



PALLI-SCIENCE

Les symptômes digestifs en soins palliatifs

Dr Alexis Lapointe

Médecin de famille au CLSC de Sainte-Agathe-des-Monts et au GMF des
Sommets, St-Adolphe-d'Howard

Déclaration des conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Alexis Lapointe



En relation ou non avec le contenu de cette présentation, j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif **ou** j'estime que je dois divulguer à l'auditoire un intérêt ou une orientation particulière, non pécuniaire.

| Noms des entreprises | Type d'affiliation (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, autres...) | Date |
|-----------------------------|---|-------------|
| La Maison Victor-Gadbois | Membre du conseil d'administration (bénévole) | 2017-2026 |
| Palli-Science | Directeur administratif (bénévole) | 2018-2026 |
| | | |
| | | |
| | | |

Médication hors indication officielle (*)



Objectifs d'apprentissage

- Présenter les causes, la physiopathologie et les traitements des **nausées et vomissements** en soins palliatifs;
- Présenter les causes, la physiopathologie et les traitements de la **constipation** en soins palliatifs;
- Présenter les causes, la physiopathologie et les traitements de **l'occlusion intestinale** en soins palliatifs.

CAS CLINIQUE : Marie-Flore



- Ancienne propriétaire de restaurant, 68 ans
- Néo du sein avec métastases hépatiques, osseuses et cérébrales
- Chimio cessée
- Radiothérapie
- Douleur osseuse → AINS
- Ajout hydromorphone LA 3 mg BID + ED 0,5 mg po q2h PRN
- Nausées





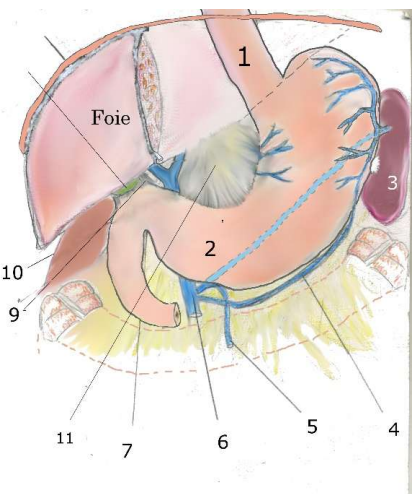
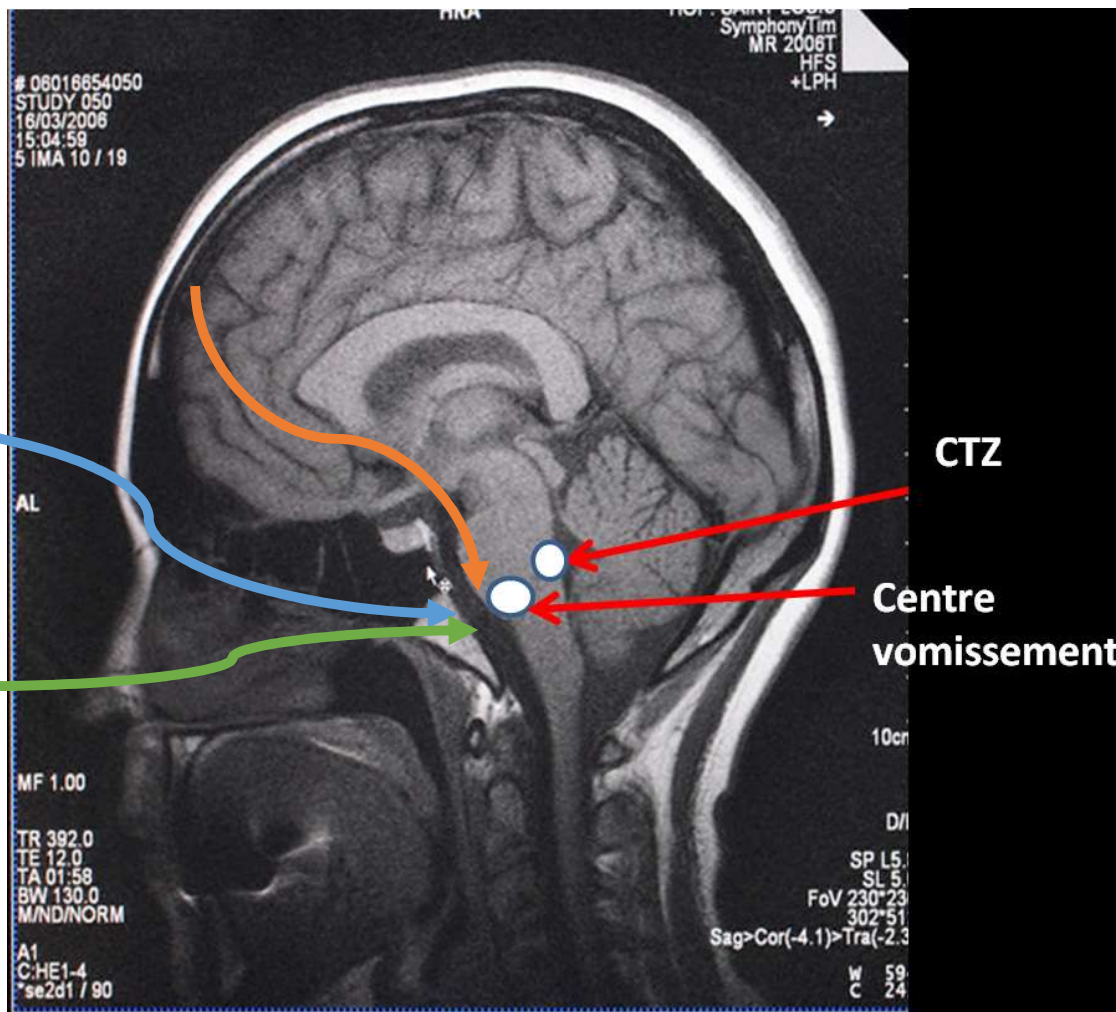
Nausées

- › Augmentation de la prévalence avec la progression de la maladie
- › Patients avec cancer traités dans un programme de soins palliatifs
 - › 36% au premier contact
 - › 62% 1 à 2 mois avant le décès
 - › 71% dans la dernière semaine de vie
- › Patients avec maladies non-cancéreuses: jusqu'à 50%
- › Facteurs de risque: jeune âge, femmes, cancer digestif

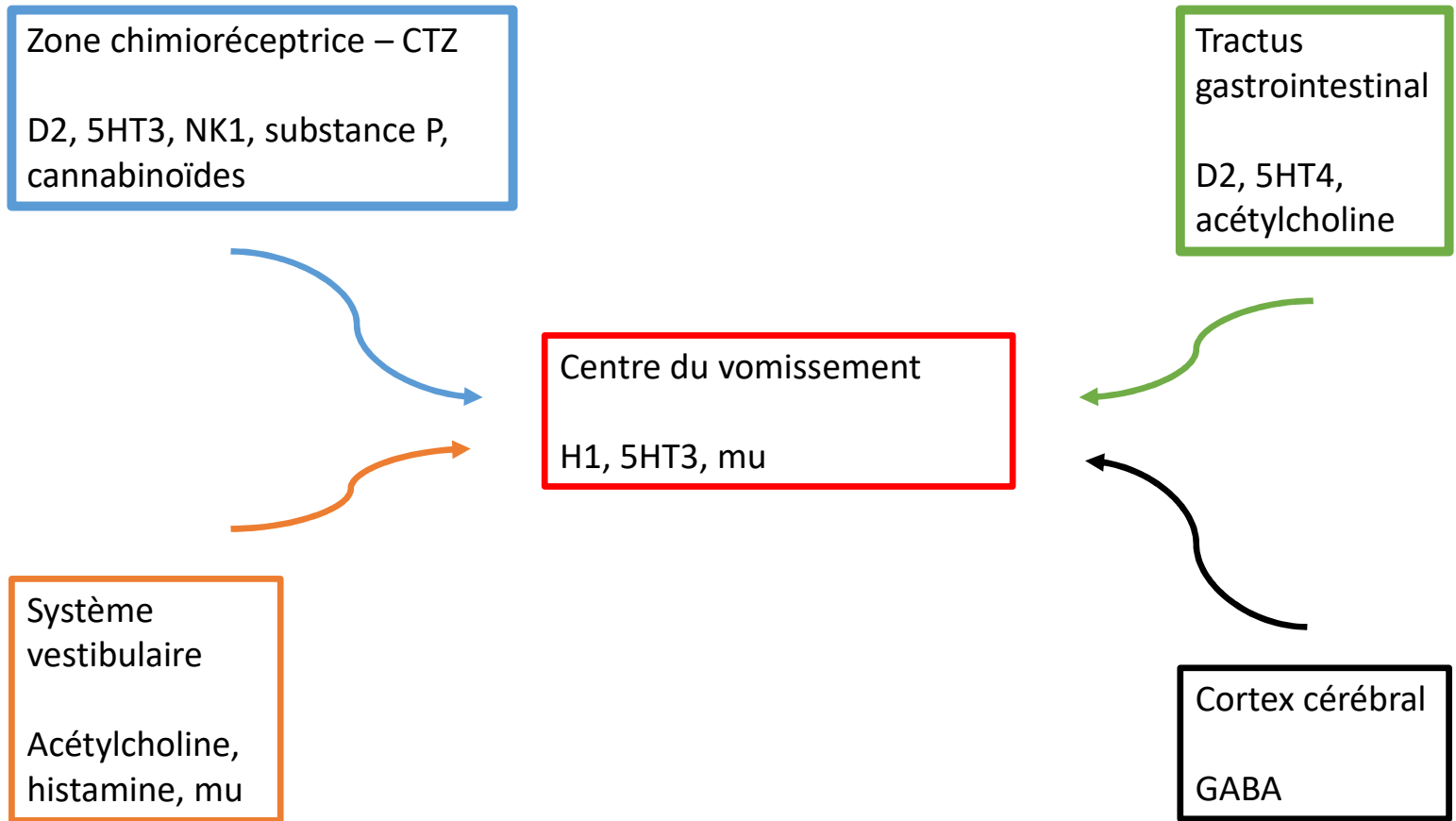
Pathophysiologie – 4 voies afférentes

- › Zone chimioréceptrice – CTZ
- › Cortex cérébral
- › Système vestibulaire
- › Tractus gastro-intestinal (via nerf vague et système sympathique)

- › Point de convergence: le centre du vomissement (possède ses propres récepteurs)



Adapté de Beauchamp, Yvon, Le grand livre des soins palliatifs, www.palli-science.com. CC Didier Descouens.

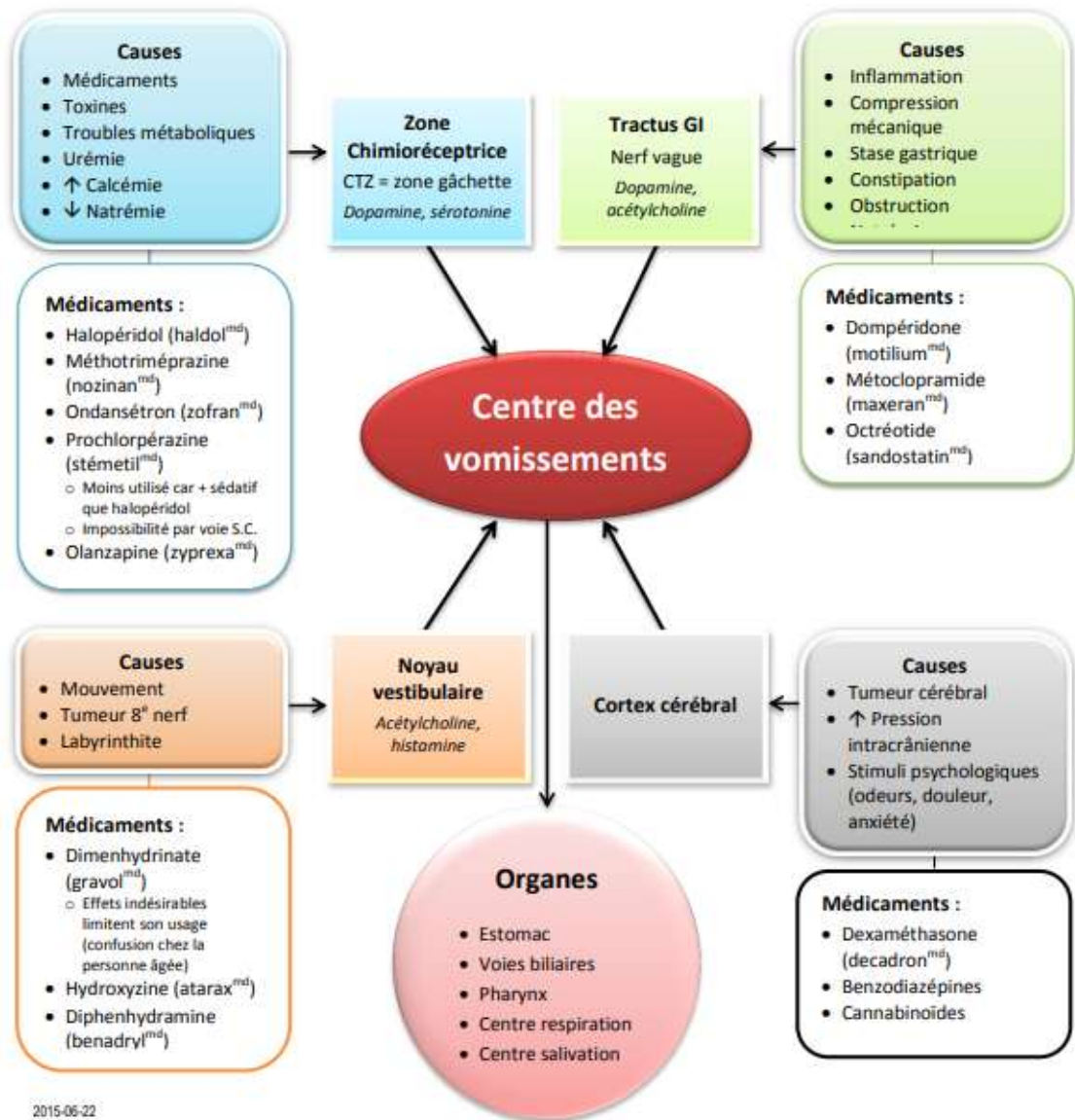


Traitement des nausées et vomissements: démarche

- › Revue de dossier, histoire et examen physique: déterminer les causes probables
- › Éliminer ou corriger les facteurs qui contribuent aux nausées, si possible
- › Choisir un antiémétique qui cible les causes probables identifiées
- › Choisir une voie d'administration (SC ou PO)
- › Combiner les antiémétiques au besoin: souvent multifactoriel

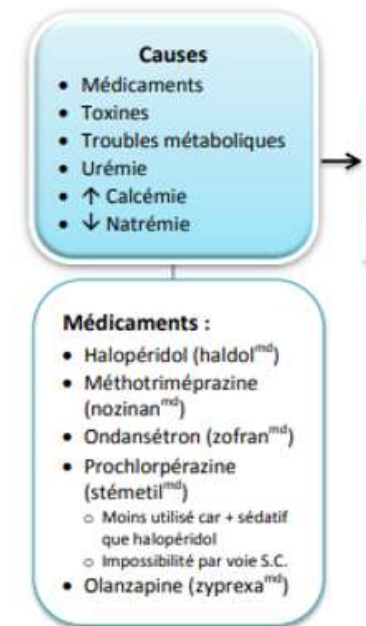
Nausées et vomissements – mesures préventives et non pharmacologiques

- › Environnement calme, sécurisant, sans odeur particulière, aéré
- › Hydratation selon la tolérance
- › Alimentation selon tolérance
- › Soins de bouche
- › Traiter adéquatement les autres symptômes: constipation, douleur, anxiété
- › Augmenter progressivement les opioïdes
- › Utiliser la coanalgésie (mais coanalgésiques peuvent être source de nausées)
- › Techniques de relaxation, thérapie cognitive



Zone chimioréceptrice - CTZ

- › Traiter les causes réversibles, si possible
- › Sevrer les médicaments en cause
- › Antiémétiques de choix: antagonistes D2
 - › Halopéridol 0,5 à 2 mg TID-QID (PO/SC/TM)*
 - › Longue durée d'action, peu sédatif
 - › Prochlorpérazine (Stémétil) 5 à 20 mg q6h (PO/TM/IR)
 - › Méthotriméprazine (Nozinan) 2 à 25 mg q4 à 6h (PO/SC)
 - › Effet sédatif
 - › Olanzapine 2,5 à 10 mg HS (PO)*

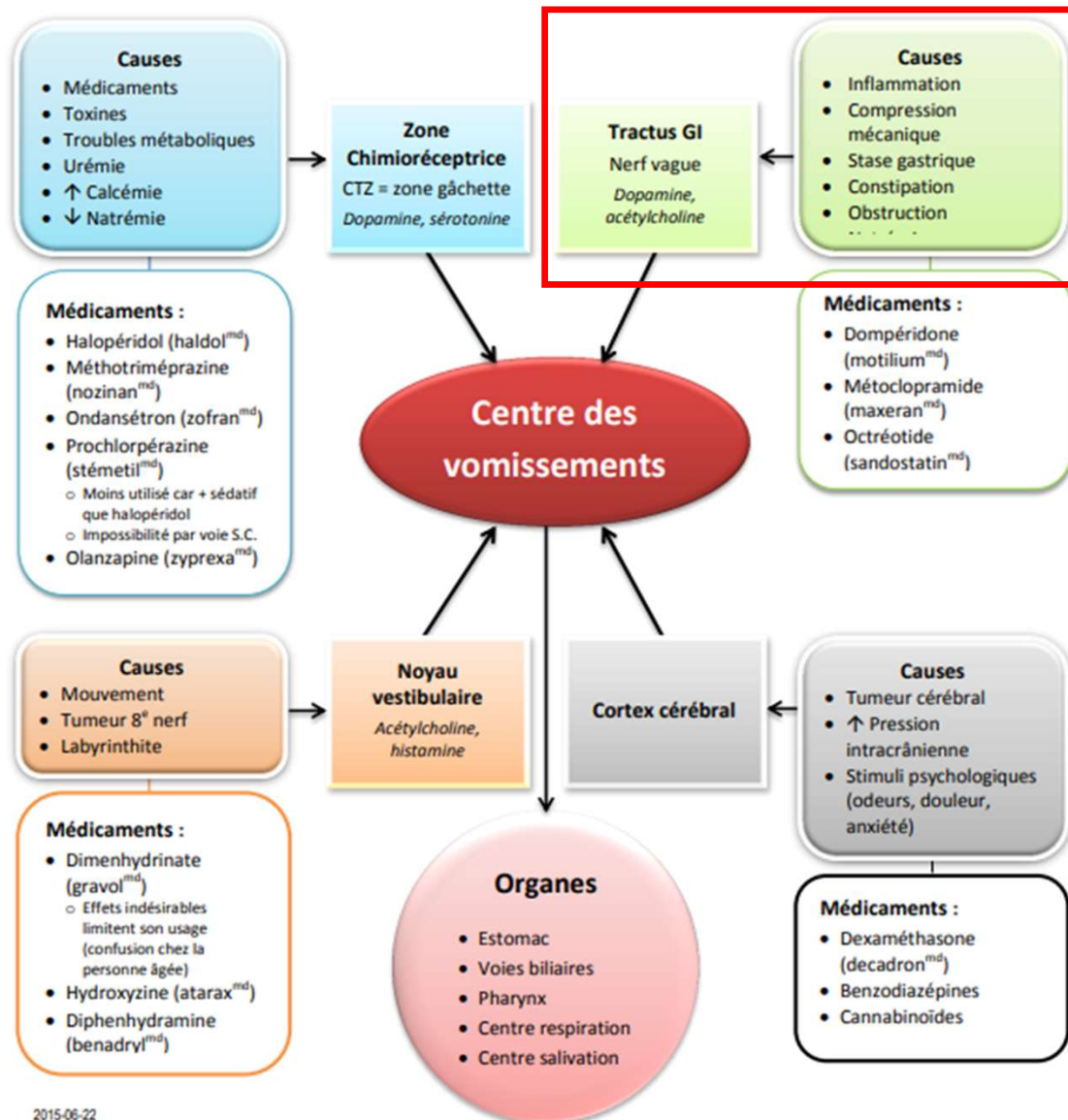


Zone chimioréceptrice - CTZ

- › Antagonistes 5HT3: pour les cas réfractaires
 - › Ondansétron (Zofran) 4 à 8 mg (PO/SC) die à tid. Comprimé dissolution rapide.
 - › Coût élevé
 - › Remboursable en médicament d'exception
- › Également utiles chez les patients ayant subi de la radiothérapie abdominale et pelvienne (libération de sérotonine par les cellules entérochromaffines intestinales)

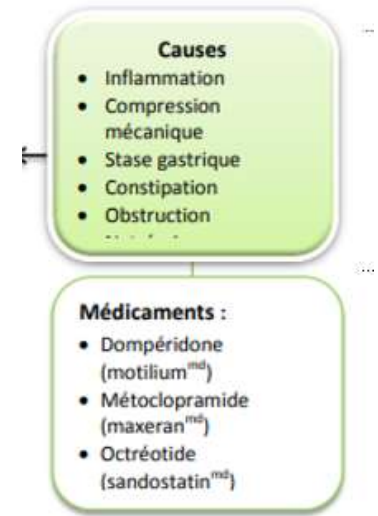
Zone chimioréceptrice - CTZ

- › Cannabinoïdes
- › Pour les cas réfractaires
- › Nabilone (Cesamet©) 0,25 à 3 mg po bid



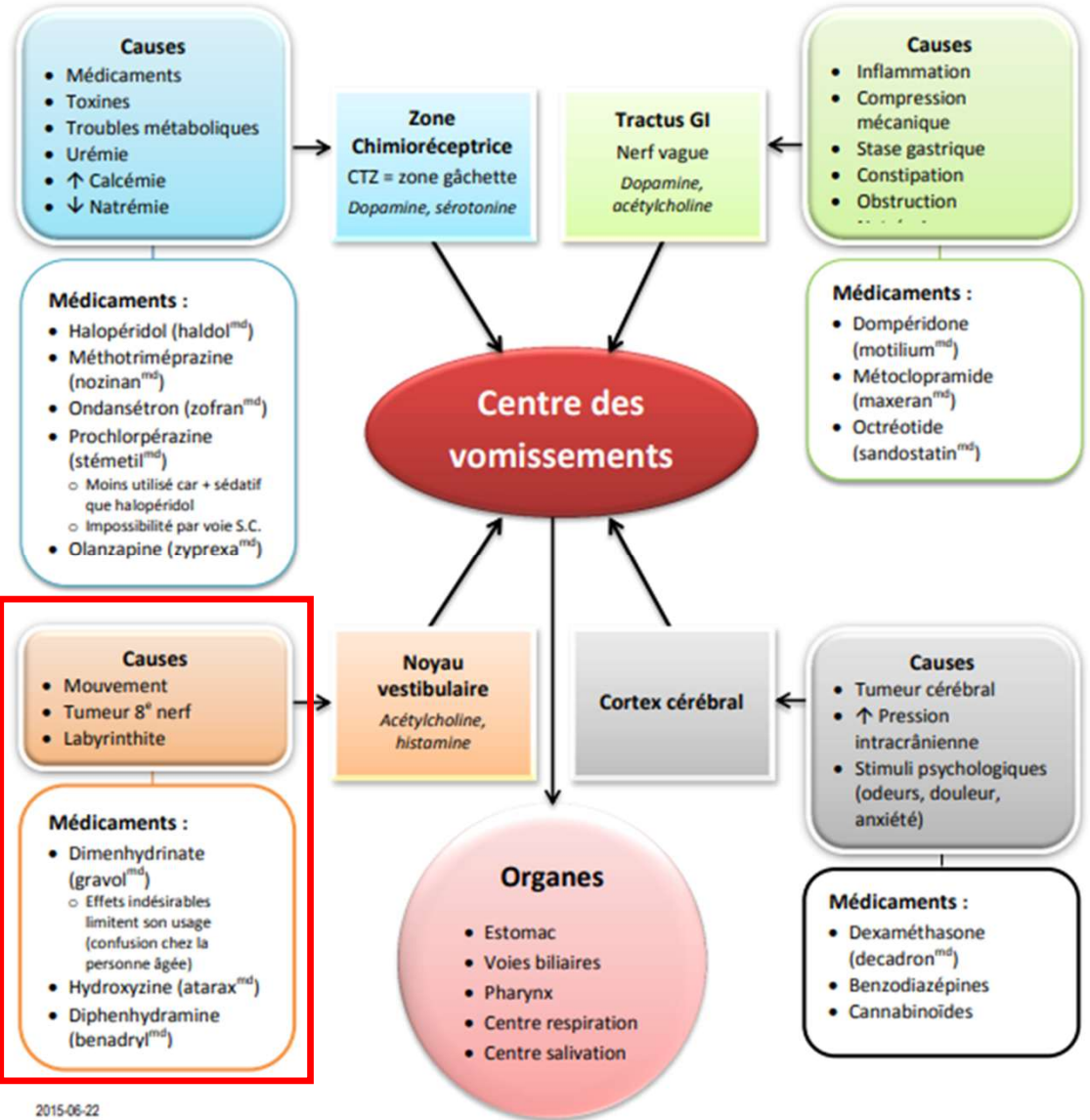
Tractus gastro-intestinal

- › Constipation... laxatifs!
- › Stase gastrique → modulateurs de la motilité gastro-intestinale
 - › Domperidone (Motilium©) 5 à 20 mg po tid-qid*
- › Si cause centrale également suspectée (CTZ)
 - › Métoclopramide (Maxeran©) 5 à 30 mg po/sc tid-qid
 - › Surveiller effets extrapyramidaux



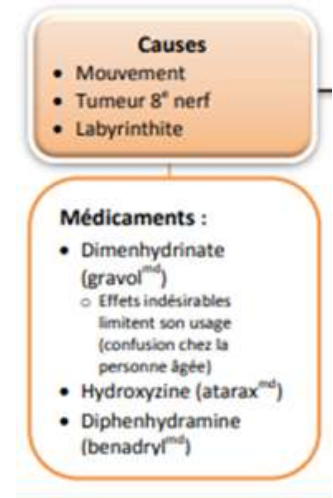
Tractus gastro-intestinal

- › Irritation gastrique: IPP
- › Néoplasie abdominale: carcinomatose, métastases hépatiques, distension des voies biliaires
 - › Dexaméthasone 4 à 8 mg po/sc bid*
 - › Utile pour les cas de nausées réfractaires (mécanismes d'action multiples)
- › Occlusion intestinale: voir 3e partie



Système vestibulaire

- › Histamine (H1), acétylcholine, opioïdes
- › Nausées typiquement déclenchées par les changements de position
- › Les opioïdes peuvent rendre le système vestibulaire plus sensible aux mouvements



Système vestibulaire

Antihistaminiques

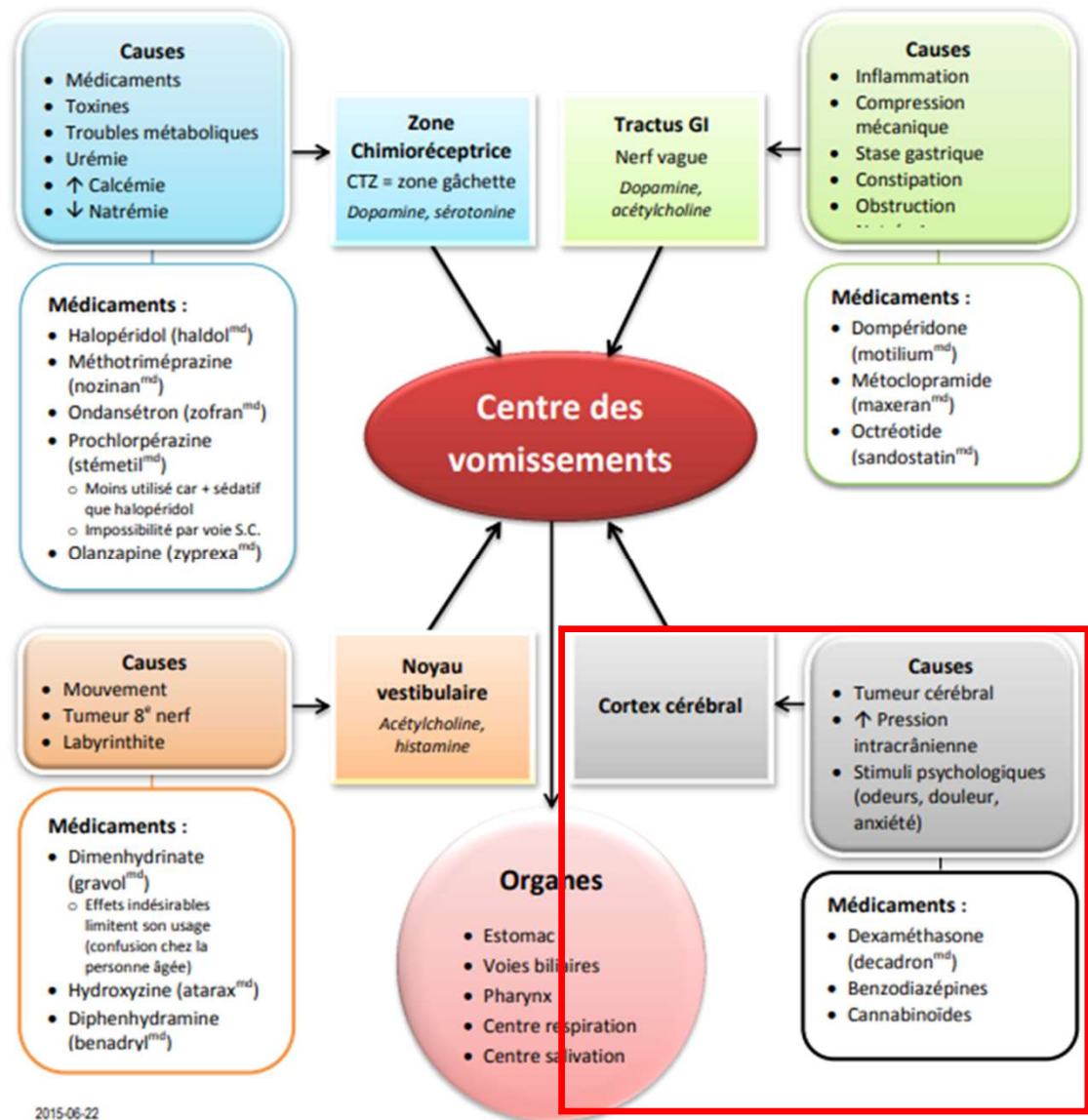
- › Dimenhydrinate (Gravol©) 12,5 à 100 mg po/sc/ir q4h
- › Diphenhydramine (Benadryl©) 25 à 50 mg po/im q4h
- › Hydroxyzine (Atarax©) 10 à 50 mg po q6h

Anticholinergiques

- › Scopolamine butylbromure (Buscopan©) 10 à 20 mg po/sc tid-qid*
- › Scopolamine hyoscine 0,3 à 0,6 mg sc/tm q4h (diminution des sécrétions gastrointestinales → utile en occlusion)*

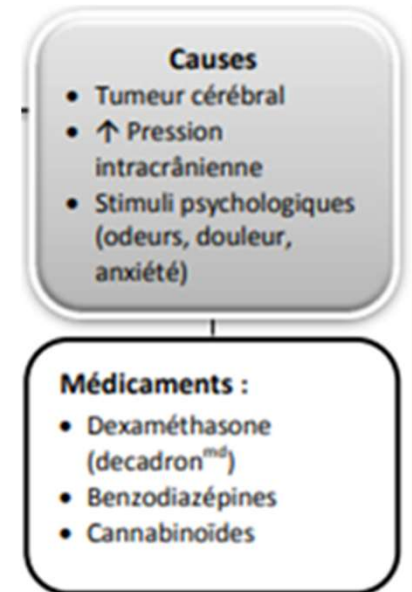
Antihistaminiques et anticholinergiques

- › Attention aux effets secondaires: sédation, confusion, agitation, hallucinations



Cortex cérébral

- › Hypertension intracrânienne
 - › Dexaméthasone 4 à 8 mg iv/sc/po tid-qid
 - › Possibilité de donner un bolus initial si voie IV (10 à 20 mg)
- › Anxiété/émotions
 - › Benzodiazépines
 - › Souvent utiles en combinaison



Marie-Flore



- › Vous ajoutez halopéridol 0,5 mg po tid qui permet de contrôler les nausées
- › Marie-Flore vous informe que depuis qu'elle prend l'hydromorphone, ses selles sont dures et moins fréquentes qu'avant



La constipation

- › Définition selon les critères de Rome IV: peu utile en soins palliatifs car symptômes doivent être présents depuis 3 mois (constipation fonctionnelle)
- › « Diminution de la fréquence de la défécation et/ou difficulté à évacuer les selles » (Guide des pratiques médicales en soins palliatifs)








Facteurs de risque

- › Maladie grave
- › Âge avancé
- › Diminution de la mobilité
- › Diète pauvre en fibres
- › Troubles métaboliques (hypoT4, hyperCa)
- › Troubles cognitifs
- › **Polypharmacie (Opioides, BCC, anticholinergiques, diurétiques)**

La constipation – évaluation clinique

- › Histoire de constipation
- › Évaluation des dysfonctions physiques qui pourraient provoquer de la constipation (e.g. atteinte neurologique, masse côlon)
- › Évaluation subjective (sensation de défécation incomplète, ballonnements)
- › Évaluation objective (fréquence, calibre et consistance des selles)
- › Examen physique incluant toucher rectal
- › Bilan sanguin si approprié au contexte
- › RX de l'abdomen ? Selon disponibilité et niveau de soins, si suspicion d'occlusion ou d'ischémie

Échelle de Bristol

| | |
|---|--|
|  | Type 1 Dur, séparé en morceaux, comme les noix. |
|  | Type 2 En forme de saucisse, mais grumeleuse. |
|  | Type 3 Comme une saucisse, mais avec des fissures sur sa surface. |
|  | Type 4 Comme une saucisse ou un serpent, mais lisse et douce. |
|  | Type 5 Morceaux mous aux bords bien définis. |
|  | Type 6 Morceaux déchiquetés, agglomérés en une matière pâteuse. |
|  | Type 7 Fade, humide, aucun morceau solide. Entièrement liquide. |

La constipation – mesures préventives

- › Favoriser le confort et l'intimité du patient
- › Favoriser un horaire régulier – profiter du réflexe gastro-colique
- › Technique de poussée (expiration freinée)
- › Encourager la consommation de liquides, de jus
- › Encourager la mobilité si possible
- › Cesser les médicaments non essentiels qui causent de la constipation
- › Prescrire un laxatif à tous les patients recevant des opioïdes

Constipation liée aux opioïdes

- › 60% à 90% des patients avec cancer recevant des opioïdes
- › Récepteurs mu du tractus gastro-intestinal:
 - › Diminution de la vidange gastrique
 - › Diminution des contractions propulsives
 - › Diminution des sécrétions
 - › Augmentation du tonus du sphincter anal

Constipation - Agents utilisés

› Laxatifs osmotiques

- › Première ligne: **polyéthylène glycol (PEG 3350)** 17g die à tid
 - › Le mieux toléré
 - › Délai d'action 1h

- › Lactulose 15 à 45 ml die à qid
 - › Goût sucré, crampes, ballonnements, flatulences
 - › Utile en association
 - › 1er choix si encéphalopathie hépatique
 - › Délai d'action 1-3 jours

Constipation – Agents utilisés

- › Stimulants du péristaltisme
 - › Stimulent le côlon transverse et descendant
 - › Crampes abdominales
 - › Agissent en 6 à 12h
- › Sennosides (Senokot©) 8,6 mg po bid à tid (existe également en forme liquide mais mauvais goût, donner par TNG)
- › Bisacodyl (Dulcolax©) 5-15 mg po ou 5-10 mg IR (souvent en combinaison avec glycérine IR)
- › Pas de bénéfice à l'ajout du docusate (Colace) po

Constipation – laxatifs salins

- › Ions → effet osmotique → péristaltisme
 - › Peuvent causer déshydratation et troubles électrolytiques
 - › Contre-indiqués en insuffisance cardiaque ou rénale
 - › Utiles comme agents de secours
 - › Début d'action 0,5-6h
-
- › Lait de magnésie 15-60 ml/j
 - › Citrate de Mg 75-150 ml po die
 - › Picosulfate Na (Pico-Salax©)

Constipation - lavements

- › Lavement à base de sels de phosphate (Fleet©)
- › Fleet huileux
- › Combinaison huile minérale (15 ml) + acétylcystéine 20% (15 ml) + NaCl 0,9% (240 ml)

- › Inconfortables pour le patient, irritation rectale
- › Peuvent être répétés

Fécalome

- › Curage manuel
- › Douloureux pour le patient
- › Lidocaïne gel 2% au rectum et à l'anus 15 minutes avant
- › Considérer administration d'une entredose et de midazolam

Protocole “CONSTIPATION/FÉCALOME” en contexte palliatif

INDICATIONS :

1. Absence de selle depuis trois jours et plus
2. Occlusion ou sub-occlusion intestinale exclue

Penser à vérifier l'adhésion au traitement laxatif d'abord auprès du patient

Au 3^e jour sans selle — faire un toucher rectal

- si positif : suppositoire #1 de glycérine + suppositoire #2 de Bisacodyl en même temps le long de la paroi rectale (éviter d'insérer dans les selles). Si suppositoires inefficaces, lavement Fleet régulier 2 heures plus tard*.
- si négatif : lavement Fleet régulier et Lax-A-day ou autre PEG à débiter en même temps que le reste de la procédure

Au 4^e jour sans selle — faire un toucher rectal

- si positif : suppositoire #1 de glycérine + suppositoire #2 de Bisacodyl en même temps. Si suppositoires inefficaces, lavement Fleet 2 heures plus tard*.
- si négatif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Bisacodyl en même temps pour faire descendre les selles. Donc vérifier si négatif mais ampoule dilatée : risque de selle ou fécalome haut. Idéalement, refaire toucher rectal plus tard avec lavement fleet.

Au 5^e jour sans selle — faire un toucher rectal

- a) si positif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Bisacodyl en même temps. Lavement Fleet **régulier** 2 heures plus tard*.
si négatif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Bisacodyl en même temps. Lavement Fleet **huileux** avec tube rectal 2 heures* plus tard.
- b) Lavement avec acétylcystéine 4 à 6 %. Utiliser préparation injectable à 20 % et diluer avec du NaCl 0,9 % pour obtenir un volume entre 100 ml et 200 ml.
- c) si extraction manuelle nécessaire: administrer d'abord une entredose d'analgésique 30 minutes avant l'extraction.
Introduire Xylocaïne Gel 2 % à l'intérieur du rectum et à l'anus environ 15 minutes avant les manoeuvres. Ce traitement étant douloureux et épuisant pour le patient, porter attention à la capacité du malade à tolérer les manipulations. Considérer l'administration de midazolam avant la procédure.

Penser à assurer l'adhésion au traitement et l'augmentation des doses de laxatifs. (PEG BID-TID)

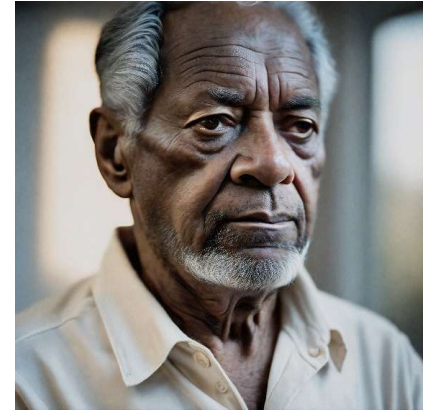
Antagonistes des récepteurs opioïdes

- › Methylnaltrexone (Relistor©) 1 dose SC q 2 jours (selon le poids)
 - › Effet périphérique seulement – pas de sevrage
 - › Non couvert RAMQ et coûteux
- › Naloxegol 12,5 à 25 mg po die
- › Naltrexone* (Revia©) débiter à 0,25 mg po q 2 jours
 - › ***Risque de sevrage***
- › Naloxone* po: idem (biodisponibilité systémique 3%)

Autre agent

- › Prucalopride (Resotran©) 1-2 mg po die
 - › Agoniste 5HT4
 - › Approuvé pour constipation chronique
 - › Pas d'études en soins palliatifs
 - › Non couvert et coûteux

Cas clinique: Jean-Maurice



- › H72, néo côlon Dx x 2 ans, chirurgie + chimio, rémission initiale puis récurrence x 3 mois, métastases hépatiques et carcinomatose péritonéale. Approche palliative.
- › Rx: H Contin 3 mg BID, ED HM 0,5 mg PRN, amitriptyline 10 mg hs, ASA, bisoprolol, furosémide, Lax-a-day PRN
- › Depuis 2 semaines, douleurs abdominales intermittentes d'abord, maintenant constantes avec exacerbations
- › Ballonnement, pas de selles x 5 jours



Occlusion intestinale maligne - définition

- › Signes cliniques d'occlusion intestinale (histoire, examen, radiologique)
- › Occlusion intestinale distale au ligament de Treitz
- › Cancer intra-abdominal primaire ou
- › Cancer primaire extra-abdominal avec métastases intra-abdominales

Thomas A, Baron T, Mercadente S et al (2007) Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction, *J Pain Symptom Manage*, 34(suppl 1), S49-59.

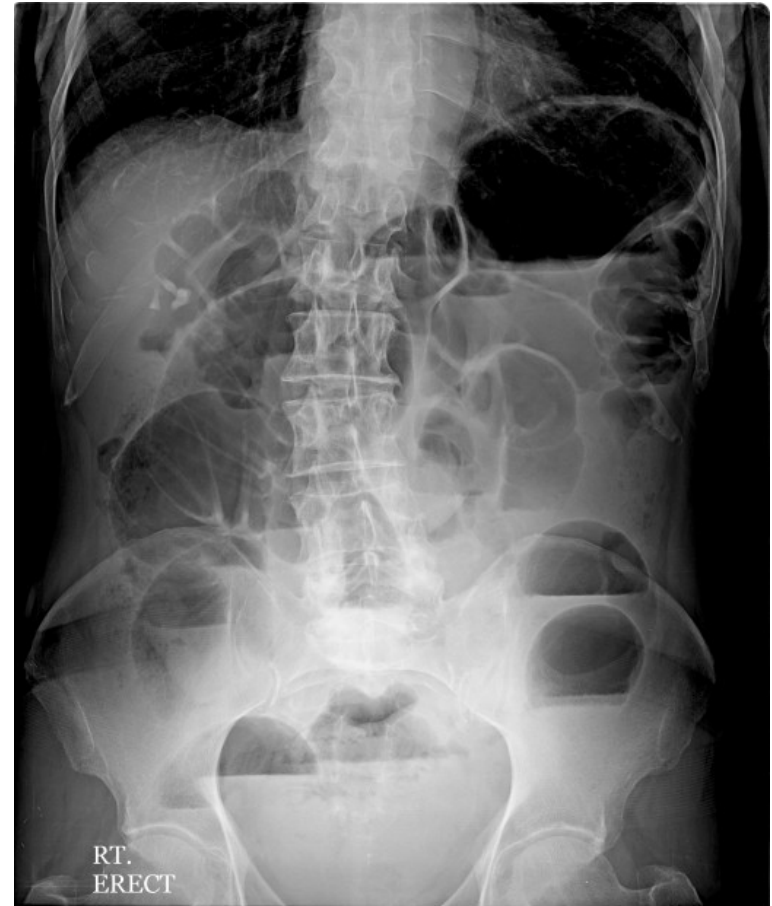
Occlusion – causes bénignes vs malignes

- › « Bénignes »: adhérences, post radiothérapie, constipation sévère, hernies, volvulus, intussusception (rares chez l'adulte), CE
 - › Occlusions du grêle = plus fréquentes (61%) = plus souvent bénignes
 - › **Un patient avec cancer peut avoir une occlusion de cause bénigne (ex: 50% des occlusions chez patients avec néo du côlon sont bénignes)**
- › Malignes: masse intraluminaire ou extraluminaire, Ca péritonéale, intussusception
 - › Occlusions du côlon = plus rares (33%) = plus souvent malignes

Occlusion fonctionnelle vs mécanique

- › Fonctionnelle: iléus paralytique, Rx, péritonite, ischémie mésentérique, hypokaliémie → péristaltisme diminué et distribution uniforme de l'air sur PSA
- › Mécanique: obstruction intraluminaire ou extraluminaire → péristaltisme augmenté (« high pitch ») et niveaux hydro aériques

Occlusion fonctionnelle vs mécanique



Occlusion intestinale: Sx cardinaux

- › Douleur abdominale
 - › Constante (90%) ou
 - › Colique (75%)
- › No/Vo (68%-100%)

Occlusion haute vs basse

- › Occlusion haute (néo gastrique, pancréas, carcinomatose péritonéale)
 - › Vo (précoces, nourriture non digérée)
 - › Moins de distension abdo, moins de douleur
 - › Peuvent continuer d'avoir des selles

- › Grêle distal,
 - › Souvent subaigu
 - › Selles possibles 12-24h
 - › Vo fécaloïdes possibles (prolifération bactérienne)

- › Côlon
 - › Installation plus lente
 - › Douleur plus constante
 - › Constipation

Occlusion partielle vs complète

- › Absence de selles et de gaz = obstruction complète

Épidémiologie

- › Jusqu'à 50% des néoplasies ovariennes
- › 25-40% des néoplasies colorectales métastatiques
- › Autres cancers abdomino-pelviens
 - › Estomac 6-19%
 - › Pancréas 6-13%
 - › Vessie 3-10%
- › Métastases de cancers extra-abdominaux: plus rares
 - › Sein 2-3%
 - › Mélanome 3%

Examen physique et laboratoires

- › Péristaltisme
- › Observation, palpation
- › Toucher rectal

- › Si pertinent: FSC, électrolytes, gaz, lactates

Examens diagnostiques

- › Radiographie simple de l'abdomen
 - › Facilement accessible
 - › Sensibilité 84% Spécificité 72%
 - › Niveaux hydro-aériques, distension intestinale, fécalome, signes de souffrance
- › RX avec contraste hydrosoluble (gastrografin)
- › Tomodensitométrie
 - › Examen de choix
 - › Sensibilité 93%, spécificité 100%
 - › Permet de préciser le site de l'occlusion (87% des cas)

Traitement individualisé

- › Niveau de soins, espoirs et volontés du patient
- › État fonctionnel
- › Pronostic

- › Cette présentation: traitement palliatif

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

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).

Stents métalliques auto-expansifs

- › Traitement palliatif ou pré-chirurgical
- › Côlon et duodénum
- › 88-91% de succès
- › Bénéfice sur la survie (mois) vs traitement médical chez les patients sans contre-indication
- › Contre-indications: perforation, lésions rectales distales, sténoses multiples
- › Complications: migration (10%), perforation (4,5%), récurrence (10%)

Stent colique

ID No. : ■
Name :

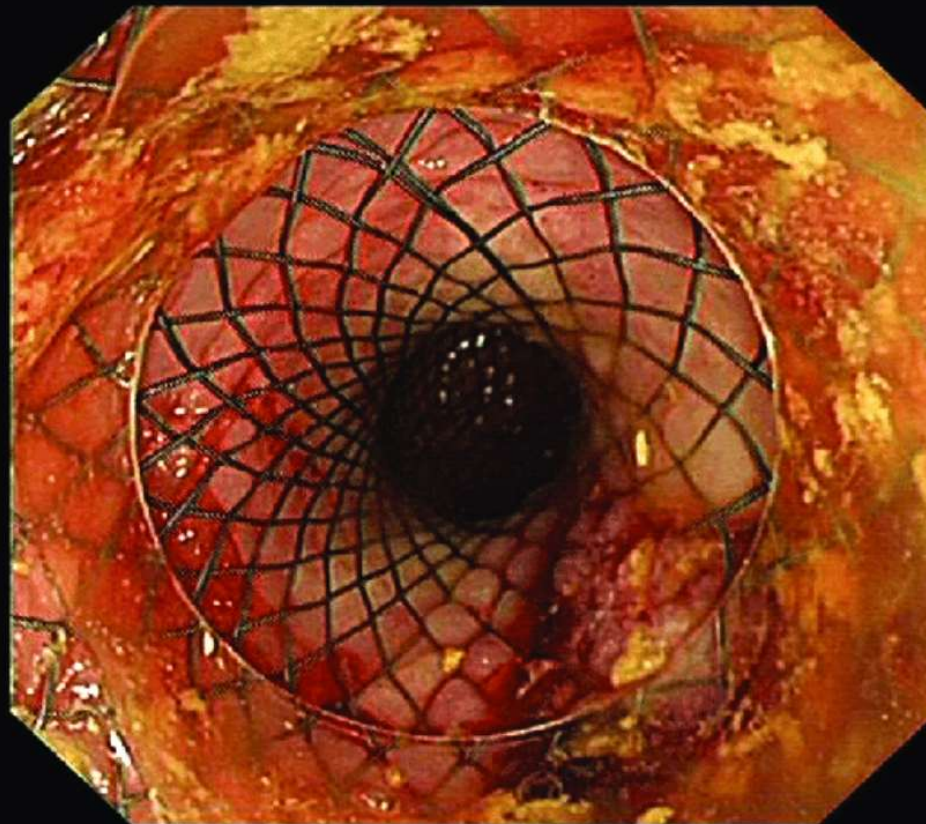
Sex : Age :
D.O.Birth :

18/05/2017
16:05:17

SCV:34

Ct: N Eh: A5
Ce: 0 Z: 1.0

Physician :
Comment :



Gastrostomie de dérivation

- › Candidats: bon état fonctionnel et obstruction haute
- › Technique percutanée
- › Permet au patient de prendre des liquides seulement

Tube nasogastrique (TNG)

- › Si justifiée, habituellement pour une courte période
- › En attendant l'effet du traitement pharmacologique ou une intervention endoscopique/chirurgicale
- › Mal tolérée, inconfortable

Hydratation et alimentation

- › Offrir des liquides en petites quantités et fréquents
- › Possibilité de maintenir la notion de plaisir liée à l'alimentation.
Ex: mastiquer et recracher
- › Hydratation parentérale (IV ou SC): situation d'exception
 - › Augmente les sécrétions pulmonaires et gastro-intestinales
 - › En fin de vie, soif et xérostomie répondent mieux aux soins de bouche
 - › À considérer si tumeur lentement évolutive, bon état fonctionnel
- › Nutrition parentérale: idem

Traitement pharmacologique - Douleurs

- › Opioides habituellement efficaces

- › Rôle adjuvant des anticholinergiques
 - › Glycopyrrolate 0,2 à 0,4 mg SC q 4 h*
 - › Butylbromure d'hyoscine (Buscopan©) 10-20 mg SC, IM, IV q 6 h*
 - › Scopolamine 0,1 mg SC q 6 h (sédatif)*

Nausées et vomissements

- › Privilégier médication sous cutanée régulière
- › En présence de coliques ou d'obstruction complète, agents prokinétiques contre-indiqués: metoclopramide, domperidone

- › Ex: halopéridol 1 mg SC tid*

Corticostéroïdes

- › Tendance non statistiquement significative à la résolution de l'occlusion
- › Pas de différence sur la survie à 1 mois
- › Effet anti-émétique, coanalgésique, diminution œdème péritumoral, réabsorption H₂O et NaCl
- › Dexaméthasone 4 mg SC bid-tid*
 - › Peu d'effets indésirables à court terme (délirium, insomnie)
 - › Avis d'expert: traitement de courte durée 5-10 j

Antisécrétoires – IPP et anti-H2

- › N'ont pas été évalués spécifiquement en soins palliatifs pour cette indication
- › Avis d'experts
- › Diminution des sécrétions gastriques

- › IPP: limités par voie d'administration (po ou iv)

- › Anti-H2: famotidine 20 mg SC bid*

Laval, Guillemette et al., Recommendations for Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis, Journal of Pain and Symptom Management, Volume 48, Issue 1, 75 – 91.

Antisécétrétoires – analogues de la somatostatine

- › ↓ sécrétions gastriques, pancréatiques, biliaires et intestinales
- › ↓ motilité intestinale
- › ↓ flot splanchnique et portal (↓ ascite)
- › ↑ réabsorption d'eau

- › Données équivoques (méta analyse 2016)
- › 2 ERC n'ont pas démontré de bénéfice par rapport au placebo (mais issue mesurée après 72h)
- › 4 petites études ont démontré une supériorité par rapport à la scopolamine

Antisécrétoires – analogues de la somatostatine

- › Octréotide (Sandostatin©) 100-300 mcg SC q 8-12 h*
 - › Effets secondaires: bradycardie, HTA, hypo/hyperglycémie, diarrhées, No/Vo, crampes, douleur au site d'injection

- › Octréotide longue action (Sandostatin LAR©) 20-30 mg IM q 4 sem*
 - › Chevauchement avec octréotide courte action pendant 14 jours

Pronostic

- › Résolution avec traitement médical: 30-40%
- › Survie médiane
 - › Non résolution: 12 jours
 - › Subocclusion: 23 jours
 - › Résolution complète: 57 jours

Jean-Maurice

- › Occlusion confirmée à la tomодensitométrie, multiples sites d'occlusion sur carcinomatose péritonéale
- › Non opérable, non amenable à intervention endoscopique
- › Admis en unité de soins palliatifs où le traitement médical est initié mais souhait du patient de retourner à domicile
- › Prise en charge des soins par le CLSC
- › Sx d'occlusion résolus après 4 jours
- › Récidive 1 mois plus tard, traité à domicile jusqu'au décès paisible

Messages clés

- › Le traitement des nausées et vomissements en soins palliatifs est fondé sur l'étiologie probable. L'halopéridol est une molécule polyvalente souvent indiquée en première intention.
- › La constipation est un problème fréquent en soins palliatifs, elle doit être prévenue par l'administration préventive de laxatifs.
- › Le traitement palliatif de l'occlusion intestinale repose sur le contrôle de la douleur, des nausées et vomissements et des sécrétions gastro-intestinales

Références

- › Lamarre D, Marsolais M et al., Mini-guide Palli-Science, La Maison Victor-Gadbois
- › Néron A et al., Guide pratique des soins palliatifs, 4^e édition, APES.
- › Tarumi Y, Wilson MP, Szafran O, Spooner GR, Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral docusate in the management of constipation in hospice patients, *J Pain Symptom Manage.* 2013;45(1):2.
- › Perron S, Sobolewski I, Occlusion et subocclusion en palliation, Congrès AQSP, 18 mai 2012.
- › Trempe D, Dion D, Dechêne G, L'occlusion intestinale chez le patient atteint de cancer, *Le Médecin du Québec*, Vol 41, No 11, Nov 2006, 63-68.
- › Lamanque P, L'occlusion intestinale, Présentation sur Palli-Science.com
- › Lamanque P, L'occlusion intestinale, présentation au congrès de la FMOQ sur les soins palliatifs, 2009.
- › Feuer DJ, Broadley KE, Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer, *Cochrane Database Syst Rev.* 2000.

Références

- › Laval, Guillemette et al., Recommendations for Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis, *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 48, Issue 1, 75 – 91.
- › Obita GP, Boland EG, Currow DC, Johnson MJ, Boland JW, Somatostatin Analogues Compared With Placebo and Other Pharmacologic Agents in the Management of Symptoms of Inoperable Malignant Bowel Obstruction: A Systematic Review, *Pain Symptom Manage*. 2016;52(6):901. Epub 2016 Sep 30.
- › Macdonald S, Herx LM, Boyle AB, *Palliative Medicine. A Case-Based Manual*, 4th ed, Oxford University Press, 2022.
- › Tuca A et al., Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution, *Cancer Manag Res*. 2012; 4: 159–169.

