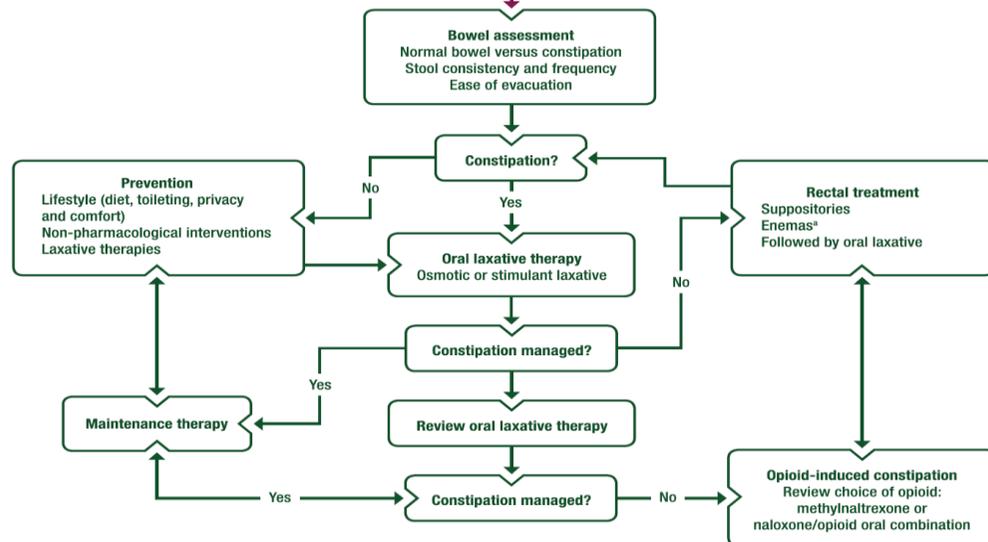




Palliative FLASH ©

Soins palliatifs au quotidien



Veuillez plier le long de cette ligne

Prise en charge de la constipation en soins palliatifs

- La constipation ne doit être évaluée que par des mesures objectives.
 - Vrai
 - Faux
- L'utilisation de suppositoires et / ou de lavements ne doivent être administrés que lorsque les traitements oraux sont inefficaces.
 - Vrai
 - Faux
- Les changements de mode de vie, tels que l'alimentation ou de l'adaptation de l'activité physique, sont la première approche de la prise en charge de la constipation chez les patients en soins palliatifs.
 - Vrai
 - Faux

Définition

La constipation est définie comme un mouvement lent des selles dans le gros intestin, entraînant des selles peu fréquentes et une exonération de selles sèches et dures [1]. C'est une problématique fréquente en soins palliatifs (40-90% des patients), avec un impact significatif, souvent sous-estimée sur la morbidité et la détresse. [1-3]. La constipation est ressentie de manière subjective : difficulté à aller à selles, sensation d'exonération incomplète, ballonnements, douleurs. Elle est souvent sous-évaluée par les patients et par les soignants, et sous-traitée. Elle est objectivée sur la base de selles dures et sèches et/ou lors de modification du temps de transit. Plusieurs facteurs organiques et/ou fonctionnels peuvent l'induire [2] :

Les médicaments, les problèmes métaboliques ou l'impact de l'alimentation.

La constipation induite par les opioïdes (CIO) est l'événement le plus courant chez les patients en soins palliatifs [3]. Les antagonistes des récepteurs mu-opioïdes à action périphérique (PAMORA) tels que la méthylnaltrexone (Relistor®) ont démontré des avantages dans le traitement de la CIO non autrement résolue, mais sont coûteux et dédiés à une utilisation limitée [4-6].

Figure 1. Management of constipation in advanced disease.

- Références** : Sykes NP. Constipation and Diarrhoea. In D Doyle, GWC Hanks, N Cherny, K Calman (eds), Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press 2004; 483–496.
- Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. Palliat Med 2008; 22:796–807.
- In Staats PS, Markowitz J, Schein J. Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: a comparative study. South Med J 2004;97: 129–134.
- Gatti A, Sabato AF. Management of opioid-induced constipation cancer patients: focus on methylnaltrexone. Clin Drug Investig 2012; 32:293–301.
- Candy B, Jones L, Goodman ML et al. Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database Syst Rev 2011; 1: CD003448.
- Candy B, Jones L, Larkin PJ et al. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. Cochrane Database Syst Rev 2015; 5: CD003448.
- Tack J, Drossman DA. What's new in Rome IV? J Neurogastroenterol Motil 2017; 29: e13053.
- Clark K, Currow DC, Talley NJ. The use of digital rectal examinations in palliative care inpatients. J Palliat Med 2010; 13: 797.
- Downing GM, Kuziemyk C, Lesperan ce M et al. Development and reliability testing of the Victoria Bowel Performance Scale (BPS). J Pain Symptom Manage 2007; 34: 513–522.
- Larkin PJ, Cherny NI, LaCarpia D, Guglielmo M et al., Diagnosis, Assessment and Management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines 2018, Ann Oncol 29, (supp 4) iv111 – iv125.

Rédigé par
Prof. Phil Larkin, Dr Rita De Micheli Chivilo
Relectrices : Dr F. Diawara, V. Champier

Comité de rédaction :
Prof. G.D. Borasio, Service soins palliatifs CHUV
G. Behaghel Service soins palliatifs CHUV
F. Diawara, Service de soins palliatifs du Valais
Y. Gremion, EMSP Voltige, Fribourg
F. Lurati-Ruiz, EMSP RSHL
D. Neves, Hôpitaux universitaires Genève
J. Pralong, Fondation Rive-Neuve
T. Puig, Home Mon Repos, La Neuveville
C. Schmidhauser, palliative vaud
G. Spring, Aumônerie CHUV

- 1. Réponses Quiz p 1 :**
- Faux
 - Vrai
 - Faux

Informations et ressources en soins palliatifs pour les différents cantons romands

VAUD : <http://www.palliativevaud.ch>
GENEVE : <http://www.palliativegeneve.ch/>
FRIBOURG : <http://www.palliative-fr.ch/fr>
VALAIS : <http://www.palliative-vs.ch/>
Arc Jurassien (BE JU NE) : <http://www.palliativebejune.ch/accueil/>

palliative vaud E-mail coordination : corinne.schmidhauser@palliativevaud.ch
Les Palliative Flash sont accessibles sur : <http://www.palliativevaud.ch/professionnels/documentation>

Prise en charge de la constipation en soins palliatifs

Physiopathologie

Le transit colique dure normalement entre 20 et 72 heures. Il est favorisé par le biais des contractions péristaltiques répétitives médiées par la sérotonine via les récepteurs 5-HT et par un processus de sécrétion et de réabsorption d'électrolytes et de fluides. Le rectum se distend et la défécation se produit grâce aux contractions du sphincter anal. Plus les fèces restent longtemps dans le côlon, plus elles deviennent sèches, ce qui entraîne une constipation.

Sur la base des critères de Rome III [7], la présence de deux des symptômes suivants est requise pour parler de constipation :

- <3 selles par semaine.
- Effort de poussées durant la défécation.
- Selles en scyballes ou dures.
- Sensation d'évacuation incomplète.
- Sensation de blocage anorectal ou d'obstruction.
- Procédures d'évacuation manuelle nécessaires pour faciliter la défécation (rare en soins palliatifs).

Évaluation et diagnostic

L'évaluation se base sur des antécédents médicaux complets et devrait inclure :

- Comorbidités (insuffisance cardiaque, BPCO, hypothyroïdie).
- Troubles métaboliques : hypercalcémie, urémie.
- Dysfonctionnement intestinal préexistant (syndrome de l'intestin irritable, maladie diverticulaire, carcinose péritonéale, hémorroïdes).
- Atteinte neurologique : maladies dégénératives (Parkinson, SLA, SEP), compression médullaire.
- Modification de l'alimentation ou de l'apport hydrique.
- Utilisation de médicaments prescrits par un médecin ou/et en automédication, opioïdes, anticholinergiques (Buscopan®), fer, diurétiques, antagonistes 5HT3 (Zofran®, Kytril®, Aloxi®), antidiarrhéiques).
- Niveau d'activité physique (par rapport au stade de la maladie).
- Cachexie, épuisement physique.
- Facteurs environnementaux : manque d'intimité, assistance requise, alitement, épuisement.

L'examen physique doit comprendre un status abdominal et un toucher rectal (TR). Le TR est un outil de diagnostic simple et sûr avec un avantage particulier dans les maladies avancées [8]. D'autres investigations ne sont pas systématiquement nécessaires. Un examen neurologique complet peut être utile, si une compression médullaire est suspectée. Une radiographie abdominale sans préparation (ASP) peut être réalisée pour évaluer la charge fécale, confirmer le diagnostic, quand l'examen clinique est peu contributif ou pour écarter un iléus.

Les outils d'évaluation : la Victoria Bowel Performance Scale (BPS), l'échelle d'évaluation de la constipation (CAS) et l'échelle de Bristol (utilisée plus couramment en Suisse), qui

décrit en image la forme des selles, ont une forte validité clinique. Les outils spécifiques pour l'évaluation de la CIO comprennent l'évaluation par le patient des symptômes liés à la constipation (PAC-SYM), l'évaluation par le patient de l'influence de la constipation sur la qualité de vie (PAC-QoL) et l'indice / journal de la fonction intestinale (BFI et BF-Journal) [9]. Les outils d'évaluation doivent être utilisés conjointement avec l'anamnèse du patient.

Principes de bonne pratique pour la gestion de la constipation :

Message clé : Les stimulants et les médicaments visant au ramollissement des selles doivent être administrés sur la base d'une évaluation abdominale et rectale régulière.

L'équilibre entre les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques est essentiel. Les thérapies orales et rectales et, dans la mesure du possible, les stratégies de prévention et d'automédication, doivent être prises en compte dans le plan de traitement. Dans les soins palliatifs, les facteurs liés à l'hygiène de vie, tels que l'alimentation et l'activité physique ont une valeur limitée et deviennent encore moins importants à mesure que l'état général diminue.

Choix des laxatifs

Il existe des preuves limitées pour étayer le choix d'un laxatif par rapport à un autre. Les principaux laxatifs utilisés dans les maladies avancées sont soit des laxatifs osmotiques comme les macrogols (Movicol®, Transipeg®, Duphalac®) ou les saccharides (Importal®) ou des laxatifs stimulants comme les composés polyphénoliques tels que bisocodyl (Dulcolax), ou les picosulfates (Laxoberon®) ou les composés d'origine végétale tels que le séné.

Certains types de laxatifs doivent être évités chez les patients en soins palliatifs :

- Les laxatifs de lest (Laxiplant®) - nécessitent un grand volume de liquide difficile à prendre pour les patients.
- La paraffine liquide entraîne une excoriation cutanée et réduit l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K).

Utilisation de suppositoires et lavements

Les suppositoires et les lavements sont généralement utilisés lorsque le traitement laxatif oral est insuffisant. Ils sont utilisés en première ligne lorsqu'il existe des preuves d'une impaction fécale. Ils augmentent, potentiellement, la quantité de liquide et stimulent le péristaltisme ce qui les rend plus efficaces que les laxatifs oraux. Les suppositoires et les lavements ont des propriétés stimulantes et adoucissantes et peuvent être utilisés en conjonction avec des thérapies orales si nécessaire. Ils doivent être administrés avec prudence ou évités s'il existe des preuves de :

- Neutropénie, thrombocytopenie, iléus paralytique ou mécanique
- Traumatisme anal ou rectal
- Colite sévère, inflammation ou infection de l'abdomen
- Radiothérapie récente dans la région pelvienne [10]
- Douleurs abdominales non diagnostiquées.

(page suivante) **Algorithme pour la prise en charge de la constipation dans les maladies avancées [10] (reproduit avec la permission d'ESMO) :**

Veillez plier le long de cette ligne