
Occlusions intestinales inopérables en cancérologie :
place des analogues de la somatostatine

LAURENT ZELEK, IRADJ SOBHANI
Hôpital Henri Mondor – Créteil

Bien que son incidence soit difficile à préciser, l'occlusion intestinale liée à une carcinose péritonéale est un phénomène fréquent puisqu'elle concernerait près d'une patiente sur 2 atteinte de cancer ovarien évolutif et jusqu'à un patient sur 4 atteint de cancer colorectal ; elle peut par ailleurs survenir de façon moins fréquentes dans d'autres tumeurs d'origine digestive (pancréas, voies biliaires) ou non (sein). L'occlusion est responsable de douleurs abdominales, nausées et vomissements. L'occlusion reste inopérable dans environ la moitié des cas, l'intervention étant, lorsqu'elle est possible, grevée d'une mortalité et d'une morbidité post-opératoire lourdes.

Divers traitements symptomatiques sont proposés, le plus souvent en association :

Mise au repos digestif avec aspiration des sécrétions sus mésocoliques via une Sonde nasogastrique

Lorsque la chimiothérapie n'est plus efficace, la pose d'une sonde nasogastrique (SNG) est le plus souvent proposée, permettant l'aspiration rapide des sécrétions, mais elle est contraignante et rapidement mal tolérée. Actuellement, la tendance est de ne poser la SNG qu'en fonction de la demande du patient et de la laisser en place pour des durées brèves de l'ordre de quelques jours pourvue que le repos digestif soit assuré grâce à une assistance nutritive parentérale et que la sécrétion gastrique soit contrôlée par des inhibiteurs de pompe à protons.

Le contrôle de la douleur

Dans un contexte d'occlusion, l'utilisation de la morphine à des posologies adaptées peut être nécessaire mais, le plus souvent, l'association à un antispasmodique, comme le butylbromure de scopolamine, est nécessaire (le butylbromure est actuellement préféré par de nombreuses équipes, en raison de son profil de tolérance plus satisfaisant notamment en termes d'effets centraux). Rappelons que le risque théorique de ralentissement du transit ne doit pas contre-indiquer la morphine dans ce contexte.

Contrôle des nausées et vomissements

L'objectif est de supprimer les nausées et de réduire les vomissements à un épisode maximum par jour (en pratique le seuil de tolérance est variable d'un patient à l'autre). En dehors des conseils diététiques et du traitement d'éventuels facteurs favorisants (hypercalcémie, ascite, insuffisance rénale, anxiété...), un traitement antiémétique est prescrit comme l'halopéridol, neuroleptique ; il est recommandé d'éviter les antiémétiques ayant un effet prokinétique comme le métoclopramide. Les sétrons ont été proposés par certains mais il n'existe pratiquement pas de données publiées. Les atropiliques, comme le butylbromure scopolamine, ont aussi un effet antiémétique.

L'utilisation des corticoïdes est largement répandue : ils sont en général utilisés à titre de test thérapeutique de courte durée (5 jours) à la dose de 6 à 16mg par jour de dexaméthasone, sans être délétères. Un essai randomisé récent (*G. Laval et coll. Palliat Med 2000*) incluant 58 patients montre un effet significatif de la corticothérapie sans effet dose, deux méta-analyses donnent des résultats contradictoires mais toutes deux la méthodologiquement critiquables.

La corticothérapie demeure donc un sujet de polémique. Pour de nombreux auteurs, l'association empirique de morphine + halopéridol + scopolamine (butylbromure) reste un traitement de choix bien qu'aucune évaluation basée sur « evidence based medicine » n'ait pas été encore apportée.

Gastrostomie et jéjunostomie de décharge

Il s'agit d'un geste de dernier recours qui permet d'éviter l'inconfort de la sonde nasogastrique et autorise le retour à domicile avec alimentation entérale plus agréable pour le patient rendu ainsi possible.

L'octréotide est un octapeptide de synthèse aux propriétés apparentées à celles de la somatostatine naturelle. Il diffère de la somatostatine naturelle par une action beaucoup plus prolongée et plus intense, permettant une administration en 2 ou 3 injections par jour, une plus grande sélectivité vis-à-vis de la sécrétion de GH et de glucagon et par son absence d'effet rebond à l'arrêt du traitement. Il inhibe les sécrétions peptidergiques gastro-intestinales (gastrine, sécrétine, cholécystokinine, entéroglucagon, VIP, ...), endocrines pancréatiques (insuline, glucagon ...), les sécrétions exocrines de l'estomac, de l'intestin, du pancréas et les sécrétions biliaires, ralentit la motilité intestinale, diminue le flux sanguin splanchnique et augmente l'absorption hydrique et électrolytique intestinales. Un effet antalgique a également été suggéré.

Peu d'études cliniques ont été publiées à ce jour, avec une majorité des séries non randomisées (dont certaines rétrospectives, la plus importante ne comportant que 25 patients). On retrouve, dans les essais ouverts, une amélioration des symptômes dans approximativement un cas sur deux, pouvant notamment permettre l'ablation de la sonde naso-gastrique. Il existe par ailleurs deux essais randomisés dont l'un n'a inclus que 18 patients (3 sorties d'étude précoce). L'essai le plus important (68 patients) compare la scopolamine à l'octréotide (600 à 800 g/j) et retrouve une amélioration significative des nausées et vomissements à J3 et J6 (*Mystakidou K et coll Anticancer Res 2002*).

Bien que les recommandations de l'AFSSAPS autorise la prescription de l'octréotide dans les cas d'occlusions non contrôlées par le traitement symptomatique, son intérêt dans ces situations fréquentes mérite d'être mieux évalué, ce qui suppose la réalisation d'un essai prospectif randomisé. La réalisation pratique d'un tel essai se heurte à de nombreux écueils tels que le choix des critères d'inclusion et d'évaluation ainsi que le choix du bras de référence qui n'est lui-même pas consensuel. L'intérêt d'un tel essai serait cependant majeur et il autoriserait par ailleurs une évaluation médico-économique de l'utilisation de l'octréotide qui fait à ce jour défaut.