

Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : Les troubles digestifs.

• L'occlusion en situation palliative •

Avertissement	<p>Il existe en soins palliatifs des situations particulièrement complexes. Il s'agit en particulier de certaines détresses en fin de vie : hémorragies cataclysmiques, asphyxie, souffrance rebelle, douleur non contrôlable...</p> <p>Il est essentiel alors :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de vérifier que la personne est bien en phase terminale, - d'anticiper chaque fois que possible une telle détresse, - de prévoir des temps de concertation en équipe pluridisciplinaire, en amont. <p>La Loi "relative aux droits des malades et à la fin de vie" (Loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005) donne des repères importants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le droit du malade au refus de tout traitement ; - Le droit du malade au refus de l'obstination déraisonnable. - Le devoir pour le soignant de ne pas poursuivre des traitements disproportionnés ou futiles. - Le principe des directives anticipées et la place de la personne de confiance. - L'obligation qui est faite aux soignants d'anticiper, de se concerter, de s'appuyer sur une démarche pluridisciplinaire et collégiale, (décret du 6 février 2006), d'argumenter les décisions, et de les écrire dans le dossier du patient. - L'obligation également de poursuivre les Soins Palliatifs même si d'autres soins sont arrêtés. <p>Toutes ces situations ne doivent en aucun cas aboutir à des décisions isolées, ou répondant à des conduites à tenir standardisées, ou encore être prise sans discernement et recul.</p>
Objectifs spécifiques	<p>Améliorer la qualité de vie des personnes présentant ces symptômes. Aider les soignants à mesurer le bénéfice et les inconvénients des options thérapeutiques médicales et chirurgicales.</p>
Population et contexte particulier	<p>Il s'agit d'un arrêt complet du transit intestinal dans le cas d'une situation palliative évoluée pour laquelle aucun traitement chirurgical curatif n'est possible, exemple : carcinose péritonéale.</p> <p>Il faut rechercher des causes accessibles à un traitement comme l'occlusion sur brides, la constipation sévère.</p>

Date de première édition :	Mars 2006
Actualisation le :	13 mars 2008
Par :	Dr. Marie-Claude SCHNEIDER, Dr. Christophe PETITJEAN
Validée par le Groupe de Travail : Mars 2008	

Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Les troubles digestifs – L'occlusion en situation palliative.

Principes de prise en charge

A. Principes Généraux

- La plupart des crises de la phase terminale peuvent être anticipées : cette démarche d'anticipation est fondamentale, elle nécessite une évaluation de la situation des symptômes, une réflexion, une prise en compte en équipe pluridisciplinaire, le cas échéant des prescriptions anticipées.
- les prescriptions anticipées nominatives sont légalement autorisées : elles s'adressent à une personne précise dans un contexte précis.
- L'utilisation de protocoles est une alternative possible : dans ce cas, il faut préciser dans quel contexte et à quel moment ce protocole va être utilisé.
- Toute démarche entreprise doit être évaluée, et peut être remise en cause.

Il est recommandé que pour toute situation de détresse en phase terminale difficile, un temps de "débriefing" soit organisé avec l'équipe, et si besoin des intervenants extérieurs, pour réguler les conséquences dans l'équipe et prendre le recul nécessaire pour les situations suivantes.

B. ÉVALUATION RÉGULIÈRE DES SYMPTÔMES

Cette évaluation doit être faite par les soignants et par les médecins
Les symptômes à évaluer sont les suivants :

- nausées et vomissements :
 - mesurer le volume des sécrétions et la fréquence des vomissements,
 - évaluer la pénibilité ressentie par le malade : savoir que dans ces situations, certains malades préfèrent vomir quelques fois plutôt que supporter une sonde nasogastrique.
- émission de selles et de gaz
- douleurs abdominales
- météorisme abdominal
- anxiété et angoisse.

C. VÉRIFIER AUPRÈS DES MÉDECINS SPÉCIALISTES L'INDICATION DE CHIRURGIE PALLIATIVE OU DE CHIMIOTHÉRAPIE PALLIATIVE.

L'un ou l'autre étant licite dans le but de diminuer l'inconfort.

D. INDICATION DE L'ASPIRATION GASTRIQUE

La pose de sonde nasogastrique pour aspiration est souvent inadaptée au contexte de soins palliatifs. Elle ne soulage que partiellement les symptômes pénibles de l'occlusion, elle peut être source d'un inconfort important.

Dans tous les cas, elle est utilisée avec l'accord du patient et de préférence pour de courtes durées inférieures à 3 jours en aspiration douce ou en déclive : soit en attente d'un traitement désobstructif, soit en attente d'une pose de gastrostomie de décharge, soit en cas de vomissements invalidants.

Le confort du patient doit être régulièrement évalué.

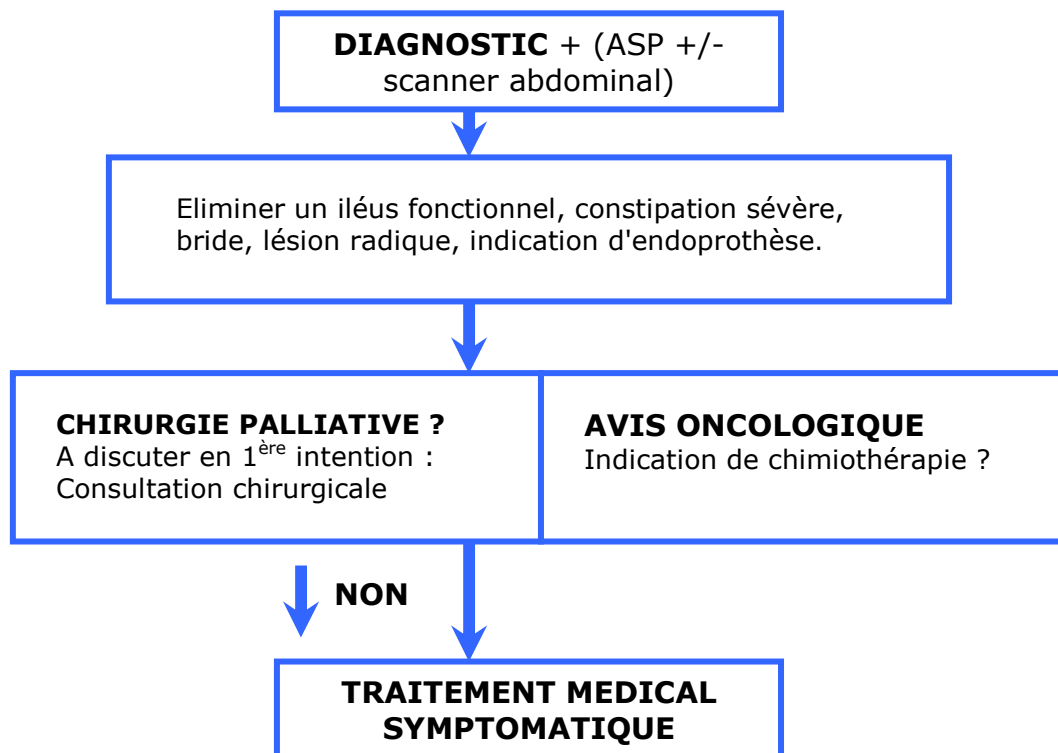
**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :
Les troubles digestifs – L'occlusion en situation palliative.**

<p>Principes de prise en charge</p>	<p>E. TRAITEMENTS ANTALGIQUES ET ANTISECRETOIRES</p> <p>Ceux-ci nécessitent l'utilisation d'antalgiques de niveaux 1, 2 ou 3. Il faut signaler que l'utilisation des opioïdes est indiquée en cas de douleurs aiguës même si ces opioïdes aggravent le ralentissement du transit. Dans ce cas, on peut préférer l'utilisation du DUROGESIC® (fentanyl) quand la douleur est stabilisée.</p> <p>L'occlusion en fin de vie est une des rares indications du DOLOSAL® (pethidine), car ce produit à une action anti-spasmodique</p> <p>Les anti-sécrétoires ont indirectement une action antalgique : SANDOSTATINE® (octréotide) SCOBUREN® (scopolamine bromhydrate).</p> <p>Voir logigramme suivant pour le déroulement du traitement.</p> <p>F. GASTROSTOMIE DE DECHARGE</p> <p>Si elle est techniquement réalisable, c'est une alternative souvent plus confortable que la sonde nasogastrique. Elle peut être réalisée par voie percutanée, endoscopique ou par voie chirurgicale.</p> <p>G. AUTRES SYMPTOMES</p> <p>Hydratation : cf recommandations sur les troubles nutritionnels. L'hydratation parentérale peut être nécessaire. Il faut choisir la voie la moins invasive (cf recommandations sur voie sous cutanée). Le plus souvent cette déshydratation n'a pas de conséquence symptomatologique pénible pour le malade en situation de fin de vie.</p> <p>La sécheresse buccale : elle est fréquente et aggravée par le traitement médicamenteux de l'occlusion (cf recommandations sur les soins de bouche). Il faut systématiquement proposer des petits moyens : soins de bouche fréquents avec bâtonnets citronnés ou compresse mouillée, eau pulvérisée ; soins de bouche avec du bicarbonate de sodium plusieurs fois par jour.</p>
--	---

<p>Références</p>	<p>Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES, décembre 2002</p> <p>Constipation au cours des maladies neurologiques et constipation iatrogène chez la personne âgée, la revue de gériatrie, tome 29, n° 7 et n°8.</p> <p>Prise en charge des occlusions intestinales chez les patients atteints de cancer en phase avancée, Médecine Palliative, N°4, Septembre 2003.</p> <p>Les principales thérapeutiques en Soins Palliatifs chez l'adulte et la personne âgée, G.Laval, Sauramps médical.</p> <p>Guide à la prescription médicale dans le cadre des syndromes occlusifs en Soins Palliatifs, CLUDS, CH Belfort-Montbéliard</p>
--------------------------	---

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :
Les troubles digestifs – L'occlusion en situation palliative.
ANNEXES**

**ANNEXE 1 : GUIDE A LA PRESCRIPTION MEDICALE DANS LE CADRE
D'UNE OCCLUSION INTESTINALE EN SOINS PALLIATIFS**



<p>ETAPE 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Associer antiémétique, antisécrétoire, corticoïde, antalgique • Possibilité d'associer au PSE : HALDOL®, MORPHINE® et SCOBUREN® <p>→ Voie S/cut ou IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sonde nasogastrique (à discuter au cas par cas). ○ Réhydratation parentérale ± alimentation ○ Antiémétique: → HALDOL® (halopéridol) 1 à 5 mg/8h ou 3 à 15 mg au PSE/24h, voie S/C ou IV OU LARGACTIL® (chlorpromazine) plus sédatif: 25 à 50mg/8h ou au PSE/24h, voie IV ○ Antisécrétoire + antispasmodique: <ul style="list-style-type: none"> - SCOBUREN® (butylbromure de scopolamine) : 20 à 40 mg/8h ou 60 à 120 mg au PSE /24h voie IV ou S/C - Inhibiteur de la Pompe à Protons ○ Corticoïdes : → SOLUMEDROL® (méthylprédnisolone) ou équivalent : 1 à 4 mg/kg/24h en IV en 1h le matin. Voie S/C possible ○ Antalgiques (selon la clinique) : 1^{er}, 2^{ème}, et 3^{ème} palier de l'OMS voie S/C ou IV
--	--

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :
Les troubles digestifs – L'occlusion en situation palliative.
ANNEXES**

<p>ETAPE 2</p> <p>(après 2 à 5 jours de traitement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'associer au PSE : SANDOSTATINE®, MORPHINE® et HALDOL® 	<p>1- Levée de l'occlusion : Diminution puis arrêt des corticoïdes et des anti sécrétoires</p> <p>2- Non levée de l'occlusion et disparition des symptômes : Continuer SCOBUREN® à doses minimum efficaces</p> <p>3- Non levée de l'occlusion et symptômes persistants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêt des corticoïdes - Introduction SANDOSTATINE® (octréotide) <p>Dose initiale : 300 µg/j en continu (IV ou Ss-Cut) ou en discontinu : 100 µg x3.</p> <p>Rapidement (après 72h) la dose peut être portée à 600 µg/j</p>
<p>ETAPE 3</p> <p>(après 3 jours de traitement)</p>	<p>1- Arrêt des vomissements : Recherche de la posologie minimale efficace de SANDOSTATINE®</p> <p>2- Poursuite des vomissements : Discuter l'Indication de gastrostomie chirurgicale ou endoscopique</p>
<p>ETAPE 4</p> <p>Retour à domicile</p>	<p>Si la SANDOSTATINE® est efficace, on peut l'utiliser par voie IM tous les 28 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit 1 injection de SANDOSTATINE® LP 20mg si dose initiale de 300µg/j en injectable - soit 1 injection de SANDOSTATINE® LP 30mg si dose initiale de 600µg/j en injectable

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :
Les troubles digestifs – L'occlusion en situation palliative.
ANNEXES**

ANNEXE 2 : FICHES POSOLOGIQUES

SPECIALITE	SANDOSTATINE®
DCI	octréotide / acetate
PRESENTATION	- Forme LI (libération immédiate) solution injectable SC (ou IV) à 50 ou 100 ou 500µg/1ml - Forme LP (libération prolongée) solution injectable IM 10mg – 20mg –30 mg
PHARMACO DYNAMIE	Analogue de la somatostatine naturelle, inhibition de la motricité intestinale, diminution des sécrétions intestinales
PARTICULARITE PHARMACO CINETIQUE	
INDICATION	HORS AMM
CONTRE - INDICATIONS	Hypersensibilité
MISE EN GARDE	Diabète, insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique
POSOLOGIE	100 à 600µg/24h (en moyenne 300µg/24h) en 2 à 3 injections SC/24h ou au PSE sur 24h
PRECAUTION D'EMPLOI	Réchauffer à température ambiante avant l'injection, varier sites d'injection, injecter en plus de 20 secondes
EFFICACITE ET DELAI D'ACTION	
EFFETS INDESIRABLES	Réactions au point d'injection de courte durée d'intensité modérée, troubles gastro-intestinaux, troubles hépatiques, troubles pancréatiques, troubles métabolisme et nutrition - lithiases vésiculaires en cas d'utilisation prolongée - troubles de la glycorégulation
SURVEILLANCE	Glycémie
CAT EN CAS D'EFFETS INDESIRABLES	En cas d'effets persistants, adaptation posologique ou arrêt d'administration
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	Insuline, cyclosporine
STATUT	Ville hôpital Prescription initiale hospitalière

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :
Les troubles digestifs – L'occlusion en situation palliative.
ANNEXES**

ANNEXE 2 : FICHES POSOLOGIQUES

SPECIALITE	SCOBUREN®
DCI	scopolamine / butylbromure
PRESENTATION	Solution injectable IM, IV ou SC 20mg/ml, ampoule de 1 ml
PHARMACO DYNAMIE	Antispasmodique Anticholinergique Antiémétique Antisécrétoire salivaire, Ralentisseur de la motricité digestive
PARTICULARITE PHARMACO CINETIQUE	Ne passe pas la barrière hémato encéphalique (BHE) donc moins d'effets indésirables sur le système nerveux central (SNC)
INDICATION	AMM
CONTRE - INDICATIONS	Hypersensibilité à l'un des constituants, risque de glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire sur hypertrophie prostatique, porphyrie hépatique
MISE EN GARDE	Insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique, cardiopathie ischémique, troubles du rythme cardiaque, personne âgée, hyperthyroïdie, bronchique chronique, hypertrophie prostatique
POSOLOGIE	20 à 40mg toutes les 8h en SC ou IV ou 60 à 120mg en PSE sur 24h
PRECAUTION D'EMPLOI	En cas d'insuffisance hépatique ou rénale chez le sujet âgé, adapter la posologie et le mode d'administration
EFFICACITE ET DELAI D'ACTION	
EFFETS INDESIRABLES	Sécheresse buccale, épaissement des sécrétions bronchiques, diminution de la sécrétion lacrymale, troubles de l'accommodation, tachycardie, agitation, confusion et hallucination allant jusqu'au délire, dépression respiratoire, hypotension ou tachycardie après injection IV.
SURVEILLANCE	Apparition des effets secondaires
CAT EN CAS D'EFFETS INDESIRABLES	En cas d'effets persistants, adaptation posologique ou arrêt d'administration
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	Agonistes dopaminergiques, sultopride, médicaments donnant des torsades de pointe, alcool, lithium, levodopa, médicaments hypokaliémants, médicaments bradycardisants
STATUT	Ville hôpital (non remboursé en ville)

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :
Les troubles digestifs.
ANNEXES**

ANNEXE 3 : NAUSEES ET VOMISSEMENTS - ETIOLOGIES ET TRAITEMENTS

