

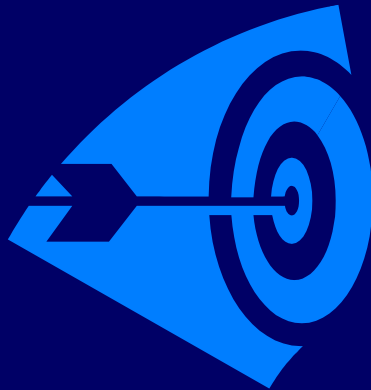


Approches palliatives chez un patient hypothéqué présentant une pathologie gastro-intestinale

Renée Dugas MD
Professeure adjointe de clinique
Faculté de médecine
Université de Montréal

Plan

- Pathologies non terminales...mais dérangeantes
- Pathologies potentiellement terminales



Plan

- Pathologies non terminales...mais dérangeantes
 - Buccales
 - Xérostomie, ageusie, dysgeusie, halitose
 - Mucosite
 - Oesophagiennes
 - Odynophagie
 - Dysphagie
 - Digestives et péritonéales
 - Constipation et diarrhée
 - Nausée et vomissement
 - Ascite





Plan

- Pathologies potentiellement terminales
 - Problèmes vasculaires
 - Hémorragies
 - Thromboses
 - Problèmes inflammatoires
 - Cholécystite aigue
 - Pancréatite aigue
 - Problèmes occlusifs
 - Occlusion digestive



Pathologies buccales : xérostomie

■ Causes multiples

- Médicamenteuses: analgésie, etc...
- Radiothérapie haute

■ Conséquences

- Irritation de la muqueuse
- Apparition de fissures et lésions
- Halytose
- Prononciation difficile...donc communication pénible
- Nutrition compromise
- Inconfort et douleur

A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. A purple tulip is at the top, and several yellow tulips are below it, all with green stems and leaves.

Pathologies buccales : xérostomie

- Suggestions de traitements
 - Médicamenteux
 - Sialor (anétholtrithione)
 - Pilocarpine
 - Offrir des aliments sialagogues
 - Ananas frais, et autre fruit frais
 - Condiments vinaigrés (si aucune inflammation)
 - Hydrater fréquemment
 - Sucrer des substances glacées
 - Pop-sicles préparés avec suppléments nutritifs
 - Glaçons
 - Sucrer des bonbons gélatineux et sucrés....
 - Nos patients peuvent profiter de toutes les calories possibles
 - Humidifier la pièce

A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. At the top is a purple tulip bud, and below it are several yellow tulips in various stages of bloom.

Pathologies buccales : ageusie et dysgeusie

■ Définition:

- Perte ou altération du goût

■ Causes

- Tabac,
- Altération du cycle de reproduction cellulaire: malnutrition, radiothérapie, médicaments, perturbations métaboliques.....

■ Traitements possibles

- Corriger les déficiences en Zinc (25 mg qid)
- Amélioration post radiothérapie
- Insister sur un bon hygiène oral....



Pathologies buccales :halitose

■ Définition

- Mauvaise haleine

■ Causes

- Pathologies buccales
- Pathologies pharyngiennes et respiratoires
- Oesophago-gastriques et digestives
- Insuffisances métaboliques:
 - urémie, insuffisance rénale , hépatique

■ Traitements

- Hygiène buccale et corriger les autres causes si possible....

Pathologies buccales : mucosite et gingivite

■ Causes multiples

- Xérostomie
- Médication :
 - Corticostéroïdes ...
 - Chimiothérapies

■ Conséquences

- Douleur....
- Dénutrition....goût altéré des aliments...

Pathologies buccales : mucosite et gingivite

■ Traitement

– Médicamenteux

- Rince bouche SANS ALCOOL
- Tantun (benzydamine hydrochloride)
 - Anesthésique local : il peut causer un malaise si la muqueuse est trop irritée, on peut le diluer 1:1 avec de l'eau
- Chlorhexidine (Peridex)
 - Antiseptique bactériostatique et bactéricide à haute dose
- Rince bouche magique
 - Hydrocortisone 100 mg
 - +Mycostatin 60 ml
 - +Benadryl pédiatrique SANS ALCOOL 240 ml
 - +Eau stérile ad 500 ml



Pathologies buccales : mucosite et gingivite

■ Traitement

– Médicamenteux

■ Antibiotiques

- Penicilline V 250 mg qid, amoxycilline 250 mg qid...,
- Mitronidazole 250 tid ..

■ Anti fongiques

- Mycostatin 500,000 un qid

■ Anti viraux...ulcères buccaux avec infection à herpes simplex

- Acyclovir 200 mg 3-5/ die ou 400 mg bid....dépendant



Pathologies buccales : mucosite et gingivite

■ Traitement

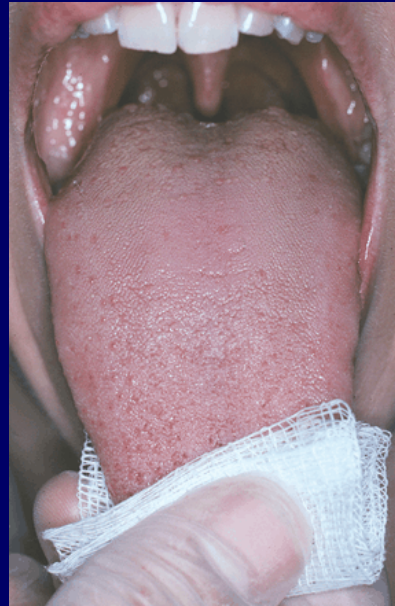
– nutrition

- offrir des textures douces, non irritantes
- aliments et boissons à température modérée
- Gélatine préparée avec des suppléments protéinés sera mieux tolérées que les pop-sicles



Problèmes buccaux

Examen buccal



Mucosite
Avancée..





31/08/2006

14



Problèmes oesophagiens : odynophagie

■ Causes

- Inflammation oesophagienne
 - Post radiothérapie
 - Moniliase souvent sur corticothérapie

■ Traitement

- Anti fongique : la plupart du temps le mycostatin à 500,000 un qid par gargarisme et avalé est très efficace, mais il faut le continuer plusieurs semaines
 - À l'occasion le rince-bouche magique est confondu avec le mycostatin
- Suivre les conseils nutritionnels donnés pour les mucosites



Problèmes œsophagiens : dysphagie

■ Causes

- Maladie neurologique: AVC, SLA, SEP..
- Néoplasie primaire ou
- Compression ou envahissement néoplasique

■ Traitements de confort

- situations non occlusives: les liquides épaissies s'avalent plus facilement
- Situations occlusives: les stents permettent un confort à plusieurs points de vue
 - Avaler la salive...
 - Manger des aliments mous et liquides
- Traitements au laser ou cryothérapie

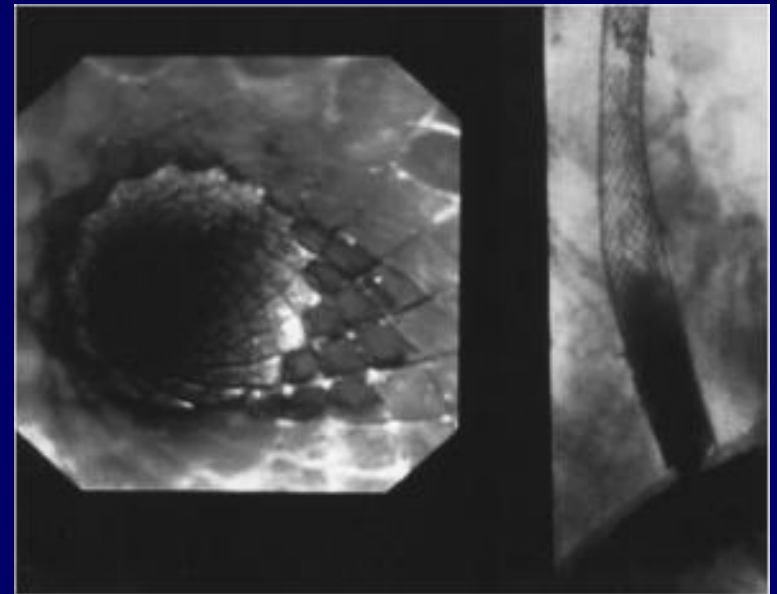


Problèmes oesophagiens : dysphagie

- Avec un stent, la nourriture doit être molle ou liquide
- Survie +/- de 6 mois avec un stent oesophagien palliatif
- Technique utile lorsqu'il y a des fistules trachéo-oesophagienne, car le stent peut être choisi de manière à obstruer la fistule



Stent oesophagien





Problèmes digestifs: constipation

- Définition:
 - défécation difficile,
 - douloureuse
 - peu fréquente
 - avec selles dures et petites
- Complications:
 - Douleur
 - Occlusion digestive
 - Diarrhée de débordement
 - Rétention urinaire



A vertical strip on the left side of the slide shows several tulips. One is a vibrant purple, and others are bright yellow. They are in various stages of bloom, with some showing their green stems and leaves.

Problèmes digestifs: constipation

■ Causes multiples

- Médication
- Cachexie
- Envahissement néoplasique
- Faiblesse musculaire digestive et atonie secondaire

■ Important

- Toujours évaluer ce problème....il est une cause très fréquente d'inappétence, de nausée et de vomissement

Problèmes digestifs: constipation

■ Traitements

- Prévoir un laxatif stimulant et/ou osmotique avec un émollient en tout temps
 - Stimulant:
 - senné 8.2 mg/co 2 à 8 co die
 - Bisacodyl 5mg/co 1 à 4 co die
 - Osmotique:
 - lactulose, sel de magnésium, 15 à 60 ml die
 - Volumétrique:
 - Polyethylene glycol+électrolytes, 1 l aux 4 jours
 - Émollient:
 - docusate de Na ou de Ca 100-600 mg die
- En phase palliative avancée (néoplasique ou non),
 - évitez de suggérer des diètes avec fibres





31/08/2006

23





Problèmes digestifs: diarrhée

■ Définition:

- passage de plus de 3 selles non formées /jour

■ Causes:

- Mauvais ajustement des laxatifs
- Antibiotiques
- Fécalome
- Radiothérapie
- Malabsorption
 - Ca du pancréas...
 - Gastrectomie, Résection iléale étendue
 - 1/2 colectomie droite et colectomie étendue

Problèmes digestifs: diarrhée

■ Traitements:

- Hydratation : petite quantité souvent...
- Limiter les fibres dans la diète
- Opiacé:
 - pour ↓ le transit digestif
- Scopolamine:
 - pour ↓ les sécrétions digestives et le péristaltisme
- Octréotide:
 - Pour ↓ les sécrétions digestives et favoriser une réabsorption et ↓ le péristaltisme
- Enzymes pancréatiques:
 - À penser chez les patients avec ca. pancréas
- Psyllium:
 - à l'occasion les laxatifs de masse peuvent aider en fixant l'eau et ↓ la composante liquide



Problèmes digestifs: diarrhée

- Patients avec maladies inflammatoires digestives
 - qui vont de traitements en traitements
 - et de chirurgie de complication à une autre



A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. A purple tulip is at the top, and a yellow tulip is below it. Both are in various stages of bloom.

Problèmes digestifs: diarrhée

- peuvent bénéficier de soins palliatifs conjointement avec les autres équipes traitantes....
 - Ils présentent des personnalité difficiles
 - Il y a facilement une sous estimation de leurs malaises
 - Les MD et autres intervenants impliqués dans leurs soins ont aussi besoins de support...



Problèmes digestifs: nausée et vomissement

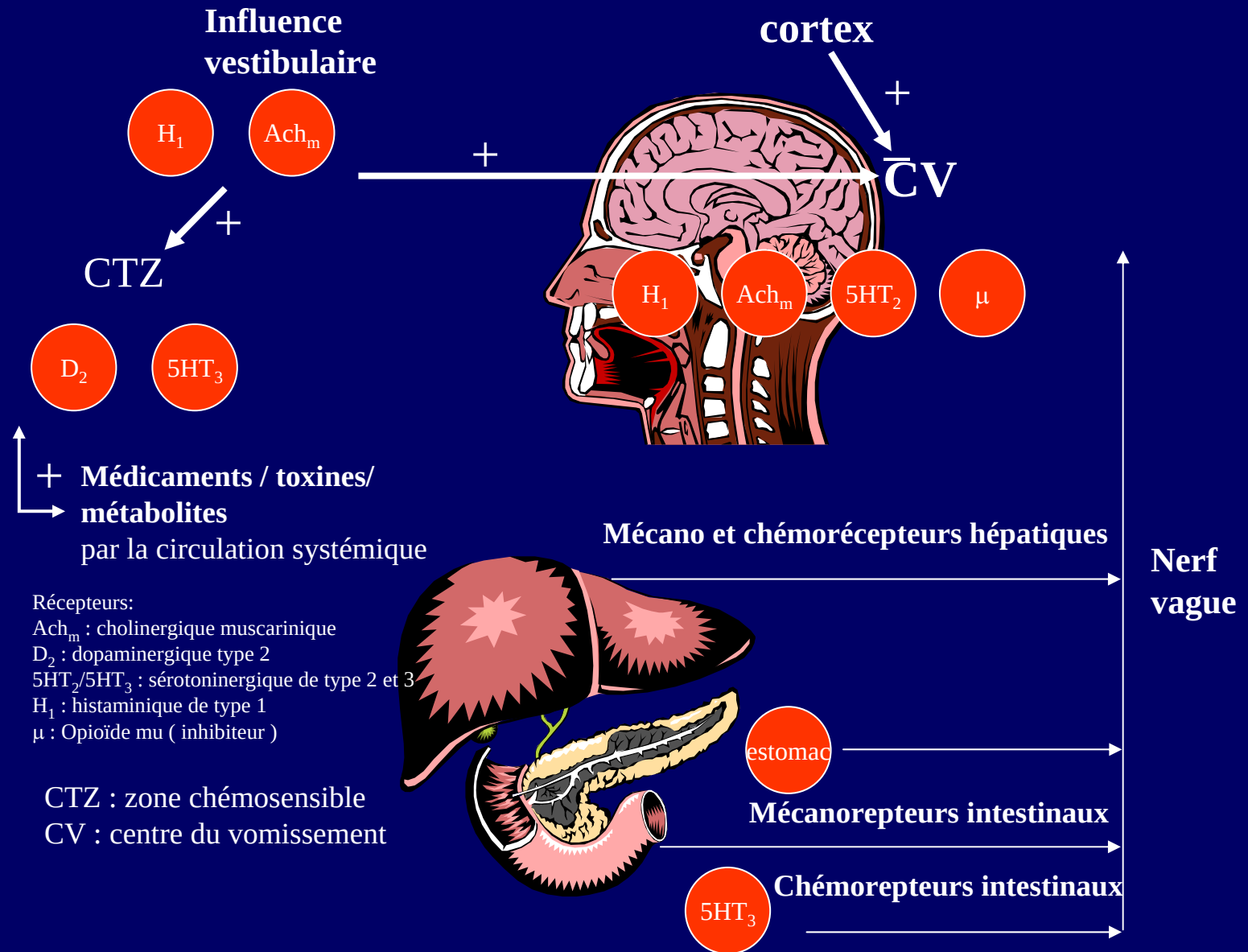
■ Causes

- Constipation, stase gastrique, occlusion digestive
- Mucosite, difficulté à expectorer
- Opiacés, antibiotiques, AINS, digoxine
- Hypercalcémie, insuffisance rénale
- Radiothérapie, chimiothérapie, syndrome paranéoplasique, infection
- Hypertension intra crânienne
- Dérangement vestibulaire
- Douleurs
- Facteurs psychosomatiques...





Centres hauts



A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. A purple tulip is at the top, and a yellow tulip is below it. Both are in various stages of bloom.

Problèmes digestifs: nausée et vomissement

- Traitements non médicamenteux
 - Assurer un environnement calme et éloigné des odeurs de nourriture
 - Donner de petites collations; éviter les grosses portions
 - Contrôler les odeurs désagréables
 - Plaies infectées
 - Colostomies
 - Mucosites

A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. There is a purple tulip at the top and a yellow tulip below it, both with green stems and leaves.

Problèmes digestifs: nausée et vomissement

- Traitements médicamenteux
 - Pour les causes réversibles
 - Hypercalcémie: réhydratation et biphosphonates
 - Hypertension intra crânienne: dexaméthasone
 - Constipation: laxatifs
 - Infection: antibiotiques
 - Anxiété: calme et anxiolytique

Problèmes digestifs: nausée et vomissement

Causes	Classe	Site d'action	Médicament
<u>Cérébrales</u>	Anticholinergique Antihistaminique	Vestibulaire	Scopolamine Diphenhydramine (Benadril)
	Corticostéroïde	Hypertension intra crânienne	Dexaméthasone
<u>Métaboliques</u> Hypercalcémie Urémie Toxémie	Biphosphonates Calcitonine Diurétique Butyrophénone Phénothiazine	Osseux Osseux Rénal CTZ	Pamidronate Zolendronate Miacalcin... Furosémide (Lasix) Halopéridol (Haldol) Méthotriméprazine (Nozinan) Prochlorpérazine (Stémétil)
<u>Médicamenteuses</u> Opiacés Irritants digestifs	1. Butyrophénone Phénothiazine 2. Anticholinergique 3. Benzamine substituée antagoniste D ₂ Inhibiteur pompe à protons	CTZ CTZ Vestibulaire Stimulation: Estomac-jéjunum-CTZ Estomac Oesophagogastrique	Halopéridol Méthotriméprazine Prochlorpérazine Scopolamine Métoclopramide (Maxeran) Dompéridone (Motilium) Oméprazole (Losec)



Problèmes digestifs: nausée et vomissement

Causes	Classe	Site d'action	Médicament
<u>Chimiothérapie</u>	Corticostéroïdes	Inhibition des prostaglandines	Dexaméthazone
	Antagonistes de la sérotonine	Intestinal	Ondansétron Granisetron Metoclopramide
<u>Digestives</u>			
Stase digestive	Procinétiques	Oesophagogastrojéjunale	Métoclopramide Dompéridone
Constipation	Laxatif	Jéjunum-côlon	Émollient-stimulant Hyperosmotique
Blocage anatomique	Anticholinergique Analogues de la somatostatine	Intestinal	Bromure d'hyoscine Octéotride
	Corticostéroïde	Œdème péritumoral	Dexaméthazone
<u>Réactionnelles</u>			
Anxiété	Benzodiazépine	Cortex cérébral	Lorazépam Midazolam
Odeur et goût	Hygiène buccale		Antifongique Rince bouche magique

Problèmes digestifs: nausée et vomissement

	Antagonistes sur les récepteurs dopa D ₂	Antagoniste sur les récepteurs à l'histamine H ₁	Antagoniste sur les récepteurs muscarinique	Antagoniste sur les récepteurs 5HT ₂	Antagoniste sur les récepteurs 5HT ₃	Agonistes sur les récepteurs 5HT ₄
Métoclopramide	++	0	0	0	(+)	++
Dompéridone	++	0	0	0	0	0
Odansétron	0	0	0	0	+++	0
Hydrobromure d'hyoscine	0	0	+++	0	0	0
Halopéridol	+++	0	0	0	0	0
Méthotriméprazine	++	+++	++	+++	0	0
Prochlorpromazine	++	+	0	0	0	0
Olanzapine	++	++	++	++	++	0

Problèmes digestifs: nausée et vomissement

<u>Site d'action supposé</u>	<u>Classe</u>	<u>Exemple</u>
Système nerveux central Centre du vomissement CTZ Cortex cérébral	Anticholinergique- muscarinique Antihistaminique Anticholinergique Anti-5ht ₂ Anti dopamine D ₂ Anti 5HT ₃ Corticoïde Canabinoïde Benzodiazépine	Scopolamine Dimenhydrinate Phénothiazines Méthotriméprazine Halopéridol , phénothiazine Métoclopramide Granisetron, odanсетron Dexaméthazone Nabilone lorazepam
Tractus gastro intestinal Procinétiques Antisécréteurs Bloc vagal des récepteurs 5HT ₃ Anti inflammatoire	Agoniste des 5HT ₄ Antidopamine D ₂ Anticholinergique Analogue de la somatostatine Anti HT ₃ Corticoïde	Cisapride, Tégasérode Métoclopramide Métoclopramide, dompéridone Bromure de butylhyoscine Ocréotide Odanсетron, granisetron Dexaméthazone





Problèmes digestifs: ascite

■ Définition

- C 'est le résultat d 'une surproduction de liquide par les capillaires viscéraux ou d'un drainage inadéquat des vaisseaux lymphatiques ou le résultat des deux
- C 'est plus fréquemment un exsudat qu' un transsudat dans les épanchements néoplasiques



Problèmes digestifs: ascite

■ EXCUDAT

- contenu protéique > 2.5 g/dl
- jaunâtre et même sanguinolent à l'occasion
- pH < 7.35
- chyleux
 - si infiltration de la cyserne de Pécquet par un lymphome ...
 - ou si thrombose de la veine sous-clavière gauche



Problèmes digestifs: ascite

■ PRÉVALENCE

– 80%:

- cancer des ovaires
- de l'endomètre
- du sein
- du colon
- de l'estomac
- du pancréas

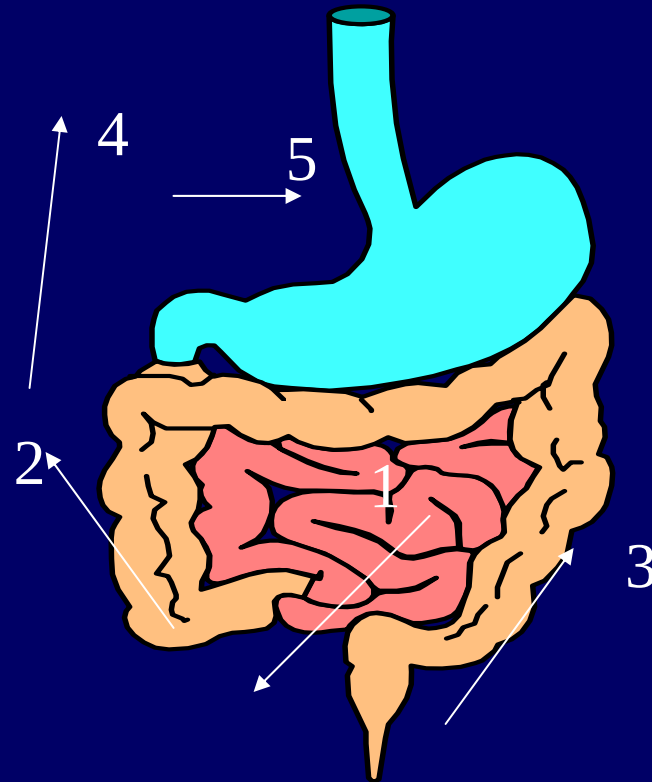
– 20%:

- origine inconnue

- Elle apparaît tôt dans le cancer ovarien
- Ces patientes vivent plus longtemps
- Survie de >10 mois comparé à une survie de < 4 mois pour les autres cancers

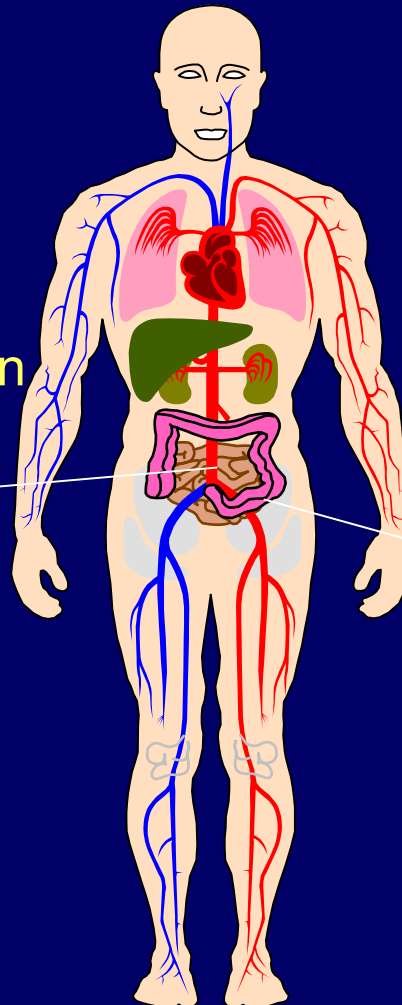
Problèmes digestifs: ascite

Trajet de l'ascite



Problèmes digestifs: ascite

Site de ponction
sur la ligne
blanche



Site de ponction au
flanc gauche

A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. There is a purple tulip at the top and a yellow tulip below it, both with green stems and leaves.

Problèmes digestifs: ascite

- Complications possibles et inquiétantes si elles se présentent à domicile
 - perforations viscérales
 - saignements
 - péritonites
 - suintement persistant

A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. There is a purple tulip at the top and a yellow tulip below it, both with green stems and leaves.

Problèmes digestifs: ascite

- Traitement alternatif ou à ajouter après une première ponction
 - Diurétiques:
 - furosémide 40 mg ad 240 mg die surtout si il y a de l'œdème périphérique associé
 - spironolactone 50 à 400 mg die pour éviter la perte excessive de potassium



Problèmes vasculaires: hémorragies

- Causes primaires néoplasiques les plus fréquentes
 - Ca gastrique
 - Ca colon et rectum
- Causes secondaires néoplasique les plus fréquentes
 - Envahissement par un ca. adjacent
 - Vessie, utérus et prostate
- Problèmes facilitateurs
 - Thrombopénie
 - Trouble de la coagulation

Problèmes vasculaires: hémorragies

■ Fréquences:

- Saignements d'origine haute : 85%
- Saignements d'origine basse: 10-15%
- Saignement d'origine intestin moyen: 1-5%

■ Signes:

- Hématémèse: œsophage, estomac, duodénum et occasionnellement du nez ou du pharynx
- Rectorragie : saignement rectal rouge
 - Si d'origine haute, > de 1,000 ml de sang en un interval court
- Méléna : saignement rectal foncé et d'origine proximale (dégradation de l'hémoglobine par ac. gastrique, par les enzymes digestifs et les bactéries endoluminales..)

■ Médicaments à risques:

- AINS, AAS, warfarine, corticostéroïdes, anticoagulants..



Problèmes vasculaires: hémorragies

- Facteurs médicaux antérieurs:
 - Saignements digestifs antérieurs
 - Œsophagite de reflux
 - Gastrite, vomissement, ulcère peptique,
 - Cirrhose, R-OH,
 - Maladie inflammatoire digestive, polypes, néoplasie
- Urgences:
 - Situations vitales plus fréquentes avec les hémorragies hautes
 - Il vient toujours un temps où il faut discuter de la cessation de transfusions surtout dans les situations de saignements plutôt chroniques....





Problèmes vasculaires: hémorragies

- Facteurs médicaux antérieurs:
 - + **COMORBIDITÉS** (IR, MCAS et insuffisance cardiaque, MPOC et insuffisance respiratoire, maladies débilitantes du SNC...)
 - saignement majeure:
 - Mortalité générale 5-12 %
 - Si, âgés, + comorbidité, mortalité ≥ 60 %
 - Décès associé aux multiples décompensations métaboliques associées aux insuffisances organiques
 - Choc $\rightarrow \uparrow$ I R, $\uparrow$ I C, $\uparrow$ I Resp, $\uparrow$ I Hep ... $\rightarrow$ infarctus et pneumonie....

Problèmes vasculaires: hémorragies

- Les patients pour lesquels une approche palliative est rapidement envisagée
 - Hémorragie sévère d'emblé
 - Co-morbidité
 - néoplasique ou
 - non néoplasique
 - Patient très âgé

Paramètre clinique	Taux de mortalité %
Tous	5-8
≥ 60 ans	10-15
≥ 80 ans	25-30
Pression systolique 80-90 mg Hg	12-15
Pression systolique < 80 mg Hg	30-35
Contenu gastrique en grains de café	6-10
Contenu gastrique sanguin	18-20
≥ 10 unités de sang	28-34
From Dudnick R. , Martin P, Freidman LS : Management of bleeding ulcers. Med Cli North «am 75: 948, 1991	





Problèmes vasculaires: hémorragies

■ Approches thérapeutiques

- Discuter de la possibilité de saignement avec les intervenants proches et avec le patient (si possible)
- Si patient en phase palliative **probablement** non terminale
 - Vérifier si radiothérapie possible...
 - Vérifier si correction des facteurs de coagulation possible....

Problèmes vasculaires: hémorragies

- Traitements potentiellement palliatifs associés à une évaluation endoscopique haute si le patient peut la subir....
 - ↓ le flot sanguin splanchnique:
 - Octreotide IV efficace 80-90% des cas
 - vasopressin +/- nitroglycerine IV
 - ↓ acidité gastrique pour maintenir un $\text{pH} > 4$:
 - Inhibiteurs de pompe à proton
 - Antagoniste des récepteurs H_2
 - Sulcrafate
 - Électrocoagulation bipolaire trans-endoscopique
 - Coagulation au Laser
 - Sclérothérapie ou ligature élastique (varices)
 - Chirurgie à considérer pour quelques rares patients



Problèmes vasculaires: hémorragies

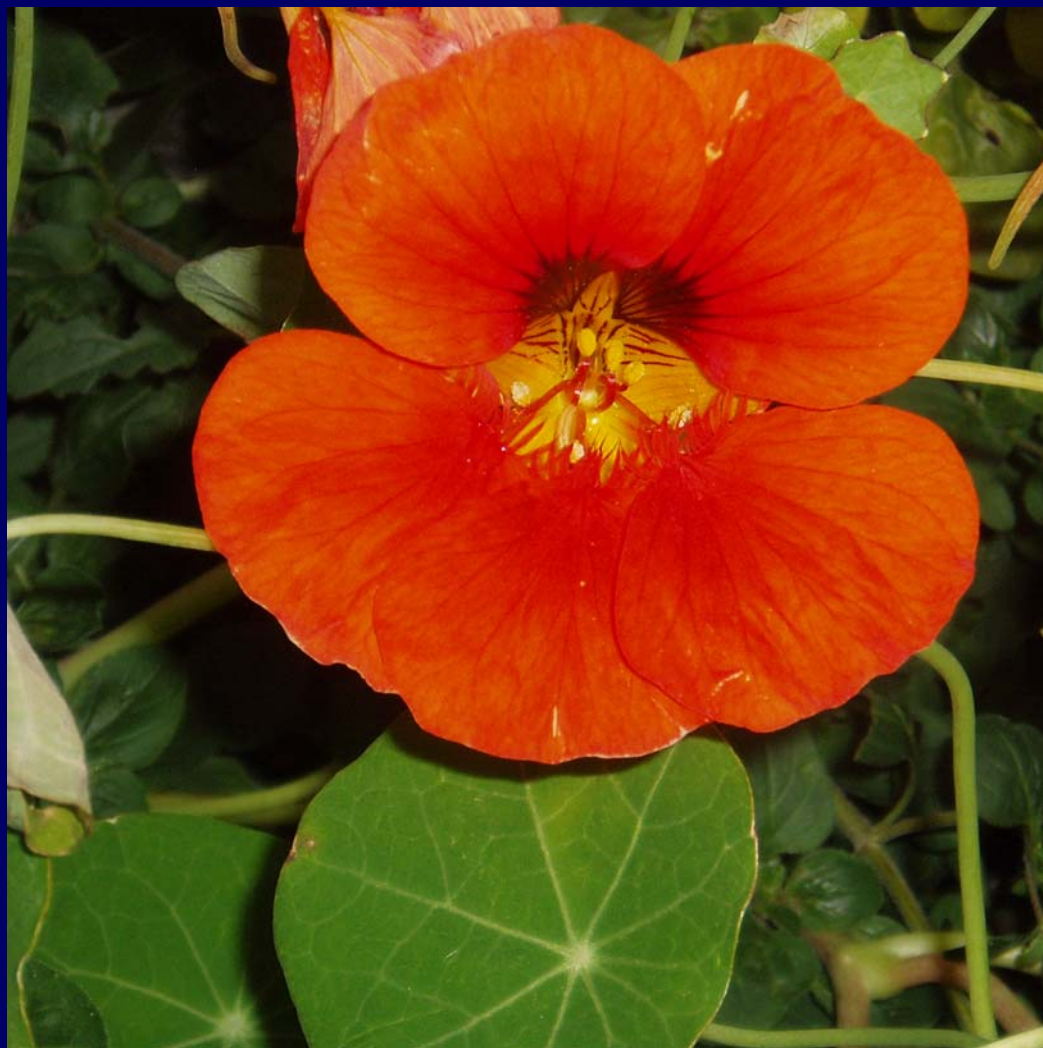
- Traitements potentiellement palliatifs associés à une évaluation endoscopique basse si le patient peut la subir....
 - Vérification du site de saignement et de la cause
 - Angiodysplasie contrôle à 80% et récidence à 15%
 - Polypes 1-2% de saignement post exérèse
 - Diverticules surtout coliques droits
 - Envahissement néoplasique adjacent (vessie, utérus,...)
 - Electrocoagulation,
 - Sclérothérapie et laser...
 - Radiothérapie pelvienne efficace pour les envahissements locaux
 - Chirurgie à considérer pour quelques rares patients
 - Cf: critères déjà énumérés pour les saignements hauts



Problèmes vasculaires: hémorragies

- Traitements à prévoir pour le confort du patient et ne hâtera pas le décès
 - Benzodiazépine en trans-muqueuse buccale ou s.c. , pour une détente psychologique et musculaire
 - Midazolam 3 à 10 mg
 - Lorazepam 1 à 4 mg
 - Opiacé en trans-muqueuse buccale ou s.c. pour les douleurs associées
 - Morphine 5 mg ou E.Dose
 - Hydromorphone 1 mg ou E.Dose
 - Fentanil, oxycodone et méthadone possible facilement en trans-muqueuse buccale en doublant la dose régulière car il y a perte et absorption ~ 50% dose
 - Antispasmodiques en trans-muqueuse buccale ou s.c. pour diminuer les crampes et les sécrétions associées
 - Scopolamine 0.4 mg
 - Glycopyrrolate 0.4 mg





Problèmes vasculaires: ischémie mésentérique

■ Cause:

- Occlusion aigue ou progressive de 1 ou 2 des troncs vasculaires mésentériques :
 - en situation aigue la mésentérique supérieure est la plus touchée
 - Embolies cardiogéniques provoquent un blocage des ramifications distales avec présentation clinique variable
 - De l'ischémie partielle à l'ischémie plus étendue
 - Occlusions thrombotiques aux sites des plaques artério-sclérotiques sont plus proximales
 - et manifestation clinique... d'emblée étendue
 - Insuffisance mésentérique aigue accompagne un état de choc profond avec septicémie, effondrement cardio-vasculaire et vasoconstriction du lit vasculaire mésentérique...
 - Ischémie s'installe par manque d'apport, si la situation de choc se prolonge....

Problèmes vasculaires: ischémie mésentérique

■ Causes:

- Présence d'athérosclérose sur l'aorte et les artères mésentériques proximales
- En général chez des patients âgés
- La plupart du temps, des collatérales se sont développées entre les 3 branches et il n'y a pas de symptômes, mais....
- Insuffisance mésentérique chronique se présente sous forme de douleur post prandiale quand il y a une demande accrue de sang et que les blocages athérosclérotiques limitent l'apport sanguin
 - On parle alors d'angine mésentérique



Problèmes vasculaires: ischémie mésentérique

- Présentation aiguë par embolie dans l'artère mésentérique supérieure :
 - Douleur aiguë, centrale, péri-ombilicale
 - Examen abdominale banal qui devient impressionnant à mesure que le tableau de péritonite toxique s'installe
 - ↑ des G.B.
 - Acidose métabolique
 - Œdème pariétal avec ileus sur la plaque simple
 - Maladie cardiaque sous jacente dans 90% des cas

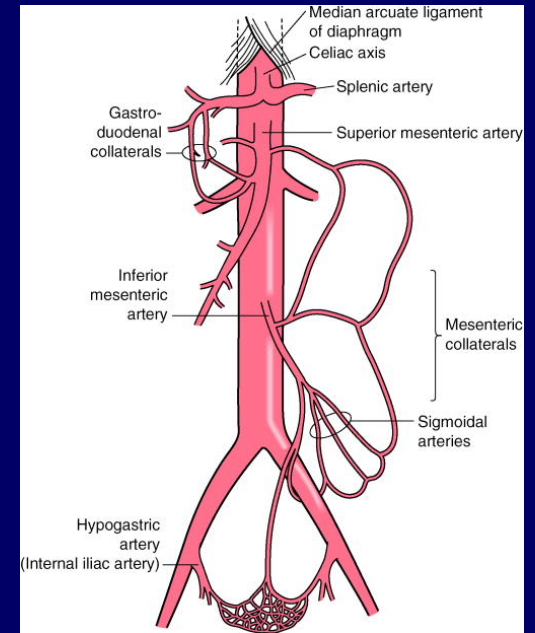
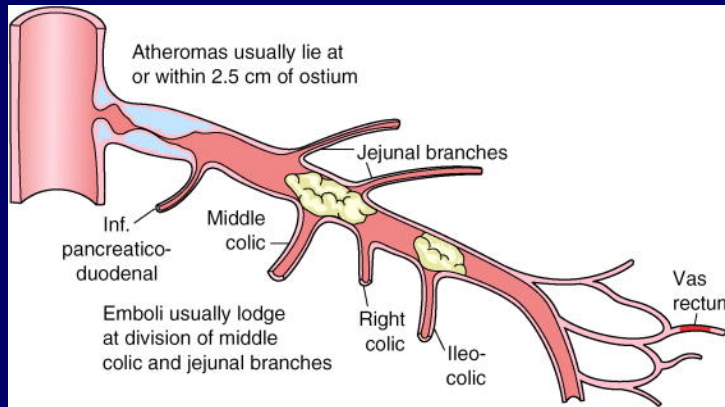


Problèmes vasculaires: ischémie mésentérique

- Blocage veineux mésentérique
 - Chez un patient déjà hypothéqué
 - Douleur vague diffuse
 - Diagnostic difficile et par artériographie
 - Si le patient peut subir l'examen
 - Pronostic bon, en général, car le réseau veineux collatéral est suffisant
 - RX de support avec hydratation et analgésie appropriée
 - Si l'état clinique se détériore, une laparotomie est indiquée... dépendant des comorbidités ...



Vascularisation mésentérique et blocages

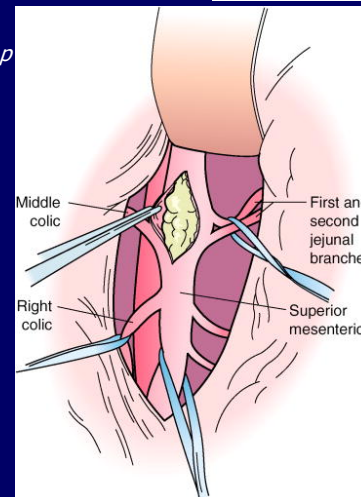
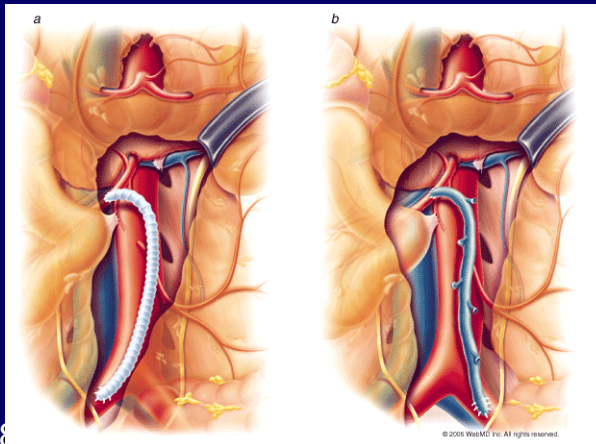


Sabiston textbook of Surgery **Figure 65-21**

Typical location of superior mesenteric artery obstruction in patients with embolic and thrombotic occlusion.

(From Donaldson MC: Mesenteric vascular disease.

In Braunwald S, Creager MA [eds]: Atlas of Heart Diseases. St. Louis, Mosby, 1996, p



A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. A purple tulip is at the top, and a yellow tulip is below it. Both are in various stages of bloom.

Problèmes vasculaires: ischémie mésentérique

- Traitements :
 - Artériographie
 - Et possibilité de dilatation vasculaire
 - Et/ou installation d'un stent endovasculaire
 - Laparotomie exploratrice
 - Si nécrose étendue...survie presque impossible
 - Si ischémie partielle et possiblement réversible, vérification d'embolectomie et de dérivation vasculaire
 - Si nécrose segmentaire, résection possible

Problèmes vasculaires: ischémie mésentérique

- Si artériographie ou chirurgie impossible, important de bien soulager
 - Perfusion sous cutanée continue thoracique 0.9 NaCl 100ml
 - +hydromorphone ou morphine :
 - mettre la quantité qui fut nécessaire pour soulager durant les 8-12 heures précédentes
 - +midazolam $10 \geq 30$ mg
 - car il y a des toxines en circulation qui favorisent le développement de myoclonies et une IR va se développer
 - +haloperidol 1-5 mg ou methotriméprazine 5-20 mg
 - pour contrecarrer la nausée inévitable et le delirium très probable dans ce tableau métabolique très perturbé





Problèmes inflammatoires cholécystite aigüe

■ Présentation:

- douleur persistante abdominale et sup. D et épigastrique avec défense, et +/- irradiation au dos
- précédée d'épisodes semblables antérieures (colique biliaire) qui se sont calmées rapidement (quelques hres)
- Avec nausée, vomissements et fièvre
- Labo:
 - ↑ GB (12,000-14,000)
 - ↑ bilirubine, phosphatase alcalin, transaminases, amylase



Problèmes inflammatoires cholécystite aigüe

■ Diagnostic:

- Avec échographie (+ 95%): permet de vérifier la présence ou non de calculs biliaires, l'épaississement de la paroi biliaire et des canaux biliaires
 - Cholécystite aigüe sans calcul (5-10%) se rencontrent chez des patients déjà hypothéqués et le pronostic est plus sombre
- Si absence de lithiase, il faut considérer les autres diagnostics possibles
 - Pancréatite aigüe
 - Ulcère gastrique et risque de perforation
 - Œsophagite de reflux
- Avec scan abdominal et/ou endoscopie haute si l'état clinique le permet



Problèmes inflammatoires cholécystite aigüe

■ Complications

- Cholécystite emphysémateuse
 - Chez patients mâles et diabétiques
- Empyème
- Perforation 10%
 - Séquelle d'une ischémie et d'une gangrène de la paroi et se présente au niveau du fundus
 - Abscess dans l'espace sous hépatique

A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. A purple tulip is at the top, and a yellow tulip is below it. Both are in various stages of bloom.

Problèmes inflammatoires cholécystite aigüe

■ Traitements

- Antibiotiques IV
 - Cipro 500mg q 12 hres et métronydazole 500mg q 6 hres....etc
- Cholécystectomie si possible par laparoscopie et en phase aigüe
- Transformation en cholécystectomie ouverte (5-34%)
- Cholécystostomie de drainage chez des patients présentant un abcès et cliniquement incapables de subir une anesthésie



Problèmes inflammatoires pancréatite aigüe

- Présentation :
 - douleur abdominale,
 - constante, en générale épigastrique, mais....
 - peut se présenter partout dans l'abdomen,
 - avec position en chien de fusil ou plié en deux
 - nausée et vomissements et
 - risques de déchirures œsophagiennes...



Problèmes inflammatoires pancréatite aigüe

- Examen:
 - Ils bougent beaucoup car aucune position confortable
- Anxieux, malades et fiévreux
- Tachycardie, tachypnée, hypotension
- Possibilité d'épanchement pleural et risque de ARDS
- Possibilité de confusion et d'ictère
- Ecchymoses péri ombilicale ou sur les flancs si il y a saignement intra péritonéal

A vertical strip on the left side of the slide shows a close-up of tulips. There is a purple tulip at the top and a yellow tulip below it, both in various stages of bloom.

Problèmes inflammatoires pancréatite aigüe

- Laboratoire: minimum pour évaluation
 - Amylase et lipase
 - Bilan hépatique et rénal
 - FSC et INR
- Radiologie: si patient capable de les subir
 - RX poumon: vérification d' épanchement
 - PSA : vérification d' ileus, de niveaux hydroaériques, d'ascite et de signe de perforation
 - Echo et scan abdominaux plus sensibles

Problèmes inflammatoires pancréatite aigüe:

Signes pronostiques de Ranson	
Admission	Premiers 48 hres
Pancréatite biliaire	
Age > 70 ans	Hct ↓ > 10
GB > 18,000 mm ³	Urée ↑ > 8 mmol / L
Glucose > 12 mmol / l	Ca ⁺⁺ > 2mmol / L
LDH > 40 IU / L	Base déficit > 5 mEq / L
AST > 250 U / 100 ml	Séquestration liquidienne > 4 L
Pancréatite non lithiasique	
Age > 55 ans	Hct ↓ > 10
GB > 16,000 /mm ³	Urée > 12 mmol / L
Glucose > 12 mmol / L	Ca ⁺⁺ > 2 mmol / L
LDH > 350 IU / L	Pao ₂ > 55 mmHg
AST > 250 U / 100 ml	Base déficit > 4 mEq / L
	Séquestration liquidienne > 6 L

- Mortalité à 90% si le patient présente plus de 7 critères de Ranson

Problèmes inflammatoires pancréatite aigüe:

- Diagnostic différentiel à éliminer
 - Occlusion digestive
 - Cholécystite aigüe et cholangéite
 - Ischémie et infarctus mésentérique
 - Perforation d'un viscère creux
- Chez un patient très hypothéqué....
 - qui d'emblé ne peut être candidat pour une chirurgie ou un traitement même endoscopique,
 - on met l'accent sur son confort et on limite l'investigation



Problèmes inflammatoires pancréatite aigüe:

- Si chirurgie impossible, important de bien soulager
 - Perfusion sous cutanée continue thoracique 0.9 NaCl 100ml
 - +hydromorphone ou morphine :
 - mettre la quantité qui fut nécessaire pour soulager durant les 8-12 heures précédentes
 - +midazolam $10 \geq 30$ mg
 - car il y a des toxines en circulation qui favorisent le développement de myoclonies et une IR va se développer
 - +haloperidol 1-5 mg ou methotriméprazine 5-20 mg
 - pour contrecarrer la nausée inévitable et le delirium très probable dans ce tableau métabolique très perturbé





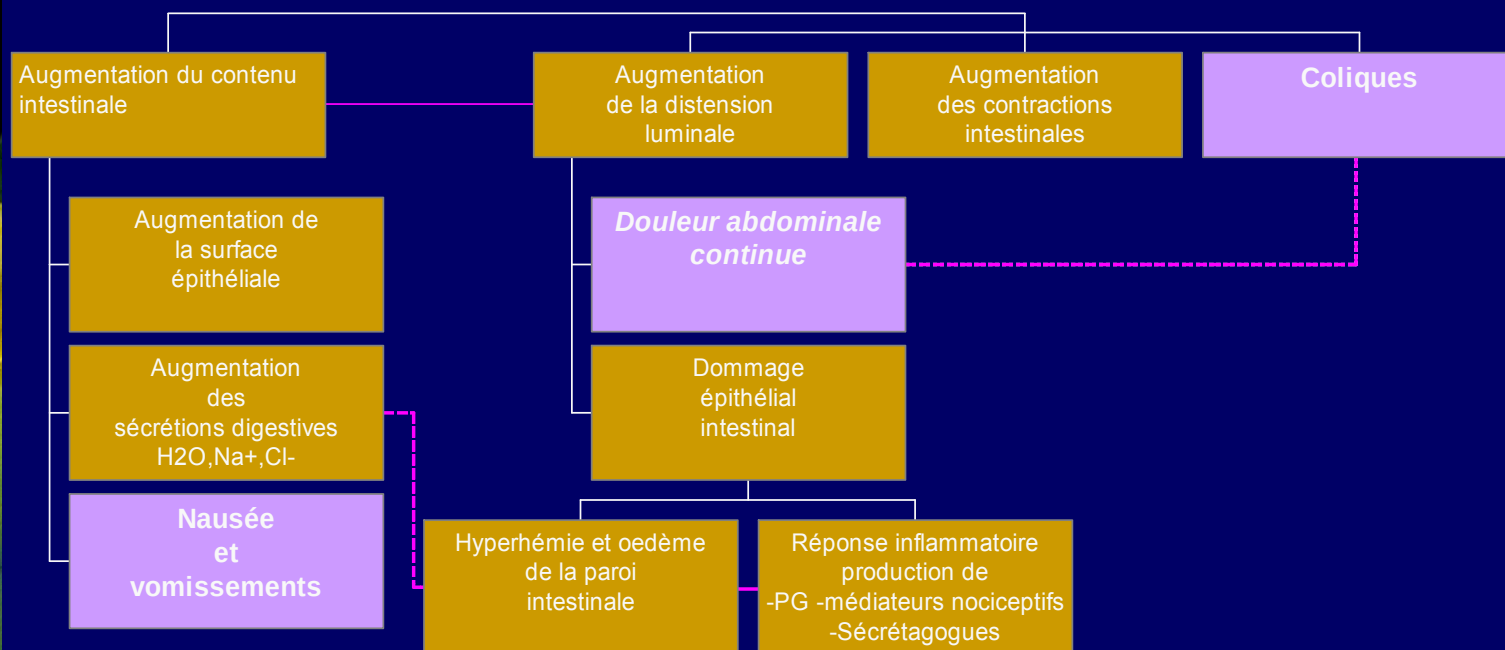
Problème occlusif occlusion digestive

- **Occlusion**: c 'est la cessation du passage du chyme intestinal, cessation du passage de gaz et de selles



Problème occlusif occlusion digestive

Occlusion partielle ou complète



Problème occlusif occlusion digestive

- Investigation: à éviter si...
 - le diagnostic clinique est clair à la lumière de l'histoire de la maladie
 - le traitement peut être décider sans autres examens
 - ces investigations demandent un effort difficile à accepter pour le patient



Problème occlusif occlusion digestive

- Critères de mauvais pronostics
 - Problème de motricité intestinale dû à une carcinomatose intra péritonéale diffuse
 - Patient cachectique âgé de plus de 65 ans
 - Ascite nécessitant des ponctions fréquentes
 - Valeur d 'albumine inférieure à la normale
 - Radiothérapie antérieure au niveau de l 'abdomen et de la cavité pelvienne
 - Masses abdominales palpables, métastases à distance, épanchement pleural ou métastases pulmonaires
 - Occlusion intestinales partielles multiples ou présentant un transit radiologique allongé
 - Perturbations métaboliques: (BUN>,Ca⁺>,...)



Problème occlusif occlusion digestive

- Traitement propre à l'occlusion digestive
 - **octréotide** (Sandostatin[®]), utile dans les situations d'occlusion d'origine endo-luminale ou d'origine extra-intestinales
 - , 50 à 200 µg tid
 - **octréotide** longue durée (Sandostatin LAR[®])
 - Pour les patients présentant un pronostic de plus de 1 mois
 - **dexaméthazone** (Décadron[®]), utile surtout dans les situations d'origine extra-intestinales (ca. ovaire) ,
 - probablement par action anti-inflammatoire et diminution de l'œdème
 - 16 mg le 1^{er} 48 hres et ensuite ↓ rapidement au dosage minimal efficace (+/- 4 mg die)





Trucs utiles pour tous les problèmes précédents

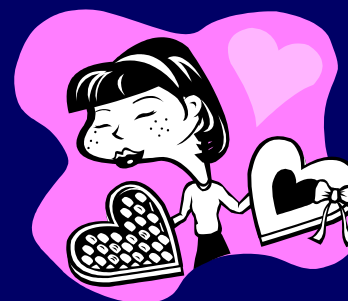
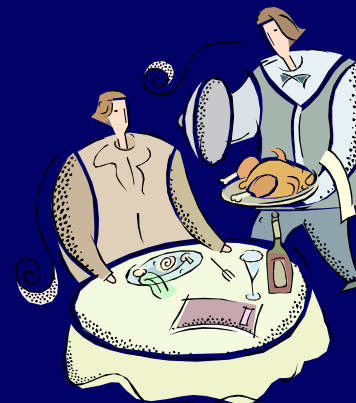
- Hydrater avec de petites quantités fréquemment ,
 - 30 à 60 cc aux demi-heures
- Avoir de petits contenants agréables présentés sur des petits cabarets
- Confectionnez des bonbons durs et des pop-sicles
 - ils fondent lentement





Trucs utiles pour tous les problèmes précédents

- Eviter un estomac surchargé ou trop vide et garder la bouche hydratée, permet à un patient de contrôler la faim
- Il est toujours permis de mastiquer et de sucer le jus d'une nourriture aimée et d'en retirer toute la valeur nutritive, les sucres simples sont absorbés au niveau buccal



Trucs utiles



Notre patient doit être au centre
du traitement....en tout temps

