

CAPP-INFO

Bulletin d'information du CAPP
(Contact Avis Pharmacologique et Pharmaceutique)

N°29, mai 2004
Bip : 68 5 6560

CONSTIPATION ET OBSTRUCTION INTESTINALE CHEZ LE PATIENT EN SOINS PALLIATIFS Evaluation et traitements

I- Introduction :

La constipation est presque constante en soins palliatifs et en fin de vie. Ce symptôme entraîne un inconfort et une gêne considérable. En effet, la constipation peut provoquer des douleurs abdominales, des ballonnements, des nausées, des éructations, des vomissements, une incontinence fécale, un ténésme anal, un fécalome voire même une obstruction intestinale, une proctite compressive avec nécrose de l'ampoule rectale ou une hémorragie.

Ce bulletin fournit des informations sur la constipation chez le patient en fin de vie ou prenant des opiacés, ainsi que sur l'obstruction intestinale en soins palliatifs. Ces recommandations sont largement empiriques. Nous avons par contre cherché à confronter notre expérience clinique aux publications d'autres équipes de soins palliatifs et aux données actuelles de la thérapeutique.

II- Généralités :

Le transit en fin de vie :

Les données expérimentales sur le transit en fin de vie sont très limitées. Le postulat des soins palliatifs est d'assurer le confort du patient, donc de prévenir l'inconfort lié au ralentissement du transit durant cette période particulière de vie. **L'élimination intestinale doit être surveillée de près et ce, même si le patient ne mange plus. En effet, l'intestin continue de produire des déchets cellulaires, des sécrétions et du mucus en quantité suffisante pour causer des problèmes s'il n'y a pas une évacuation régulière.** Les patients en soins palliatifs ont souvent aussi d'autres facteurs favorisant la constipation: immobilisation, déshydratation, hypercalcémie ou médicaments anticholinergiques par exemple.

La constipation est constante chez les patients prenant des opiacés !

Effets des opiacés sur l'intestin:

- ⇒ Les récepteurs opiacés μ étant présents dans tout le système gastro-intestinal, l'administration d'opiacés :
 - diminue le péristaltisme de l'intestin grêle et du colon
 - augmente le tonus iléo-caecal et du sphincter anal
- ⇒ Il n'y a pas de corrélation entre les doses de morphine et la constipation induite.
- ⇒ La constipation ne dépend pas de la voie d'administration des opiacés.
- ⇒ Il n'y a pas d'étude randomisée à double insu comparant la sévérité de la constipation et les différents opiacés. En effet les études comparant la morphine et les patches de fentanyl ne sont pas randomisées.

III. Evaluation

- Une **évaluation du transit** doit être faite tous les jours.
- En fin de vie, une **surveillance clinique régulière** doit être instituée aussi bien par le médecin que l'infirmier(e).
- En cas de nausées ou vomissements, de douleurs abdominales, d'un globe vésical, d'un état confusionnel ou de fausses diarrhées, il faut évaluer le transit et rechercher une constipation, même si le patient reçoit déjà un laxatif.

Le tableau suivant résume les signes cliniques à rechercher et leur interprétation :

Observations cliniques	Penser à :
Nausées / vomissements	gastroparésie ; iléus mécanique ou paralytique
Douleurs abdominales	occlusion /processus inflammatoire ou infectieux
Anus distendu ou entrouvert :	fécalome
Douleur anale	fécalome
Toucher rectal :	
Selles dures et diarrhées liquides	fécalome
Selles dures dans l'ampoule rectale	fécalome
Ampoule rectale vide mais selles dures palpables dans le colon	fécalome
Ampoule rectale vide et pas de selles palpables	occlusion
Selles liquides ou « fausses diarrhées »	ne pas confondre les diarrhées et les sécrétions fécaloïdes typiques d'un fécalome
Agitation sans cause apparente	fécalome
Radiographie de l'abdomen sans préparation	
Niveaux hydroaériques	occlusion
Stase fécale colique	fécalome
Air sous les coupoles diaphragmatiques (cliché debout) ou le long des flancs (cliché decubitus latéral)	perforation

IV. Interventions pour maintenir le transit

Principes généraux

- **Le fait d'être assis facilite l'exonération.** Autant que possible, il convient donc d'aider le patient à se lever et à s'asseoir, en s'assurant que son installation est sécuritaire et ne lui demande pas trop d'énergie.
- **On veillera à respecter son intimité.**
- **Se souvenir que toute manipulation au niveau anal peut être vécue comme humiliante pour le patient.**
- Pratiquer un **massage du cadre colique** (physiothérapeute) peut faciliter le transit, en particulier chez le patient immobile.
- Même en l'absence de traitement opiacé, il est prudent de prescrire un **laxatif** chez tous les patients **confinés au lit**.
- L'évaluation quotidienne permet d'adapter **graduellement** la posologie du laxatif et de décider s'il est nécessaire **d'associer plusieurs laxatifs** agissant de façon complémentaire (modes d'actions différents).
- Autant que possible, prescrire les laxatifs par **voie orale**.

Prévention de la constipation sous opiacés :

- Un **traitement préventif** est la clé du succès. « *La main qui prescrit un opiacé, prescrit le laxatif* ».
- Le traitement laxatif doit être pris **quotidiennement** même en cas de transit normal.
- **Surveiller tous les jours le transit** et adapter les doses de laxatifs en conséquence.
- Le traitement devrait associer **un laxatif de contact et un laxatif osmotique**.

Pour prévenir ou traiter la constipation due aux opiacés, associer systématiquement:

bisacodyl (Prontolax®) OU extrait de bourdaine (Extr Frangulae®)

ET

lactulose (Rudolac®, Duphalac®) OU lactitol (Importal®) OU macrogol (Movicol®).

Pour individualiser le traitement tenir compte des comorbidités du patient et comparer les laxatifs en terme de sécurité, de commodité d'emploi, et de coût.

Les besoins en laxatifs sont variables d'un patient à l'autre et la posologie doit être titrée selon la réponse clinique.

Rappel : l'extrait de bourdaine (Extr Frangulae) est souvent utilisé pour « remplacer » l'Emodella® (retiré du commerce), mais attention, ce sirop est six fois moins dosé en anthraquinone que l'ancienne préparation !

- **Eviter les mucilages** (mode d'action laxative inadéquat en présence de la paralysie du transit induite par l'opiacé).

- Associer des mesures non-médicamenteuses comme l'hydratation, la mobilisation et le régime (mais sans surcharge en fibres).

Traitement de la constipation :

- Face à une constipation installée, il convient d'exclure un fécalome ou une obstruction intestinale mécanique ou paralytique complète.
- En l'absence d'iléus, **soit majorer le traitement laxatif per os** (voir ci-dessus), soit prévoir **un ou des lavements**.
Le protocole suivant peut être appliqué lors d'une constipation sans iléus :

Après 2 jours sans selle :

⇒ administrer un suppositoire lubrifiant (glycérine, Bulboid®; ne nécessite pas d'ordre médical). S'il n'y a pas de selles après quelques heures, on peut essayer un lavement de type osmotique de petit volume (sorbitol+citrate de Na+ laurylsulfoacétate de Na, Microklist® 5ml ; en cas de pathologie rectale (hémorroïdes) s'assurer d'une prescription médicale).

3° jour sans selle:

⇒ insérer 1 suppositoire lubrifiant et 1 suppositoire laxatif irritant (bisacodyl, Prontolax®, ordre médical nécessaire). Mettre le suppositoire glyciné d'abord, car celui-ci peut être enfoncé dans les selles alors que le suppositoire irritant (Prontolax®) devra être en contact avec la muqueuse intestinale.

4° jour sans selle:

⇒ Examiner l'anus et effectuer un toucher rectal (l'infirmière est habilitée comme le médecin à pratiquer le toucher rectal).

⇒ Informer le médecin du résultat de ce dernier.

⇒ S'il y a des selles pâteuses ou molles dans l'ampoule rectale : sur ordre médical, administrer un lavement hypertonique de phosphate de sodium 22% , 120 ml (Clyssie®, nécessite un ordre médical). Contre-indication : insuffisance rénale (absorption rectale de 10 à 20% du phosphate).

⇒ Si l'on détecte un fécalome au toucher rectal ou si l'ampoule rectale est vide mais des masses fécales dures sont palpables dans le colon, intervenir promptement :

En cas de fécalome :

- **Administrer un lavement de glycérine 1000ml (Practomil®, nécessite un ordre médical).**
- **Si nécessaire, extraire le fécalome manuellement.**

Recommandations techniques destinées au confort du patient :

L'extraction d'un fécalome peut être douloureuse. Selon besoin utiliser au préalable de la **xylocaïne gel à 2% en application anale et intrarectale**. Laisser agir au moins 5 minutes avant de commencer le lavement ou l'extraction. **Si nécessaire, y associer des soins locaux anti-hémorroïdaires**. Certains auteurs (référence 11) préconisent d'administrer, sur ordre médical, du midazolam (Dormicum) 2,5 à 10 mg sous-cutané dix minutes avant la procédure, si le patient est très algique ou agité.

Pour un patient en fin de vie, ces recommandations doivent être discutées de cas en cas, en évaluant le bénéfice et l'inconfort liés à ces interventions.

En cas de constipation rebelle due aux opiacés, la **naloxone per os** (Narcan®) a parfois été proposée, mais les doses doivent être importantes (20% plus élevées que les doses de morphine) et des sevrages ont été décrits avec des crises algiques intenses. Dans les prochaines années, des antagonistes aux opiacés sans passage de la barrière hémato-encéphalique sont attendus.

Références : 1. Bruera E et al, The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit : a retrospective review. J Pain Symptom Manage 1994 ; 9(8): 515-519. 2. Fallon M T, Constipation in cancer patients : prevalence, pathogenesis and cost-related issues. Europ J Pain, 1993 (supplA) :3-7. 3. Haazen L et al, The constipation-inducing potential of morphine and transdermal fentanyl. European J Pain, 1999 ;3 (supplA) 9-15. 4. Mancini I et al, Constipation in advanced cancer patients. Support Care 1998; 6(4): 356-64. 5. Schug SA et al, A long-term survey of morphine in cancer pain patients. J Pain Symptom Manage 1992; 7(5): 259-66. 6. Sykes NP, Constipation and diarrhoea. In Doyle D, Hanks GWC, MacDonald D ; (eds). Palliative Medicine. Oxford University Press, pp.299-310. 7. Walsh, TD Prevention of opioid side effects. J Pain Symptom Manage 1990;5(6): 362-7. 8. Tagushi A et al, Selective postoperative inhibition of gastrointestinal opioid receptors. N Engl J Med. 2001 ;345 :935-940. 9. Bretin MM, Collection Cahiers de recherche en Soins Infirmiers – « La Prévention de la constipation - Vers un protocole infirmier » - Editions Maloine 1995, Paris. 10. Maison Michel Sarrazin « Guide d'intervention clinique en Soins Palliatifs » à l'intention des infirmières et infirmiers, Edition A. Sigier. 11. Constipation in the palliative care setting 2002 in eTG complete 2004, Therapeutic Guidelines Limited, North Melbourne, Victoria 3051, Australia Fax: (+61 3) 9326 5632 E-mail: sales@tq.com.au Website: www.tq.com.au .

V. Obstruction intestinale

Principes généraux

L'obstruction intestinale est fréquente chez le patient atteint de cancer avancé, en particulier d'origine digestive ou ovarienne. Lors d'une obstruction haute, les nausées et les vomissements seront au premier plan. Lors d'une obstruction basse, le ballonnement abdominal et les douleurs seront prédominants.

Lorsqu'une chirurgie n'est pas envisageable, une prise en charge médicale peut être efficace.

- Tout traitement médicamenteux doit être administré par voie parentérale, si possible sous-cutanée.
- L'aspiration par sonde naso-gastrique est, de préférence, réservée aux patients devant subir une chirurgie.
- Arrêter les laxatifs stimulants tels que le bisacodyl (Prontolax®), le picosulfate de sodium (Laxobéron®) ou l'extrait de bourdaine (Extractus frangulae®).
- Éviter les antiémétiques prokinétiques tels que le métoclopramide (Paspertin®, Primpéran®).
- Hydrater par voie intraveineuse ou sous-cutanée (environ 1 litre par 24h) tout en assurant les soins de bouche.
- Contrôler les symptômes de douleur, de vomissements et de spasmes par l'injection parentérale d'antalgiques, d'antiémétiques et si nécessaire, d'antispasmodiques.

Traitement de l'obstruction intestinale

**Associer un opiacé (morphine ou hydromorphe etc) par voie sous-cutanée
ET
un antiémétique (halopéridol, Haldol®) par voie sous-cutanée.**

⇒ En cas d'insuffisance rénale sévère, l'opiacé de choix est la buprénorphine (Temgesic®, Transtec®).

⇒ Si l'halopéridol n'est pas bien toléré (syndrome extrapyramidal), la prescription en deuxième intention d'un antagoniste de la sérotonine peut être envisagée (ondansétron, Zofran®). Penser alors à arrêter les sérotoninergiques (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, citalopram Seropram® par exemple).

⇒ La scopolamine (Buscopan® SC, Transcopp TTS) diminue les sécrétions gastriques et intestinales, contribuant à soulager les douleurs abdominales, les nausées et les vomissements. Cependant, chez le sujet âgé, les états confusionnels apparaissent fréquemment lors de tels traitements anticholinergiques, qui sont donc à prescrire en deuxième intention.

⇒ En cas de vomissements importants, ou si l'anticholinergique est contre-indiqué ou mal toléré, on peut recourir à l'octréotide (Sandostatine®), analogue synthétique de la somatostatine, qui inhibe les sécrétions intestinales à raison de 100microgr, 3 fois par jour par voie sous-cutanée. Augmenter l'octréotide à des doses supérieures à 900microgr par jour ne semble pas apporter de bénéfice supplémentaire.

⇒ En cas d'obstruction tumorale très localisée ou s'il existe une obstruction partielle et une constipation associée, l'adjonction de dexaméthasone (Dexaméthasone®, Méphamésone-4®) peut réduire l'œdème péricytomural et améliorer les symptômes.

⇒ Dexaméthasone 8 à 16mg sous-cutané, une fois par jour le matin de préférence, pendant 3 jours, puis évaluer l'efficacité et discuter soit l'arrêt, soit la poursuite du traitement à dose réduite.

VI. Que retenir :

- **Le transit doit être surveillé même chez le patient en soins palliatifs qui ne mange plus.**
- **La vigilance des soignants s'impose, le patient en fin de vie ne se plaignant souvent pas spontanément.**
- **La constipation est une source évitable d'inconfort et doit être prévenue activement.**
- **L'alitement, l'anorexie, les opiacés induisent une constipation quasi-constante.**
- **Les laxatifs seront associés de manière à exploiter leurs modes d'action complémentaires.**
- **L'obstruction intestinale en fin de vie, se traite le plus souvent sans recourir à la chirurgie.**
- **Le traitement conservateur de l'obstruction intestinale associe antalgiques majeurs, antiémétiques et antispasmodiques.**

Références : 12. Ripamonti, C., R. Twycross, et al. , "Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer." Support Care Cancer 2001; 9(4): 223-33.

Nous remercions l'EMASP (Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs), le Dr. S. Pautex et Mme M-C Diet pour leur contribution à ce numéro.