NAUSEES – VOMISSEMENTS

Stratégie de prise en charge

SPES / NEPALE

Date : Protocole validé et réactualisé le 13/12/2013

Démarche étiologique :

- Toujours penser au fécalome.
- Si pathologie abdominale penser à une occlusion fonctionnelle ou organique (ASP debout et couché).
- Ne pas oublier que les lésions cérébro-méningées, en particulier l'hypertension intracrânienne, sont pourvoyeuses de nausées et vomissements (intérêts de corticoïdes).
- En l'absence de fécalome, le traitement sera symptomatique.

Traitement symptomatique :

- Débuter par Métoclopramide (Primpéran®) Dompéridone (Motilium®), Peridys®) 1 comprimé per os, 30 mn avant le repas,
- Si insuffisant ou impossible: Métoclopramine injectable (Primpéran®) 1 ampoule injectable 4 fois par jour ou 4 à 6 ampoules en continu à la seringue électrique.

Si insuffisant donner :

- Halopéridol (Haldol® faible) (2 mg/ml) per os 30 mn avant les repas. II à III gouttes 3x/Jour.
  Ou
- Chlopromazine (Largactil® gouttes) : III gouttes 30 mn avant les repas ou, en prise unique le soir, X gouttes soit 10 mg au coucher.

Si traitement insuffisant rajouter ou remplacer par :

- Ondensétron (Zophren®) (8 mg toutes les 12 heures - sur ordonnance de prescription particulière), comprimé, lyoc ou injectable, ou Alizapride (Plitican®) 2 à 5 mg/kg par jour, sous forme injectable, (comprimés non remboursables). Prendre ensuite le relais par les formes orales.

Aprépitant (Emend®) :

- Indiqué dans la prévention des nausées et vomissements induits par les chimiothérapies.
- 1 gélule 125 mg, 1 heure avant la chimiothérapie puis 1 gélule à 80 mg les deux jours suivants (médicament d'exception, prescription à réaliser sur ordonnance spécifique)

En cas d'occlusion fonctionnelle sur carcinose péritonéale :

- On utilise le Scoburen de 40 mg à 200 mg ou la Scopolamine (de 500µg à 5000µg/24 heures en sous-cutanée à la seringue électrique). Elle agit en réduisant les sécrétions intestinales donc supprime ou réduit très notablement les vomissements.
- Pour tenter de lever l'occlusion fonctionnelle: injection de Méthylprédisone (Solumédrol®) (de 120 mg à 500 mg voire 1 g) en bolus IM ou IV une fois par jour le matin pendant 5 jours.

Stratégie thérapeutique des occlusions

Tableau 1 : Stratégie thérapeutique médicamenteuse

Etape 1 :
J1 à J3
Arrêt prises orales + réhydratation IV ou SC
SNG selon besoin

- **Antiémétiques :**
  Halopéridol (**Haldol®**) SC **5 à 15 mg/j** en continu ou **1 à 5 mg/8 h**
  ou Chlorpromazine (**Largactil®**) SC ou IV **25 à 50 mg/j**
  - Sétron Zophren®. *Primpéran CI si occlusion complète : 10 mg à 100 mg/j*
- **Antisécrétoires anticholinergiques :**
  SC ou IV Butylbromure de scopolamine **Scoburen®40 à 120 mg/j**
  (voire 300 mg/j)
  ou Bromhydrate de scopolamine, Scopolamine® 1 mg à 2,5 mg/j
- **Antisécrétoire analogue de la somatostatine :**
  SC ou IV, en première intention si efficacité lors d'un épisode précédent, ou répété chez un patient pouvant encore s'alimenter.
- **Antisécrétoire IPP :** IV continu ou bolus. Voie SC : Oméprazole seul.
- **Corticoïdes :** 5 à 10 jours, Solumédrol : **1 à 4 mg/kg/24 h**, 120 mg à 500 mg/j, **IV en 1 h le matin**, SC en 2 sites ou Dexaméthasone 6 à 100 mg par jour.
- **Antalgiques**

Etape 2 :
J4

- **Si occlusion levée:** diminution ou arrêt des corticoïde et anticholinergique
- **Si occlusion non levée et vomissements persistants :** introduction Octréotide 600 µg/ j IV continu ou SC discontinu ou Lanréotide LP ® 30 mg/ 10 j
- **Si levée partielle de l'occlusion ou contrôle des symptômes :** relai par Octréotide LP® IM ou Lanréotide LP ® 30 mg IM / mois. Associer à la forme LI 7 jours.

Etape 3 :
J7

- Si occlusion non levée et arrêt vomissements : continuer Octréotide LP
- Si échec des traitements : Octréotide 900 µg/j ou indication d'une gastrostomie de décharge ?

Recommandations de bonnes pratiques cliniques (réf. 1)