

Consensus sur une Best Practice pour les Soins palliatifs en Suisse – Groupe d'Experts de la Société Suisse de Médecine et de Soins palliatifs

Introduction

Les nausées chroniques, avec ou sans vomissements, surviennent chez 40–70% des patients avec une maladie oncologique avancée, mais elles sont aussi très fréquentes dans de nombreuses maladies chroniques évolutives avancées (maladie cardiaque p.e.) et ont un impact important sur la qualité de vie. Les nausées et les vomissements conduisent souvent à une mauvaise compliance médicamenteuse et à des sous-dosages médicamenteux.

Les nausées chroniques sont souvent multifactorielles et les étiologies doivent être recherchées et traitées.

Les données «evidence-based» pour le traitement symptomatique des nausées chroniques sont limitées. En première ligne le Metoclopramide et l'Haloperidol sont conseillés. Les deux ont un effet sur les nausées induites par le opiacés. Des mesures non-médicamenteuses peuvent aussi beaucoup améliorer le bien-être des patients.

1. Quel est le problème?

1.1. Définition

Nausées

Sensation désagréable d'avoir envie de vomir. On parle de nausées chroniques après une à deux semaines d'évolution.

Vomissements

Expulsion par la bouche du contenu gastrique; ils impliquent une atonie de l'estomac du sphincter œsophagien inférieur et du pylore, un rétropéristaltisme et une contraction des muscles abdominaux.

Ils sont souvent accompagnés de symptômes neurovégétatifs (pâleur, sueurs froides, salivation, tachycardie, diarrhées). Les complications potentielles sont la bronchoaspiration, la déshydratation avec une augmentation de la toxicité médicamenteuse, une prise médicamenteuse aléatoire, une oesophagite/ syndrome de Mallory-Weiss-, une alcalose métabolique, des pertes électrolytiques et des carences alimentaires.

Autres concepts:

- Dyspepsie: symptômes vagues de digestion difficile. Ses symptômes peuvent être une lourdeur, digestion lente, ballonnement ou des nausées et vomissements.
- Pyrosis: sensation de brûlure rétrosternale allant de la gorge à l'épigastre.

2. Pourquoi?

Les nausées chroniques, multifactorielles, ont souvent une étiologie principale, qui devrait être traitée de façon étiologique.

2.1. Situation clinique et diagnostique différentiel

Les nausées continues sont caractéristiques des étiologies toxiques et métaboliques

DD insuffisance rénale ou hépatique, infection, médicamenteux, hypercalcémie (cancer sein, poumon, prostate, myélome multiple), hypo- natrémie ou kalémie, syndrome anorexie-cachexie.

Une amélioration des nausées par les vomissements évoque une cause intestinale

D'autres éléments comme l'apparence des vomissements (sang frais, Melaena), les caractéristiques des douleurs accompagnantes (douleurs post prandiales) peuvent orienter le diagnostique.

Vomissements sans nausées sont caractéristiques d'une étiologie centrale–

rechercher vomissements en jet, indépendants des repas, céphalées, déficit neurologiques

Symptômes mal contrôlés

Douleur
Anxiété-dépression
Toux-atteinte oropharyngée

2.2. Les nausées chroniques dans les maladies cancéreuses

2.2.1. liées à la tumeur:

- Atteinte des systèmes nerveux autonomes (Gastroparésie, syndrome anorexie-cachexie)
- Constipation
- Augmentation de la pression abdominale (Hepatomegalie, Ascite, carcinomatose péritonéale)
- Iléus (aigu ou chronique, complet ou incomplet)
- Etiologie métabolique (insuffisance rénale ou hépatique, hypercalcémie, hyponatrémie,
- Hypertension intracrânienne

Consensus sur une Best Practice pour les Soins palliatifs en Suisse – Groupe d'Experts de la Société Suisse de Médecine et de Soins palliatifs

2.2.2. liés aux médicaments

- Chimiothérapie (effet tardif)
- Radiothérapie
- Opiacés (surtout au début de traitement ou lors de l'augmentation des doses.)
- AINS
- Antidépresseur (spécialement SSRI),
- Antibiotiques, Digoxine, fer p.o.

2.2.3. facteurs accompagnants

- Déshydratation
- Gastrite, ulcères
- infections locales ou systémiques
- Psychogène (réaction anticipatoire-peur)

2.3. Anamnese

Qu'est-ce qui prédomine?	Nausées-vomissements ?
Quand?	Lien avec prise médicamenteuse?
Nausées:	mesure intensité (pe avec une échelle visuelle analogique EVA).
Vomissements:	fréquence, quantité, aspect, (bile, aliments non-digérés, melaena).
Identifier les facteurs aggravant ou soulageant	

2.4. Examens cliniques

Examen cavité buccale:	candidose, aphtes, tumeur...
Examen abdomen:	bruits abdominaux, douleur, défense et détente, ascite, masse
Examen neurologique:	signe de latéralisation, méningisme, éventuellement fond d'œil

2.5. les examens complémentaires

Laboratoire:	suiuants les situations: Na, urée, créatinine, calcium corrigé, tests hépatiques,crp
Radiographie	de l'abdomen couché (coprostase)- debout (iléus)

Les autres examens sont à discuter de cas en cas suivant les autres symptômes, le pronostic.

3. Comment traiter?

3.1. Traitements étiologiques

Des étiologies ou des facteurs aggravant doivent être recherchés et traités

Constipation:

Introduire un traitement laxatif osmotique et irritatif. Eviter les fibres et les médicaments prokinétiques comme le Metoclopramide.

La constipation chronique est fréquente et devrait toujours être recherchée, elle est aggravée par l'inactivité, une hydratation insuffisante, les médicaments opiacés, spasmolytiques, antidépresseurs.

Médicaments:

stopper, remplacer (rotation d'opiacés) ou réduire les doses

Hypertension intracrânienne:

corticostéroïdes, radiothérapie

Corriger les troubles électrolytiques, la déshydratation. La déshydratation peut renforcer les causes de la nausée (constipation, toxicité des médicaments, insuffisance rénale p.ex.)

Traiter la toux qui peut déclencher des vomissements

Traiter l'infection selon pronostic

Traiter la douleur, l'anxiété ou la dépression

3.2. Traitements symptomatiques

3.2.1. Mesures non-médicamenteuses:

Ces mesures peuvent nettement augmenter la qualité de vie:

Elles comportent un environnement calme, le fait de rapidement nettoyer les vomissements, une installation confortable, des soins de bouche fréquents, des repas appétissants selon le gout du patient, des boissons pauvre en gaz carbonique.

Préférer les voies d'administration sous-cutanées, transdermiques ou rectales

3.2.2. Mesures complémentaires

Les massages, les techniques de relaxation, ou l'acupuncture ou l'hypnose permettent souvent d'aider le patient.

Consensus sur une Best Practice pour les Soins palliatifs en Suisse – Groupe d'Experts de la Société Suisse de Médecine et de Soins palliatifs

3.2.3. Mesures médicamenteuses

Pour administrer un traitement effectif, il faut penser à la voie d'administration. Lors de nausées chroniques, il vaut la peine de commencer pendant les 24-48 premières heures par un traitement parentéral.).

La plupart des études sur les nausées sont issues de l'oncologie. Elles ne permettent pas de tirer toujours des conclusions pour les nausées chroniques

Métoclopramide 10 mg p.o.ou s.c. toutes les 4 heures.

si inefficace (après 24 heures)

Métoclopramide et Dexaméthasone 10-20 mg p.o.ou s.c./24 heures

si inefficace (après 24-48heures)

Métoclopramide 60-120mg en infusion continue (s.c. ou i.v.) /24h et Dexaméthasone

si inefficace (après 24-48heures)

revoir la situation et rechercher une étiologie traitable

Suivant le tableau clinique, les anti-émétiques choisis peuvent être:

- Haloperidol (Haldol): 0,3-1mg//Jour p.o., s.c. ou i.v. en 3-4 doses ou continue. Première alternative lors de nausées secondaires aux opiacés, non-procinétiques. Cave syndrome extrapyramidal (SEP)
- Domperidone (Motilium): 10-20 mg p.o ou sl jusqu'à 4x/J avant les repas. Avantageux en cas de gastroparésie. Moins avantageux lors de nausées secondaires aux opiacés
- Chlorpromazine (Nozinan): 25-50 mg p.o, rectal, s.c. ou i.v. jusqu'à 3x/J. Non procinétiques, très anxiolytique. Cave sédation, SEP rare
- Bloqueurs des récepteurs 5-HT3- (Granisetron, Ondansetron, Tropisetron): Surtout utilisé lors de nausées et vomissements post-chimio et radio-thérapie.. Non procinétiques, pas de SEP. Cave constipation, céphalées, prix

Remarques

- Lors d'obstruction gastro-intestinales, les procinétiques sont contre-indiqués
- Lors de la stabilisation de la situation, passer les traitements par voie orale et diminuer rapidement les corticostéroïdes
- Tetrahydrocannabinol (THC) peu utilisé (www.swissmedic.ch).

3.2.4. mesures particulières lors de vomissements sévères

Lors de vomissements très conséquent, il faut privilégier les médicaments qui diminuent les sécrétions et la motilité gastro-intestinales.

- Hyoscinebutylbromide (Buscopan): 60-120 mg /jour rectal., s.c. ou i.v..
- Octreotide (Sandostatine): 100-200µg toutes les 8 heures s.c.; puissant, mais très cher.

En cas de vomissements réfractaires, une sonde naso-gastrique pour le court terme et une gastrostomie pour le moyen-long terme peuvent être indiquées

4. Questions ouvertes

Peu d'études sur les anti-émétiques dans les nausées chroniques, en particulier pour les sétrons.

Manque de données sur le rôle de la sandostatine dans cette indication

Evaluation des nausées chez les patients non-communiquant

5. Références

5.1. Links

<http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/Clinical%20Practice%20Guidelines/ClinicalPracticeGuidelinesDX.html>

5.2. Littérature

Bentley A, Boyd K. Use of clinical pictures in the management of nausea and vomiting: a prospective audit. Palliat Med 2001;15(3):247-53.

Bruera E, Seifert L, Watanabe S, Babul N, Dark A, Harsnayi Z, Suarez-Almazor M:

Chronic nausea in advanced cancer patients: A retrospective assessment of a Metoclopramide-based antiemetic regimen.

J Pain S Manage, 1996, 11 (3): 147–153.

Glare P, Pereira G, Kristjanson L J, Stockler M, Tattersall M: Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer. Support Care Cancer, 2004, 12: 432–440.

Consensus sur une Best Practice pour les Soins palliatifs en Suisse – Groupe d'Experts de la Société Suisse de Médecine et de Soins palliatifs

Mannix KA: Palliation of nausea and vomiting. In: Doyle D, Hanks GW, McDonald N (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd edition. Oxford University Press, 1998, 489–499.

Neuenschwander H: Übelkeit und Erbrechen. In: Neuenschwander H, et al: Palliativmedizin auf einen Blick. Schweizerische Krebsliga (Herausgeberin), 2000:71-5.

Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Capri S, De Conno F, Gemlo B, Hunt TM, Krebs H-B, Mercadante S, Schaerer R, Wilkinson P:
Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer, 2001, 9: 223–233.

6. Auteurs

Heike Gudat, Sophie Pautex, Sylviane Bigler, Claudia Giamondi, Sybille Marty, Luisella Manzambi-Maggi.