

L'occlusion intestinale chez le patient atteint de cancer

Dominique Trempe, Dominique Dion et Geneviève Dechêne

M^{me} Maisonneuve, 71 ans, a reçu un diagnostic de cancer du côlon droit à la suite d'un lavement baryté. Elle a subi une résection iléocolique. Au cours de l'intervention, le chirurgien a noté des métastases sur le grêle, le côlon et le mésentère pour lesquels l'histologie révéla un adénocarcinome (T3, N0, M1). Par la suite, la patiente a reçu des traitements de chimiothérapie.

Quelques années plus tard, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises pour un tableau subocclusif attribuable à sa carcinomatose récidivante (figures 1 et 2).

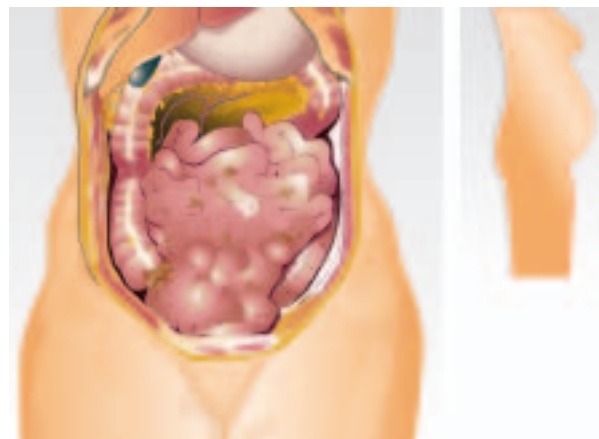
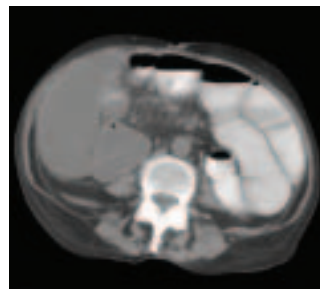


Figure 1. Illustration d'une occlusion intestinale. Reproduit avec la permission de La Maison Victor-Gadbois. Site Palli-Science.

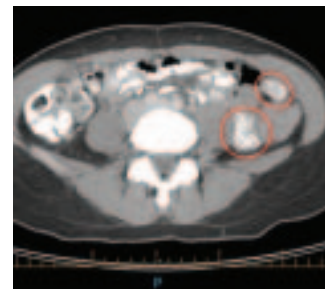
L'OCCLUSION INTESTINALE liée au cancer survient chez 3 % des patients à un stade avancé de la maladie¹. L'incidence varie selon le type de cancer : de 5,5 % à 42 % pour le cancer ovarien ; de 4,4 % à 24 % pour le cancer colorectal ; de 3 % à 15 % pour les autres cancers². L'occlusion peut être partielle ou complète, et survenir à un ou plusieurs endroits. Le petit intestin est plus souvent atteint que le côlon (61 % contre 33 %), et dans 20 % des cas, les deux parties de l'intestin sont touchées³. La principale cause d'occlusion du côlon est le cancer alors que les causes d'occlusion



Présence d'aérocolie et d'aérogrelie dont les niveaux hydro-aériques nous laissent fortement soupçonner une subocclusion du grêle.



Tomodensitométrie abdominopelvienne. Signes d'occlusion du grêle. Pas de signe de métastase hépatique.



Tomodensitométrie abdominopelvienne. Présence d'implants nodulaires de carcinomatose péritonéale.

Figure 2. Images radiologiques d'une occlusion intestinale. Reproduites avec la permission de La Maison Victor-Gadbois. Site Palli-Science.

du petit intestin sont souvent non cancéreuses ou multiples (adhérences, hernies, etc.).

Manifestations cliniques

Le tableau clinique varie beaucoup en fonction du niveau de l'occlusion (haute ou basse) et de l'importance de l'atteinte (partielle ou complète). L'accumulation et l'augmentation de production des sécrétions intestinales sont responsables des principaux symptômes, soit la douleur abdominale, la

Le D^r Dominique Trempe, omnipraticien, exerce au Service de soins palliatifs de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La D^{re} Dominique Dion, omnipraticienne, exerce également à cet endroit ainsi qu'au Centre hospitalier de St. Mary. La D^{re} Geneviève Dechêne exerce au CLSC Verdun/Côte St-Paul et au GMF du Sud-Ouest.

Tableau 1**Manifestations cliniques de l'occlusion selon le niveau atteint¹**

Emplacement	Douleur	Vomissements	Distension abdominale	Bruits intestinaux
Duodénum	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Aucune ou minime ⊕ Soulagée par les vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Importants, ++ ⊕ D'apparition précoce ⊕ Nourriture non digérée 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Aucune 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Normaux ou présence possible de clapotis (<i>splash</i>)
Grêle	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Colique au niveau de l'abdomen supérieur, centrale ou périombilicale ⊕ Crampiforme ou continue 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ De modérés à importants ⊕ De bilieux à fécaloïdes 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Modérée ⊕ Progressive 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ En général, présence d'hyperactivité avec borborygmes et bruits métalliques, ou absence de bruits
Côlon	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Colique centrale ou basse, douleur sourde 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ D'apparition tardive ⊕ Fécaloïdes 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Importante ⊕ Progressive 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Borborygmes ; bruits métalliques et absence de bruits en alternance

distension abdominale, la constipation et les vomissements (*tableau 1*).

Dans l'occlusion haute (Ex. : dans le cas d'une néoplasie de l'estomac), les vomissements qui peuvent être fréquents et abondants apparaissent généralement de façon précoce. Plus l'obstruction est haute, moins la distension abdominale est présente. Le péristaltisme est présent au-dessus de la compression mécanique et absent ou faible dans l'occlusion fonctionnelle.

Les douleurs abdominales continues sont celles que l'on retrouve le plus souvent (90 % des cas)². Elles sont causées par la distension abdominale, une hépatomégalie ou une masse tumorale envahissant ou comprimant l'intestin. Des douleurs de type colique s'y ajoutent dans 75 % des cas⁴. Lorsque l'occlusion est située au niveau du côlon, les douleurs sont habituellement moins intenses, plus espacées et plus sourdes⁴.

L'absence de selles ou de gaz est un symptôme typique d'une occlusion complète. Une diarrhée d'apparition nouvelle, de façon paradoxale, peut être un signe d'occlusion au niveau du côlon. La bouche sèche

est invariablement associée aux autres symptômes et peut être la conséquence d'une déshydratation importante, de modifications métaboliques ainsi que de l'utilisation de certains agents pharmacologiques comme les médicaments anticholinergiques. Toutefois, le tableau clinique le plus fréquent d'une occlusion est insidieux. Il est très difficile de faire la distinction entre l'occlusion partielle et l'occlusion complète, car les symptômes peuvent varier dans le temps.

Évaluation

Une radiographie simple de l'abdomen en position couchée et debout permet habituellement d'appuyer une présomption d'occlusion intestinale. L'utilisation d'une substance de contraste hydrosoluble (Gastrografin) peut aider à préciser l'emplacement et l'étendue de l'occlusion (partielle ou complète) et à évaluer la dysmotilité intestinale. Le baryum est contre-indiqué parce qu'il n'est pas absorbé, qu'il peut interférer avec d'autres examens radiologiques subséquents et également aggraver le syndrome occlusif. Le Gastrografin est préférable et même parfois utile

L'occlusion intestinale liée au cancer se produit habituellement à un stade avancé de la maladie et touche le plus souvent l'intestin grêle.

Un diagnostic d'occlusion intestinale peut habituellement être confirmé par une radiographie simple de l'abdomen en position couchée et debout.

Repères

Tableau II

Recommandations sur le traitement de l'occlusion chez des patients atteints de cancer en phase avancée^{2,3,8}

- ☉ Le recours à une intervention chirurgicale ne devrait pas être systématique chez les malades dont le pronostic de vie à court terme est mauvais (carcinomatose intra-abdominale, faible état fonctionnel, ascite massive).
- ☉ Une sonde nasogastrique ne devrait être utilisée que temporairement.
- ☉ Les mesures pharmacologiques, comme les analgésiques, les antispasmodiques, les antiémétiques et les analogues de la somatostatine, devraient être utilisées seules ou en association pour soulager les symptômes.
- ☉ Une gastrostomie de dérivation peut être considérée si l'atténuation des symptômes demeure inadéquate malgré des mesures pharmacologiques optimales.
- ☉ L'alimentation parentérale totale ne devrait être considérée que de façon exceptionnelle (Ex. : chimiothérapie palliative).
- ☉ L'hydratation parentérale peut être indiquée pour soulager les nausées, mais le premier choix demeure la simple humectation de la bouche.
- ☉ La collaboration entre le médecin traitant et le chirurgien permet d'offrir au malade un traitement individualisé, approprié au soulagement de ses symptômes.

Tableau III

Critères de mauvais pronostic quant aux bienfaits d'une intervention pour une occlusion intestinale chez un malade atteint de cancer^{2,3,8}

- ☉ Âge avancé
- ☉ Mauvais état général
- ☉ Mauvais état nutritionnel
- ☉ Carcinomatose péritonéale diffuse déjà révélée par une intervention antérieure
- ☉ Ascite
- ☉ Masses multiples palpables dans l'abdomen
- ☉ Métastases
- ☉ Radiothérapie antérieure au niveau de l'abdomen ou du bassin
- ☉ Chimiothérapie antérieure
- ☉ Multiples emplacements d'obstruction du grêle (le plus souvent sans distension)
- ☉ Obstruction du grêle, car le pronostic à court terme est plus sombre (morbidité, mortalité) que dans le cas d'une obstruction du côlon

pour permettre la reprise du transit intestinal en présence d'une occlusion réversible. La tomodynamométrie (CT scan) abdominopelvienne est utile pour évaluer l'étendue globale de la maladie et peut devenir importante pour prendre certaines décisions thérapeutiques (Ex. : intervention chirurgicale, type de médicaments). Elle demeure la modalité d'évaluation radiologique la plus sensible (93 %) et la plus spécifique (100 %) nous permettant de déterminer la cause de l'occlusion dans 87 % des cas⁵.

Modalités thérapeutiques (tableau II)

Intervention chirurgicale

La possibilité d'une intervention chirurgicale doit être évaluée chez les patients souffrant d'une occlusion intestinale. Toutefois, un nombre non négligeable de patients ne seront pas admissibles à cette modalité étant donné la stade avancé de la maladie, l'atteinte de l'état général et le pronostic réservé. Ces patients auront besoin d'autres options thérapeutiques pour soulager leurs symptômes (tableaux III et IV).

Tableau IV

Types d'interventions chirurgicales palliatives possibles pour les cas d'occlusion intestinale chez les malades atteints de cancer^{2,3,8}

Ces techniques chirurgicales peuvent être combinée :

- ☉ Résection et réanastomose
- ☉ Décompression et gastrostomie, colostomie ou iléostomie
- ☉ Dérivation (Ex. : gastro-entérostomie, colostomie iléotransverse)
- ☉ Lyse des adhérences
- ☉ Mise en place, par endoscopie, d'une prothèse endoluminale pour garder la lumière ouverte (œsophage, estomac, intestin grêle, côlon).

Intubation nasogastrique – gastrostomie percutanée de décompression

L'intubation nasogastrique peut être indiquée avant une intervention chirurgicale, chez les patients inopérables ou chez ceux qui ne peuvent avoir une gastrostomie de décompression et qui ne répondent pas aux autres modalités thérapeutiques. Cette intervention ne devrait pas être utilisée à long terme, car elle est très inconfortable pour le patient. La gastrostomie

Tableau V

Traitement pharmacologique de l'occlusion intestinale²

Antispasmodiques (anticholinergiques)

⊕ Butylbromure d'hyoscine (Buscopan)	⊕ 10 mg–20 mg, toutes les 6 h à 8 h ; SC, IR, IV, IM
⊕ Bromhydrate de scopolamine ¹	⊕ 0,1 mg–0,6 mg, toutes les 4 h à 8 h ; SC, IM, IV
⊕ Timbre de bromhydrate de scopolamine (Transderm-V)	⊕ 1,5 mg, tous les 3 jours ; TD
⊕ Glycopyrrolate	⊕ 0,1 mg–0,2 mg, toutes les 6 h à 8 h ; SC ou IV
⊕ Dicyclomine (Bentylol)	⊕ 10 mg–20 mg, toutes les 6 h à 8 h, par voie orale ou IM

Analogues de la somatostatine

⊕ Octréotide (Sandostatine)	⊕ 50 µg–300 µg ; toutes les 8 h ; SC ²
-----------------------------	---

(une formule à action prolongée, le Sandostatine LAR, est également offerte, mais est plus rarement utilisée compte tenu de son administration par voie intramusculaire et de son prix élevé).

Antiémétiques

1. Médicaments procinétiques, seulement en cas d'occlusion partielle et d'absence de coliques

⊕ Métoproclamide	⊕ 5 mg–20 mg, toutes les 6 h à 8 h ; voie orale, SC, IM, IV
------------------	---

2. Neuroleptiques

⊕ Halopéridol	⊕ 0,5 mg–5 mg, toutes les 6 h à 8 h ; voie orale, SC, IM, IV
⊕ Méthotriméprazine (Nozinan)	⊕ 2,5 mg–25 mg, toutes les 4 h à 6 h ; voie orale, IM, SC
⊕ Prochlorpérazine (Stémétil)	⊕ 5 mg–20 mg, toutes les 4 h à 6 h ; voie orale, SC, IM, IV, IR
⊕ Chlorpromazine (Largactil)	⊕ 50 mg–100 mg, toutes les 8 h ; IR ou IM

3. Antihistaminiques

⊕ Diménhydrinate (Gravol)	⊕ 25 mg–100 mg, toutes les 4 h à 6 h ; voie orale, IM, SC
⊕ Méclizine (Bonamine)	⊕ 25 mg/j–100 mg/j en une dose ou en doses fractionnées

Corticostéroïdes

⊕ Dexaméthasone	⊕ 2 mg–4 mg, de 1 à 4 fois par jour ; voie orale, SC, IV pendant quelques jours, puis diminuer à la dose minimale efficace ; s'il est nécessaire de poursuivre sur une longue période, considérer que la dose physiologique va de 0,75 mg à 1 mg par jour par voie orale
-----------------	--

1. Ce médicament est sédatif. Par conséquent, limiter l'utilisation de doses modérées à élevées.

2. Il n'y a pas de preuves qu'une dose supérieure à 600 µg/j apporte des bienfaits supplémentaires.

percutanée de décompression peut être effectuée en radiologie. Les patients ayant un bon état fonctionnel et souffrant d'une obstruction haute et complète pourraient bénéficier de cette technique⁶.

Prothèse endoluminale

Une autre intervention consiste en l'insertion endoscopique d'une prothèse endoluminale (*stent*) au niveau proximal du petit intestin, du côlon ou de l'œsophage pour garder la lumière ouverte. On dispose encore de peu de données quant à la qualité de vie et au soulagement des symptômes, surtout pour

l'endoprothèse colique. Toutefois, l'intervention semble bien tolérée et pourrait être considérée pour les malades ne pouvant subir une intervention de décompression. Elle est cependant contre-indiquée dans les cas de multiples sténoses et de carcinomatose péritonéale. Les risques de complications, telles que les perforations, doivent aussi être pris en compte⁷.

Traitement symptomatique médical (tableau V)

Le traitement pharmacologique à l'aide d'analgésiques opioïdes, d'antiémétiques, d'antispasmodiques et d'analogues de la somatostatine nous per-

met d'atténuer les symptômes principaux chez la majorité des patients inopérables.

Les trois principaux symptômes à soulager² sont :

- les coliques (75 %) ;
- les douleurs abdominales continues (90 %) ;
- les nausées et les vomissements (de 68 % à 100 %).

Les médicaments peuvent être donnés par voie sous-cutanée (SC), intrarectale (IR) ou, dans certains cas, par voie transdermique (Ex. : fentanyl, scopolamine) ou intraveineuse (IV). La voie intramusculaire (IM) est plus rarement utilisée en raison de l'inconfort qui peut en résulter.

Les douleurs abdominales continues sont habituellement bien soulagées par les opioïdes². L'utilisation concomitante d'antispasmodiques (anticholinergiques) contre les douleurs intermittentes (de type colique) est fréquente et utile.

Contre les vomissements, deux méthodes pharmacologiques peuvent être employées³ :

- l'utilisation d'octréotide ou d'antispasmodiques (anticholinergiques) pour réduire les sécrétions gastro-intestinales (*tableau VI*) ;
- le recours aux antiémétiques agissant sur le système nerveux central, seuls ou en association avec un médicament antispasmodique ou un analogue de la somatostatine.

Les corticostéroïdes, tels que la dexaméthasone, peuvent être associés aux médicaments mentionnés ci-dessus. Ils ont un effet antiémétique et anti-inflammatoire qui peut réduire l'œdème péritumoral. De plus, ils augmentent l'absorption d'eau et de sel au niveau intestinal. Par contre, ils peuvent être responsables d'effets indésirables tels que le *delirium*, les hallucinations, l'insomnie et l'hyperglycémie.

L'octréotide est un analogue de la somatostatine. Il provoque une réduction du volume des sécrétions gastro-intestinales et pancréatiques ainsi qu'une augmentation de l'absorption de l'eau et des électrolytes. Il diminue le péristaltisme, ce qui améliore l'activité spastique non propulsive et, par conséquent, apaise la douleur. Son activité sur les sécrétions gastro-intestinales nous permet parfois de

Tableau VI

Tableau comparatif du prix quotidien du Sandostatin et du Buscopan : pharmacie d'hôpital ou d'officine

Octréotide (Sandostatin), SC

Posologie	Officine	Hôpital*
100 µg, 3 f.p.j.	22,62 \$ par jour	19,20 \$ par jour
200 µg, 3 f.p.j.	43,50 \$ par jour	36,90 \$ par jour
300 µg, 3 f.p.j.	65,22 \$ par jour	55,35 \$ par jour

Octréotide à action prolongée (Sandostatin LAR), IM

Posologie	Officine	Hôpital*
10 mg/mois	1102 \$ par mois	1122 \$ par mois
20 mg/mois	1470 \$ par mois	1500 \$ par mois
30 mg/mois	1840 \$ par mois	

Butylbromure d'hyoscine (Buscopan), SC

Posologie	Officine	Hôpital*
10 mg–20 mg, toutes les 6 h à 8 h	5,67 \$–15,08 \$ par jour	4,71 \$–12,56 \$ par jour

*Prix en vigueur à Hôpital Maisonneuve-Rosemont en mai 2006

cesser l'intubation nasogastrique. L'efficacité de l'octréotide dans l'atténuation des symptômes de l'occlusion a été montrée dans des études rétrospectives³. Deux études à répartition aléatoire comparant l'octréotide et la scopolamine ont révélé la supériorité de l'octréotide (en matière de réduction des nausées, des vomissements, des douleurs et du volume des sécrétions nasogastriques)³. Des résultats semblables ont été obtenus dans une étude récente comparant l'octréotide à une association chlorpromazine–scopolamine (soulagement plus efficace des nausées et vomissements, de la fatigue et de l'anorexie dans le groupe sous octréotide)³. L'activité inhibitrice de l'octréotide sur la motilité gastro-intestinale et sur l'activité sécrétoire semble offrir un avantage évident dans la maîtrise de l'occlusion intestinale maligne inopérable et aussi dans

L'activité de l'octréotide sur les sécrétions gastro-intestinales nous permet parfois de cesser l'intubation nasogastrique.

Repère

la prévention d'une occlusion irréversible chez les patients présentant une occlusion partielle²⁻⁹.

Les laxatifs stimulants du tractus gastro-intestinal sont contre-indiqués en cas d'occlusion complète possible.

Alimentation et hydratation

On offre au patient des liquides et de petits repas fréquents. De faibles quantités de suppléments diététiques liquides ou congelés, toutes les 30 à 60 minutes, peuvent permettre un apport calorique valable, même si le patient en rejette une partie.

Si le patient est sérieusement déshydraté, on peut proposer temporairement une hydratation par voie sous-cutanée ou intraveineuse. L'intensité de la soif et la sensation de bouche sèche sont indépendantes de la quantité de liquides reçus par voie orale ou parentérale. La plupart des patients en toute fin de vie retireront plus de confort de simples soins de bouche, comme sucer des glaçons ou boire fréquemment de petites gorgées⁸.

Une étude a montré que l'hydratation intensive (> 1500 ml/j) augmentait la quantité de sécrétions gastro-intestinales, ce qui peut provoquer des symptômes indésirables. Par contre, l'intensité de la nausée était significativement moindre chez les malades recevant d'un demi- à un litre de liquide par jour³. L'hydratation par voie intraveineuse peut être pénible pour les patients en fin de vie et ne devrait être réservée qu'aux malades ayant déjà un cathéter veineux en place.

Retour au cas de M^{me} Maisonneuve

Dans le cas de M^{me} Maisonneuve, la progression de la maladie et de l'étendue de la carcinomatose rendait toute intervention chirurgicale impossible. La patiente a donc reçu un traitement médical du syndrome occlusif. Pendant plusieurs mois, ses symptômes ont été bien maîtrisés par l'octréotide et de faibles doses de corticostéroïdes. Occasionnellement, elle a dû être hospitalisée pour un réajustement de son traitement médicamenteux et pour de courtes périodes d'hydratation intraveineuse. Le traitement médical lui aura permis d'être bien à domicile et d'éviter la sonde nasogastrique. ☞

Summary

Malignant Bowel Obstruction. In advanced stages of cancer, a bowel obstruction is a common complication for patients suffering from abdominal and pelvic malignancies. Different treatment options are available depending on the patient's condition. Although surgery should be considered, it is not advised for patients who are in the advanced stages of the disease or whose overall condition is poor. However, distressing symptoms can be relieved by pharmaceutical measures, such as analgesics, anti-secretory drugs and antiemetics.

Keywords: intestinal obstruction, neoplasm, peritoneal carcinomatosis, octreotide, symptom management

Date de réception : 4 juillet 2006

Date d'acceptation : 9 août 2006

Mots-clés : occlusion intestinale, cancer avancé, carcinomatose péritonéale, octréotide, atténuation des symptômes

Les D^{rs} Dominique Trempe et Geneviève Dechêne n'ont signalé aucun intérêt conflictuel. La D^{re} Dominique Dion a bénéficié du soutien financier de Pfizer et de Purdue Pharma pour des consultations en 2005-2006, mais n'a reçu aucune rémunération fixe.

Bibliographie

1. Baines M. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. Dans : Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, Cherny N. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2^e éd.; New York : Oxford University Press ; 1998. pp. 526-34.
2. Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. Dans : Doyle D, Hanks GW, Cherny N, Calman K, rédacteurs. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3^e éd. New York : Oxford University Press ; 2004, section 8.3.4. pp. 496-506.
3. Ripamonti C, Fagnoni E, Magni A. Management of symptoms due to inoperable bowel obstruction. *Tumori* 2005 ; 91 : 233-6.
4. Mercadante S. Pain in inoperable bowel obstruction. *Pain Digest* 1995 ; 5 : 9-13.
5. Davis MP, Nouneh C. Modern management of cancer-related intestinal obstruction. *Curr Pain Headache Rep* 2001 ; 5 (3) : 257-64.
6. Choi YB. Laparoscopic gastrojejunostomy for palliation of gastric outlet obstruction in unresectable gastric cancer. *Surg Endos* 2002 ; 16 : 1620-6.
7. Harris GJ, Senagore AJ, Lavery IC, Fazio VW. The management of neoplastic colorectal obstruction with colonic endoluminal stenting devices. *Am J Surg* 2001 ; 181 (6) : 499-506.
8. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozetti F et coll. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001 ; 9 (4) : 223-33.
9. Major P, Figueredo V, Tandan V, Bramwell V et coll. The role of octreotide in the management of patients with cancer. Practice guideline report # 12-7. Program in evidence-based care – A Cancer Ontario program 2004. pp. 12-9. Site Internet : www.cancercare.on.ca/pdf/pebc12-7f.pdf (Page consultée en mars 2006).