

Syndrome occlusif

-

Prise en charge dans les 24
premières heures d'un patient
atteint de cancer

Coordination

Nadine MEYER (Réseau Source, Lyon), Vincent GAUTIER (CH Annecy)

Membres du groupe de travail

Nadine AIME (Clinique privée de Deauville), Marie BERLIOZ (Centre Léon Bérard, Lyon), Pascale BETHENOD (Clinique Charcot), Olivier BEZY (CHU Clermont-Ferrand), Delphine BONNET (CHU Toulouse), Sylvie BRUNETTE (Centre soins de suites et Réadaptation Beaulieu), Pierre-Etienne CAILLEUX (Centre d'Oncologie et Radiothérapie Tours), Philippe DEBOURDEAU (Hôpital Instruction des Armées Desgenettes), Yves DEVAUX (Centre Léon Bérard), Cypryan ENACHESCU (Centre Hospitalier Lyon Sud), Vincent GAUTIER (CH Annecy), Philippe GABELLE (GHM Grenoble), Marie HALLAIN, (CHU Poitiers), René-Pierre LABARRIERE (Médecine libérale), Hélène LABROSSE (Réseau Espace Santé Cancer RA), Caroline MAINDET-DOMINICI (CHU Grenoble), Claire MALLAVAL (Centre Hospitalier de Feurs), Annyck MARION (CHU St Etienne), Philippe MAYRAND (CH Valence), Nadine MEYER (Réseau Source, Lyon), Elodie MINUIT (CHU Niort), Olivier MOCQ (Centre Médical Spécialisé de Praz Coutant), Thierry MONTAUT (CHU Nancy), Christophe MORILLE (Onco 38), Adeline NOYES (Centre Léon Bérard), Olivier PALOMBI (CHU GRENOBLE), Michel PAVIC (Hôpital Instruction des Armées Desgenettes), Marie-Annick PELLET (CLYRESS Beaulieu), Sylvie PERRIN (Centre Léon Bérard), Annie PEYTIER (CH Bayeux), Irène PHILIP (Centre Léon Bérard), Claude PIOT-BOISSIER (Hôpital Edouard Herriot), Ismael RIDA-CHAFAI (CHU Poitiers), Jessica ROULLEAU (Centre Léon Bérard), Isabelle RUFFIER (Onco 38), Borhane SLAMA (Centre Hospitalier Avignon), Stéphanie TRAGER-MAURY (Centre Hospitalier de Senlis), Pierre VALLESE (Clinique du Parc (Lyon), Philippe VERSCHELDE (Centre Hospitalier de Givors Montgelas), Nathalie VOCANSON (Hospices Civils de Lyon), Hacène ZERAZHI (Centre Hospitalier Avignon).

Relecture

Soffia ABBIOUI (Réseau Régional de Cancérologie ONCO Nord-Pas-de-Calais), René-Jean BENSADOUN (CHU Poitiers), Olivier BEZY (CHU Clermont-Ferrand), Delphine BONNET (CHU Toulouse), Erwan BORIES (Institut Paoli-Calmettes, Marseille), Anne BOUSSEAU (CHU Poitiers), Françoise CAPRIZ (CHU Nice), Alain COIFFARD (Aix en Provence), Philippe GABELLE (GHM Grenoble), François GUILHOT (CHU Poitiers), Thierry MONTAUT (CHU Nancy), Valérie MOULIN (CHPA Aix en Provence), Valérie POUYSSEGUR (Pôle universitaire Nice), Michel REICH (Centre Oscar Lambret Lille).

Contributeurs (participants aux ateliers des J2R du 06/12/2012)

Joy BACRIE (Toulouse); Jacques BARTHELEMY (Mougins); Tiphanie CORNILLON (Saint Etienne); Yves DE MUIZON (Rillieux La Pape); Joël FLEURY (Clermont Ferrand); Eric KALFA (Saint Jorioz); Donia LASSOUED (Toulouse); Annyck MARION (CHU Saint Etienne); Sarah MEGHERBI (Saint Etienne); Brigitte MICHEL (Le Havre); Thierry MONTAUT (Nancy); Anny PAROT-MONPETIT (Vannes); Christine PREAUBERT (Caussade); Nathalie STEINER COLLET (Genève); Stéphanie TRAGER (Senlis).

Justification

Les patients atteints de cancer sont particulièrement fragiles du fait de leur maladie cancéreuse et des traitements qui leur sont délivrés.

Sous la thématique « Urgences chez le patient atteint de cancer » sont regroupées des situations cliniques présentant un risque vital ou des séquelles si des mesures thérapeutiques ne sont pas mises en œuvre rapidement.

Ce référentiel s'adresse aux médecins généralistes et aux équipes médicales des services d'urgence.

Les directives anticipées des patients doivent être prises en compte lors de la prise en charge du patient.

Diagnostic

3 signes cliniques ou radiologiques sur 6 :

- Vomissements de stase : au moins 2/jour
- Coliques abdominales (douleurs abdominales avec accès douloureux)
- Absence de gaz
- Absence de matières fécales depuis plus 3 jours (TR élimine le fécalome)
- Météorisme abdominal
- Signes d'occlusion à la radiographie abdominale sans préparation :
 - Distension intestinale associée à des niveaux liquides

Urgences chez un patient atteint de cancer

Patient atteint de cancer et présentant un syndrome occlusif

Démarche étiologique:
 Eliminer une occlusion fonctionnelle
 Annexe 1 [page 8](#)

- Bilan :
- Ionogramme complet incluant calcémie, créatinine et urée
 - Radiographie ASP
 - Scanner en urgence (à discuter si carcinose connue)

Concertation pluridisciplinaire médico-chirurgicale

Indication chirurgicale ?

oui

non

- Lésion tumorale ou bénigne: brides, grêle radique
- Occlusion non néoplasique
- Perforation
- Volvulus aigu
- Obstacle bien identifié non accessible à une prothèse endoscopique

- Indication prothèse?
- Occlusion intestinale mécanique non résécable dont carcinose péritonéale
- Plusieurs niveaux de sténose
- Envahissement racine mésentère
- Mauvais état général du patient
- Refus du patient

Prise en charge du syndrome occlusif

[page 6](#)

Urgences chez un patient atteint de cancer

Prise en charge symptomatique d'un patient atteint de cancer et présentant un syndrome occlusif

Vomissements incoercibles ?

oui

non

Préconisation

- Sonde nasogastrique si occlusion haute(la sonde doit rester en place le moins longtemps possible)

Les antiémétiques prokinétiques :

- métoclopramide: contre indiqué
- Sétrons : non indiqués

Préconisation

- Patient à jeun et réhydratation parentérale
- Antalgiques y compris morphiniques
- Corticoïdes: Méthylprednisolone 1 à 4 mg/kg/24h en IV ou SC pendant 3 à 5 jours
- Antiémétiques: Halopéridol 1 à 5 mg/8h ou 12h en SC ou IV (hors AMM) ou chlorpromazine 25 à 50 mg/8h à 12h en IV ou SC ou dropéridol 2,5 à 5 mg/j en continu en IV ou SC
- Antisécrétoires anticholinergiques: Butylbromure de scopolamine 40 à 120 mg/j en SC ou IV
- Antisécrétoire gastrique: IPP en IV

Si le patient est pris en charge dans une structure de coordination de soins (réseaux de soins ou HAD) et avec l'accord du patient et/ou sa famille, et du médecin traitant; et en dehors de toute autre détresse : possibilité de prise en charge de la récurrence du syndrome occlusif à domicile (surveillance médicale et ionogramme)

Annexe

Annexe 1 : Causes fonctionnelles d'obstruction intestinale

Troubles de la motricité intestinale par iléus fonctionnel favorisés par:

- Infiltration maligne du mésentère ou des couches musculaires intestinales ou des nerfs du plexus cœliaque
- Neuropathie paranéoplasique (cancer du poumon)
- Troubles métaboliques: hypokaliémie, hypercalcémie, acidose, insuffisance rénale
- Troubles endocriniens : hypothyroïdie, hyperparathyroïdie
- Médicaments : opiacés, psychotropes, vincalcaloïdes (vincristine, vindésine, vinorelbine, vinblastine, vinflunine)
- Affections satellites: foyer septique intrapéritonéal, pancréatite aiguë, colique néphrétique...

Constipation:

Elle peut entraîner un état subocclusif, son traitement préventif est indispensable surtout en cas de traitement prolongé par des opiacés, psychotropes; un alitement prolongé ou des apports hydriques et alimentaires insuffisants

Urgences chez un patient atteint de cancer

BIBLIOGRAPHIE

- Recommandations de la SFAP. Occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : recommandations de bonnes pratiques cliniques 2012.
- LAVAL G. et al. La prise en charge des occlusions sur carcinose péritonéale. Hépatogastro 2007, 14(6) : 465-473.
- RIPAMONTI C. et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer 2011, 9: 223-233.
- NCCN Guidelines version 2.2012. Palliative care. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf