

Occlusion digestive sur carcinose péritonéale

Date : 19/12/2013

Sommaire

○ Contexte carcinologique	<u>p 3</u>
○ Epidémiologie	<u>p 4</u>
○ Diagnostic clinique et radiologique	<u>p 5</u>
○ Prise en charge diagnostique et thérapeutique	<u>p 6</u>
○ Stratégie thérapeutique	<u>p 7</u>
○ Traitement médical symptomatique	<u>p 10</u>
○ Prise en charge globale	<u>p 11</u>
○ Prise en charge thérapeutique	<u>p 12</u>
○ Médicaments : les corticoïdes	<u>p 13</u>
○ Médicaments : les antalgiques	<u>p 14</u>
○ Médicaments : les antisécrétoires	<u>p 16</u>
○ Médicaments : les anti-sécrétoires gastriques et IPP	<u>p 19</u>
○ Médicaments : les antiémétiques	<u>p 20</u>
○ Médicaments : les anti-spasmodiques	<u>p 21</u>
○ Hydratation et nutrition	<u>p 22</u>
○ Gastrostomie de décharge	<u>p 23</u>
○ Conclusion	<u>p 24</u>
○ Bibliographie	<u>p 26</u>
○ Contributeurs	<u>p 28</u>

CONTEXTE CARCINOLOGIQUE

Définition

dissémination et implantation de cellules tumorales dans la cavité péritonéale

Contexte cancérologique

occlusion néoplasique inaugurale ou occlusion traduisant la reprise évolutive de la maladie.

Classification physiopathologique

- occlusion mécanique
- occlusion fonctionnelle (troubles de la motricité, troubles métaboliques, constipation opiniâtre...)

Spécificité de la PEC de l'OI sur carcinose péritonéale.

(PEC = prise en charge ; OI = occlusion intestinale)

EPIDEMIOLOGIE

Origine cancérologique :

les principaux cancers responsables d'une OI sont, par ordre décroissant :

- d'origine gynécologique ou digestive
- des tumeurs péritonéales, des mésothéliomes
- des tumeurs primitives d'origine extra-abdominale (évolution métastatique)

Incidence (selon les études (Cf. références bibliographiques))

- 5 à 51 % dans les cancers de l'ovaire
- 4,4 à 24 % dans les cancers colorectaux

Facteurs pronostiques

- extension de la maladie et selon l'origine
- état général du patient (OMS, Karnofsky, IMC...)
- critères biologiques : albuminémie, pré-albumine
- possibilités thérapeutiques oncologiques

DIAGNOSTIC clinique et radiologique

Symptômes de l'occlusion installée

- douleurs abdominales
- arrêt des matières et/ou des gaz
- nausées et/ou vomissements (TR élimine un fécalome)

Subocclusion : tableau incomplet : situation clinique à surveiller

Examens complémentaires

- bilan sanguin dont ionogramme complet incluant calcémie, créatinine et urée
- ASP à discuter au cas par cas
- TDM si accessible et disponible
 - au 1^{er} épisode : recherche d'une étiologie organique accessible à un traitement spécifique
 - épisodes ultérieures : indication à discuter
- entéroscanner au 1^{er} épisode uniquement, à discuter si un geste chirurgical est envisageable (localisation et caractérisation de la lésion à l'origine de l'occlusion)

PRISE EN CHARGE diagnostique et thérapeutique

→ démarche thérapeutique active et cohérente

Eliminer

- iléus médicalement curable, constipation opiniâtre
- étiologie non néoplasique à l'occlusion (bride, hernie, entérite radique)

Identifier une urgence chirurgicale
perforation, volvulus, strangulation

Toujours discuter une indication chirurgicale en RCP

STRATEGIE THERAPEUTIQUE (1)

Selon situation clinique

tenir compte : de l'histoire de la maladie, du stade de la pathologie, du grading OMS ou KARNOFSKY, de l'évaluation gériatrique, des comorbidités, de l'état nutritionnel (IMC), du projet thérapeutique spécifique, des souhaits du patient...

Selon l'étiologie de l'occlusion

- cancer initial, récurrence, poursuite évolutive, carcinose péritonéale (localisée ou étendue)
- niveau de l'occlusion, grêle, colique
- identification d'un obstacle
 - chirurgie palliative de dérivation
 - mise en place d'endoprothèse
- identification d'obstacles multiples

**→ Concertation médico-chirurgicale
(en RCP)**

Cf. référentiel prise en charge dans les 1^{ères} 24h d'un patient pour syndrome occlusif (p 12)

STRATEGIE THERAPEUTIQUE (2)

→ Traitements étiologiques définis en RCP

Traitement chirurgical palliatif

- selon l'état général du patient
- si sténose tumorale localisée
- moyens chirurgicaux :
 - exérèse tumorale (nodules de la carcinose), dérivations, stomies

Traitement endoscopique palliatif

- patient fragile, comorbidités associées, mauvais état général
 - sténose tumorale localisée et accessible : avis expert local
- moyens endoscopiques, morbi/mortalité plus faible
 - endoprothèses digestives : évaluation bénéfices/risques

SNG, gastrostomie de décharge

STRATEGIE THERAPEUTIQUE (3)

Occlusion digestive

→ Mise en place d'une sonde nasogastrique :

Vivement recommandé si risque d'inhalation et/ou vomissements itératifs et répétés mais non imposée d'emblée

Après information et accord du patient : en phase initiale

- l'aspiration soulage partiellement les symptômes : douleur, nausées, vomissements et permet d'éviter certaines complications : inhalation...
- Idéalement, étape transitoire avant de juger de l'efficacité des traitements médicamenteux
- aspiration douce

S'assurer d'une mise en place confortable avec anesthésique local et si besoin, anxiolyse (exemple : benzodiazépines sub-linguale, midazolam SC ou IV...)

Pas de compensation systématiques des pertes mais quantification des apports parentéraux (autoriser les prises de liquides *per os* (en quantifiant les apports))

Évaluation quotidienne : état clinique, volume d'aspiration réel (déduction faite des apports), souhaits du patient. Exemples sur expérience :

- si volumes >500 mL : maintien de la SNG, gastrostomie de décharge ?
- si volumes ≤ 500 mL : siphonage, réévaluation à 48h
- si volumes ≤ 500 mL pendant 24h à 48h : retrait possible de la sonde d'aspiration

TRAITEMENT MEDICAL SYMPTOMATIQUE

→ Approche pharmacologique multimodale permettant une synergie entre les médicaments utilisés

Associe

- corticoïdes
- anti-sécrétoires
- antiémétiques
- antalgiques et co-antalgiques
- hydratation, nutrition
- (ponction d'ascite)

Objectifs, soulagement des symptômes

- contrôle antalgique
- contrôle des nausées et des vomissements, savoir « accepter » parfois 1 à 2 vomissements/jour

Evaluation régulière, traitement ajusté quotidiennement si besoin

PRISE EN CHARGE GLOBALE

Expliquer les symptômes et sensibiliser le patient, ses proches et les membres de l'équipe à parfois, « vivre avec » les vomissements

Expliquer les traitements au patient et à ses proches

Laisser le patient choisir les limites de son inconfort

Autoriser des prises orales de consistances adaptées

Voie d'administration des thérapeutiques

- personnalisée, adaptée à chaque patient (IV, SC)
- penser au PICC-LINE® en l'absence de voie d'abord devenue incontournable

**→ Evaluer la compréhension de la situation
par le patient et ses proches**

→ Tracer les informations recueillies

**→ Respecter les souhaits du patient et ses attentes
afin d'élaborer ensemble un projet de soins cohérent**

Syndrome occlusif sur carcinose péritonéale

Oclusion digestive

① Corticoïdes
② butyle bromure de scopolamine
③ Indication ponctuelle de l'octréotide

Réévaluation après 3 jours

Poursuite des vomissements ?

Oui

Non

Pose ou maintien de la sonde naso-gastrique

Revoir les posologies :
Corticoïdes, b.b. de scopolamine, octréotide

Arrêt ou diminution des
corticoïdes, b.b. de
scopolamine
(A discuter)

Evolution à 7 jours
favorable ?

Oui

Non

Relais par octréotide LP ou lanréotide LP
Diminution et arrêt du b.b. de scopolamine,
des corticoïdes
Retrait de la SNG
Surveillance clinique

Arrêt de l'octréotide
Maintien du b.b. de scopolamine
Diminution/arrêt des corticoïdes (à discuter)
Impliquer l'EMSP

RCP : en présence d'un gastro-entérologue :
Indication d'une gastrostomie de décharge
chirurgicale ou endoscopique

Traitement symptomatique

- Réhydratation parentérale
- Pose d'une SNG si vomissements répétés (avec accord du patient ou discuter une alternative)
- Antalgiques pallier I, II ou III
- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Antiémétiques
- Nutrition parentérale (à discuter)

MEDICAMENTS : LES CORTICOÏDES

→ **Actions anti-œdémateuse, anti-inflammatoire, antiémétique, co-antalgique, stimulante**

Prescription d'emblée

Diagnostic initial : cure courte (5 à 10 jours) et évaluer la réponse au traitement

- méthylprénisolone : SOLUMEDROL® 1 à 4 mg/kg/j en IV ou SC (posologies variables autour de 2 mg/kg)
- dexaméthasone : 0,25 à 1 mg/kg/j

Contribuent à la levée d'épisodes subocclusifs initiaux ou d'une occlusion fonctionnelle

Evaluation de l'évolution clinique ⇨ posologie minimale à maintenir éventuellement

Sans utilité dans l'occlusion installée sauf à titre co-antalgique et/ou antiémétique

MEDICAMENTS : LES ANTALGIQUES (1)

→ Antalgiques de palier I, II et III

→ OPIOÏDES FORTS NON CONTRE-INDIQUES

→ évaluation de la douleur avec outils adaptés puis réévaluation

Palier I

- paracétamol 1g/4h : paracétamol IV, paracétamol orodispersible ou suppositoire
ET/OU si besoin
- néfopam : ACUPAN[®] IV ou SC (hors AMM) discontinu ou continu
max 6 amp/24h

Palier II

- tramadol IV max 600 mg/24h (IV discontinu mais mieux toléré en administration continue)
- LAMALINE[®] suppositoire (alternative provisoire)

MEDICAMENTS : LES ANTALGIQUES (2)

Palier III

Titration IV ou SC

- titration IV ou SC par pompe, seringue électrique munie de bolus
- sulfate de morphine, oxycodone
 - contrôle des effets secondaires (nausées)
 - évaluation du bénéfice antalgique et adaptation des posologies

Douleurs de fond contrôlées

- maintien d'un traitement parentéral avec débit continu et bolus ou rotation d'opioïdes par dispositif transdermique (FENTANYL®) : indiqué uniquement en relais du traitement injectable pour « des douleurs chroniques stables »
utilisation de fentanyl transmuqueux pour accès douloureux paroxystiques si besoin

Douleurs rebelles

- avis auprès d'équipes spécialisées douleur et/ou SP
- analgésie interventionnelle : analgésie locorégionale
bloc coeliaque, injection intrathécale...

MEDICAMENTS : LES ANTISECRETOIRES

→ Actions anti-spasmodique, antiémétique et anti-sécrétoire

Butylbromure de scopolamine : SCOBUREN®

- en ville, AMM pour 40 à 80 mg IV ou SC, posologie ajustée à l'effet clinique (60 à 240 mg/24h) en continu ou 3x/ j en discontinu
- effets indésirables :
 - sécheresse buccale (bains de bouche), tachycardie, + rares : excitabilité, mydriase avec troubles de l'accomodation
 - contre-indication des atropiniques : risque de glaucome, rétention d'urine sur troubles uréthro-prostatiques

Non retenu :

- bromhydrate de scopolamine : SCOPOLAMINE®
- anticholinergiques atropiniques
effets secondaires centraux

MEDICAMENTS : LES ANTISECRETOIRES analogues synthétiques de la somatostatine

→ action sur les nausées, vomissements,
douleurs abdominales, qualité de vie

Octréotide : (hors AMM, proposée dans les recommandations AFSSAPS 2002)

– libération immédiate (LI) :

SANDOSTATINE[®], SIROCTID[®], OCTREOTID ACT[®] OCTREOTID HPI[®]

300 à 600 µg/j (augmentation possible jusqu'à 900 µg/j), SC ou IV, continue ou discontinue

- sécheresse buccale et somnolence : plus rare

– libération prolongée (LP) :

SANDOSTATINE[®] LP, OCTREOTIDE LP : 20 à 30 mg en relais 1 inj/mois, IM profonde (à réévaluer)

- chevauchement avec forme LI sur 6 jours en moyenne après la première injection (avis d'experts)

Certaines équipes proposent d'autres schémas thérapeutiques mais sans références validées.

Lanréotide : (hors AMM) SOMATULINE[®] LP

– forme IM (30 mg) 1 injection IM tous les 10 jours

– 2 phases de libération, immédiate et retardée

COMPARAISON ANTICHOLINERGIQUES et ANALOGUES DE LA SOMATOSTATINE

Des essais randomisés ont prouvé la supériorité de l'octréotide sur les dérivés de la scopolamine sur :

- la quantité de sécrétion digestive
- les nausées
- les vomissements
- l'ablation de la SNG

[Etude SALTO : évaluant SANDOSTATINE versus placebo en association au traitement symptomatique habituel de l'occlusion digestive sur carcinose péritonéale]

[Etude LANREOTIDE : traitement symptomatique par du lanréotide 30 mg (vs placebo) chez les patients présentant une occlusion intestinale inopérable secondaire à une carcinose péritonéale : étude contrôlée]

Efficacité du SCOBUREN® sur les douleurs spasmodiques et moindre coût

- L'effet sur les douleurs spasmodiques du butylbromure de scopolamine associé à l'effet anti-sécrétoire pourrait être additif.
- En pratique, rien n'interdit d'associer ces 2 types de traitements (groupe SFASP).

MEDICAMENTS : LES ANTI-SECRETOIRES GASTRIQUES et IPP

Permettent :

- de limiter le volume de liquide gastrique**
- de réduire le reflux biliaire**
- d'améliorer les symptômes digestifs hauts**

**Voie IV ou voie SC possible pour certains
(ranitidine, pantoprazole, omeprazole...)**

INIPOMP® : disponible en ville

MEDICAMENTS : LES ANTI-EMETIQUES

Antagonistes des récepteurs à la dopamine

- métopimazine : VOGALENE® PO, IV, IM, IR : 10 à 20 mg/24h
- halopéridol : HALDOL® (injection en SC ou IM) : 5 à 15 mg/24h (IV hors AMM)
- dropéridol : DROLEPTAN® PO, IM (2,5 à 5 mg/24h)
- chlorpromazine : LARGACTIL® IM, SC, IV : 25 à 50 mg/24h
 - Effets secondaires sédatifs, anticholinergiques
- benzamides (action prokinétique) : à éviter si occlusion complète
 - alizapride PLITICAN® PO, IV, lyoc, IM,
 - metoclopramide PRIMPERAN® PO, IV, IM, IR
- dompéridone MOTILIUM®, PÉRIDYS® PO uniquement (forme orodispersible)

Antagonistes des récepteurs 5 HT3 à la sérotonine

Pas d'études en soins palliatifs, pas d'AMM

- ondansétron ZOPHREN®, PO, IV ; SETOFILM® orodispersible-
- granisetron, KYTRIL® PO, IV
- palonosétron ALOXI®

Benzodiazépines

utilisation de LYSANXIA® (gouttes buvables)

1 goutte = 0,5 mg

Nausées et vomissement rebelles

association de 2 antiémétiques de mécanisme d'action différent

MEDICAMENTS : LES ANTI-SPASMODIQUES

Pas d'indication pour :

→ phloroglucinol : SPASFON®

→ trimebutine : DEBRIDAT®

HYDRATATION et NUTRITION

Place de l'hydratation : à adapter selon la clinique:

500 à 1000 mL/jour de NaCl 0,9 % (sur 12 ou 24h), voie IV ou SC

Nutrition artificielle : (IV sur voie centrale)

- indication et posologie à discuter précocement
- Evaluation du bénéfice/risque en fonction du stade de la pathologie et des objectifs de soins)
- expliquer au patient et aux proches les propositions thérapeutiques retenues

Cf. référentiel AFSOS alimentation et nutrition (décembre 2013)

Soins de bouche

- adaptés, pluriquotidiens
- impliquer les proches

→ Poursuite de la prise en charge globale avec réévaluations régulières de la situation en réunion pluridisciplinaire de service incluant un(e) psychologue, un(e) diététicien(ne) ...

GASTROSTOMIE DE DECHARGE

Pour améliorer l'inconfort du patient, à évoquer au bon moment

Indication : syndrome occlusif haut persistant, vomissements rebelles, échec des traitements médicamenteux

Voie endoscopique ou radiologique
geste plus difficile si ascite ou carcinose péritonéale

Voie chirurgicale
gastrostomie tunnellisée selon WITZEL
proposée si ascite, masses pariétales, antécédent de gastrectomie partielle, transillumination impossible

Limites
Compréhension de l'objectif par le patient et ses proches, textures autorisées adaptées.
le risque d'inhalation perdure

Complications
Incarcération dans la paroi, risque infectieux limité par une antibioprophylaxie.

Recommandation SFED, 2007

CONCLUSION

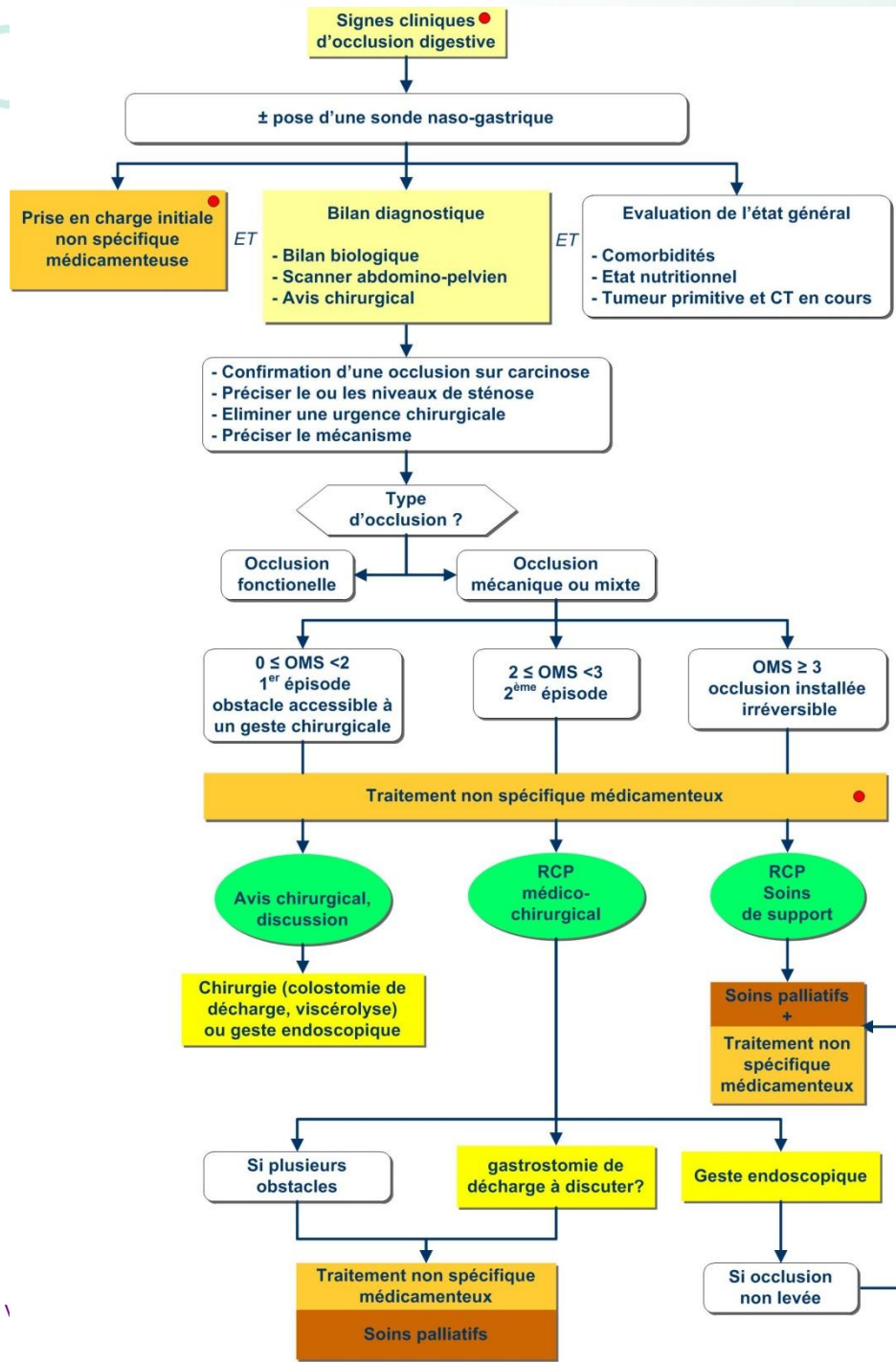
Amélioration de la prise en charge en situation palliative

Antisécrétoires, antalgiques, antiémétiques et corticoïdes permettent un soulagement de l'inconfort

Retour à domicile envisageable (en collaboration avec équipe libérale disponible, HAD, réseaux de soins, et prestataires de service)

→ Prise en charge complexe et difficile nécessitant une collaboration pluridisciplinaire et une démarche d'accompagnement soutenue

Occlusion digestive



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (1)

Occlusion digestive

Denis B, Elias B

Diagnosis and treatment of peritoneal carcinoma (Prise en charge symptomatique de la carcinose)
[Gastroenterol Clin Biol. 2004 ;28 : D17-25.](#)

D'Hérouville D.

Terminal care nutrition and hydration (Nutrition et hydratation en fin de vie)
[Gastroenterol Clin Biol. 2004 May;28:D26-30.](#)

Groupe SFAP/SFGG "Soins palliatifs et gériatrie". Aide à la prise en charge.

Il va mourir de faim, il va mourir de soif": Que répondre?
[Fiche pratique Juin 2007.](#)

Tougeron D, Tasu JP, Silvain C.

Prise en charge de l'occlusion sur carcinose péritonéale d'origine digestive.
[Hepato Gastro 2013;20 : 302-310.](#)

Laval G, Marcelin-Benazech B, Arvieux C, Chauvenet L *et al.*

Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques
[Médecine palliative 2012 ; 11-Suppl 1: 1-24.](#)

Laval G, Rousselot H, Toussaint-Martel S, Mayer F *et al.*

SALTO: a randomized, multicenter study assessing octreotide LAR in inoperable bowel obstruction.
[Bull Cancer. 2012 1;99 :E1-9.](#)

Mariani P, Blumberg J, Landau A, Lebrun-Jezekova D *et al.*

Symptomatic treatment with lanreotide microparticles in inoperable bowel obstruction resulting from peritoneal carcinomatosis: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III study.
[J Clin Oncol. 2012 10;30 :4337-43.](#)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (2)

Occlusion digestive

Marcelin-Bezanech B, Laval G, Arvieux C, Chauvenet L *et al.*

Recommandations pour la prise en charge de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale.
Groupe de travail de la SFASP, 16 mars 2012.

Mercadante S, Ripamonti C, Casuccio A, Zecca E *et al.*

Comparison of octreotide and hyoscine butylbromide in controlling gastrointestinal symptoms due to malignant inoperable bowel obstruction.

[Support Care Cancer. 2000 ;8:188-91.](#)

Mystakidou K, Tsilika E, Kalaidopoulou O, Chondros K *et al.*

Comparison of octreotide administration vs conservative treatment in the management of inoperable bowel obstruction in patients with far advanced cancer: a randomized, double- blind, controlled clinical trial.

[Anticancer Res. 2002 ; 22:1187-92.](#)

Negro S, Azuara ML, Sánchez Y, Reyes R *et al.*

Physical compatibility and in vivo evaluation of drug mixtures for subcutaneous infusion to cancer patients in palliative care.

[Support Care Cancer. 2002 Jan;10\(1\):65-70.](#)

Ripamonti C, Mercadante S, Groff L, Zecca E, *et al.*

Role of octreotide, scopolamine butylbromide, and hydration in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction and nasogastric tubes: a prospective randomized trial.

[J Pain Symptom Manage. 2000 Jan;19\(1\):23-34.](#)

Zelek L, Laval G, Asselain B.

Somatostatin analogs for malignant bowel obstruction resulting from peritoneal carcinomatosis.

[J Clin Oncol. 2013 Jul 1;31\(19\):2519-20.](#)

CONTRIBUTEURS

Coordination

TOUSSAINT Sophie (ONCOLOR)

Membres du groupe de travail

AUFFRET Karine (ONCOLOR), BROCARD Fabien (ONCOLOR), CERVI Charles (ONCO-POITOU-CHARENTES), DUBUC Myriam (ONCOLOR), HUTIN-BRISSOT Agnès (ONCO-BRETAGNE), LE GALLOU Karine (ONCOBRETAGNE), MARCHAL Frédéric (ONCOLOR), PAROT-MONTPETIT Anny (ONCO-BRETAGNE), THEVENET Géraldine (RESC-RA), THOMAS Elisabeth (ONCOLOR), TOUGERON David (ONCO-POITOU-CHARENTES).

Coordination méthodologique

BLOCK Véronique (ONCOLOR)

Approbateurs

Relecteurs et participants aux ateliers des J2R du 19 décembre 2013

ALLOMBERT-BLAISE Jérôme (RESC-RA), BENCHEMAM Amel (ONCONORMAND), BILLARD David (ONCORIF), BLOCK Véronique (ONCOLOR), COLLIN Jean-Paul (RESC-RA), HELIE Agnès (ONCOCENTRE), JACQUOT Anne-Cécile (RESC-RA), KACZMAREK Willeme (ONCO PACA CORSE), LE GALLOU Karine (ONCOBRETAGNE), LEGENNE Myriam (RESC-RA), MONFORT Michèle (ONCOLOR), PAROT-MONTPETIT Anny (ONCO-BRETAGNE), PIERSON Henri (ONCOLOR), ROLLAND Francine (RESC-RA), ROY MOREAU Annie (ONCAUVERGNE), RAYNARD Bruno (ONCORIF).