



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge médicale palliative des syndromes occlusifs sur carcinose péritonéale à l'Institut Paoli-Calmettes en 2021

Camille Martrenchard

► **To cite this version:**

Camille Martrenchard. État des lieux de la prise en charge médicale palliative des syndromes occlusifs sur carcinose péritonéale à l'Institut Paoli-Calmettes en 2021. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04107395

HAL Id: dumas-04107395

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04107395v1>

Submitted on 26 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**État des lieux de la prise en charge médicale palliative des syndromes
occlusifs sur carcinose péritonéale à l'Institut Paoli-Calmettes en 2021**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 11 Mai 2023

Par Madame Camille MARTRENCHARD

Née le 17 août 1994 à Bordeaux (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE GENERALE FST MEDECINE PALLIATIVE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PIRRO Nicolas

Président

Monsieur le Docteur PROUX Aurélien

Directeur

Monsieur le Docteur (MCA) FIERLING Thomas

Assesseur

Madame le Docteur GARRO Marie-Catherine

Assesseur

**État des lieux de la prise en charge médicale palliative des syndromes
occlusifs sur carcinose péritonéale à l'Institut Paoli-Calmettes en 2021**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 11 Mai 2023

Par Madame Camille MARTRENCHARD

Née le 17 août 1994 à Bordeaux (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE GENERALE FST MEDECINE PALLIATIVE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PIRRO Nicolas

Président

Monsieur le Docteur PROUX Aurélien

Directeur

Monsieur le Docteur (MCA) FIERLING Thomas

Assesseur

Madame le Docteur GARRO Marie-Catherine

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

Au Professeur Nicolas Pirro,

Merci de me faire l'honneur présider mon jury de thèse et d'avoir porté de l'intérêt à mon sujet.

Au Docteur Thomas Fierling,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci pour votre investissement au sein du DUMG et pour vos enseignements.

Au Docteur Marie-Catherine Garo,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'espère être à la hauteur pour cette première fois pour toi. Ce fut un plaisir de travailler avec toi et ton équipe, j'ai beaucoup appris et j'espère que nos chemins seront amenés à se croiser de nouveau !

Au Docteur Aurélien Proux,

Merci pour tout chef, merci de m'avoir poussée à faire ce travail, ça aura pris du temps mais grâce à ta bienveillance et ton sens du raisonnement j'y ai presque pris goût ! Je voudrais également te remercier de m'avoir transmis ta curiosité et cet attrait pour les soins pall, je pense que j'ai encore énormément de choses à apprendre et j'espère que tu continueras à me guider dans tout ça, l'aventure ne fait que commencer !

A ma famille :

A mon papa et ma maman, mouymouy et pouypouy, les retraités les plus cools du siècle. Je n'en serais clairement jamais arrivée là sans vous. Merci d'être le meilleur soutien et les meilleurs parents du monde. Quelle chance j'ai d'être votre grand petit fille (ou petit grand fille ?!, enfin j'me comprends). Je vous aime si fort, merci merci merci.

A Fanny, ma grande sœur chérie. A tous nos souvenirs partagés (dont ceux dont je me souviens pas) et à tous ceux à venir. Merci de me supporter depuis toujours, tu es et resteras un exemple pour moi. Merci aussi à ton amoureux Adrien qui a su se fondre parfaitement dans notre famille et y apporter toute sa douceur. Merci à vous deux d'avoir pondu un aussi merveilleux neveu... mon p'tit Milo, qui en un seul sourire nous rappelle à tous à quel point la vie est belle. Hâte de faire la connaissance du prochain numéro, je l'aime déjà. Ma bouille, tu m'es essentielle, je t'aime.

A la famille Martrench', quelle famille de zinzins ! Votre joie et votre bienveillance vous définissent, vous brillez encore plus que le soleil de Massilia. Je suis fière de m'appeler Martrenchard, et j'espère que l'on continuera à partager longtemps de doux moments ensemble.

Spéciale dédicace à mes cousines chéries : ABE ABI ABO !

A la famille Laberdesque, de près ou de loin, avec ou sans les formes, il y a de l'amour dans cette famille et je vous dis merci pour toutes les belles valeurs transmises au pied des montagnes toutes ces années.

A parrain René et Francette, parce que c'est un peu la famille. Merci pour votre soutien, vos merveilleuses conserves et votre présence à ma soutenance ce soir qui me touche beaucoup.
POPOLOPOPOPO POLOPOPOPO POOOOOOOOOPPPPP !!

A Touki et Domi.

Et à tous les amis proches qui m'ont vue grandir, du Béarn, du Bassin ou partout ailleurs.

A mes amis :

A tous les Verdetiens, avec qui j'ai partagé ma tendre enfance entre les champs et le gave puis les premières folies avec le Comité des Fêtes (Nina présidente !! <3). Que de jolis souvenirs !

A India, une de mes plus vieilles et plus fidèle amie. La vie finie toujours par nous réunir, je serai toujours à tes côtés ma poule. Maya Verdana comme on dit !

A Mado, ma Madoline. A nos années danse qui ont forgé une solide amitié. Tu manques à ma vie, mais de Nantes à Marseille, le kiff est toujours là quand je suis avec toi.

A Gaby, ma bouze, le meilleur. A notre folle amitié, à tous ces moments inséparables, à Madrid, à toutes les disputes qu'on a fait subir aux autres. J'espère qu'il y en aura plein d'autres, parce que mine de rien, tu me connais mieux que personne et t'es essentiel à ma life.

A Amandine, ma Didinou. Merci pour cette énergie débordante, en toute circonstance et à toute heure ! On a encore pleins d'aventures à vivre ensemble ma poulette alors prépare toi, maintenant que je suis Docteur, tu vas m'avoir dans les pattes !

A Jacques, mon Jackou chéri. Tu es le petit ange que tout le monde aimerait avoir dans sa vie. Eh bien moi je ne compte pas te lâcher ! On finira par être tous réunis, je ne m'en fais pas. Merci pour ta douceur et ta folie mon Jackou.

A Thomas, mon beau Toto. De Arcachon à La Réunion en passant par le vivarium de Bordeaux, on en aura vécu des belles choses ! Merci pour ces bons moments, merci de m'avoir fait rencontrer Bastien et Nawa, je les ai adoptés dans mon p'tit cœur et je vous souhaite que du bonheur (sympa la rime...).

A Clara W., ma Kikette. La best coloc ever pendant ces dures années, merci d'avoir été là ! A nos apéros, nos pâtes carbos et nos space-cake trop épicés. On s'est bien marrées !

A Sarah, princesse Sarah. A nos années bordelaises, nos voyages et nos cuites entre girls. J'espère qu'il y en aura d'autres, avant que tu repartes vivre je ne sais où... Sois heureuse ma Sarah, tu le mérites !

A Ruben, mon Rubs, le Maziste professionnel. Merci pour tes histoires à rallonge et ta bienveillance. T'es une putain de belle personne mon Rubs, j'espère pouvoir être à tes côtés encore longtemps.

A Clara M., merci d'avoir partagé ce fabuleux voyage à la Réunion avec moi. Ta joie de vivre et ta douceur sont un régal au quotidien. J'espère que l'on pourra se revoir plus souvent ma Clara.

A Clémence, et à Soustons surtout. Merci pour tous ces bons moments entre cops <3.

A Sébastien, Seb, KARAAAATIIII. Merci pour ces fous rires à n'en plus finir.

A tous les autres loustiks de la fac, à nos WEI et nos soirées pas toujours intelligentes.

A Lucie et Philipe, pour votre très bonne compagnie durant la PACES.

A mes pépites Marseillaises :

A Justine, ma Juju, ma première rencontre dans cette nouvelle vie. Merci le destin d'avoir fait de toi la meilleure voisine de chambre et la superbe amie que tu es aujourd'hui. T'es une copilote en or, ne l'oublie jamais. BDL for ever <3.

A Paul A., mon Paulo c'est grâce à toi que j'ai migré de notre tendre sud-ouest vers le soleil Marseillais ! Merci pour ce si bon conseil, et pour tous les autres, c'est délicieux de t'avoir dans ma vie.

A Alix, ma sistah, trop de choses à dire, le coup de foudre de l'amitié. Merci d'avoir si bien compris le personnage et de l'avoir accepté sous toutes ses formes (même en pyjamas robe de chambre épileptiques). A nous et à tous les bons souvenirs passés et à venir !!

A David, merci pour ta générosité et tes belles valeurs (en dehors du foooooot of course). Trop heureuse que nos chemins se soient croisés un jour, je savais que mon côté Zazou te ferait craquer !

A Maud, Maudou doudou, la meuf avec la meilleure répartie de Marseille. T'es une bombe bébé, merci à toi d'embellir notre quotidien. Vivement tes 30 ans qu'on se découpe.

A Morgane, MJ chérie, petite pépité du soleil, tié le sang maintenant, on va pas te lachew !

A Emma, ma partner in crime. Merci pour toutes ces nights endiablées et tous ces moments de vie partagés qui ont fait naître une si belle complicité. T'inquiète même pas, dans 6 mois rien n'aura changé ! Tu vas me manquer, ch'taime ma poule.

A Maxime, Maxou, Clabo, Clabich, le plus gros kiffeur du siècle. Merci de me rappeler à quel point parfois je suis rasoir. Merci pour les KRK. Merci d'être mon pote !

A Marie S., Maria, merci pour tes twerks, pour Quinçon-Esparron, pour tes défilés et autres shows en tout genre. Je suis ta plus grande fan, et j'espère continuer à rire (ou pleurer) à tes côtés toi encore de longues années !

A Mathilde, ma Mathildou, je suis trop trop trop trop trop trop trop trop contente que tu sois mon amie. Tu brilles de mille feux, prends en conscience et arrête de radoter meuf. <3

A Clara M., chouchou d'amour, la douceur incarnée. Mais pas que ! Merci d'être ce que tu es, jackpot d'avoir pu t'avoir avec nous à Gap, maintenant je ne te quitte pluuuuus.

A Lilas, ma Lilette, merci pour ton regard si juste sur la vie. Ta présence m'adouci l'esprit et m'apporte du réconfort. Merci aussi d'oser les coupes de nos rêves à toutes, tié trop guapa amiga !

A Antoine, Tonio Tonito, du sud-est au sud-ouest j'espère bien qu'on pourra encore longtemps partager de bons moments mon pote (avec ou sans narossaise bien sur ;)).

A Marine, merci d'être la voisine la plus cool du siècle ! A nos soirées qui n'en finissent pas, et toutes celles qui vont arriver... T'es une pépité !

A Paul S., toi qui dit toujours être à l'opposé de David, vous vous rejoignez au moins sur un truc : votre générosité et bon votre bon cœur de bisounours. Alors merci pour ça et pour tout le reste !

A Julie P., à tes verres de rosé, nos folies de l'internat et ton doux rire ! Reviens vite avec nous !!

A Alex, mon petit ouistiti, merci la vie pour cette jolie rencontre. Il y a des très belles choses en toi mon petit Alex, oublie le reste. Y vamos a bailaaaar !

A Maxime et Fanny, merci pour votre bonne humeur et votre gentillesse. Il faut qu'on se voie plus souvent. Voilà, c'est dit !

A Marie V., la jolie pharmacienne du 7^{ème}, à toutes les balades qu'on va se faire pour avoir les mollets comme Marine...

A tous les boys and girls (ou sans genre) qui font de cet internat un océan de kiff : Valou, Bachir, Lise, Salomé, Baptiste, Simon, Louise, Luce, Rémi, Amir... Vous êtes des bijoux d'or et de platine.

A tous ceux croisés sur la route du boulot :

Les urgences de la Timone, à nos 7 mois dans l'enfer et les premières belles rencontres !

Aux co-internes qui ont réussi à me supporter ; Clothilde, Loïc, Julie B....

A la team IPC : ma première famille dans le monde du soins pall ! Vous êtes des petites merveilles, merci pour votre accueil si chaleureux et pour le bien que vous faites autour de vous. Qui sait peut être qu'un jour je rejoindrais la team pour de vrai... affaire à suivre ! Gros cœur sur vous !!

A la team Timone : à cette équipe d'infirmières, aides-soignantes et ASH de l'USP qui ont embellis mes journées et m'ont tellement appris. Vous faites un travail fabuleux, je vous tire mon chapeau les miss.

Merci aux docs pour votre confiance et votre bienveillance envers moi.

Merci à Ludo, Damien, Logan et Julie d'avoir accepté de manger la baboss gauchiste féministe que je suis tous les midis. Vous êtes bizarres mais j'ai quand même passé un chouette semestre avec vous, merci !

« Etat des lieux de la prise en charge médicale palliative des syndromes occlusifs
sur carcinose péritonéale à l’Institut Paoli-Calmettes en 2021 »

Table des matières

Table des matières	1
INTRODUCTION	3
PARTIE I. GENERALITES.....	5
I. Les occlusions digestives en cancérologie.....	5
1. Définition et épidémiologie.....	5
2. Deux grands mécanismes à l’origine des occlusions.....	5
3. Physiopathologie	7
II. Focus sur le syndrome occlusif sur carcinose péritonéale.....	7
1. Définition.....	7
2. Diagnostic.....	8
3. Stratégie thérapeutique	10
III. Intérêt de l’étude.....	22
1) Problématiques	22
2) Objectifs.....	23
PARTIE II. MATERIELS ET METHODES	24
I. Schéma de l’étude	24
II. Population étudiée.....	24
1) Critères d’inclusion.....	24
2) Critères d’exclusion	24
III. Sécurité et recueil des données	24
IV. Analyses statistiques des données	25
PARTIE III. RESULTATS	26
I. Caractéristiques des patients	27
1) Sexe	27
2) Age.....	27
3) Pathologie primitive	27
4) Suivi par l’EMSP.....	27
II. La prise en charge initiale.....	28
1) Lieu de la prise en charge.....	28
2) Avis spécialisé.....	28
3) Traitements reçus.....	28

4)	Les différents délais de la prise en charge initiale	30
III.	Les résultats du traitement	32
1)	Proportions du succès au traitement	32
2)	Délais de réussite au traitement	34
IV.	Devenir des patients.....	36
1)	Durée d'hospitalisation	36
2)	Lieu d'orientation	36
3)	Décès	37
	DISCUSSION	40
I.	Discussion des résultats	40
1)	Caractéristiques des patients	40
2)	La prise en charge initiale.....	40
3)	Résultats du traitement.....	42
4)	Devenir des patients.....	43
II.	Limites de l'étude	43
III.	Forces de l'étude	44
	CONCLUSION	46
	ANNEXES.....	47
	LISTE DES ABREVIATIONS	49
	BIBLIOGRAPHIE.....	50

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale est une complication fréquente des patients suivis en cancérologie. A son origine on retrouve des étiologies malignes ou bénignes.

Les occlusions malignes surviennent chez environ 2% des patients atteints de cancers de stade avancé, en particulier lorsque les tumeurs primitives sont abdominales ou pelviennes.

L'apparition d'un tel syndrome peut être le présage d'une maladie en récurrence, ou, qui progresse sur le plan péritonéal. Il est associé à une véritable souffrance pour les patients.

Son diagnostic repose sur l'association d'un tableau clinique et d'une imagerie.

Différents mécanismes sont donc à l'origine de ces occlusions. C'est pourquoi ils relèvent de prises en charge différentes mais quel qu'il soit, les principaux axes de traitements qui pourront être discuté sont chirurgicaux, endoscopiques ou médicamenteux pour lever les occlusions.

La carcinose péritonéale, qui correspond à une dissémination secondaire habituelle de certaines néoplasies comme les cancers colorectaux ou de l'ovaire est l'une des causes de ces occlusions malignes. Survenant souvent chez des patients fragilisés dont le pronostic s'avère mauvais, leur prise en charge reste de nos jours difficiles.

Plusieurs cas de figures se présentent. Si l'obstruction qu'elle provoque est localisée, elle peut être éligible à une intervention chirurgicale ou endoscopique. Cependant, il est rare que l'on se retrouve dans ce cas de figure, la carcinose étant la plupart du temps à l'origine d'occlusions multi-étagées, visualisées à l'imagerie.

Si la carcinose est étendue et si l'état général du patient le permet, un traitement par chimiothérapie peut être débuté ou poursuivi. Il peut permettre d'améliorer considérablement l'atteinte péritonéale et donc une levée du syndrome occlusif.

Enfin si la carcinose est étendue et qu'il est impossible de proposer un traitement local ou un traitement systémique spécifique, les patients souffrant d'occlusions sur carcinose péritonéale étendue peuvent seulement bénéficier d'un traitement médical.

Cette prise en charge médicale, qui fera l'objet de notre étude, s'appuie sur des recommandations de sociétés savantes de médecine palliative. Cependant, il ressort de la littérature qu'il n'existe pas de consensus qui définirait une unique et bonne stratégie thérapeutique. Plusieurs études se sont consacrées à étudier l'efficacité des traitements médicamenteux et il est retenu qu'ils peuvent permettre une amélioration symptomatique voire parfois la reprise d'un transit et le retrait des sondes nasogastriques.

Cependant, de nos jours, la majorité des occlusions intestinales provoquées par des maladies de stade avancé sont signe de mauvais pronostic à court ou moyen terme et relèvent d'une prise en

charge purement palliative. Elles restent un symptôme souvent réfractaire, difficilement contrôlé malgré un traitement médical bien conduit.

Dans le but d'organiser une prise en charge plus confortable pour nos patients et de déterminer une durée acceptable d'expérimentation de nos traitements, il nous a semblé intéressant, à travers ce travail, d'analyser les pratiques de prise en charge de ces syndromes occlusifs sur carcinose péritonéale à l'Institut Paoli-Calmettes chez des patients en situation palliative.

PARTIE I. GENERALITES

I. Les occlusions digestives en cancérologie

1. Définition et épidémiologie

L'occlusion intestinale est un syndrome fréquemment rencontré chez les patients atteints de cancer. Elle correspond à une diminution importante ou à un arrêt complet du transit du contenu digestif intestinal dû à une pathologie qui provoque le blocage de l'intestin. Une maladie néoplasique en tant que telle peut être à l'origine d'occlusion et dans ce cas on parle dans la littérature internationale de *Malignant Bowel Obstruction* (MBO).

Une définition consensus a été élaborée lors de la *International Conference on MBO* en 2007 (1) : Il s'agit d'une preuve clinique ou radiologique d'occlusion digestive, au-delà du ligament de Treitz, chez des patients présentant un cancer intra-abdominal incurable ou une néoplasie primitive extra-abdominale mais associée à une maladie secondaire intrapéritonéale. Cette définition permet de distinguer ces occlusions malignes des autres occlusions pouvant survenir chez les patients atteints de cancers (sur brides post-opératoires, post radiothérapie...) qui ont souvent un meilleur pronostic et une prise en charge différente. (2,3)

Au total, une occlusion digestive maligne survient chez environ 2% des patients souffrant de maladies de stade avancé et son incidence varie selon le type de cancer. Pour les principaux responsables sa fréquence varie par exemple entre 10 et 30% pour les cancers colorectaux, et peut monter jusqu'à 51% pour les cancers de l'ovaire.(4-6)

On peut parler d'occlusion partielle ou complète, uni ou multifocale, sporadique ou persistante. Leur prise en charge peut varier selon des critères cliniques, selon les institutions et selon les pays. La durée moyenne de survie des patients ayant une obstruction maligne de l'intestin varie entre 4 et 5 mois lorsqu'aucun traitement spécifique ne peut être poursuivi. Cette survie moyenne augmente de 8 à 10 mois en cas d'occlusion opérable (2).

2. Deux grands mécanismes à l'origine des occlusions

On retrouve deux grands mécanismes à l'origine de ces syndromes occlusifs en cancérologie, comprenant chacun des étiologies différentes, malignes ou bénignes (résumées dans le *Tableau n°1*).(1,2,4,7)

a. Occlusions fonctionnelles

Il est important de prêter attention et de savoir éliminer des causes fonctionnelles (ou paralytiques) lorsque nous sommes face à une occlusion digestive chez des patients atteints de pathologies oncologiques avancées. En effet, plusieurs facteurs peuvent favoriser l'apparition d'un iléus

fonctionnel, souvent de manière associés :

- une infiltration maligne du mésentère, des 3 couches musculaires intestinales ou des nerfs du plexus cœliaque, mésentérique ou entérique
- une neuropathie paranéoplasique (cancer du poumon)
- iléus post-opératoire
- des troubles métaboliques (hypokaliémie, hypercalcémie, acidose, insuffisance rénale)
- des troubles endocriniens (hypothyroïdie, hyperparathyroïdie...)
- des médicaments (opiacés, psychotropes, anti-histaminiques etc...)
- des évènements satellites (foyer infectieux intra-abdominal, pancréatite aigüe...)
- des facteurs classiques pourvoyeur de constipation : alitement prolongé, apports hydriques et alimentaires insuffisants...

b. Occlusions mécaniques

On distingue deux types d'occlusions digestives mécaniques : d'une part les occlusions mécaniques intrinsèques (ou endoluminales) et d'autre part les occlusions extrinsèques comprenant toutes deux différentes étiologies.

MECANISME	ETIOLOGIE	Commentaires
INTRINSEQUE	Néoplasie intra-luminale	<i>Ex : Cancer colo-rectal</i>
	Sténose sur anastomose	<i>ATCD de chirurgie intestinale</i>
	Sténose ischémique	<i>Artériopathie, ATCD de chirurgie</i>
	Entérite ou fibrose radique	<i>ATCD d'irradiation abdominale</i>
	Corps étranger	<i>Migration de matériel</i>
	Fécalome	<i>Constipation chronique</i>
EXTRINSEQUE	Carcinose péritonéale	<i>Néoplasie métastatique</i>
	Adhésions / Brides	<i>ATCD de chirurgie abdominale, péritonite</i>
	Hernies	<i>Congénitales ou acquises</i>
	Mésentérite sclérosante	<i>ATCD de chirurgie ou de néoplasie</i>
	Syndrome de l'artère mésentérique supérieure	<i>Perte de poids rapide</i>
	Volvulus	<i>Constipation chronique, congénitale</i>

Tableau 1. Principales étiologies des occlusions digestives

3. Physiopathologie

Quel que soit le mécanisme initialement à l'origine de l'occlusion, une fois installée elle s'inscrit dans un cycle auto-entretenu. La distension intestinale provoque une accumulation de fluides et de gaz, qui augmentent la pression endoluminale, le péristaltisme et surtout la sécrétions de médiateurs inflammatoires, vasoactifs et nociceptifs. Il en résulte un œdème et une hypervascularisation de la paroi intestinale qui elle-même contribue à l'hypersécrétion et à une accumulation de fluides et donc à une majoration de la distension abdominale.

De ce processus vont naître des symptômes qui varient en intensité et en rapidité d'apparition selon le niveau de l'occlusion : nausées, vomissements, arrêt des matières et des gaz (lorsque l'occlusion est complète), distension abdominale, douleurs.

Ces douleurs peuvent être de deux types : une douleur continue liée à la distension abdominale ou à la tumeur elle-même, ou bien une douleur sous forme de crampes épisodiques.

II. Focus sur le syndrome occlusif sur carcinose péritonéale

1. Définition

Le péritoine est une membrane séreuse formée de deux feuillets qui recouvre la cavité abdominale et les viscères qu'elle contient. Compte tenu de la surface du péritoine, cette atteinte cancéreuse entraîne l'envahissement de l'ensemble de la cavité abdominale et des organes qui en font partis : le tube digestif, la rate, les organes reproducteurs féminins etc...

Les carcinoses péritonéales (CP) primitives sont rares (pseudomyxome péritonéal, mésothéliome péritonéal, carcinome péritonéal primitif...). Les carcinoses péritonéales secondaires qui correspondent à l'atteinte métastatique du péritoine, sont quant à elles une évolution relativement habituelle pour certains types de maladies tels que le cancer colorectal, de l'ovaire, de l'estomac ou du pancréas.

Les deux tiers des CP sont d'origine digestive, dont plus de la moitié sont d'origine colo-rectale, 20% d'origine gastrique et 20% d'origine pancréatique. Un tiers des CP est d'origine non digestive dont plus de la moitié est d'origine ovarienne. Dans le cancer colorectal, la dissémination péritonéale peut atteindre jusqu'à 30% des patients.

Le pronostic des CP d'origine colo-rectale ou ovarienne est nettement meilleur que celui des CP d'origine gastrique ou pancréatique. (5,8)

Le développement d'une carcinose péritonéale peut être à l'origine de différentes complications autres que les syndromes occlusifs comme une ascite récidivante, des douleurs, une dénutrition (3).

2. Diagnostic

Le diagnostic d'occlusion digestive maligne est un diagnostic clinique, confirmé par une imagerie. Cliniquement, elle apparaît souvent de manière insidieuse car souvent précédée de syndromes dits « sub-occlusifs » où les symptômes sont moins complets et résolus spontanément, dont le rythme et l'intensité généralement se marqueront au fil du temps.

Comme pour tout type d'occlusion intestinale, le diagnostic est suspecté par un ensemble de symptômes qui peuvent s'associer : douleurs, nausées et vomissements, absence de selles et de gaz, anorexie, distension abdominale. Certains éléments de l'anamnèse orienteront le diagnostic de l'occlusion sur carcinose péritonéale : présence d'une ascite associée, maladie multimétastatique, carcinose péritonéale déjà connue, palpation de nodules péritonéaux.

Lorsqu'un interrogatoire et un examen clinique rigoureux sont réalisés il est même parfois possible de préciser le niveau de l'occlusion (*Tableau n°2*).⁽⁴⁾

	Occlusion de l'intestin grêle	Occlusion du colon
Vomissements	Abondants Bilieus et aqueux	Petits volumes Parfois absents Nauséabonds, fécaloïdes
Douleur	Symptôme précoce Zone péri-ombilicale Brèves coliques	Symptôme retardé Zone localisée
Distension abdominale	Parfois absente	Présente
Arrêt des matières et des gaz	Sévère et précoce	Progressive
Anorexie	Toujours	Parfois absente

Tableau 2. Symptomatologie en fonction du niveau de l'occlusion.

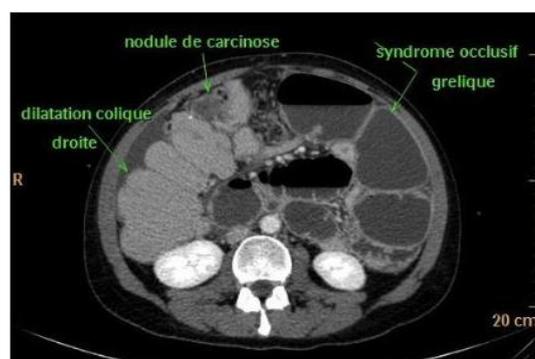
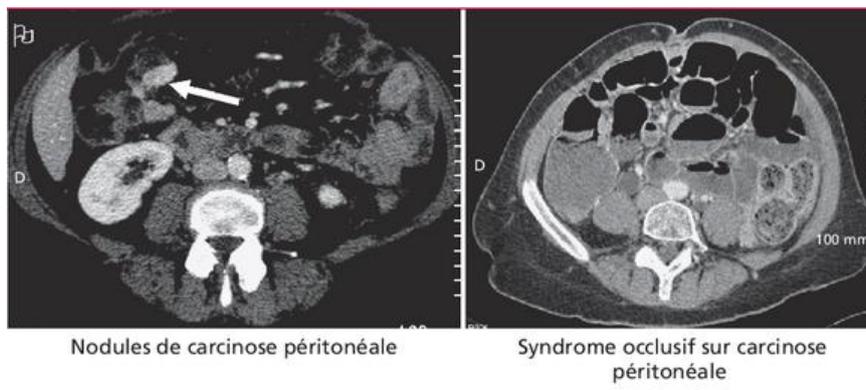
La survenue d'une occlusion digestive sur carcinose péritonéale peut être à l'origine de complications auxquelles les professionnels de santé doivent prêter attention : inhalations provoquées par les vomissements itératifs, volvulus, formation d'un troisième secteur, perforation digestive et péritonites.

Il est important de signaler également qu'au-delà des souffrances somatiques engendrées par ces occlusions, un lourd retentissement psychologique est souvent présent. En effet elles peuvent provoquer de l'anxiété, altère l'image de soi et confronte souvent le patient et son entourage aux questions de l'alimentation et de l'hydratation.

A l'heure actuelle, l'examen paraclinique gold standard à réaliser en cas de suspicion d'occlusion digestive, est la tomodensitométrie avec injection de produit de contraste avec une spécificité et une

sensibilité supérieure à 94%. En effet, plusieurs informations primordiales seront recherchées sur cette imagerie (2,9) :

- Confirmer la présence d'une carcinose péritonéale et signes évocateurs comme des métastases hépatiques, des nodules péritonéaux, des épaissements épiploïques
- Confirmer la présence d'une occlusion
- Préciser le mécanisme
- Evaluer le niveau et l'étendue de l'occlusion : dans la carcinose péritonéale étendue il existe souvent plusieurs sténoses du grêle
- Recherche d'une ascite associée
- Eliminer d'autres causes (entre 15 et 25% des cas des patients atteints de carcinose péritonéale selon les études (2)
- Eliminer une complication, une urgence chirurgicale (perforation, péritonite...)



Cependant, cet examen est moins performant lorsque les lésions de carcinose péritonéale sont diffuses avec des nodules de taille inférieure à 1cm, ainsi que lorsqu'ils se situent au niveau de l'intestin grêle ou du pelvis. L'IRM serait supérieure pour évaluer son extension mais son accessibilité

reste de nos jours trop restreinte pour y avoir recours en première intention. Elle est surtout réservée à l'analyse des carcinomes péritonéaux potentiellement curables chirurgicalement. (3)

3. Stratégie thérapeutique

a) *Prise en charge globale*

Le pronostic des patients ayant une maladie métastatique au niveau péritonéal est depuis quelques années amélioré par de nouvelles techniques de prises en charges telle qu'une chirurgie complète de cytoréduction associée à une chimiohyperthermie thérapie intra-péritonéale (CHIP) lorsque cette atteinte est limitée et qu'une résection R0 peut être envisagée. Cependant, lorsqu'une CP devient symptomatique (notamment par la survenue d'occlusions), elle est signe de maladie avancée et n'est plus accessible à un tel traitement.(10)

Si l'état général du patient le permet, un traitement anti-cancéreux spécifique peut être proposé ou poursuivi et permettre une stabilisation voire régression de la carcinose, évitant ainsi la répétition des occlusions intestinales.

L'ensemble de la littérature s'accorde à dire que la prise en charge des syndromes occlusifs sur carcinose péritonéale requiert une approche individualisée et multidisciplinaire.

Le patient, souvent fragile à ce stade de la maladie, doit autant que faire se peut être intégré à la prise de décision concernant les thérapeutiques à mettre en place. La place des équipes de soins palliatifs est primordiale afin de coordonner au mieux la prise en charge entre les différents acteurs (oncologues, chirurgiens, gastro-entérologues, patient, famille...) et de proposer aux malades et leurs familles un projet de soins acceptable. (11)

Lorsqu'aucun traitement spécifique n'est envisageable (chirurgical ou par chimiothérapie), la stratégie thérapeutique employée dépendra de différents facteurs. Tout d'abord elle dépendra de l'atteinte en elle-même : localisation, étendue, accessibilité. Ensuite, et surtout, elle s'appuiera sur une évaluation globale du patient et sur ses objectifs individuels de prise en charge : pronostic de la maladie, état général (évalué à l'aide de différentes échelles comme l'échelle ECOG, l'échelle de performance de Karnofsky), état nutritionnel, souhaits du patient et de sa famille etc... (12)

Bien souvent, ces occlusions surviennent dans un contexte de maladie avancée chez des patients présentant d'autres comorbidités, et dont l'espérance de vie est limitée. L'objectif principal de la prise en charge est de pallier au mieux à la symptomatologie et d'optimiser la qualité de vie de ces patients : permettre si possible une reprise d'alimentation orale plaisir, contrôler les symptômes,

laisser le choix au patient de son lieu de prise en charge, tout en évitant au maximum le passage par des services de soins aigus. (1–5).

Lorsque la stratégie thérapeutique est établie et correctement expliquée au patient, elle n'est pas toujours incompatible avec un retour à domicile, en collaboration avec différents acteurs de soins (réseaux, hospitalisation à domicile, équipe d'infirmiers libéraux, prestataires de service).

Afin de présenter aux mieux les enjeux de cette prise en charge palliative des syndromes occlusifs nous pouvons catégoriser les différentes options thérapeutiques en 4 groupes : les traitements chirurgicaux, les traitements endoscopiques, les interventions décompressives et les traitements médicamenteux.

En 2021, une revue systématique de la littérature a été réalisée par *Madariaga & al.* de la *Multinational Association or Supportive Care in Cancer (MASCC)* afin d'établir des recommandations sur la prise en charge de ces occlusions digestives en soins palliatifs. Pour chaque traitement évoqué dans notre travail nous indiquerons quelles étaient les conclusions de cet article en termes de niveau de preuve et de grade de recommandation. Les critères de chaque niveau et grades sont détaillés dans *l'Annexe n°1*. (13)

b) Traitements chirurgicaux

Les traitements chirurgicaux ont pour but de lever les syndromes occlusifs, permettant ainsi d'améliorer la qualité de vie de nos patients. Cependant, les bénéfices d'une telle chirurgie sont controversés par une possible morbidité et mortalité augmentée en péri-opératoire. Cette option thérapeutique est donc en général réservée à des patients minutieusement sélectionnés présentant un état général conservé, une extension de la maladie péritonéale limitée et une obstruction localisée, elle reste de nos jours exceptionnelle.

Différentes interventions peuvent être proposées à visée palliative :

- Résection avec anastomose en un temps, avec ou sans colostomie ou iléostomie temporaire
- Ileostomie ou colostomie : peuvent être notamment proposées aux patients à risque de perforation digestive
- Bypass ou chirurgie de cytoréduction : pour des patients très sélectionnés

Outre les effets délétères directs de la laparotomie et de l'anesthésie, les suites chirurgicales sont à haut risque de complications, altérant considérablement la qualité de vie de nos patients. (14,15)

Toutes les études publiées sont convergentes et démontrent qu'un traitement médical bien conduit offre dans la grande majorité des cas une qualité de vie supérieure ou égale à un traitement chirurgical. Dans une méta-analyse publiée en 2016, les résultats étaient hétérogènes, avec une résolution clinique du syndrome occlusif dans 26 à 68 % des cas en post-opératoire, une reprise de l'alimentation orale dans 30 % à 100 %, et une récurrence du syndrome occlusif dans 10 à 63 % des cas. La mortalité post-opératoire reste élevée, de 9 à 40% et le taux de complication important (9 à 90%). (16)

Il n'existe à l'heure actuelle pas de consensus sur les contre-indications chirurgicales mais différentes études se sont intéressées aux facteurs de mauvais pronostic parmi lesquels : un âge avancé, un mauvais état général (OMS 3 ou 4), un mauvais état nutritionnel, plusieurs niveaux d'occlusion présents, antécédent de radiothérapie abdominale, ascite, masse abdominale palpable, maladie multimétastatique, dysfonction rénale ou hépatique.

c) Traitements endoscopiques

Si le patient n'est pas un bon candidat pour une intervention chirurgicale ou qu'il la refuse, la mise en place d'une endoprothèse par voie endoscopiques pour des obstructions proximales peut se discuter.

Les prothèses digestives sont à l'heure actuelle proposées aux patients présentant un unique et court segment obstrué, présentant état général intermédiaire et une espérance de vie intermédiaire (entre 30 et 60 jours). En effet, la pose de prothèses endoluminales par voie endoscopique peut permettre de lever certaines occlusions sur carcinose, si l'obstacle a été bien identifié (sténose unique) et est accessible en endoscopie (duodénum-jéjunum proximal et pour le colon distal, à plus de 10 cm de la marge anale).

Elles sont dans la pratique préférées à une prise en charge chirurgicale car elles présentent un meilleur taux de réussite et moins de complications. Elles permettent également un retour à domicile plus rapidement et diminuent le recours aux milieux de soins aigus. Cependant elles ne peuvent être indiquées en cas de perforation digestive.(17)

Les poses de prothèses duodénales ont par exemple montré un taux de levée d'occlusion pouvant aller jusqu'à 90% aussi bien sur des occlusions sur tumeur primitive comme sur carcinose péritonéale.

Les principales complications peuvent être une perforation intestinale (entre 1 et 4%), une migration du stent (entre 8 et 12%), une ré-obstruction intra-prothétique (pouvant survenir dans 40% des cas), une hémorragie ou simplement un dysfonctionnement de ce dernier avec une incapacité à lever la

sténose. (3–6)

La mortalité post-opératoire varie entre 3 et 9%. (18)

Palliative surgery and stent

Self-expanding metallic stents are the preferred alternative for the management of single-level large bowel obstruction when technically feasible and in the absence of colonic perforation.	II	B
In the case of a multi-level obstruction, palliative surgical intervention may be considered in a highly selected population.	IV	B
Patients with advanced cancer that undergo palliative surgery for MBO are at high risk of surgical complications, and less invasive surgical interventions should be considered.	IV	B

d) Le traitement médical

Lorsqu'aucune des deux options thérapeutiques présentées précédemment n'est réalisable ou qu'un temps est nécessaire pour que les équipes décident de la stratégie thérapeutique à adopter, la prise en charge médicale devient alors la forme principale des soins. Elle est moins invasive et reste la pierre angulaire de la prise en charge d'un syndrome occlusif sur carcinose péritonéale. Ce traitement correspond à l'instauration de différents médicaments mais aussi dans certains cas à la mise en place d'une sonde nasogastrique. Du fait des nausées, vomissements et du dysfonctionnement du tractus gastro-intestinal, la voie parentérale sera préférée pour l'administration des différentes molécules.

Il est décrit dans la littérature que grâce à ce traitement, les syndromes occlusifs peuvent être levés jusque dans un tiers des cas dans les 7 jours mais qu'une nouvelle occlusion survient dans 72% des cas.

Interventions	Level Evidence	Grade
Anti-emetics		
The benefit of anticholinergics (hyoscine butylbromide) may be inferior to octreotide to reduce vomiting in MBO.	III	D
Haloperidol, a butyrophenone antipsychotic, may be an effective anti-emetic in MBO, particularly for complete MBO.	IV	B
Dopamine antagonist prokinetic drugs (e.g., metoclopramide, domperidone) may be effective for the management of nausea, vomiting and restoring bowel transit time in partial MBO. Due to the potential increased risk of bowel perforation, it likely should be avoided in complete MBO.	III	B
Histamine H ₁ antagonists, (e.g., dimenhydrinate, cyclizine) may be an effective anti-emetic in complete MBO.	IV	D
Phenothiazines (e.g., chlorpromazine) may reduce nausea and vomiting in MBO.	IV	D
Granisetron, serotonin (5HT ₃) antagonist may reduce nausea and the frequency of vomiting in MBO.	III	D
Somatostatin analog (octreotide, lanreotide) may reduce vomiting in MBO	I	A
Thienobenzodiazepene antipsychotic (e.g., olanzapine) may reduce nausea and vomiting in MBO.	IV	D
Laxatives		
Oral osmotic laxatives should be considered in the management of impaired bowel movements in partial bowel obstruction but should be avoided in complete MBO.	V	D
Analgesics		
Opioids are commonly used to treat pain associated with MBO, but there is no evidence to support their use.	V	D
The benefit of anticholinergics (hyoscine butylbromide) may be effective to reduce abdominal pain in MBO.	III	D
Corticosteroids		
The use of steroids may help with the acute symptoms of MBO and can be used for short-term benefits.	III	B

Le *Tableau n°3* résume les posologies recommandées par l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) pour l'utilisation des principales molécules.

▪ Les antiémétiques :

Les nausées et vomissements affectent 30 à 70% des patients présentant un syndrome occlusif (4). Leur contrôle inclut règles hygiéno-diététiques : privilégier les aliments froids et lisses en petites quantités, à consommer de manière fractionnée. Certains facteurs

associés qui peuvent exacerber cette symptomatologie et sont à éviter tels qu'une hypercalcémie, une ascite importante, une hypertension intra-crânienne, la douleur, une anxiété majeure.

Les principales molécules dont l'efficacité a été étudiée dans ce contexte sont :

- *Antagonistes de la dopamine* : Alizapride (Plitican) ou Metocopramide (Primperan), Dompéridone (Motilium) : Ces molécules stimulent la motilité gastrique intestinale. Ils sont donc à éviter en cas de suspicion d'occlusion complète car il existe dans ce cas un risque de majoration des symptômes voire une perforation digestive. (19)
- *Neuroleptiques* : Haloperidol (Haldol) : ce neuroleptique est l'une des molécules les plus utilisées pour son effet antiémétique puissant et prouvé son efficacité notamment dans les occlusions complètes. (20–22)
- *Phénothiazines* : Chlorpromazine (Largactil), Metopimazine (Vogalène)
- *Antagonistes des récepteurs 5 HT3 à la sérotonine* : Odansétron (Zophren). Peu d'études à ce jour confirment son efficacité sur les nausées et vomissements liés à une MBO.

▪ Les antisécrétoires :

Ils sont le pilier du traitement médical car ils permettent une diminution de l'œdème et de l'hypersécrétion intraluminaire.

Les anticholinergiques :

Le butylbromure de scopolamine (Scoburen) est utilisé pour ses effets antisécrétoires mais a aussi un effet antispasmodique important, qui aide au contrôle de la douleur. Il peut être administré en continu ou en discontinu (3 fois par jour). Il est à différencier de la scopolamine qui n'est plus recommandée dans cette indication car trop sédatrice.

Les effets secondaires principaux de cette molécule sont en lien avec son action anticholinergique : sécheresse buccale, tachycardie, troubles de l'accommodation visuelle...

Les analogues de la somatostatine :

L'ocréotide (Siroctid, Sandostatine) a pour but d'inhiber l'activité du polypeptide intestinal vasoactif dans l'intestin réduisant ainsi les sécrétions dans la lumière mais aussi de diminuer le flux sanguin, ce qui permet de réduire indirectement l'œdème de la paroi ainsi que le péristaltisme.

Il est aujourd'hui le traitement le plus étudié et le plus utilisé comme anti-sécrétoire. Son efficacité est démontrée supérieure par rapport aux placebos ou aux dérivés de la scopolamine sur les nausées, les vomissements, le retrait de la SNG ainsi que sur la réduction des sécrétions. (23–25)

L'ocréotide existe sous deux formes. Tout d'abord, la forme à libération immédiate, utilisée par voie sous-cutanée ou par voie intraveineuse, en continu ou discontinu. La deuxième est une formule dite à libération prolongée, injectée une fois par mois en intra-musculaire. L'AFSOS préconise un chevauchement de 6 jours avec la forme à libération immédiate. (1,2,4,7)

Une autre molécule de la même famille existe mais son efficacité est moins étudiée dans ce contexte : Le Lanréotide : il comprend une formule à libération immédiate et à libération prolongée. Il s'administre par injection intramusculaire tous les 10 jours. (26)

Bien que l'efficacité des analogues de la somatostatine ait été montrée supérieure à celle des anticholinergiques, leur coût élevé fait que certains experts recommandent leur utilisation après échec du Scoburen. Cependant, leur cible d'action étant différente, la SFAP indique que leur association peut avoir un effet additif sur la symptomatologie.(4,27)

- Les inhibiteurs de la pompe à proton et les antagonistes des récepteurs à l'histamine :

Ces deux types de molécules ont un effet sur la diminution des sécrétions et de la distension gastrique. *Clark & co* ont démontré dans une étude que la Ranitidine avait un effet supérieur sur la réduction des sécrétions gastriques. Cependant plusieurs sociétés savantes en France recommandent l'usage en routine des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) tels que le Pantoprazole ou l'Oméprazole.

- Les corticoïdes :

Leur rôle est complexe et non complètement compris. Il semblerait qu'ils diminuent la réponse inflammatoire et l'œdème liés à l'occlusion digestive et qu'ils aient également un effet indirectement antiémétique et analgésique.

La posologie optimale n'est pas clairement établie dans la littérature internationale et la molécule

qui est la plus étudiée est la Dexaméthasone. Certains experts recommandent que la corticothérapie soit suspendue en cas d'inefficacité sur la symptomatologie au bout de 3 à 5 jours. (28)

- Les laxatifs :

Aucune étude n'a étudié spécifiquement leur usage dans ce contexte. Cependant, en cas d'occlusion incomplète, les laxatifs osmotiques peuvent être utilisés. Les laxatifs stimulants quant à eux doivent être évités car ils risquent d'induire ou d'exacerber les coliques intestinales. De même, les lavements ne sont pas recommandés car pourvoyeurs de perforation intestinales. (29,30)

- Les antalgiques :

Comme indiqué précédemment, la douleur dont souffrent les patients présentant une occlusion intestinale maligne est souvent multifactorielle et complexe avec une part de coliques liées à l'obstruction, superposées aux douleurs liées à l'invasion de la maladie. Elle est ressentie par 70 à 90% des patients et peut être intermittente ou continue.(31)

Il n'existe pas de différence en termes d'efficacité et de sécurité entre la voie sous-cutanée et la voie intraveineuse pour l'administration des antalgiques.

Les opioïdes sont le pilier de la prise en charge des douleurs cancéreuses modérées à sévères. Même si aucune étude n'a étudié spécifiquement leur utilisation dans cette situation, ils restent le traitement le plus communément utilisé pour pallier aux douleurs provoquées par l'occlusion maligne. Leur instauration se fera par titration avec mise en place d'une seringue électrique associée à des bolus ou par PCA (Patient Controlled Analgesia). (32)

TRAITEMENT	POSOLOGIE
CORTICOIDES	
<i>Méthylprednisolone</i>	1 à 4 mg/kg/j IV ou SC
<i>Dexaméthasone</i>	0.25 à 1mg/kg/j IV ou SC
ANTISECRETOIRES	
<i>Anticholinergiques (ex : Scobuen)</i>	20 à 40 mg/8h ou 60 à 120mg/24h PSE IV ou SC
<i>Analogue de la somatostatine</i>	
- <i>Libération immédiate (ex : Siroctid)</i>	300 à 900 µg/24h PSE IV ou SC
- <i>Libération prolongée (ex : Ocréotide LP)</i>	20 à 30mg 1/mois, IM, chevauchement 6j
- <i>Retard (Lanréotide)</i>	30mg 1/10jours, IM
ANTI-EMETIQUES	
<i>Metopimazine (Vogalène)</i>	10 à 20 mg/j IV
<i>Haloperidol (Haldol)</i>	5 à 15mg/j SC ou IV
<i>Chlorpromazine (Largactil)</i>	25 à 50 mg/j SC ou IV
<i>Alizapride (Plitican)</i>	2 à 5 mg/kg/j
<i>Meoclopramide (Primperan)</i>	30 à 60mg/j IV ou SC (occlusion incomplète)
<i>Odansétron (Zophren)</i>	4 à 8mg/j IV
IPP	
<i>Pantoprazole</i>	40 à 80 mg/j IV
<i>Oméprazole</i>	40 à 80 mg IV ou SC

Tableau 3. Principaux traitements et leurs posologies

- La sonde nasogastrique :

La pose d'une sonde nasogastrique (SNG) en aspiration douce est recommandée en cas d'inhalation ou de vomissements itératifs répétés mais ne doit pas être imposée d'emblée. Elle peut donc faire partie du traitement médical initial mais son maintien sur une trop longue durée est associé à des effets secondaires néfastes : sinusites, érosion du cartilage nasal, inhalation, œsophagite, saignements. (4,7,33)

Les différentes sociétés de médecine palliative recommandent de réévaluer régulièrement son indication selon les pertes, l'état clinique et les souhaits du patient.

L'AFSOS propose par exemple que soit discuté une mise en siphonage de la sonde lorsque le volume d'aspiration est inférieur à 500mL et d'envisager un retrait s'il est inférieur à 500mL pendant plus de 48h.

La nécessité du maintien d'une aspiration implique que le patient ne puisse poursuivre la prise en

charge à son domicile. Il sera donc primordial de discuter rapidement dans ces cas là d'une autre stratégie thérapeutique en fonction des souhaits du patient.

e) Gastrostomie de décharge

Lorsque le traitement médical initial n'a pas eu l'efficacité escomptée au bout de 48-72h, beaucoup d'auteurs encouragent qu'il soit discuté, pour les patients porteurs d'une SNG, la mise en place d'une gastrostomie de décharge par voie percutanée radiologie, endoscopique ou chirurgicale. La plus pratiquée dans ce contexte d'occlusion en soins palliatifs est la méthode endoscopique. (34–36) Grâce à cette technique, la symptomatologie peut être contrôlée chez 84 à 92% des patients et peut même permettre la reprise d'une alimentation orale de plaisir. La sonde de gastrostomie est clampée pendant les repas et le reste jusqu'à que le patient signale un inconfort ; elle est alors déclampée, mise en décharge par simple gravité sur un sac, sans aspiration.

La gastrostomie décompressive est donc une pratique qui peut s'ajouter au traitement médicamenteux chez les patients non éligibles à une prise en charge chirurgicale ou endoscopique de type prothèse.

Les principales complications à la suite d'une pose de gastrostomie, sont des fuites ou infections péristomiales (5%), une migration du cathéter ou une obstruction de celui-ci, des douleurs. Rarement, il peut également survenir des complications majeures (1 à 4%) comme une perforation, une péritonite, une hémorragie. La présence d'une ascite n'est pas une contre-indication absolue à cette intervention, cependant, il apparaît plus raisonnable qu'un drainage soit réalisé auparavant afin de réduire le risque de complication. (4,22).

Son indication doit être discutée précocement pour qu'elle en soit d'autant plus utile et limiter le risque de complications. (37)

Bowel decompression

Nasogastric tube may be used for temporary decompression in acute MBO.	V	D
Endoscopic or percutaneous gastrostomy tube may be used for gastric decompression in MBO.	IV	B
Percutaneous transesophageal gastro-tubing may be used for gastric decompression in MBO.	IV	C

f) La place de l'hydratation et de l'alimentation

En fin de vie, la sensation de faim est inconstante et la prise alimentaire est naturellement réduite. L'objectif du maintien de l'alimentation orale est le plaisir et le confort du patient, plus que l'apport nutritionnel. Lors de la prise en charge initiale, il est recommandé que le patient soit laissé à jeun

puis, qu'en fonction de la résolution de l'occlusion et de la tolérance, une alimentation soit progressivement reprise à base de liquides et d'aliments sans résidus, principalement lisses. L'utilité d'une nutrition parentérale dans ce contexte est controversée. Elle est le plus souvent inutile car ses inconvénients sont supérieurs aux avantages escomptés, en particulier lorsque la durée de survie prévisible est courte. Elle n'est indiquée que chez un petit nombre de patients jeunes, en bon état général (PS OMS < 2), dont la durée de survie prévisible est supérieure à 3 mois ou ceux bénéficiant d'une poursuite de traitement par chimiothérapie. Cependant, en fonction du contexte socioculturel, la question de l'alimentation est souvent un point complexe à aborder avec le patient et sa famille, sa poursuite pouvant améliorer la qualité de vie du patient. (38,39)

La question de l'hydratation des patients en fin de vie est elle aussi controversée. Les besoins hydriques sont très réduits en fin de et le plus souvent, la déshydratation des malades en phase terminale n'est pas douloureuse ou gênante. L'hydratation parentérale ne prolonge pas la survie, mais accentue les problèmes de rétention, de sécrétions bronchiques et les besoins d'aspiration. De plus, l'intensité de la soif et de la sécheresse de bouche n'est pas influencée par le volume d'hydratation orale ou parentérale. La sécheresse buccale peut être contrôlée par des soins locaux (bains de bouche, glaces, ananas...) qu'il conviendra de réaliser avec attention. (40,41)

Nutrition

When a patient is initially diagnosed with MBO, they should be made Nil Per Os (nothing by mouth), and then when the acute MBO resolves fully or partially, a symptom led, slow and graded reintroduction to oral diet is recommended. This may include clear fluids, free or full fluids, texture modified low fiber diet (soft, minced, and pureed), and if tolerated back to normal textured low fiber diet.	IV	B
Nutrition interventions should be initiated in patients with advanced cancers only where the benefits of these interventions on quality of life and survival outweigh the risks, with clear expectations discussed by a multidisciplinary team with patients and families.	IV	B
Parenteral hydration does not prevent or improve symptoms, such as thirst or dry mouth, nor does it increase survival, and in excessive amounts, it may bring on fluid overload, peripheral, and pulmonary edema.	III	B
Parenteral hydration should not be initiated routinely in the last days of life.	III	B
Home parenteral nutrition may be beneficial and maintain the quality of life in a very selected group of patients with MBO.	IV	D
Central venous access is preferred for home parenteral nutrition delivery.	III	B
In an end-of-life home, parenteral nutrition should be discontinued (or not initiated) as it raises the risk of complications and may prolong suffering.	V	D

g) Soutien psychosocial

Les bénéfices de l'intégration d'un soutien psychologique et des soins de support pour les patients en fin de vie et leurs familles sont nettement décrits dans la littérature. Cependant, peu d'écrits s'intéressent spécifiquement au contexte particulier des MBO.

Nous pouvons néanmoins relever quelques éléments de pratique importants qui seront le fruit d'une meilleure prise en charge : établir une communication claire entre le corps médical et le patient afin que ce dernier soit acteur et décisionnaire de ses thérapeutiques, promouvoir une approche

multidisciplinaire avec notamment l'intervention précoce d'une équipe spécialisée de soins palliatifs, s'efforcer de réaliser une évaluation globale du patient afin de pouvoir mettre en place des soins de supports adaptés selon le contexte. (16,42,43)

La *Figure n°1* ci-après résume les différentes étapes de la stratégie thérapeutique à adopter face à ces occlusions sur carcinose péritonéale.

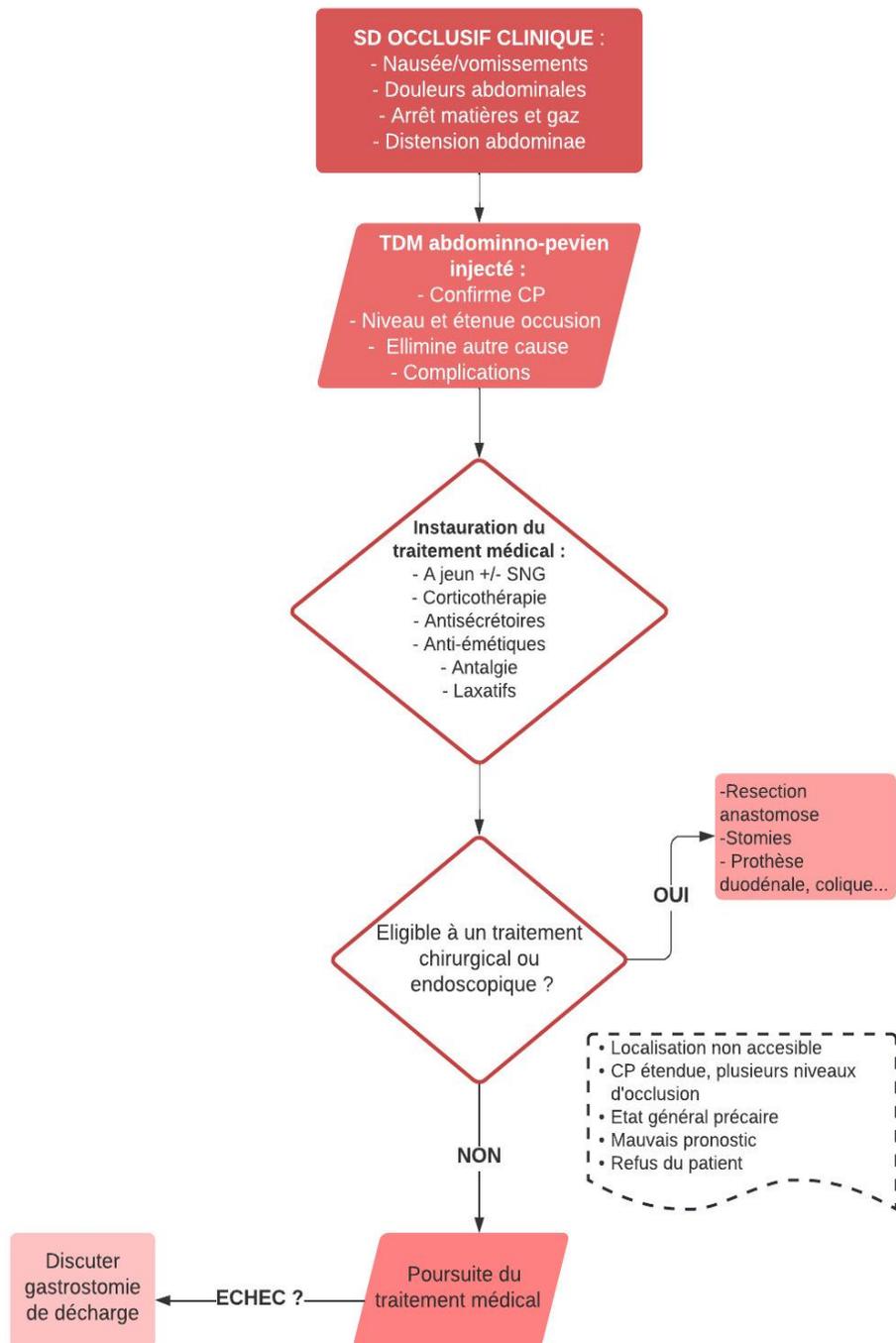


Figure 1. Stratégie thérapeutique

III. Intérêt de l'étude

1) Problématiques

La prise en charge médicale des occlusions intestinales malignes sur carcinose péritonéale se heurte à différentes problématiques qui retiennent considérablement sur la qualité de vie de nos patients.

Premièrement, la mise en place d'une sonde nasogastrique est source d'inconfort par les complications qu'elle peut engendrer (physiques comme psychologiques) mais aussi par la dégradation de l'autonomie qu'elle provoque. En effet lorsque l'utilisation de la sonde requiert un système d'aspiration, les mobilisations et déplacements sont limités et le retour à domicile impossible.

Lorsque la prise en charge médicale ne parvient pas à se libérer de la SNG, pour éviter un maintien prolongé de celle-ci, nous avons vu dans la première partie qu'il est possible de mettre en place une gastrostomie de décharge par voie percutanée ou par voie chirurgicale.

Cependant, plusieurs freins semblent avoir contribué à l'abandon de cette pratique dans le centre de l'Institut Paoli-Calmettes. En effet, bien que la présence d'une ascite ou d'une carcinose péritonéale ne soient pas des contre-indications absolues à la gastrostomie, elles rendent le geste difficile pour nos opérateurs. De plus, nous sommes face à environ 50% de patients qui présentent au décours des complications locales de manière précoce comme des saignements, des douleurs, des infections, une extériorisation du liquide gastrique, une migration ou une obstruction du tube...

Un autre problème notable vient de la réitération des occlusions qui sont susceptibles de conduire à des admissions en urgence en centre de soins ainsi qu'à des séjours d'hospitalisation prolongés. Or, pour ces patients en situation palliative, le maintien d'une qualité de vie acceptable est l'un des objectifs principaux de la prise en charge et cela passe notamment par le choix du lieu de prise en charge par le patient et son entourage. Différentes options d'orientation de nos patients existent ; nous avons les Unité de Soins Palliatifs (USP), un retour à la maison avec une prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD), en coordination avec des acteurs libéraux, des prestataires ou des réseaux de soins palliatifs par exemple.

De ces éléments sont nées plusieurs réflexions autour de la prise en charge médicale des patients en soins palliatifs hospitalisés pour syndrome occlusif dans le cadre d'une carcinose péritonéale à l'IPC. Nous avons souhaité à travers ce travail faire un état des lieux global de cette prise en charge afin d'en appréhender les composantes et d'estimer un délai au bout duquel nous pourrions considérer ce traitement comme un échec.

En effet, si nous parvenions à percevoir un délai au bout duquel la prise en charge médicale semble inefficace, nous pourrions reconsidérer de manière plus précoce les projets thérapeutiques de nos patients : discuter d'éventuels candidats éligibles à la pose d'une gastrostomie de décharge ou les orienter vers des unités de soins palliatifs compétentes dans la prise en charge de tout symptôme réfractaire, notamment pour ces patients au pronostic sombre.

Par ailleurs, les différentes études qui se penchent sur l'efficacité du traitement médical restent de nos jours de faible puissance et sont difficile à interpréter dans le sens où la définition de la réussite du traitement est variable entre elles.

De notre point de vue et de par l'expérience de nos pratiques, nous avons voulu nous intéresser principalement à l'effet de ces thérapeutiques en termes d'efficacité sur une reprise ou non d'un transit ainsi que sur la possibilité de retrait ou non des SNG. En effet ces deux paramètres semblent être les principaux auxquels prêtent attention les praticiens pour juger de l'efficacité et décider des adaptations thérapeutiques.

2) Objectifs

L'objectif de ce travail de thèse est d'étudier les modalités de la prise en charge médicale des occlusions sur carcinose péritonéale à l'IPC en 2021 et d'observer quels en étaient les résultats sur le transit, le port de la SNG, le devenir et la survie.

PARTIE II. MATERIELS ET METHODES

I. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective. Elle est monocentrique, réalisée à l'Institut Paoli-Calmettes, centre de lutte contre le cancer situé à Marseille dans les Bouches-du-Rhône, en France.

II. Population étudiée

1) Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les patients majeurs qui, sur un séjour d'hospitalisation à l'IPC en 2021 ont présenté une occlusion intestinale sur carcinose péritonéale traitée médicalement par l'association d'au moins une corticothérapie et d'un antisécrétoire (Scoburen et/ou Siroctid).

Le diagnostic était établi par la clinique associée à une imagerie récente qui attestait de la présence d'une carcinose péritonéale et qui pouvait éliminer les autres causes d'occlusion.

2) Critères d'exclusion

Nous avons exclu de l'étude les patients suivis à l'IPC pour une pathologie hématologique, ceux pour qui un traitement par chimiothérapie était en cours (dernière cure il y a moins d'une semaine avant l'occlusion ou envisagée), les syndromes occlusifs liés à une autre étiologie et ceux pouvant relever d'une prise en charge (chirurgicale ou endoscopique).

III. Sécurité et recueil des données

L'étude a été acceptée par l'Institutional review board de l'Institut Paoli Calmette sous le nom OCCLUSP-IPC-2022-016. Devant le caractère rétrospectif, une dispense de consentement a été autorisée pour le recueil de données.

Tous les séjours hospitaliers de l'année 2021 comportant le codage « Syndrome occlusif » ont été extraits.

Au sein de la liste de patients extraite, il existait des doublons, c'est-à-dire des patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises dans un contexte d'occlusion quel qu'en soit l'origine sur l'année 2021. Lorsqu'un doublon pouvait correspondre aux critères d'inclusion de notre étude, nous avons choisi de n'étudier que le premier épisode survenu en 2021.

Pour recueillir ensuite nos données, nous avons pour chaque séjour qui nous intéressait parcouru les observations médicales et paramédicales, les comptes rendus d'hospitalisation, les comptes rendus d'imagerie et les prescriptions. Le logiciel Excel a été utilisé pour assembler nos résultats.

Certaines informations n'ont pas pu être accessibles et nous avons pris en considération ces données manquantes dans l'analyse de nos résultats.

La date de suspicion de l'occlusion digestive n'est pas toujours la date d'entrée du patient au niveau de l'institut (le motif d'hospitalisation pouvant avoir été initialement un autre). Le jour de la suspicion de syndrome occlusif correspond donc au jour où le praticien avait tracé dans le dossier médical des éléments cliniques en faveur et évoque cette hypothèse diagnostique.

Le JO de l'instauration du traitement médicamenteux a été considéré comme le jour où le patient a bénéficié simultanément des 2 traitements requis dans nos critères d'inclusions (corticothérapie et au moins un antisécrétoire).

Nous avons choisi de définir comme reprise d'un transit l'émission de selles et de gaz sur une durée supérieure à 3 jours. En effet, pour une grande partie de nos patients, le retour d'un transit pouvait survenir de manière temporaire, sans que cela ne prévaille sur un succès à plus long terme. Par exemple, il est fréquent qu'il soit noté dans le dossier médical qu'un patient ait eu un épisode de selles, puis de nouveau une absence totale de matières et de gaz par la suite, et un tableau d'occlusion toujours présent.

IV. Analyses statistiques des données

Nous avons choisi d'utiliser pour décrire nos résultats des moyennes associées à des écarts-types, des médianes et leurs espaces interquartiles. Les courbes de survies ont été réalisées avec des courbes de Kaplan-Meier et la comparaison entre 2 groupes de patients faite à partir d'un test du LogRank.

Les données ont été analysées avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences (Version 26 ; SPSS, Armonk, New York).

PARTIE III. RESULTATS

La liste que nous avons pu extraire grâce au codage comportait 600 séjours. Après analyse des dossiers de ces patients, 53 patients ont finalement été inclus dans notre étude. Les raisons d'élimination des 547 autres séjours sont les suivantes :

- Absence d'occlusion intestinale retrouvée dans le dossier
- Patient suivi à l'IPC pour une pathologie hématologique
- Autre étiologie à l'origine de l'occlusion (post radiques, brides, sténoses tumorales, iléus réflexes)
- Accessibilité à une prise en charge chirurgicale (sténoses, brides...)
- Accessibilité à une prise en charge endo-prothétique (prothèses coliques, prothèses duodénales)
- Chimiothérapie en cours
- Traitement médical incomplet (corticothérapie seule, résolution spontanée des symptômes)
- Récidive dans la même année

La *Figure n°2* ci-après résume le tri initial de la liste des séjours obtenue initialement.

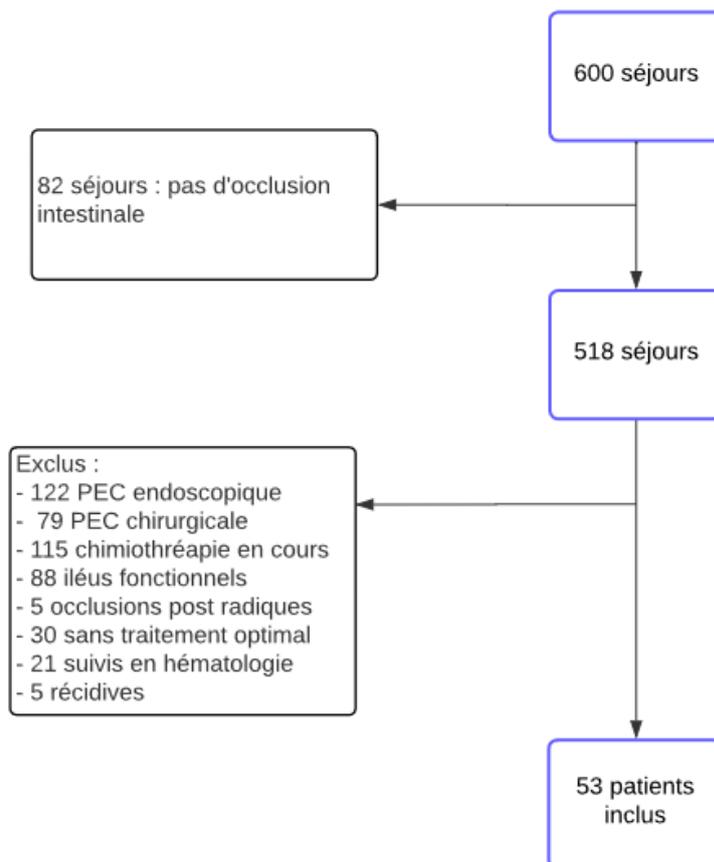


Figure 2. Flow chart

I. Caractéristiques des patients

Ces données sont résumées dans le tableau ci-après (*Tableau n° 4*).

1) Sexe

68% des patients ayant été inclus dans l'étude étaient de sexe féminin (n=36).

2) Age

L'âge moyen des patients était de 62 ans (*écart-type 14*).

3) Pathologie primitive

Les principaux cancers primitifs à l'origine de carcinose péritonéale et donc du syndrome occlusif dans notre étude étaient digestifs (n=30 soit 57%) ou gynécologiques bas (n=18 soit 34%).

Parmi les cancers digestifs on retrouve par ordre de fréquence décroissant les cancers colorectaux (n=13), les cancers de l'estomac (n=7), du pancréas (n=6), des voies biliaires (n=2), du duodénum (n=1) et de l'œsophage (n=1).

En ce qui concerne les cancers gynécologiques, il s'agissait pour la grande majorité de cancers de l'ovaire (n=14). On retrouve aussi des cancers de l'utérus (n=2), de l'endomètre (n=1) et du col utérin (n=1).

D'autres cas plus rares de cancer du sein, du rein et un sarcome ont également été inclus (1 de chaque).

Pour 2 de nos patients, les carcinoses péritonéales étaient de primitif inconnu.

4) Suivi par l'EMSP

L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs de l'IPC a été sollicitée pour l'ensemble des patients de notre étude.

Caractéristiques des patients	Nombre total de patient N = 53
SEXE	<i>N (%)</i>
Femmes	36 (68%)
Hommes	17 (32 %)
AGE MOYEN (<i>écart type</i>)	62 ans (14.4)
PRIMITIF	<i>N (%)</i>
Digestif	30 (57%)
Gynécologique pelvien	18 (34%)
Autres	5 (9%)
SUIVI EMSP	53 (100%)

Tableau 4. Caractéristiques des patients

II. La prise en charge initiale

1) Lieu de la prise en charge

98% (n=52) des patients ayant présenté à l'IPC en 2021 un syndrome occlusif sur carcinose péritonéale non éligibles à une prise en charge chirurgicale ou endoscopique étaient hospitalisés en service conventionnel. 1 seul patient était hospitalisé en service de chirurgie.

2) Avis spécialisé

Pour 23 patients sur les 53 inclus (43%), un avis auprès d'un gastro-entérologue ou d'un chirurgien digestif de l'établissement a été pris.

3) Traitements reçus

a) Mise en place d'une sonde nasogastrique

Une sonde nasogastrique en aspiration a initialement été mise en place à 79% des patients (n=42). Sur les 11 restants, 4 patients avaient refusé la sonde. Enfin, l'indication de son utilisation n'a pas été retrouvée dans le dossier médical pour les 7 derniers d'entre eux.

b) Les traitements médicamenteux

Nous avons choisi de repérer quels étaient les principaux traitements instaurés pour la prise en charge de ces syndromes occlusifs sur carcinose péritonéale et jusqu'à quelle posologie en moyenne ils étaient prescrits. Les principales informations sont résumées dans le *Tableau n°5* ci-après.

▪ Corticoïdes :

Le corticoïde qui a été prescrit pour l'ensemble de nos patients est la Méthylprednisolone par voie intraveineuse. En moyenne, la posologie maximale utilisée était de 2mg/kg (*écart-type 0,6*). Cette posologie a été majorée jusqu'à 4mg/kg pour 2 patients sur les 53.

▪ Anticholinergiques :

Le Butylbromure de scopolamine (Scoburen) a été prescrit dans 79% des cas, avec une posologie moyenne de 89 mg/24h (*+/-18*), en IVSE principalement. Une majoration progressive jusqu'à une dose supérieure ou égale à 100 mg/24h était pratiquée dans 25 cas (60%).

▪ Analogues de la somatostatine :

85% des patients ont bénéficié d'un traitement IVSE ou SC par Acétate d'ocréotide (Siroctid) et la posologie moyenne était de de 0.9 mg/24h (*écart type 0,2*). Cette dernière a été majorée jusqu'à 1.2 mg/kg pour 24 des personnes (53%).

- Association des deux :

Le Scoburen a été prescrit seul pour 8 patients (15%), le Siroctid seul pour 11 (21%). Ces deux molécules ont été utilisées de manière concomitante dans les prescriptions pour 10 cas sur 53 (19%) et successivement (Scoburen puis Siroctid) dans 24 cas (45%).

- Opioides :

On retrouve une prescription d'opioïdes dans 43 des dossiers médicaux étudiés (85%), principalement par voie IV sous forme de PCA ou d'IVSE (Oxycodone ou Morphine) mais aussi dans certains cas par voie transdermique par patch de Fentanyl (Durogesic).

Nous avons converti grâce aux tables d'équianalgésie chaque prescription en morphine IV en mg et avons obtenu en moyenne les posologies suivantes : un débit continu (DC) à 2.5 mg/h (*écart type* 3,7). Dans 25% des cas (n=11), une posologie supérieure ou égale à 3 mg/h était atteinte.

De plus, du paracétamol à posologie minimale de 3 grammes par jour était prescrit pour 50 patients (94%).

A noter que pour 2 patients, l'introduction d'un traitement par Ketamine IVSE a également été nécessaire en raison de douleurs réfractaires aux majorations progressives des doses de morphiniques. La Ketamine a été prescrite en débit continu et les posologies étaient de 120 mg/24h et 65mg/24h respectivement.

- Médicaments utilisés à visée anti-émétique :

Divers médicaments semblent avoir été utilisés à visée antiémétique et au moins l'un d'entre eux est retrouvé dans 94% des prescriptions (n=50). Par ordre de fréquence d'utilisation nous avons : Le Metoclopramide (Primperan), le Metopimazine (Vogalène), le Chlorpromazine (Largactil), l'Alizapride (Plitican), l'Odansetron (Zophren) et l'Halopéridol (Haldol).

Deux molécules de mécanismes différents étaient prescrites en association chez 35 patients (70%).

- Inhibiteurs de la pompe à protons :

Le Pantoprazole (Eupantol) par voie IV a été reçu par 46 patients sur les 53 (87%). Il était prescrit à la posologie de 40 mg 2 fois par jour 71% d'entre eux et 1 seule fois par jour pour les autres.

Traitements	N total = 53 Nombre et %	Posologie maximale utilisée Moyenne et écart-type
Corticoïdes <i>Methyprednisolone</i>	53 (100%)	2 (+/- 0.6) mg/kg
Anti sécrétoires Scoburen <i>Seul</i> Siroctid <i>Seul</i> Scoburen puis Siroctid Association des deux	42 (79%) 8 (15%) 45 (85%) 11 (21%) 24 (45%) 10 (19%)	89 (+/-18) mg/24h 0.9 (+/-0.2) mg/24h
Opioides Voie transdermique Voie intraveineuse	43 (81%) 3 40	<i>Débit continu</i> 2.5 (+/- 3.7) mg/h <i>Bolus</i> 6.8 (+/- 7.3) mg
Anti émétiques Metoclopramide (Primperan) Metopimazine (Vogalène) Chlorpromazine (Largactil) Alizapride (Plitican) Odansetron (Zophren) Haloperidol (Haldol)	N = 50 (94%) 31 (62%) 29 (58%) 16 (32%) 12 (24%) 7 (14%) 3 (6%)	
IPP <i>Pantoprazole (Eupantol)</i>	46 (87%)	

Tableau 5. Traitements reçus et posologies maximales atteinte en moyennes

4) Les différents délais de la prise en charge initiale

Ces données sont résumées dans le *Tableau n°6*.

a) Délai entre la suspicion de l'occlusion et la réalisation du TDM

Une tomodensitométrie à visée diagnostique a été réalisée durant le séjour étudié pour 41 de nos patients. La présence d'une imagerie récente objectivant une carcinose péritonéale diffuse explique que cette dernière n'a pas été indiquée dans 12 situations.

On note que, lorsque réalisée, pour 88% d'entre eux, cela se fait dans un délai inférieur ou égal à 24h. La médiane de temps pour passer ce scanner est de 0 jour dans notre étude (*écart interquartile de 1*)

b) Délai entre la suspicion de l'occlusion et l'instauration du traitement médical

L'instauration du traitement médicamenteux tel que défini dans nos critères d'inclusion est mis en place dans un délai médian de 0 jour (*écart interquartile de 1*)

Pour 79% des patients (n=42), ce traitement est débuté en moins de 24h.

c) Délai entre la suspicion de l'occlusion et la mise en place de la sonde nasogastrique

Lorsqu'elle est mise en place, la pose de la sonde naso-gastrique se fait dans un temps médian 1 jour (*écart interquartile de 3*).

Pour 41% de ces patients (n=17), cette pose se fera plus de 24h après la suspicion du syndrome occlusif.

d) Délai entre l'introduction du traitement et la mise en place de la sonde

Du fait des résultats précédemment décrits, on supposait qu'il existait également un laps de temps entre l'instauration de du traitement médicamenteux et la pose de la sonde.

Pour 11 patients ayant eu une pose de SNG (26%), cette dernière s'est effectuée plus de 24h après le début des thérapies pharmacologiques.

Temps entre la suspicion et la réalisation du TDM	N = 41
Médiane [intervalle interquartile]	0 [0-1]
≤24h No (%)	36 (88%)
>24h No (%)	5 (12%)
Temps entre la suspicion et l'instauration du traitement	N = 53
Médiane [intervalle interquartile]	0 [0-1]
≤24h No (%)	42 (79%)
>24h No (%)	11 (21%)
Temps entre la suspicion et la pose de la SNG	N = 42
Médiane [intervalle interquartile]	1 [0-3]
≤24h No (%)	25 (59%)
>24h No (%)	17 (41%)
Temps entre le traitement et la SNG	N = 42
Médiane [intervalle interquartile]	0 [0-1.75]
≤24h No (%)	31 (74%)
>24h No (%)	11 (26%)

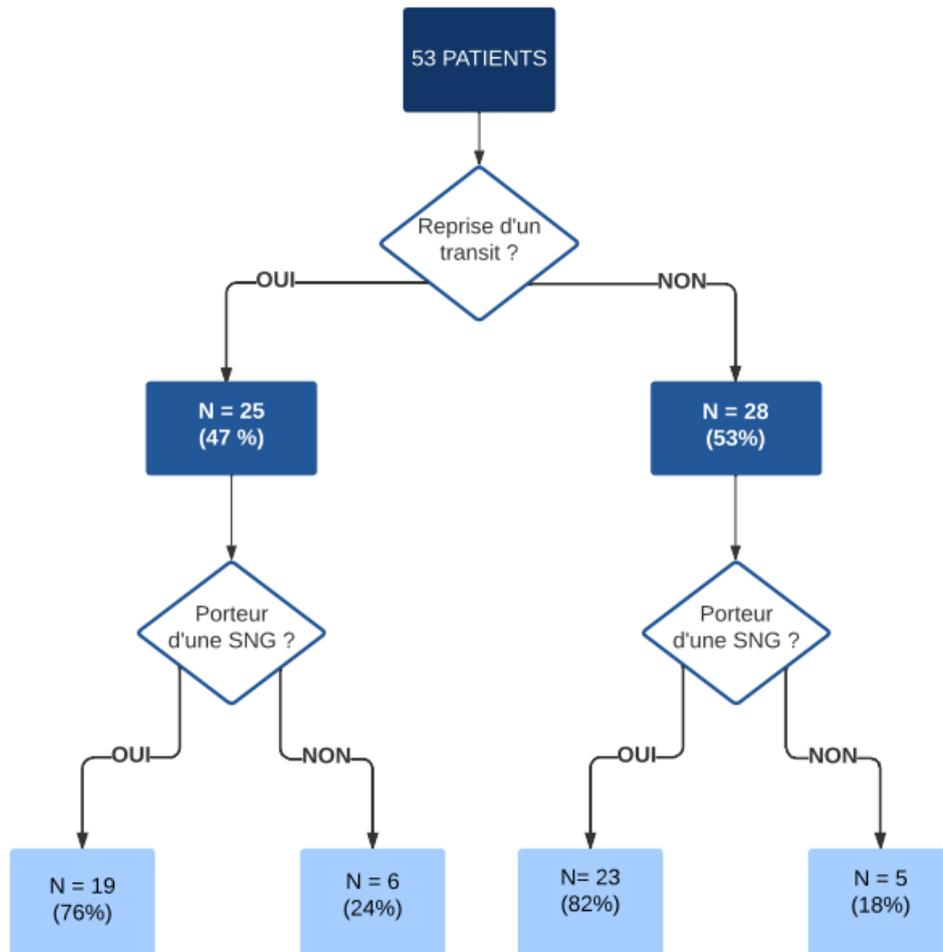
Tableau 6. Les différents temps de la prise en charge initiale.

III. Les résultats du traitement

1) Proportions du succès au traitement

a) Résultats sur la reprise d'un transit

Au total, sur les 53 patients inclus, 25 (47%) ont repris un transit sur une durée supérieure à 3 jours comme défini dans notre méthode.



b) Résultats sur la sonde nasogastrique

Au total, on compte 20 sondes qui ont pu être retirées avant la fin du séjour sur les 42 posées initialement soit 48%.

De plus, 50% des sondes toujours en place à la fin du séjour sont pu être mises en siphonage et que 11 patients au total sont restés dépendants de l'aspiration jusqu'à la fin du séjour (26% des patients initialement équipé d'une sonde).

Pour un quart des personnes finalement libérées de leur SNG, il était indiqué dans le dossier que ce retrait avait été demandé par le patient ou bien qu'elle avait été arrachée par le patient lui-même pour cause de mauvaise tolérance.

Il nous a semblé intéressant à travers le tableau ci-après (*Tableau n°7*), de regarder de plus près le devenir de cette sonde nasogastrique en fonction d'une reprise ou non d'un transit chez nos patients.

Evolution de la SNG (n=42)		Reprise d'un transit (n=19)	Pas de reprise de transit (n=23)
Retirée	No (%)	14 (74%)	6 (26%)
En siphonage	No (%)	3 (16%)	8 (35%)
En aspiration	No (%)	2 (10%)	9 (39%)

Tableau 7. Devenir de la sonde en fonction du transit

Ainsi nous pouvons voir que dans la catégorie des patients ayant repris un transit, 74% des sondes ont pu être retirées. Lorsque l'occlusion n'est pas levée, c'est à l'inverse 74% des patients qui sont toujours porteurs d'une sonde à la fin du séjour (en siphonage ou en aspiration).

2) Délais de réussite au traitement

a) Résultats sur la reprise du transit

Si l'on reprend notre J0 correspondant à l'instant où le traitement médical a été débuté.

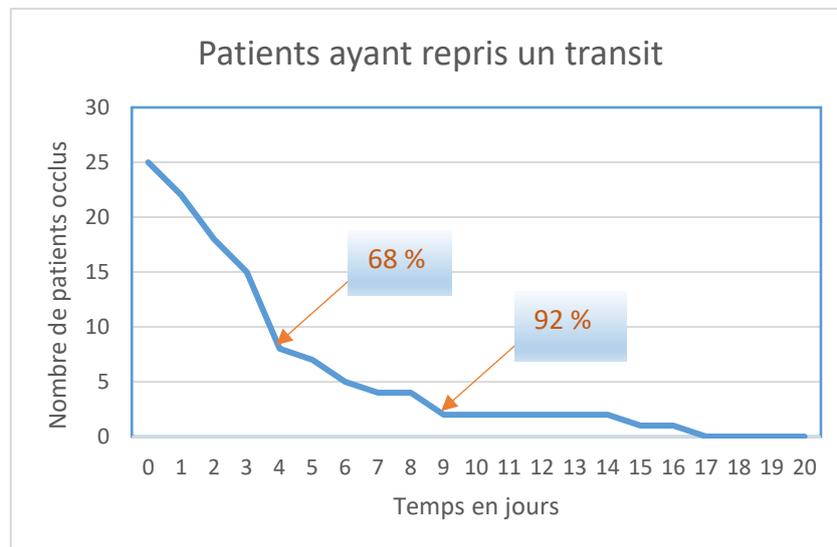


Figure 3. Nombre de patients en occlusion en fonction du temps

Parmi les 25 patients ayant repris un transit durant leur séjour d'hospitalisation à l'IPC, nos résultats nous permettent de noter les éléments suivants :

En 4 jours, 17 d'entre eux soit 68% avaient repris un transit. A J9 ce taux passe à 92%. Passé ce délai, seulement 2 autres patients ont eu de nouveau un transit.

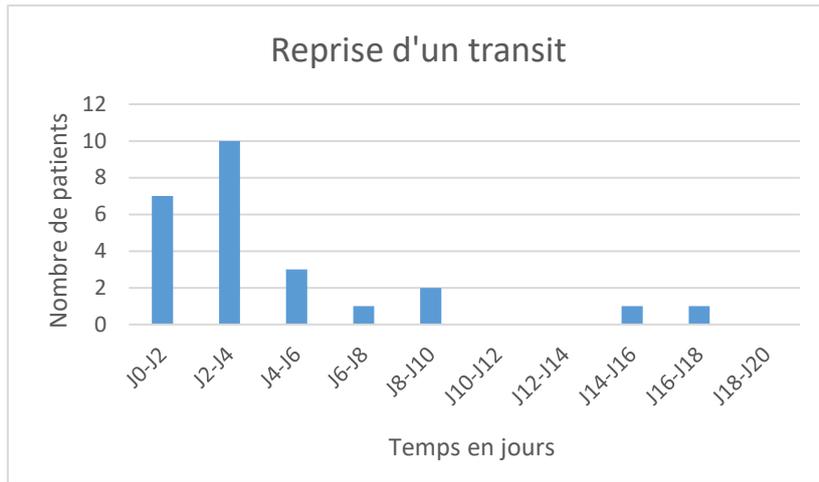


Figure 4. Nombre de patients reprenant un transit dans le temps

b) Résultats sur la sonde nasogastrique

J0 correspond ici à l'instant où la sonde nasogastrique a été posée.

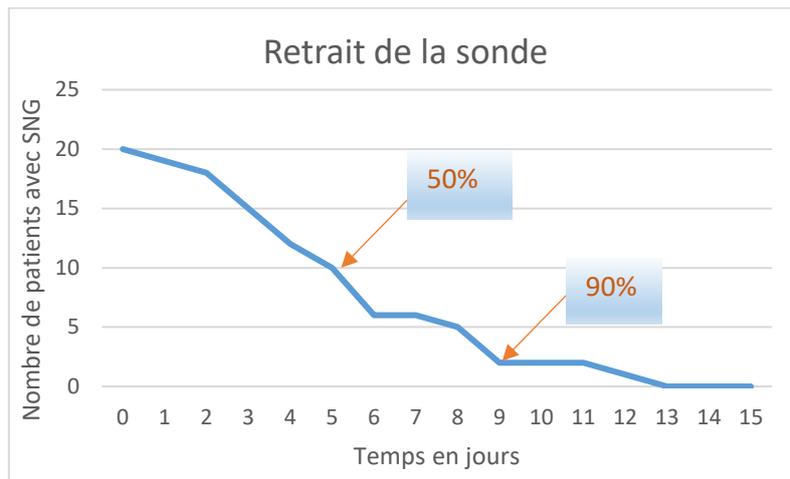


Figure 5. Nombre de patients porteur d'une sonde en fonction du temps

Parmi les 42 sondes posées, 20 au total ont été retirées et ce retrait a pu être effectué dans 90% des cas dans un délai inférieur ou égal à 9 jours.

La moitié de ces sondes ont été enlevées dans un délai inférieur ou égal à 5 jours.

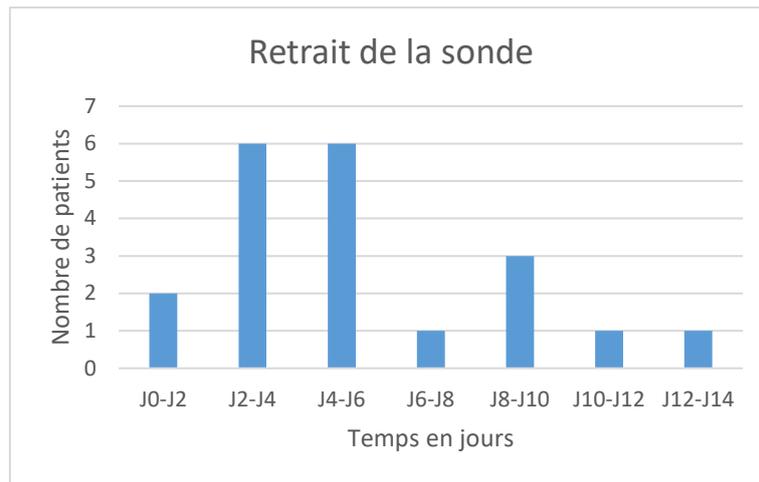


Figure 6. Nombre de sondes retirées dans le temps

IV. Devenir des patients

1) Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation des sujets étudiés est de 17 jours (*écart type 11,7*).

La durée de séjour minimale observée est de 3 jours, et maximale de 73 jours.

2) Lieu d'orientation

Nous avons voulu à travers le *Tableau n°8* résumer quels étaient les lieux d'orientation des patients en fonction de la reprise ou non d'un transit et en fonction du port ou non de la sonde à la fin du séjour d'hospitalisation.

Il faut donc comprendre que les patients faisant partie de la catégorie « Avec SNG » sont ceux qui étaient toujours porteurs d'une sonde en siphonage ou en aspiration. Ceux de la catégorie « Sans SNG » quant à eux sont ceux pour qui elle a été retirée ou alors qui n'en n'ont jamais eu de posée.

Orientation	N total = 53	IPC	USP	Domicile	Autre
En fonction de la reprise du transit					
Occlus No (%)	N = 28	12 (43%)	9 (32%)	7 (25%)	0
Non occlus No (%)	N = 25	6 (24%)	9 (36%)	9 (36%)	1 (4%)
En fonction du port d'une SNG					
Avec SNG No (%)	N = 22	11 (50%)	9 (41%)	2 (9%)	0
Sans SNG No (%)	N = 31	7 (23%)	9 (29%)	14 (45%)	1 (3%)

Tableau 8. Orientation des patients.

3) Décès

a) Proportions et lieu du décès

Un patient de notre étude a été perdu de vue et nous n'avons pu vérifier s'il était encore en vie. Tous les autres patients qui ont été inclus dans l'étude en 2021 sont décédés au moment du recueil des données.

Le *Tableau n°9* ci-après présente le lieu du décès du patient en fonction de la levée ou non de l'occlusion durant le séjour étudié, et en fonction du retrait ou non de la sonde nasogastrique. Le patient perdu de vue n'a pas été intégré dans l'analyse de ces données. Nous avons pu récolter cette donnée pour la majorité des patients, mais pour 3 d'entre eux, le lieu du décès n'a pas pu être retrouvé. Il existe donc au total 4 données manquantes.

Lieu du décès	N total = 49	IPC	USP	Domicile	Autre
En fonction de la reprise du transit					
Occlus No (%)	N = 26	13 (50%)	9 (35%)	4 (15%)	0
Non occlus No (%)	N = 23	9 (39%)	9 (39%)	4 (17%)	1 (5%)
En fonction du retrait de la SNG					
Avec SNG No (%)	N = 21	11 (52%)	8 (38%)	2 (10%)	0
Sans SNG No (%)	N = 28	11 (39%)	10 (36%)	6 (21%)	1 (4%)

Tableau 9. Lieux du décès

b) Décès en occlusion

Bien que le devenir de nos patients soit incertain une fois sorti de l'institut, il nous a paru intéressant de regarder à travers les comptes rendus que nous avons à notre disposition quelle était la proportion des patients décédés en occlusion. Au total, nous avons pu trouver cette information pour 38 patients.

Sur ces 38 patients décédés (que ce soit lors du séjour étudié ou plus tard), 36 présentaient un syndrome occlusif au moment décès (95%).

Les 15 autres patients étaient des patients décédés en dehors de l'IPC pour lesquels nous n'avons pas pu obtenir de renseignements sur ce paramètre au moment de leur décès.

De manière plus précise si l'on s'en tient au séjour étudié pour chaque patient : 23% (n=12) sont décédés au cours de l'hospitalisation sans jamais avoir repris un transit. De la même façon nous avons pu relever que 21% (n=11) sont décédés à l'IPC sans que la SNG n'ai pu être retirée.

c) *Délai de survie*

Si l'on considère toujours notre J0 comme le jour de début du traitement médical ; la médiane de survie des patients est de 23 jours [3-38]. A 65 jours, 90% des patients de notre population étudiée étaient décédés.

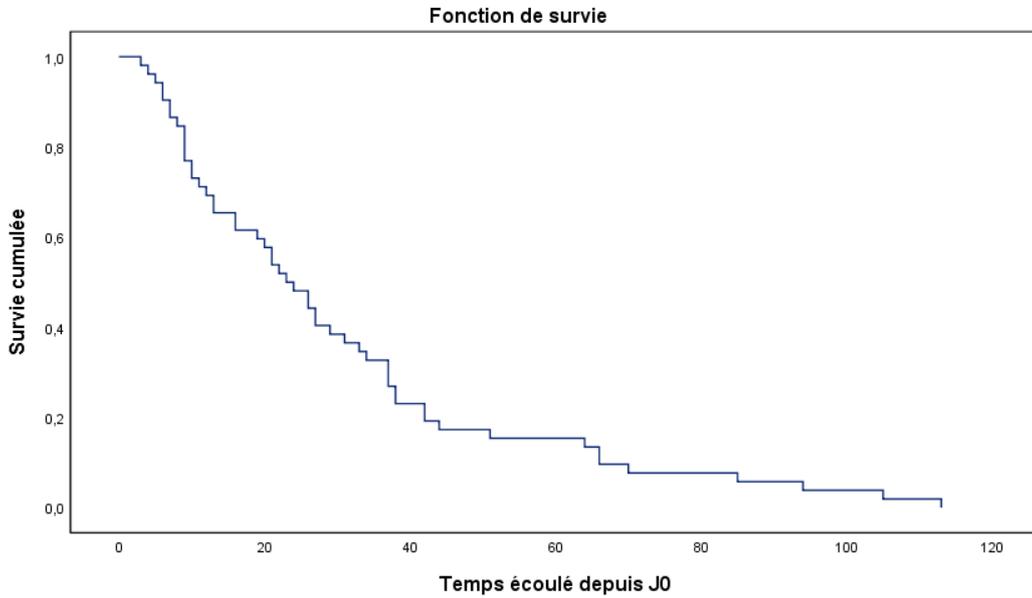


Figure 7. Courbe de survie

Si l'on s'intéresse à la survie de ces patients en fonction de la levée ou non du syndrome occlusif (reprise de transit) sur le séjour étudié nous obtenons les courbes suivantes :

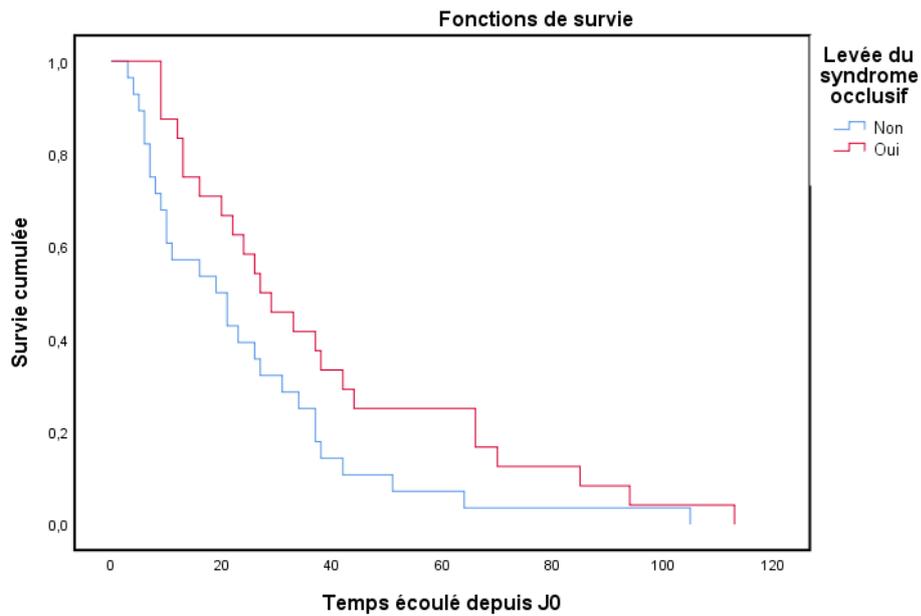


Figure 8. Courbe de survie selon la levée ou non de l'occlusion

La médiane de survie des patients n'ayant pas repris de transit à la fin du séjour est de 19 jours contre 27 jours pour ceux dont l'occlusion a été levée et cette différence en termes de survie est significative (Log rank $p=0.047$).

DISCUSSION

I. Discussion des résultats

1) Caractéristiques des patients

D'un point de vue sociodémographique notre population est semblable à celles retrouvées dans les principales études : âge moyen variant entre 58 et 65 ans, femmes étaient en nombre majoritaire. Cette donnée est probablement corrélée à l'origine gynécologique d'un bon nombre de carcinose péritonéale et donc seulement attribuables au sexe féminin. (31)

Les données épidémiologiques qui ressortent de l'étude de *Tuca & al.* en termes de pathologies abdominales primitives productives de MBO sont également similaire à nos résultats : colon (25-40%), ovaire (16-29%), estomac (6-19%), pancréas (6-13%), endomètre (3-11%) et vessie (3-10%). Concernant les pathologies extra-abdominales, ce sont les cancers du sein (2-3%) et les mélanomes (3%) qui sont les plus fréquents.

La sollicitation de l'EMSP de l'IPC pour la totalité des patients confirme que la prise en charge doit être multidisciplinaire et globale afin de décider au mieux de la stratégie thérapeutique à adopter chez ces patients dont le pronostic à court ou moyen terme est engagé. En revanche, dans moins de la moitié des cas (43%) l'avis spécialisé d'un gastroentérologue ou d'un chirurgien concernant les options thérapeutiques interventionnelles a été pris. Il semblerait intéressant de savoir sur quels critères se basent les équipes pour s'abstenir d'une telle expertise : expérience du praticien en charge du patient, pronostic de la maladie très péjoratif, état général jugé non compatible avec un autre type de traitement... ?

2) La prise en charge initiale

En ce qui concerne les traitements utilisés pour cette prise en charge médicale nous pouvons tout d'abord noter que dans notre étude la posologie reçue de corticothérapie et des traitements antisécrétoires étaient compatibles avec celles recommandées dans la littérature et nos patients n'étaient donc pas sous-traités.

Toutefois la Méthylprednisolone n'était que rarement majorée jusqu'à 4mg/kg (n=2). Nous pouvons peut-être expliquer cela par une crainte des prescripteurs d'engendrer des effets indésirables inconfortables (mycoses, infections diverses, déséquilibre glycémique, ulcères gastriques...) ou par l'absence de connaissance sur cette posologie maximale recommandée dans ce contexte d'occlusion sur carcinose. Pourtant, *Feuer & al.* dans une méta-analyse ont décrit ces effets secondaires comme faibles, d'autant plus si la posologie minimale efficace est recherchée et que la durée de prescription est courte (28). Une étude de *Laval&al.* a démontré l'efficacité de la corticothérapie sans toutefois

pouvoir préciser l'influence de la posologie sur le résultat obtenu. L'actuelle insuffisance de travaux sur des populations homogènes (type de cancer, carcinose ou non...) et en nombre suffisant (> 100 patients) rend difficile les conclusions et la question reste débattue. (44)

De plus, les molécules antisécrétoires sont plus souvent prescrites de manière séparée : seules (dans 36% des cas) ou successivement, Scoburen puis Siroctid en cas d'échec (dans 45% des cas), comme le préconise les recommandations.

Dans seulement 19% des cas, les patients bénéficiaient de l'utilisation de ces deux molécules de façon concomitante alors leur association est autorisée et peut avoir un effet bénéfique (mécanisme d'action différent).

Nous remarquons également que les classes d'antiémétiques les plus prescrites sont les phénothiazines (Vogalène et Largactil) dans 90% des cas et les antagonistes de la dopamine (Primperan et Plitican) dans 86% des cas alors que l'halopéridol ne l'est que très peu (3 patients). Ces données sont à confronter avec les études qui suggèrent que l'Halopéridol a un niveau de preuve plus élevé que les autres classes (niveau IV, grade B), et que les Phénothiazines sont à utiliser seulement en cas d'occlusion partielle.

Enfin, l'utilisation dans 85% des cas d'un traitement à base d'opioïdes souligne la nécessité d'un recours quasi systématique aux antalgiques de palier 3 dans cette pathologie, comme retrouvé dans revue de la littérature de *Tuca & al.* (31)

D'autre part, notre travail nous permet de mettre en avant que la réalisation de l'imagerie diagnostique et l'instauration du traitement médical se font le plus souvent dans un délai inférieur à 24h, ce qui laisse penser que les équipes médicales et paramédicales sont réactives face à ce type de symptomatologie.

Enfin, il semble intéressant de noter que pour une part non négligeable de patients, la SNG était posée dans un second temps par rapport à l'instauration du traitement médicamenteux (26% des patients). Nous pouvons supposer que ce temps puisse correspondre à l'attente de confirmation radiologique (compte rendu du TDM) ou clinique (répétition des nausées/ vomissements) du syndrome occlusif avant l'instauration de la SNG. En effet, l'utilisation de la sonde n'étant pas recommandée de façon systématique dans la littérature, il semble raisonnable qu'un temps soit donné aux praticiens et aux patients avant d'en décider l'indication.

3) Résultats du traitement

La principale information que fait ressortir notre travail est qu'un peu plus de la moitié des patients (57%) sont restés occlus jusqu'à la fin de leur séjour à l'IPC (décès ou sortie d'hospitalisation) malgré les thérapeutiques optimales mises en place.

De la même manière, 52% des patients à qui l'on a posé une sonde nasogastrique l'ont gardée jusqu'à la fin du séjour et pour aucun de ces patients la mise en place d'une gastrostomie de décharge n'a été discutée.

Lorsque nous regardons de plus près nos résultats, il en ressort que les SNG semblent être principalement retirées lorsque les patients reprennent un transit ; mais elle l'est également pour une part non négligeable de patients malgré l'absence de levée de l'occlusion (26%). D'autres paramètres semblent donc rentrer en compte dans la décision de maintien ou non de la SNG (confort du patient, quantification des pertes, souhait d'orientation hors IPC...). Cependant, nos résultats semblent confirmer que transit et SNG sont fortement liés ; la majorité des patients n'ayant pas repris de transit se retrouvant souvent avec un port prolongé de sonde.

Au commencement de notre travail, nous voulions essayer d'avoir un aperçu en termes de délai sur les levées des syndromes occlusifs et sur les retraits des SNG. Cependant l'évènement « levée » ne survenant que trop peu souvent, nos analyses statistiques étaient biaisées par le nombre important de données censurées. Nous avons tout de même choisi de nous intéresser à ces délais sur la population concernée (soit ceux ayant repris un transit durant le séjour étudié). Ainsi, chez ces patients, la levée de l'occlusion s'est faite pour plus de la moitié dans un délai inférieur ou égal à 4 jours (dans 68% des cas). Cette proportion de levées passait à 90% au bout de 9 jours. Cette information laisse à penser qu'au-delà les patients ont 1 chance sur 10 de lever leur syndrome occlusif.

Il en va de même pour le retrait de la sonde nasogastrique : la moitié d'entre elles étaient retirées en moins de 5 jours.

De plus, cette absence de pleine efficacité du traitement paraît se confirmer si l'on regarde le nombre important de patients finalement décédés en occlusion. En effet, grâce au recueil d'informations sur le devenir des patients inclus dans notre étude, nous avons pu retrouver que 95% d'entre eux sont décédés en occlusion.

Si l'on reprend le schéma élaboré par *Laval&al* il semble que les différents temps des étapes clés de la stratégie thérapeutique soient en concordance avec nos résultats pour juger de l'efficacité ou non de la réussite aux traitements. (Cf *Annexe n°2*).

De même, *Tuca* décrit dans son travail qu'une résolution de l'occlusion survient dans 36% des cas

(31-42%) et que ce succès survient pour 92% d'entre elles dans les 7 jours. Cependant il note également qu'elles récidivent dans 72% des cas.

Enfin, *Mercadante* dans une étude de 2004 mettait en évidence une reprise du transit intestinal dans les 1 à 5 jours après instauration d'une combinaison de dexaméthasone, métoclopramide et ocréotide.

4) Devenir des patients

Nos résultats semblent souligner que l'orientation de nos patients ainsi que leur lieu de décès peuvent être conditionnés par la levée ou non de cette occlusion. En effet, la majorité des patients occlus sont restés hospitalisés à l'IPC et y sont décédés. Ces décès comprennent ceux survenus lors des séjours étudiés, auxquels se rajoutent, certains de nos patients hospitalisés de nouveau sur l'IPC quelque temps après. En revanche, ceux ayant repris un transit ou ceux épargnés d'une SNG bénéficiaient plus souvent d'une orientation différente (vers le domicile ou vers une USP). Seulement 15% (n=8) des patients de notre étude sont décédés à domicile.

La médiane de survie de notre population était de 23 jours et la moyenne d'environ 30 jours. Cette donnée met l'accent sur le mauvais pronostic de ces patients et explique en partie la complexité de la stratégie thérapeutique. La survie moyenne qui est retrouvée dans la littérature chez les patients présentant une MBO non opérable est semblable, elle varie entre 4 et 5 semaines. Enfin, ce pronostic semble d'autant plus péjoratif lorsque le traitement ne montre pas d'efficacité sur la levée de l'occlusion avec une différence significative entre les deux groupes sur la survie (Log rank $p=0.047$).

II. Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord par son caractère rétrospectif elle est propice à l'omission de données. Ces données manquantes sont liées au fait que pour chaque patient, certaines d'entre elles pouvaient ne pas avoir été retranscrites dans le dossier médical. Ces données manquantes ont pour effet de diminuer la puissance de notre étude. De plus, ces données ont été collectées par un seul observateur, ce qui peut créer un biais de recueil.

D'autre part, nous pouvons dire que notre étude perd en puissance par le petit nombre de patients inclus (N=53) et son caractère monocentrique ce qui la rend difficilement extrapolable. Une étude sur plusieurs années successives, multicentrique, pourrait donc être intéressante afin d'augmenter le nombre de patients et contribuerait à valider nos résultats.

Il est aussi notable que notre travail s'est restreint à la prise en charge médicale des syndromes occlusifs sur carcinose péritonéale et qu'il pourrait être intéressant dans un travail plus laborieux de s'intéresser aux autres options thérapeutiques proposées (chimiothérapie, chirurgie, pose de prothèses...).

Enfin, comme expliqué précédemment, si l'on considère l'évènement « levée de l'occlusion », il nous a été impossible d'obtenir une médiane de temps fiable pour laquelle la moitié de nos patients auraient levé leur occlusion car l'évènement ne survenait que trop peu souvent durant le séjour. Cette information met également en évidence l'impasse thérapeutique face à laquelle nous nous trouvons fréquemment dans cette situation. Nos traitements semblent imparfaits et la résolution du syndrome occlusif ne doit peut être espérée pour chaque patient, comme le souligne certains auteurs dont l'objectif principal reste d'apaiser les symptômes. (4,45)

III. Forces de l'étude

L'une des principales forces de notre travail est qu'il est le premier à s'être intéressé à la prise en charge des occlusions digestives sur carcinose péritonéale à l'IPC. Nous avons, grâce à cette étude pilote, pu établir une vision globale des pratiques habituelles et d'en appréhender les résultats.

D'autre part, notre population est en adéquation sur plusieurs points à celle décrite dans la littérature en termes de données sociodémographiques, de survie, de délais d'évaluation du succès ou non du traitement).

Grâce à cette première étude, il paraît désormais possible que certaines pratiques soient modifiées ou améliorées. En premier lieu, les prescriptions médicamenteuses pourraient être optimisées en s'accordant avec les consensus établis par des experts notamment sur le choix des antiémétiques et sur la maximalisation des posologies des traitements principaux.

Aussi, maintenant que nous avons une idée de l'échéance de résolution ou non de ces syndromes occlusifs (68% à 4 jours, 90% à 9 jours), les praticiens pourraient appréhender avec anticipation la stratégie thérapeutique globale ainsi que le devenir des patients. En effet, comme nous l'avons dit dans la première partie, ces patients en situation palliative et dont le pronostic est engagé à moyen terme, doivent bénéficier d'une prise en charge qui se raccorde le plus possible avec une qualité de vie confortable pour eux et leurs proches. Le port prolongé de SNG, les douleurs et l'impossibilité d'alimentation orale que ces occlusions engendrent sont d'importants freins à une prise en charge

satisfaisante et entraînent une souffrance considérable. Il est primordial que le patient puisse être au centre de la stratégie thérapeutique et qu'en fonction de ses souhaits et ceux de son entourage, tous les moyens puissent être mis en œuvre pour y répondre au mieux.

Peut-être pourrions-nous envisager que grâce à notre travail les praticiens envisagent de modifier leur stratégie thérapeutique une fois le J4 dépassé ? Par exemple, en anticipant orientation vers un lieu de prise en charge adapté aux souhaits du patient (Unité Soins Palliatifs, retour à domicile).

De même, il pourrait être pertinent de s'intéresser aux raisons qui ont conduit au quasi-abandon des poses des gastrostomies de décharge afin de remettre cette pratique à l'ordre du jour. En effet, comme plusieurs travaux le précisent, cette technique permet d'offrir aux patients une qualité de vie meilleure (retrait plus précoce de la SNG, reprise d'une alimentation plaisir). Certains auteurs s'accordent déjà à dire que dans les centres où elle est pratiquée, l'indication de la gastrostomie de décharge se fait bien souvent trop tardivement. *Laval & al* dans une étude de 2006 retrouvent un délai médian de pose de 17 jours après échec du traitement médical. La médiane de durée de vie après l'intervention était de 13 jours soit proche de celle de 17 jours dans une étude comparable auprès de 51 patients. Cela souligne certes le mauvais pronostic des patients considérés, mais aussi nos difficultés à poser l'indication de la gastrostomie et à l'organiser. Selon les études, elle permet pourtant une disparition des symptômes dans 87 à 100% des cas et les complications sont peu fréquentes.

CONCLUSION

Notre étude est la première à s'être intéressée à la prise en charge médicale palliative des syndromes occlusifs sur carcinose péritonéale à l'Institut Paoli-Calmettes de Marseille. Grâce à ce travail, nous avons pu mettre en avant toute la complexité et les enjeux d'une telle prise en charge. Survenant chez des patients fragiles, souffrant d'une maladie évoluée dont le pronostic est déjà préoccupant, ces occlusions intestinales semblent assombrir davantage la fin de vie de nos patients.

En effet, nous avons pu relever qu'elles ont un impact important à différents niveaux. Tout d'abord sur le patient lui-même par les souffrances qu'elles provoquent tant sur le plan somatique (port prolongé de la SNG, douleurs...) que psychologique (perte d'autonomie, de l'estime de soi...). Elles sont également source de perturbation de l'environnement avec un retentissement sur les proches et sur le lieu de prise en charge par exemple. Ceci se confirme notamment par la proportion de patients de notre étude qui sont finalement décédés à l'IPC, alors qu'il semblerait plus acceptable que pour ces patients une fin de vie à domicile ou en Unités de Soins Palliatifs soient proposées.

C'est pourquoi, bien que nos pratiques semblent conformes aux recommandations des experts, nous ne pouvons considérer que les traitements employés de nos jours soient optimaux. La survenue d'une occlusion digestive sur carcinose péritonéale chez les patients en situation palliative reste un symptôme souvent réfractaire et cela est souligné par la proportion de patients inclus dans notre étude qui sont finalement décédés en occlusion (95% d'entre eux).

Notre travail ouvre principalement des perspectives sur l'anticipation du devenir de nos patients et sur la place des gastrostomies de décharge dans ce contexte. Grâce à nos résultats, il semblerait en effet intéressant qu'à partir du 4^{ème} jour de traitement soit réévaluer la stratégie thérapeutique : modifications des posologies et des molécules prescrites, orientation différente selon le souhait du patient et son entourage et rediscussion des indications des gastrostomies. Ces dernières, de nos jours quasi-abandonnées dans certains centres comme le nôtre, semblent pourtant être un pilier important du soulagement symptomatique. Il serait intéressant de connaître plus en détail les obstacles à leurs mises en place.

Les constats, réflexions et propositions issus de cette thèse restent des préoccupations au cœur de la médecine palliative. Il s'agit de paramètres primordiaux à prendre en compte pour améliorer la qualité de la fin de vie de nos patients et agir sur les symptômes réfractaires dont ils souffrent.

ANNEXES

Table 1 MASCC levels of evidence

Level	Criteria
I	Evidence obtained from meta-analysis of multiple, well-designed, controlled studies; randomized trials with low false-positive and false-negative errors (high power).
II	Evidence obtained from at least one well designed experimental study; randomized trials with high false-positive and/or false-negative errors (low power).
III	Evidence was obtained from well-designed, quasi-experimental studies, such as nonrandomized, controlled single-group, pretest-posttest comparison, cohort, time, or matched case-control series.
IV	Evidence was obtained from well-designed, non-experimental studies, such as comparative and correlational descriptive and case studies.
V	Evidence obtained from case reports and clinical examples.

Adapted from MASCC (2018). *MASCC Guidelines Policy: Recommendations for MASCC Guideline Construction and the Endorsement of Externally Generated Guidelines*. https://www.mascc.org/assets/Toolbox/PoliciesForms/mascc_guideline_policy_2018.pdf

Table 2 MASCC grading of recommendations

Grade	Evidence needed
A	Evidence of type I or consistent findings from multiple studies of type II, III, or IV.
B	Evidence of types II, III, or IV and findings are generally consistent.
C	Evidence of types II, III, or IV and findings are inconsistent.
D	Little or no systematic empirical evidence.

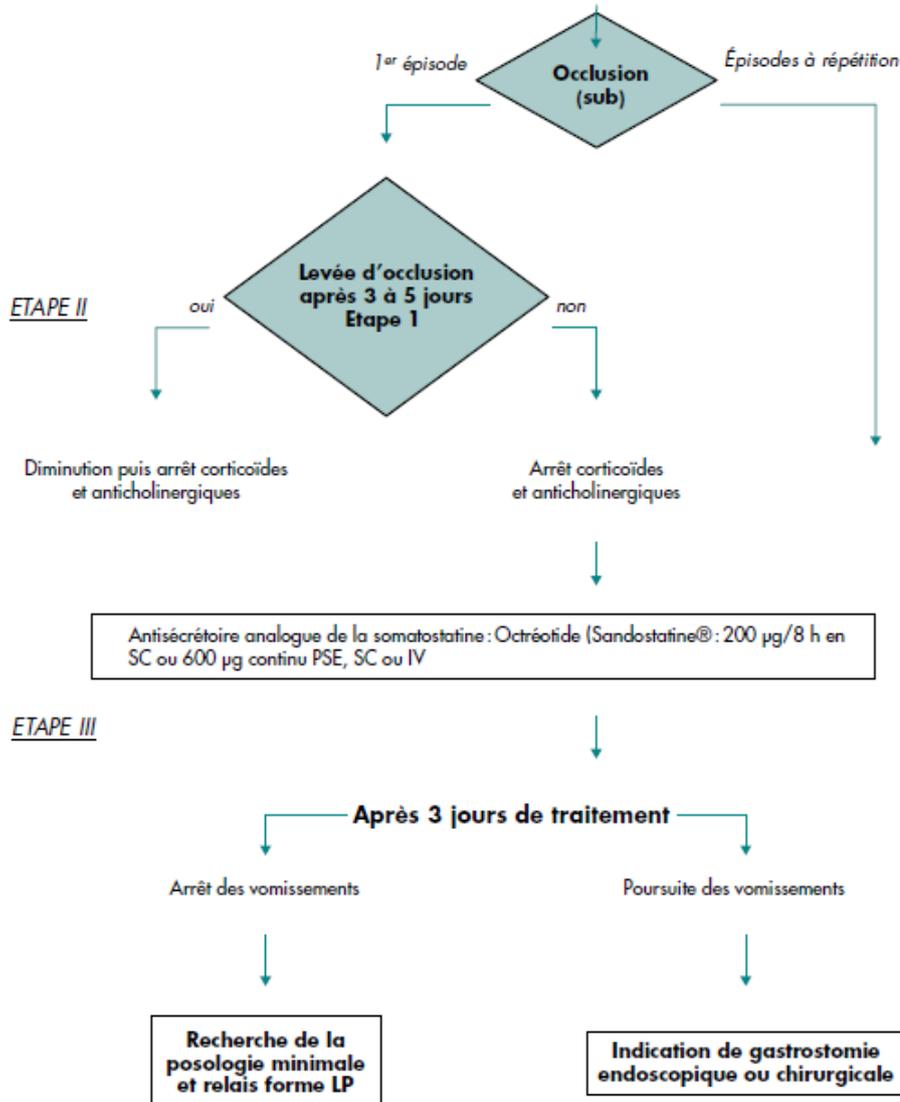
Adapted from MASCC (2018). *MASCC Guidelines Policy: Recommendations for MASCC Guideline Construction and the Endorsement of Externally Generated Guidelines*. https://www.mascc.org/assets/Toolbox/PoliciesForms/mascc_guideline_policy_2018.pdf

Annexe 2. Critères des niveaux d'évidence et des grades de recommandations selon la MASCC

ETAPE I

- Sonde nasogastrique (à discuter au cas par cas).
- **Réhydratation parentérale.**
- **Antalgiques** selon recommandations internationales (3 paliers de l'OMS).
- **Corticoïdes** : méthylprédnisolone (**Solumédrol®**) ou équivalent : **1 à 4 mg/kg/24 h en IV en 1 h le matin, 3 à 5 jours** (possible voie SC en 2 fractions en 2 points différents).
- Antiémétique* : halopéridol (**Haldol®**) **1 à 5 mg/8 à 12 h SC ou IV** ou chlorpromazine (**Largactil®**) **25 à 50 mg/8 à 12 h SC ou IV.**

➤ Antisécétoire anticholinergique : Butylbromure de scopolamine (**Scoburen®**) **40 à 80 mg/8 h SC ou IV.**



Annexe 2. Stratégie thérapeutique selon Laval&al.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSOS : Association Francophone Soins Oncologiques de Support

CP : Carcinose péritonéale

CHIP : Chimiohyperthermie intrapéritonéale

DC : Débit continu

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

IPC : Institut Paoli Calmette

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

IV : Intraveineux

IVSE : Intraveineuse à la seringue électrique

MASCC : Multinational Association Of Supportive Care

MBO : Malignant Bowel Obstruction

PCA : Patient Controlled Analgesia (analgésie contrôlée par le patient)

RAD : Retour A Domicile

SC : sous-cutané

SNG : Sonde nasogastrique

USP : Unité de Soins Palliatifs

BIBLIOGRAPHIE

1. Madariaga A, Lau J, Ghoshal A, Dzierzanowski T, Larkin P, Sobocki J, et al. MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2022 [cité 26 mars 2023];30(6):4711-28. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9046338/>
 2. Fackche NT, Johnston FM. Malignant Bowel Obstruction. *Adv Surg* [Internet]. sept 2021 [cité 13 mars 2023];55:35-48. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065341121000038>
 3. Ccfp GT. Palliation de l'obstruction gastro-intestinale.
 4. Franke AJ, Iqbal A, Starr JS, Nair RM, George Jr TJ. Management of Malignant Bowel Obstruction Associated With GI Cancers. *J Oncol Pract* [Internet]. 11 juill 2017 [cité 14 déc 2021]; Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JOP.2017.022210>
 5. Dolan EA. Malignant Bowel Obstruction: A Review of Current Treatment Strategies. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 1 déc 2011 [cité 5 févr 2022];28(8):576-82. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1049909111406706>
 6. Laval G, Marcelin-Benazech B, Guirimand F, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Recommendations for Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1 juill 2014 [cité 25 janv 2022];48(1):75-91. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392414002322>
 7. Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, et al. Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update. *Support Care Cancer* [Internet]. 1 déc 2021 [cité 7 déc 2021];29(12):8089-96. Disponible sur:
 8. Jayne DG, Fook S, Loi C, Seow-Choen F. Peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer. *Br J Surg*. déc 2002;89(12):1545-50.
 9. Sadeghi B, Arvieux C, Glehen O, Beaujard AC, Rivoire M, Baulieux J, et al. Peritoneal carcinomatosis from non-gynecologic malignancies: results of the EVOCAPE 1 multicentric prospective study. *Cancer*. 15 janv 2000;88(2):358-63.
-
1. Krouse RS. The International Conference on Malignant Bowel Obstruction: A Meeting of the Minds to Advance Palliative Care Research. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1 juill 2007 [cité 14 déc 2021];34(1, Supplement):S1-6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392407002655>
 2. Fackche NT, Johnston FM. Malignant Bowel Obstruction. *Adv Surg* [Internet]. sept 2021 [cité 13 mars 2023];55:35-48. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065341121000038>

3. Ripamonti CI, Easson AM, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer* [Internet]. 1 mai 2008 [cité 8 janv 2022];44(8):1105-15. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804908001391>
4. Laval G, Marcelin-Benazech B, Guirimand F, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Recommendations for Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1 juill 2014 [cité 25 janv 2022];48(1):75-91. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392414002322>
5. Sadeghi B, Arvieux C, Glehen O, Beaujard AC, Rivoire M, Baulieux J, et al. Peritoneal carcinomatosis from non-gynecologic malignancies: results of the EVOCAPE 1 multicentric prospective study. *Cancer*. 15 janv 2000;88(2):358-63.
6. Denis B, Elias D. Prise en charge symptomatique de la carcinose péritonéale. *Gastroentérologie Clin Biol* [Internet]. mai 2004 [cité 8 avr 2023];28(5):17-25. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0399832004949834>
7. Dolan EA. Malignant Bowel Obstruction: A Review of Current Treatment Strategies. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 1 déc 2011 [cité 5 févr 2022];28(8):576-82. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1049909111406706>
8. Jayne DG, Fook S, Loi C, Seow-Choen F. Peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer. *Br J Surg*. déc 2002;89(12):1545-50.
9. Ferguson HJM, Ferguson CI, Speakman J, Ismail T. Management of intestinal obstruction in advanced malignancy. *Ann Med Surg* [Internet]. sept 2015 [cité 8 janv 2022];4(3):264-70. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2049080115000758>
10. Glehen O, Kepenekian V, Passot G, Bakrin N, Vaudoyer D, Cotte E, et al. La chirurgie de cytoréduction péritonéale : de l'incurable vers le curable. *Bull Académie Natl Médecine* [Internet]. 1 oct 2019 [cité 21 avr 2023];203(7):587-95. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919350186>
11. Puchalski CM, Sbrana A, Ferrell B, Jafari N, King S, Balboni T, et al. Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*. 2019;4(1):e000465.
12. Crawford GB, Dzierzanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. août 2021;6(4):100225.
13. Madariaga A, Lau J, Ghoshal A, Dzierzanowski T, Larkin P, Sobocki J, et al. MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2022 [cité 26 mars 2023];30(6):4711-28. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9046338/>
14. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review - PubMed [Internet]. [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24477929/>

15. Lodoli C, Covino M, Attalla El Halabieh M, Santullo F, Di Giorgio A, Abatini C, et al. Prognostic Factors for Surgical Failure in Malignant Bowel Obstruction and Peritoneal Carcinomatosis. *Front Surg* [Internet]. 2021 [cité 14 déc 2021];8:581. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsurg.2021.769658>
16. Cusimano MC, Sajewycz K, Nelson M, Jivraj N, Lee YC, Bowering V, et al. Supported self-management as a model for end-of-life care in the setting of malignant bowel obstruction: A qualitative study. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1 juin 2020 [cité 12 avr 2023];157(3):745-53. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825820302250>
17. Krouse RS. The International Conference on Malignant Bowel Obstruction: A Meeting of the Minds to Advance Palliative Care Research. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. juill 2007 [cité 21 avr 2023];34(1 Suppl):S1-6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834265/>
18. Veld J, Umans D, van Halsema E, Amelung F, Fernandes D, Lee MS, et al. Self-expandable metal stent (SEMS) placement or emergency surgery as palliative treatment for obstructive colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* [Internet]. 1 nov 2020 [cité 21 avr 2023];155:103110. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040842820302468>
19. Berger J, Lester P, Rodrigues L. Medical Therapy of Malignant Bowel Obstruction With Octreotide, Dexamethasone, and Metoclopramide. *Am J Hosp Palliat Care*. mai 2016;33(4):407-10.
20. Baines M, Oliver DJ, Carter RL. MEDICAL MANAGEMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH ADVANCED MALIGNANT DISEASE. *The Lancet* [Internet]. nov 1985 [cité 8 janv 2022];326(8462):990-3. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673685905343>
21. Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, et al. Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update. *Support Care Cancer* [Internet]. 1 déc 2021 [cité 7 déc 2021];29(12):8089-96. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06438-9>
22. Fainsinger RL, Spachynski K, Hanson J, Bruera E. Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction (MBO). *J Pain Symptom Manage*. janv 1994;9(1):12-8.
23. 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. *J Pain Symptom Manage*. déc 2016;52(6):901-919.e1.
24. Mercadante S. Scopolamine butylbromide plus octreotide in unresponsive bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage*. nov 1998;16(5):278-80.
25. Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Marrazzo A. Aggressive pharmacological treatment for reversing malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage*. oct 2004;28(4):412-6.
26. Duck L, Demolin G, D'Hondt L, Dopchie C, Hendrickx K, Lannoye B, et al. Efficacy and Safety of Lanreotide Autogel in the Treatment of Clinical Symptoms Associated With Inoperable Malignant

Intestinal Obstruction: A Prospective Phase II Study. *Clin Ther* [Internet]. 1 déc 2021 [cité 25 janv 2022];43(12):2136-2145.e2. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291821004525>

27. Masson E. Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/765982/traitement-symptomatique-de-loclusion-intestinale>

28. Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;2000(2):CD001219.

29. Laxatives - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537246/>

30. Larkin PJ, Cherny NI, La Carpia D, Guglielmo M, Ostgathe C, Scotté F, et al. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 1 oct 2018;29(Suppl 4):iv111-25.

31. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Manag Res* [Internet]. 1 janv 2012 [cité 12 avr 2023];4:159-69. Disponible sur: <https://europepmc.org/articles/PMC3421464>

32. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents [Internet]. [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

33. Prabhakaran S, Doraiswamy VA, Nagaraja V, Cipolla J, Ofurum U, Evans DC, et al. Nasoenteric Tube Complications. *Scand J Surg* [Internet]. 1 sept 2012 [cité 21 avr 2023];101(3):147-55. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/145749691210100302>

34. Pinard KA, Goring TN, Egan BC, Koo DJ. Drainage Percutaneous Endoscopic Gastrostomy for Malignant Bowel Obstruction in Gastrointestinal Cancers: Prognosis and Implications for Timing of Palliative Intervention. *J Palliat Med*. juill 2017;20(7):774-8.

35. Brooksbank MA, Game PA, Ashby MA. Palliative venting gastrostomy in malignant intestinal obstruction. *Palliat Med*. nov 2002;16(6):520-6.

36. Herman LL, Hoskins WJ, Shike M. Percutaneous endoscopic gastrostomy for decompression of the stomach and small bowel. *Gastrointest Endosc*. 1992;38(3):314-8.

37. Franke AJ, Iqbal A, Starr JS, Nair RM, George Jr TJ. Management of Malignant Bowel Obstruction Associated With GI Cancers. *J Oncol Pract* [Internet]. 11 juill 2017 [cité 14 déc 2021]; Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JOP.2017.022210>

38. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr Edinb Scotl*. juin 2016;35(3):545-56.

39. Bozzetti F. Nutrition, hydration, and patient's preferences at the end of life. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. juin 2015;23(6):1487-8.
40. Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, Caraceni A, Clark J, Lundquist G, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. juill 2011;22(7):1478-86.
41. Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 23 avr 2014;2014(4):CD006273.
42. Möllerberg ML, Årestedt K, Sandgren A, Benzein E, Swahnberg K. Adaptation and psychometric evaluation of the short version of Family Sense of Coherence Scale in a sample of persons with cancer in the palliative stage and their family members. *Palliat Support Care*. févr 2020;18(1):24-32.
43. Platt V. Malignant bowel obstruction: so much more than symptom control. *Int J Palliat Nurs*. nov 2001;7(11):547-54.
44. Laval G, Girardier J, Lassaunière JM, Leduc B, Haond C, Schaerer R. The use of steroids in the management of inoperable intestinal obstruction in terminal cancer patients: do they remove the obstruction? *Palliat Med*. janv 2000;14(1):3-10.
45. Arvieux C, Laval G, Mestrallet JP, Stefani L, Villard ML, Cardin N. Traitement de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale. Étude prospective à propos de 80 cas. *Ann Chir [Internet]*. 1 sept 2005 [cité 8 avr 2023];130(8):470-6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003394405001434>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



