Sandostatine®) SC 50-200 µg/8h:
 - nausées et vomissements sur iléus partiel ou complet (voir p. 20).
- Hyoscine butylbromide (Buscopan®) SC/IV 60-120 mg/24h ou glycopyrrolate (Robinul®) SC/IV 0,6-1,2mg/24h:
 - nausées et vomissements sur iléus partiel ou complet (voir p. 20).



En bref

Identifier, prévenir et traiter la constipation

Identifier la constipation

- Anamnèse
 - modifications dans les exonérations (incapacité d'aller à la selle au moment souhaité, consistance, effort défécatoire, sensation de blocage ou d'obstruction ano-rectale, proctalgies défécatoires, etc.)
 - plus de trois jours sans selles ou moins de 3 exonérations/sem
- Manifestations cliniques
 - inappétence, nausées, vomissements
 - météorisme abdominal, douleurs abdominales
 - exonération difficile, sensation d'exonération incomplète
 - fissures anales, hémorroïdes
- Examen clinique
 - recherche d'une distension intestinale, sensibilité localisée, tonalité des bruits intestinaux
 - toucher rectal: lésions anales, masse, qualité du tonus anal, ampoule rectale vide ou pleine, rectocèle, etc.
- Examens para-cliniques
 - RX abdomen sans préparation
 - prise de sang si troubles métaboliques suspectés

Etiologies

- Médicaments
 - Par exemple,
 - opioïdes, AINS
 - antidépresseurs, halopéridol, phénothiazines
 - diurétiques, bêtabloquants, antagonistes du calcium
 - granisétron, ondansétron, tropisétron, palonosétron
- Causes générales
 - Par exemple,
 - âge avancé, cachexie
 - diminution de l'apport hydrique et alimentaire
 - inactivité, immobilisation, manque d'intimité
 - dépression, delirium, sédation
- Troubles hydro-électriques, métaboliques, endocriniens
 - Par exemple,
 - hypercalcémie, hypokaliémie
 - diabète, urémie
- Lésions anatomiques
 - Par exemple,
 - obstruction digestive tumorale, fibrose post-actinique
 - lésions ano-rectales (hémorroïdes, fissures, abcès)
- Atteintes neurologiques
 - Par exemple,
 - dysautonomie neuro-végétative
 - lésion médullaire, tumeur cérébrale

Prévention et traitements

- Prévention
 - surveillance du transit, minimum 2x/sem
 - toucher rectal pour exclure un fécalome si patient non communiquant
 - réduction/suppression des médicaments favorisant la constipation
 - introduction d'un laxatif à visée prophylactique si nécessaire
- Approches pharmacologiques
 - laxatif osmotique (délai d'action de 24-48 h):
 - polyéthylène glycol ou macrogol (Transipeg®, Transipeg forte®, Movicol® Junior, Movicol®) PO contenant 6,5/13 g de macrogol dissous dans 150 ml d'eau, ou
 - lactitol (Importal®) PO 1-2 sachets/24 h en une prise le matin
 - laxatifs stimulants (délai d'action de 6-12 h):
 - picosulfate de sodium (Laxoberon®, Laxasan®) PO 5-20 gouttes le soir ou
 - lactulose (Dulcolax®) supp. 10 mg 1x/24h
 - constipation réfractaire:
 - repenser le diagnostic différentiel, toucher rectal, Rx abdomen
 - titrer les laxatifs jusqu'aux doses maximales chaque 3-5 j
 - associer des laxatifs aux modes d'action différents
 - utiliser temporairement des laxatifs rectaux

Quelques conseils pratiques sur la prise en charge d'une constipation

- Rechercher systématiquement une constipation chez le patient palliatif car ce dernier a de nombreuses raisons d'être constipé.
- Une évaluation régulière constitue la meilleure des mesures préventives.
- Les résidus alimentaires ne représentent qu'un tiers du volume des selles. L'absence d'alimentation ne signifie pas absence de selles.
- Traitez préventivement toute situation à risque, pour éviter l'installation d'une constipation.
- Associez systématiquement un laxatif à la prescription d'un opioïde.
- L'objectif de la prévention et du traitement est le confort à l'exonération des selles et l'anticipation des complications, telles que des douleurs ou un fécalome.
- La constipation peut se manifester par divers symptômes, tels que des nausées, des vomissements ou des diarrhées.
- Un examen clinique abdominal normal ne permet pas d'exclure une constipation.
- Dans la pratique, il est recommandé d'introduire un traitement laxatif au 3^e jour sans selles.
- Privilégiez l'utilisation de laxatifs par voie orale, sauf lors d'obstruction ano-rectale.
- En monothérapie, les macrogols sont les laxatifs osmotiques utilisés en première intention.
- Deux laxatifs au mode d'action différent (ramollissant et stimulant), à faibles doses, peuvent être mieux tolérés qu'une monothérapie à hautes doses.
- Se donner du temps. L'effet des laxatifs se manifeste dans un délai de deux à trois jours.
- Une constipation sévère peut modifier l'absorption des médicaments. Adapter temporairement la voie d'administration des médicaments: PO à SC ou IV.
- En cas d'échec du traitement laxatif, reconsidérer le diagnostic différentiel: l'iléus peut mimer une constipation.

En savoir plus sur la constipation

1. Prévalence

- La constipation est un symptôme très fréquent en soins palliatifs. Il s'agit d'une problématique dont le patient n'est pas toujours conscient et peu identifiée par les soignants, donc insuffisamment traitée.
- Elle touche:
 - 20-60% des patients gériatriques,
 - 90% des patients sous opioïdes et en fin de vie.

2. Définition, manifestations cliniques

- La constipation se définit par une fréquence d'exonération insatisfaisante et par une exonération difficile, les deux pouvant être associées.
- Exonération moins fréquente qu'habituellement:
 - changement dans les habitudes défécatoires du patient et/ou
 - intervalle de 3 jours et plus entre deux exonérations, ou moins de 3 exonérations par semaine (critères arbitraires surtout utiles pour les études cliniques).
- Exonération difficile:
 - selles dures, mais non obligatoirement (diarrhées paradoxales),
 - station prolongée aux WC pour aller à selles,
 - inconfort ou douleur à l'évacuation,
 - sensation d'évacuation incomplète ou évacuation incomplète,
 - besoin d'aide manuelle.
- Symptômes et signes associés:
 - anorexie, nausées, vomissements,
 - ballonnements, douleurs abdominales,
 - diarrhées paradoxales.
- En raison des habitudes très individuelles de transit, la constipation intègre dans sa définition des éléments objectifs (fréquence et qualité des selles) et des éléments subjectifs (niveau d'inconfort et changement dans les habitudes du patient).



- Une fréquence normale des selles n'exclut pas une constipation.
- Un iléus obstructif ou paralytique peut mimer une constipation

- Complications:
 - absorption inadéquate des médicaments oraux,
 - hémorroïdes, fissures anales,
 - fécalome à l'origine de rétention urinaire, de delirium, d'occlusion intestinale, d'ulcération digestive voire de perforation.

3. Evaluation

- La tenue par le patient, ses proches ou les soignants d'un journal de la constipation à une fréquence déterminée par le contexte clinique, mais au minimum deux fois par semaine, peut améliorer significativement sa prévention et son traitement précoce.
- L'examen clinique recherche:
 - des selles, des masses abdominales tumorales,
 - des signes d'occlusion;
 - un examen normal n'exclut pas une coprostase.
- Le toucher rectal évalue la présence:
 - de selles dans l'ampoule rectale, leur consistance,
 - d'hémorroïdes, d'un fécalome,
 - du tonus sphinctérien.

- Une radiographie de l'abdomen est recommandée dans les situations suivantes:
 - la clinique n'est pas diagnostique (30%),
 - lors d'absence de réponse au traitement laxatif,
 - en présence de diarrhées paradoxales avec ampoule rectale vide.
- La présence de selles dans le colon droit signe une constipation.

4. Etiologies

• Causes générales	<ul style="list-style-type: none"> → âge avancé → cachexie → diminution de l'apport hydrique et alimentaire → diète pauvre en fibres → inactivité, immobilisation → manque d'intimité, accès difficile aux toilettes → dépression, delirium, sédation
• Lésions anatomiques	<ul style="list-style-type: none"> → obstruction digestive par des masses tumorales → fibrose post-actinique → lésions ano-rectales (hémorroïdes, fissures, abcès)
• Atteintes neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> → dysautonomie neuro-végétative → lésion médullaire → infiltration des nerfs sacrés → tumeur cérébrale
• Troubles hydro-électriques, métaboliques, endocriniens	<ul style="list-style-type: none"> → hypercalcémie, hypokaliémie → diabète → urémie → hypothyroïdie → syndrome de Cushing
• Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> → opioïdes, AINS → antidépresseurs → halopéridol, phénothiazines → anticholinergiques → antiparkinsoniens → diurétiques, bêtabloquants, antagonistes du calcium → granisétron, ondansétron, tropisétron, palonosétron → carbamazépine → vincristine, vinblastine → hydroxyde d'aluminium, carbonate de calcium → sulfate de barium

5. Traitements

- L'objectif initial est de prévenir l'apparition d'une constipation.
- Lorsque celle-ci est présente, il s'agit plus de rétablir un niveau confortable d'élimination pour le patient, qu'une fréquence régulière des selles, et de diminuer les risques de complications.

5.1 Mesures préventives

- Evaluer, au minimum deux fois par semaine, le transit chez le patient palliatif vu le risque élevé de constipation.
- Expliquer à ce dernier les enjeux de la prévention et du traitement, en termes de qualité de vie.
- Favoriser si possible une bonne hydratation et une alimentation riche en fibres.
- Encourager si possible l'activité physique.
- Créer un environnement favorable (intimité, accessibilité et adaptation des WC).
- Veiller à la position du patient sur les WC (appui sur les pieds et/ou en face) et de sécurité (parfois sangler le patient).

- Réduire ou supprimer, si possible, les médicaments induisant une constipation.
- Corriger les causes traitables et assurer le contrôle de la douleur et des autres symptômes.
- Introduire un laxatif à visée prophylactique dans les situations à risque.
- Traiter les fissures anales et les hémorroïdes.

5.2 Principes généraux de l'approche pharmacologique

- Le choix du laxatif est déterminé par la qualité des selles (dures ou molles), la capacité du patient à absorber des liquides, ses expériences antérieures et sa tolérance aux effets secondaires des laxatifs:
 - laxatif stimulant lors de selles molles ou d'hypotonie rectale,
 - laxatif osmotique lors de selles dures.
- La voie orale est privilégiée chaque fois que possible, sauf en cas de dyschésie (constipation terminale).
- Le laxatif est prescrit quotidiennement, en adaptant la posologie tous les 3 à 5 jours jusqu'à obtention des effets escomptés ou aux doses maximales.
- En cas d'échec ou d'effets secondaires, utiliser une association de laxatifs osmotique et stimulant.
- Réduire la dose de laxatif en cas de selles très molles, suspendre ce dernier temporairement en cas de selles liquides.
- La voie rectale n'est utilisée que temporairement, le temps d'adapter le traitement par voie orale; elle reste la voie préférentielle en cas de fécalome, de constipation d'origine neurogène ou de troubles de la déglutition.
- Expliquer au patient que le traitement est à poursuivre dans 90% des cas malgré le rétablissement d'un transit correct.

Principales modalités d'action des laxatifs

Modalité d'action	Laxatifs oraux	Laxatifs rectaux
<ul style="list-style-type: none"> • Action préférentielle par ramollissement des selles 	<ul style="list-style-type: none"> → Mucilages → Polyéthylène glycol → Docusate sodique → Lactulose, lactitol 	<ul style="list-style-type: none"> → Huile d'arachide ou d'olive (lavement) → Glycérine (suppositoire) → Sorbitol (lavement)
↕		→ Laxatifs salins (lavement)
<ul style="list-style-type: none"> • Action préférentielle par stimulation du péristaltisme 	<ul style="list-style-type: none"> → Bisacodyl → Picosulfate de sodium 	

5.3 Mucilages

- Graines de psyllium, plantain des Indes, sterculia, methylcellulose (Colosan mite®, Laxiplant soft®, Agiolax mite®, Metamucil®, Mucilar®, Normacol®):
 - action régulatrice sur le transit,
 - efficacité douteuse lors de constipation grave,
 - contre-indiqués chez le patient palliatif, amplifie les ballonnements,
 - nécessitent de boire de grandes quantités d'eau (200-300 ml),
 - posologie: 3-4 g/24 h,
 - délai d'action: 2-4 j.



- Impaction fécale lors d'apports hydriques insuffisants et avec un opioïde.
- Interactions médicamenteuses: paracétamol, amoxicilline, lévodopa, etc.

5.4 Laxatifs osmotiques

- Polyéthylène glycol ou macrogol (Transipeg®, Transipeg forte®, Movicol® Junior, Movicol®):
 - laxatifs de premier choix, pour autant que l'hydratation requise puisse être administrée,
 - contiennent respectivement environ 3 g/6 g/12 g de macrogol à dissoudre dans l'eau (1 sachet dans 50 à 100 ml d'eau),
 - délai d'action: 1-3 j,
 - pas de perte d'efficacité lors d'administration prolongée et effets secondaires rares.

- Saccharides: lactulose (Duphalac[®], Gatinar[®], Legental[®], Rudolac[®]) et lactitol (Importal[®]):
 - utilisés à hautes doses dans l'encéphalopathie hépatique avec hyperammoniémie,
 - laxatifs de second choix vu leurs effets secondaires,
 - posologie initiale: lactulose 10-30 ml/24 h ou lactitol 15-30 ml/24 h,
 - délai d'action: 1-2j.



Saccharides: distension intestinale, flatulences, ballonnements, nausées.

- Sels de sodium et de magnésium:
 - solution phospho-sodée hypertonique sous forme de microclystère de 5 ml (Microklyst[®]), de clystère de 120 ml (Clyssie[®], Practo-clyss[®]),
 - sachet de sulfate de magnésium et de docusate de sodium (Klyx[®] Magnum) permettant l'obtention d'une solution de 2 litres prête à l'emploi par l'adjonction d'eau chaude pour un lavement évacuateur,
 - suspension orale d'hydroxyde de magnésium peu utilisée, en raison de la sensation de distension et de la survenue soudaine de selles liquides.
 - glycérine en suppositoires (Bulboid[®]) ou en solution pour lavement de 1 litre (Practomil[®]).

5.5 Laxatifs stimulants (de contact)

- Augmentent le péristaltisme et diminuent la résorption physiologique d'eau et d'électrolytes dans le colon.
- Bisacodyl (Dulcolax[®], Prontolax[®]):
 - actif au niveau grêle et colique,
 - posologie initiale: PO/PR 5-10 mg/24 h,
 - délai d'action: PR 15-60 min; PO 6-12 h.



L'efficacité du bisacodyl est réduite si l'ampoule rectale est remplie de matières fécales, celles-ci réduisant l'accessibilité du produit à la muqueuse rectale.

- Picosulfate de sodium (Laxoberon[®], Laxasan[®]):
 - actif au niveau colique,
 - idéal en combinaison avec un osmotique,
 - posologie initiale: 5-20 gouttes/24 h.
- Séné (Valverde[®], Agiolax[®]): peu utilisé dans le contexte des soins palliatifs.



→ Douleurs abdominales en coliques, perturbations électrolytiques.
→ Contre-indiqués en cas de (sub-)iléus.

5.6 Laxatifs émoullients

- Docusate de sodium (Norgalax[®]):
 - renferme un détergent anionique qui abaisse la tension superficielle et induit une augmentation de la teneur en eau des selles,
 - disponible sous forme d'un tube-canule de 10 g.
- Dioxyde de carbone (Lecicarbon[®]):
 - effet basé sur l'action du CO₂ libéré qui active le péristaltisme et déclenche un réflexe de défécation,
 - traitement de la constipation rectale, particulièrement chez les patients avec troubles de la proprioception rectale.

5.7 Laxatifs composés

- ED (Duemo): 50% élixir frangulae, 50% lactulose.
- Sirop de figue: 1 litre en préparation magistrale contient 120g de figues et 70g de séné.

5.8 Opioïdes et constipation

- Les opioïdes ont diverses actions sur les récepteurs opioïdes de la paroi intestinale:
 - augmentation du temps de transit par:
 - ralentissement du péristaltisme intestinal grêle et colique,
 - diminution de la vidange gastrique,
 - augmentation du tonus du sphincter anal,
 - et augmentation de l'absorption d'eau et d'électrolytes intestinaux.
- La prescription d'opioïdes implique *de facto* l'introduction d'un traitement laxatif, à poursuivre toute la durée du traitement d'opioïde (absence de tolérance).
- La constipation est indépendante du type d'opioïde et sans corrélation claire avec les doses utilisées; néanmoins l'augmentation des doses d'opioïdes requiert fréquemment une augmentation des doses de laxatifs.
- Il est généralement préconisé d'utiliser un laxatif stimulant voire l'association d'un laxatif stimulant et osmotique.



Lors de traitement opioïde, les fibres (mucilages, son) sont contre-indiquées en raison du risque élevé d'impaction fécale lié à la réduction du péristaltisme.

- Des molécules bloquant sélectivement les récepteurs opioïdes intestinaux seront bientôt disponibles, telles que la méthylnaltrexone; ces antagonistes sont une option thérapeutique de choix pour le traitement de la constipation secondaire aux opioïdes.
- Il faut cependant garder en mémoire le caractère multifactoriel de la constipation: aucun agent ne peut traiter seul plusieurs étiologies différentes.

5.9 Coprostase sévère

- Impaction proximale:
 - prokinétiques (métoproclamide, dompéridone): action limitée au tube digestif proximal,
 - polyéthylène glycol (Movicol®) 6 sachets en 6 heures dans un litre d'eau (maximum 2 sachets/h si insuffisance cardiaque) à répéter durant 3 jours ou
 - Fordtran® ou Cololyt®, 1 sachet dans un litre d'eau, 200ml/24h pendant 2 à 3j,
 - grand lavement pour stimuler le péristaltisme.



→ Contre-indiqués dans l'iléus obstructif partiel ou complet.

- Impaction distale: fécalome
 - lubrification la veille du sigmoïde et du rectum par un lavement à l'huile (une part d'huile + une part d'eau) lorsque les selles sont très dures,
 - petit ou grand lavement salin en utilisant une sonde vésicale à ballonnet: ce dernier, une fois gonflé en amont du sphincter de l'anus, permet une meilleure rétention du lavement,
 - extirpation manuelle en cas d'échec des mesures susmentionnées:
 - application d'un anesthésique local (Xylocaïne®),
 - prémédication généralement indiquée avant l'extirpation manuelle: morphine SC 5mg et midazolam (Dormicum®) SC 2,5mg.
 - poursuivre par polyéthylène glycol (Movicol®) 6 sachets en 6 heures dans un litre d'eau (maximum 2 sachets/h si insuffisance cardiaque), si la clinique le permet, ou Fordtran® ou Cololyt®, 1 sachet dans un litre d'eau, 200ml/24h pendant 2 à 3j.



Lavement et évacuation manuelle contre-indiqués lors d'hémorragie ou tumeur rectale, de cardiopathie avec risques d'arythmies et thrombopénies sévères.

5.10 Coprostase neurogène

- Traitements laxatifs oraux indiqués mais efficacité limitée en raison de la parésie intestinale et de l'atonie anale.
- Suppositoires de glycérine en suppositoires (Bulboid®), de Lecicarbon®, lavements évacuateurs et extraction manuelle en complément.



En bref

Traiter l'iléus chez le patient atteint d'un cancer

Identification d'un iléus

- Manifestations cliniques
 - nausées intermittentes ou continues
 - vomissements intermittents ou continus, biliaires ou fécaloïdes
 - arrêt du transit, des selles, des gaz
 - douleurs continues, en coliques
 - constipation intermittente ou complète
 - fausses diarrhées (diarrhées paradoxales)
- Examen clinique
 - distension abdominale
 - masses cancéreuses ou fécales, carcinose ou ascite
 - modification des bruits intestinaux (métalliques, absents)
- Examens radiologiques
 - RX abdomen sans préparation
 - CT scanner de l'abdomen
 - transit à la gastrographine

Traitement chirurgical versus approche symptomatique: facteurs à évaluer

- Souhaits du patient
- Pronostic lié au cancer et co-morbidités
 - Facteurs de mauvais pronostic:
 - âge avancé, dénutrition, cachexie
 - diminution du score de performance
 - cancer avancé, métastatique
 - carcinose péritonéale, ascite
- Bénéfices et risques de la chirurgie, contre-indications
 - Contre-indications absolues:
 - antécédents chirurgicaux démontrant une dissémination abdominale tumorale diffuse
 - atteinte gastrique proximale
 - carcinose intestinale avérée
 - palpation de masses intra-abdominales diffuses, ascite récidivante
 - Contre-indications relatives:
 - symptômes difficilement contrôlables
 - cancer plurimétastatique
 - mauvais score de performance
 - dénutrition, âge avancé avec cachexie
 - antécédents de radiothérapie abdominale ou pelvienne

Approche pharmacologique

- Administration des médicaments par voie SC ou IV
- Hydratation SC/IV \leq 1500 ml/24 h
- Intensification des soins de bouche
- Douleurs continues → opioïdes SC
- Douleurs en colique
 - hyoscine butylbromide (Buscopan®) SC/IV 10-20 mg/4 h ou en continu (dose maximale 240 mg/24 h); si échec,
 - métamizole sodique (Novalgine®, Minalgine®) IV 1 g/6 h
- Nausées et vomissements
 - métoclopramide (Primpéran®) SC/IV 10-20 mg/4-6 h ou en continu lors d'iléus paralytique ou obstructif partiel ou
 - halopéridol (Haldol®) SC/IV 0,5-3 mg/8-12 h ou en continu lors d'iléus obstructif complet
 - octréotide (Sandostatine®) SC 50-200 µg/8 h et/ou
 - hyoscine butylbromide (Buscopan®) SC/IV 10-20 mg/4 h ou en continu, ou glycopyrrolate (Robinul®) SC/IV 0,1-0,2 mg/4 h ou en continu (dose maximale: 1,2 mg/24 h)
 - dexaméthasone SC/IV 12-16 mg/24 h si échec

Quelques conseils pratiques sur la prise en charge de l'iléus

- En oncologie, l'iléus, avant d'être persistant, est souvent intermittent avec des phases de résolution spontanée; son début est donc plus souvent insidieux qu'aigu.
- Attention à l'impaction fécale, aux médicaments constipants, à la déshydratation qui contribuent au développement de l'iléus.
- Le traitement médicamenteux permet dans la plupart des cas d'éviter la pose d'une sonde nasogastrique; cette dernière reste indiquée en cas de vomissements incontrôlables (iléus obstructif duodénal), pour passer un cap inconfortable (avant que le traitement médicamenteux ne soit efficace) ou dans l'attente d'une chirurgie.
- L'administration parentérale des médicaments est indispensable vu les troubles de l'absorption intestinale.
- Le maintien d'une hydratation SC ou IV d'environ 1000 ml/24 h contribuerait à diminuer les nausées.
- L'octréotide (Sandostatine®) perd de son efficacité lors d'hydratation supérieure à 1500 ml/24 h.
- L'espérance de vie d'un patient en iléus sous traitement symptomatique peut être de quelques jours comme elle peut aller au-delà d'un mois.
- L'espoir déçu de voir l'iléus se résoudre suite à la pose d'un stent peut être extrêmement délétère pour le patient présentant des obstructions multi-étagées.



En savoir plus sur l'iléus chez le patient cancéreux

1. Prévalence

- L'iléus touche:
 - 4-28% des patients atteints d'un cancer,
 - 5-51% des patientes atteintes d'un cancer ovarien.
- Il peut être une première manifestation d'un cancer abdomino-pelvien, auquel cas il n'est pas obligatoirement synonyme de fin de vie, soit plus fréquemment de la complication d'un cancer en progression et annonce alors la phase terminale.

2. Physiopathologie

- L'iléus résulte d'un trouble de la motilité intestinale d'origine mécanique:
 - tumeur digestive intra-luminale,
 - tumeur(s) extra-luminale(s) (cancer primaire, métastases, carcinose),
 - causes bénignes (brides, adhérences, hernie),
- et/ou paralytique:
 - infiltration tumorale mésentérique, du plexus coeliaque,
 - extension tumorale aux couches musculaires ou séreuses,
 - syndrome paranéoplasique,
 - réflexe sur infarctus, pancréatite, post-opératoire,
 - troubles métaboliques, causes médicamenteuses, etc.
- L'intestin grêle est plus souvent concerné (61%) que le gros intestin (33%).

3. Evaluation

- Le diagnostic d'iléus repose sur des critères cliniques (évaluation des symptômes, examen clinique) et radiologiques.
- Evaluation des nausées et vomissements: voir p. 7.
- Evaluation des douleurs: voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 2.
- Examen clinique: voir p. 12.
- La variabilité des manifestations cliniques oriente sur le degré d'occlusion intestinale (partielle ou complète) et le niveau d'occlusion (proximal ou distal).
- Examens radiologiques:
 - CT scanner abdominal: examen de choix pour détecter l'iléus, évaluer l'extension du cancer et orienter l'attitude thérapeutique;
 - radiographie de l'abdomen: peu sensible dans l'iléus (niveaux); facilement réalisable, permet d'objectiver une éventuelle coprostase, cofacteur de l'iléus facilement traitable;
 - examen radiologique avec produit de contraste: utile pour détecter un trouble de la motilité intestinale, le site et le niveau d'une obstruction et son extension, en particulier lors d'atteintes proximales; utiliser la gastrographine (barium contre-indiqué vu les risques d'impaction).

4. Traitements

- Le choix du traitement, à savoir une approche chirurgicale versus un traitement conservateur, doit prendre en compte:
 - les souhaits du patient,
 - son pronostic estimé sur la base du stade d'évolution du cancer et de ses co-morbidités,
 - la présence de facteurs de mauvais pronostic tels qu'un âge avancé, un état de choc sur déshydratation, une dénutrition, une diminution du score de performance,
 - les contre-indications absolues et relatives à la chirurgie.

4.1 Approche chirurgicale

- Son objectif est d'améliorer le confort; son indication est explorée systématiquement en pondérant les risques, les bénéfices et les contre-indications.
- Dans l'iléus d'origine cancéreuse, elle est grevée d'une mortalité et d'une morbidité per- et postopératoire élevées (récidive d'occlusion, complications infectieuses, fistules, éventration).
- Elle n'est envisagée qu'exceptionnellement chez une personne au stade terminal de son cancer. Elle est considérée dans les situations suivantes:
 - obstruction d'origine bénigne ou tumorale unique,
 - patient en état général conservé, avec un bon score de performance, une absence de maladie métastatique et des perspectives de traitements oncologiques.
- Contre-indications absolues:
 - antécédents chirurgicaux montrant une dissémination abdominale tumorale diffuse ou ayant conclu qu'une chirurgie future n'était plus envisageable,
 - atteinte gastrique proximale,
 - carcinose intestinale avérée, palpation de masses intra-abdominales diffuses,
 - ascite rapidement récidivante.
- Contre-indications relatives:
 - gestion difficile des symptômes,
 - mauvais score de performance, cancer plurimétastatique,
 - dénutrition, âge avancé avec cachexie,
 - antécédents de radiothérapie abdominale ou pelvienne.

4.2 Approche pharmacologique

- L'iléus induit d'importants troubles de l'absorption digestive des médicaments. Ceux-ci doivent être administrés par voie sous-cutanée ou intraveineuse.

4.2.1 Antalgie

- Les douleurs abdominales sont continues et/ou en colique lors d'iléus obstructif complet.
- L'antalgie fait appel aux trois paliers de l'OMS (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1); un opioïde est souvent nécessaire.
- Lors de douleurs en colique:
 - stopper les antiémétiques prokinétiques et les laxatifs stimulants,
 - hyoscine butylbromide (Buscopan®) SC/IV 10-20 mg/4 h ou en continu (dose maximale: 240 mg/24 h); si inefficace,
 - métamizole sodique (Novalgine®, Minalgine®) IV 1 g/6 h.
- Les corticostéroïdes, tels que la dexaméthasone, peuvent potentialiser l'antalgie par leur action anti-inflammatoire.

4.2.2 Antiémétiques

- Prokinétiques: traitement de première intention lors d'iléus paralytique ou obstructif partiel (absence de douleurs en colique, persistance de selles):
 - métoclopramide (Primpéran®) SC/IV 10-20 mg/ 4-6 h ou en continu.
- Antidopaminergiques non prokinétiques lors d'iléus obstructif complet:
 - halopéridol (Haldol®) SC/IV 0,5-3 mg/8-12 h ou en continu en première intention.
- Antagonistes des récepteurs 5-HT₃: granisétron (Kytril®), ondansétron (Zofran®), tropisétron (Navoban®), palonosétron (Aloxi®) en seconde intention si échec de l'halopéridol,
 - par exemple, ondansétron SC/IV 4-16 mg/24 h en une dose.

4.2.3 Agents antisécrétoires

- Ocréotide (Sandostatine®):
 - traitement de première ligne des nausées et vomissements sur iléus,
 - agit par inhibition des sécrétions gastro-intestinales et augmentation de la réabsorption par la muqueuse digestive des liquides intra-luminaux,
 - a également une action anti-inflammatoire et régulatrice sur la motilité intestinale.



- Brûlures au site d'injection: préchauffer l'ampoule d'ocréotide à température ambiante avant son injection.
- Induration au site d'injection: changer l'emplacement du butterfly tous les 3 jours.

- Hyoscine butylbromide (Buscopan®) ou glycopyrrolate (Robinul®):
 - anticholinergiques réduisant les sécrétions gastro-intestinales,
 - moins efficaces et délai d'action plus long que l'ocréotide,
 - associés à celle-ci lorsqu'elle n'est pas suffisamment efficace:
 - hyoscine butylbromide SC/IV 10-20 mg/4 h ou en continu (dose maximale: 240 mg/24 h) ou
 - glycopyrrolate SC/IV 0,1-0,2 mg/4 h ou en continu (dose maximale: 1,2 mg/24 h).



- Sécheresse buccale.
- Tachycardie.
- Rétention urinaire.

4.2.4 Corticostéroïdes

- Agiraient en diminuant l'œdème péri-tumoral mais pas d'évidence claire dans la littérature.
- Utilisés en cas d'échec des autres mesures pharmacologiques.
- Par exemple, dexaméthasone (Fortecortin®, Oradexon®) SC/IV 12-16 mg/24 h en une ou deux doses matin, midi pendant une semaine puis diminution par paliers progressifs de 2 à 4 mg jusqu'à la dose minimale efficace; stop si inefficace après une semaine de traitement.



- Candidose orale et/ou œsophagienne.
- Décompensation diabétique, rétention hydrosodée.
- Myopathie proximale.
- Troubles neuro-psychologiques (dépression, hypomanie, delirium).

4.3 Autres approches

- Hydratation:
 - la déshydratation induit des nausées; assurer une hydratation d'environ 1000ml/24h:
 - par voie sous-cutanée ou intraveineuse chez le patient encore symptomatique,
 - hydratation orale souvent possible chez le patient, dont les nausées et vomissements sont bien contrôlés,
 - maximum 1500ml/24h afin de ne pas augmenter le volume des sécrétions digestives et de ne pas compromettre l'efficacité de l'octréotide.
- Sonde naso-gastrique (SNG):
 - en cas de vomissements réfractaires (obstruction duodénale, par exemple), les premiers jours du traitement médicamenteux, le temps que celui-ci soit efficace, ou dans l'attente d'une chirurgie,
 - permet au patient d'avaler des aliments liquides qui pourront ensuite être aspirés,
 - mettre la SNG sur uriflac en position déclive; réserver l'aspiration intermittente aux situations ne répondant pas à cette première technique.



Lors de varices œsophagiennes ou d'antécédent d'hématémèse, consulter un gastro-entérologue avant de poser une sonde naso-gastrique.

- Stent endoluminal:
 - alternative à la chirurgie dans les obstructions pyloriques, duodénales proximales et coliques chez des patients en phase avancée d'un cancer et à mauvais risque chirurgical,
 - soulagement des symptômes en 24 à 48 heures dans 64 à 100% des situations,
 - complications fréquentes: saignements rectaux, douleurs rectales, incontinence ou impaction fécale, déplacement du stent, réocclusion, perforation digestive.



Lors d'occlusions multi-étagées, de dysautonomie neurovégétative et de carcinose péritonéale, la pose d'un stent nécessite un bilan radiologique (CT ou IRM) et justifie un conseil avec un gastro-entérologue.

Quelques références utiles

TWYXCROSS R, BACK I. Nausées et vomissements dans le cancer avancé.
Eur J Palliat Care 1998; 5 : 39-45.

GLARE P, PEREIRA G, KRISTJANSON LJ, STOCKLER M, TATTERSALL M. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer.
Support Care Cancer 2004; 12 : 432-440.

FLAKE ZA, SCALLEY RD, BAILEY AG. Practical selection of antiemetics.
Am Fam Physician 2004; 69 : 1169-1174.

American College of Gastroenterology Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America.
Am J Gastroenterol. 2005; 100 : S1-S4.

MILES CL, FELLOWES D. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients.
Cochrane Database Syst Rev 2006, Oct 18; 4.

RIPAMONTI C, TWYXCROSS R, BAINES M et al. Working Group of the European Association for Palliative Care. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer.
Support Care Cancer 2001; 9 : 223-233.

MERCADANTE S, CASUCCIO A, MANGIONE S. Medical treatment for inoperable bowel obstruction: a qualitative systemic review.
J Pain Symptom Manage 2007; 33 : 217-223.

Ressources en soins palliatifs

Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes interdisciplinaires à la disposition des médecins traitants, des infirmières, des équipes, des infirmières ressources en soins palliatifs dans les soins aux patients palliatifs à domicile, en EMS, en hôpitaux ou en institutions pour personnes handicapées.

EMSP Arc (Ouest)

079 783 23 56 • aubspal@ehc.vd.ch

EMSP Arcos (Centre)

021 314 16 01 • emsp@hospvd.ch • <http://www.arcosvd.ch>

EMSP Ascor – FSC (Est)

079 366 96 86 • eqmobsoinspal@bluewin.ch • <http://www.reseau-ascor.ch>

EMSP Nord – Broye

079 749 37 39 • emsp@rezonord.net

Service de soins palliatifs/CHUV

021 314 02 88 • soins.palliatifs@chuv.ch • <http://www.chuv.ch>

Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP – CHUV

079 772 59 81 • patricia.fahrni-nater@chuv.ch

Autres adresses utiles

EHC Hôpital d'Aubonne

021 821 41 11 • dominique.anwar@ehc.vd.ch

EHNV – Site Chamblon

024 447 11 11 • maurice.baechler@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

EHNV – Site Orbe

024 442 61 11 • jose.arm@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

Fondation Rive-Neuve

021 967 16 16 • danielle.beck@riveneuve.ch • <http://www.rive-neuve.ch>

Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs

021 799 01 11 • gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

Hôpital Riviera, Site de Mottex soins palliatifs

021 943 94 11 • etienne.rivier@hopital-riviera.ch

Centre de diffusion – Service de soins palliatifs – CHUV

021 314 51 67 • spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch

Cahiers du
Guide des soins palliatifs du médecin vaudois
déjà parus:

Cahier N°1 Le traitement de la douleur cancéreuse

Cahier N°2 L'évaluation de la douleur

Cahier N°3 Le traitement des douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses
et neuropathiques

Cahier N°4 L'alimentation et la nutrition

Cahier N°5 La spiritualité en soins palliatifs

Cahier N°6 Les urgences et les dernières heures à domicile

Cahier N°7 Les soins palliatifs à domicile et les équipes mobiles de soins palliatifs