



## L'obstruction intestinale

L'obstruction est une **complication fréquente** chez les patients atteints d'une maladie cancéreuse au stade avancé. L'iléus mécanique (obstruction) chez un patient cancéreux résulte d'une obstruction **partielle ou complète** de la lumière intestinale.

### Traitements et soins

#### Chirurgie

Elle a pour but d'améliorer les symptômes d'inconfort. La prise de décision nécessite un conseil multidisciplinaire comprenant le chirurgien, l'oncologue et le spécialiste en médecine palliative.

#### 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.

Elle a une 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.

#### « PEG » de décharge

Indiquée lors d'obstructions réfractaires au traitement symptomatique, en **alternative à la SNG à long terme**.

#### Stents métalliques

Chez les patients cancéreux au stade avancé **lorsque la chirurgie est contre-indiquée**. Consulter un gastroentérologue pour en discuter.

#### Traitements pharmacologiques

Il est recommandé d'administrer tous les médicaments par voie parentérale sc ou iv.

##### Octréotide (Sandostatine) :

Traitement de premier choix, d'action antisécrétoire rapide.

**! cette indication n'est pas reconnu en Suisse: sa prise en charge requiert une demande auprès de la caisse maladie**

**Doses initiales** : 0,1-0,2mg toutes les 8h s.c. ou 0,3-0,6mg i.v. continu à augmenter au besoin après 48-72h jusqu'à 1,2mg/j

Association possible dans la même seringue avec halopéridol et hyoscine butylbromide. chauffer l'ampoule dans les mains et injecter lentement permet de diminuer la douleur au site d'injection. Changer le butterfly tous les

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.

#### Anticholinergiques

Efficaces sur les douleurs abdominales en coliques. Toutefois, en présence de coliques, l'ajustement de la posologie des opioïdes est prioritaire.

- **Hyoscine butylbromide** (Buscopan) :

Dose initiale  $\geq 60\text{mg/j}$  s.c. ou i.v.

Dose maximale = 240mg/j

- **Glycopyrrolate** (Robinul) :

4-6 x 0,1-0,2 mg/j s.c. (dose max. 1,5mg/j)

- **Scopolamine transdermique** :

1x/72h

**! effets indésirables centraux (confusion)**

#### Antiémétiques

- **Métoclopramide** (Primpéran) :

En cas d'obstruction partielle ou secondaire à des troubles de la motilité.

- **Halopéridol** (Haldol) :

Traitement de première intention.

Dose initiale : 0,5-1mg toutes les 8h

Doses de réserve possibles.

Titre par paliers de 0,5mg x 3 /j

- **Lévomépromazine** (Nozinan) :

Antiémétique, anticholinergique, anxiolytique

Dose initiale : 3mg s.c. toutes les 8h

Titre par paliers de 2-5 mg/dose

- **Chlorpromazine** (Chlorazin) :

50-100mg toutes les 8h intrarectal ou i.m.

- **Anti-5HT3** (Navoban, Zofran) :

A considérer en 3<sup>ème</sup> ligne si non réponse ou si poursuite de l'halopéridol pas possible.

#### Corticoïdes

Préférer la dexaméthasone à la prednisone en raison de son faible effet minéralocorticoïde.

Dosage : 16mg/j à stopper après 5-7j en l'absence d'efficacité ou à diminuer jusqu'à trouver la dose minimale efficace.

#### Références

Résumé tiré de *La constipation, l'obstruction intestinale et l'iléus paralytique*, Consensus « on best practice in palliative care » en Suisse – Groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine et de Soins palliatifs, BIGORIO 2007, réalisé par Yves Gremion, infirmier et psychologue, membre du comité de Palliative Fribourg/Freiburg.