

la constipation*

Les causes d'une constipation sont nombreuses et souvent multiples chez un même patient. La prise d'opioïdes est fréquemment impliquée, rendant certains malades réticents à une augmentation de la posologie ou à la poursuite du traitement antalgique.



* Changement des habitudes défécatoires avec une émission peu fréquente de selles dures, en faible quantité, et une exonération difficile ou une sensation de vidange incomplète.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une constipation ?

1. Le patient se plaint-il de constipation ?

Signale-t-il une difficulté d'aller à selles, une sensation d'exonération incomplète, des ballonnements, des douleurs abdominales ? Présente-t-il moins de trois selles par semaine ?

2. Y a-t-il un fécalome ?

Un tableau sub-occlusif a-t-il été exclu ?

3. Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) de la constipation ?

Y a-t-il un (ou plusieurs) facteur(s) favorisant(s) potentiellement réversible(s) (par exemple un médicament, une déshydratation, un trouble ionique, une lésion anale douloureuse...) ?

Une **surveillance** quotidienne de l'élimination intestinale (au minimum 2 fois par semaine) est nécessaire, même si le patient ne s'alimente plus ou s'il prend déjà un laxatif.

Anamnèse

- Élimination des selles : fréquence, quantité et consistance des selles, habitudes, fausses diarrhées, gaz, difficultés d'exonération, etc.
- Signes et symptômes associés : sensation de plénitude ou de distension, sensibilité ou douleur abdominale, spasmes, ténésme, anorexie, nausées, vomissements, rétention urinaire, confusion, agitation, etc.
- Expérience du patient avec des laxatifs : posologie, efficacité, tolérance.

Examen clinique général

- Examen abdominal : sensibilité,

distension, bruits intestinaux, présence de masses anormales.

- Examen anal : béance, hémorroïdes, fissures.
- Toucher rectal si utile : tonus, présence/absence de selles, fécalome.

Éventuels examens complémentaires

- RX abdomen à blanc (stase stercorale, fécalome, occlusion).
- Biologie sanguine (ionogramme, bilan thyroïdien, etc.)

Quel traitement puis-je mettre en route ?

L'objectif principal est de prévenir la constipation et, lorsqu'elle est installée, de la traiter efficacement et rapidement.

N'oubliez pas que vous pouvez agir sur les **facteurs environnementaux** tels que le manque d'intimité pour aller à selle, l'inconfort voire la douleur liés à l'utilisation d'une panne ou d'une protection, etc.

Il est recommandé de/d' :

- Corriger les causes traitables (par exemple déshydratation, hémorroïdes, etc.)
- Anticiper les effets constipants des médicaments :
 - Supprimer ceux qui ne sont plus considérés comme essentiels.
 - Administrer régulièrement un laxatif à titre prophylactique si le patient reçoit un opioïde (hormis dans un contexte d'accélération du transit).
- Préférer les laxatifs oraux aux suppositoires et aux lavements.
- Administrer systématiquement le laxatif pour éviter une constipation chronique.
- Expliquer au patient l'importance des mesures préventives et les enjeux du traitement.
- Évaluer systématiquement et régulièrement l'effet des mesures et du traitement.

- Durant les derniers jours de vie, évaluer l'intérêt de poursuivre le laxatif et veiller à ce qu'il n'entraîne pas d'inconfort supplémentaire.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

- Invitez le patient à se mobiliser si sa condition physique le permet.
- En cas d'alitement, proposez éventuellement un massage du cadre colique.
- Encouragez une hydratation orale suffisante.
- Favorisez, si le patient le souhaite, la prise de boissons qui stimulent le réflexe gastro-colique (par exemple thé, café).
- Conseillez une alimentation riche en fibres (par exemple légumes, fruits, compotes), sauf en cas de subocclusion ou si l'hydratation est difficile à maintenir.
- Créez un environnement favorable (intimité, accessibilité, adaptation du WC).
- Recherchez une position facilitant l'exonération (utiliser un rehausseur de WC, un marchepied, une chaise percée plutôt qu'une panne) et assurez le confort (par exemple antalgiques).

Le fécalome : comment l'identifier et le traiter ?

Le fécalome est une masse fécale dure et de gros volume impossible à évacuer spontanément. Il est souvent situé dans le rectum et se manifeste par une constipation, des fausses diarrhées, des douleurs et une incontinence anale. Il peut être à l'origine d'une confusion, d'une rétention urinaire et/ou d'un iléus.

Il est traité par :

- lavement phosphaté ou à base d'huile (à répéter si nécessaire)
- extraction manuelle sous analgésie et sédation (en cas d'échec des lavements)

- solution orale de macrogols avec électrolytes (si impaction fécale située au-dessus du rectum) : 4 sachets dilués dans 500 ml d'eau à boire en 2 heures, 2 fois par jour et à répéter pendant 2 à 3 jours si nécessaire (contre-indiqué en cas d'insuffisance cardiaque)

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Un ou plusieurs laxatifs oraux

De manière générale, choisissez un laxatif à effet stimulant en cas de selles molles, ou un laxatif à effet émollient en cas de selles dures (faible niveau de preuve). Choisissez le laxatif oral en fonction des préférences du patient, de sa capacité à déglutir et des effets indésirables, lesquels sont détaillés dans le tableau disponible au verso de cette fiche (par exemple : flatulences avec lactulose, crampes abdominales avec laxatifs de contact).

Laxatif stimulant ou de contact

- **Sennoside B (poudre, comprimé)** : 10 à 20 mg en 1 prise, le soir (max 3x 30 mg/jour)
- **Bisacodyl (comprimé)** : 5 à 10 mg en 1 prise, le soir (max 3x 20 mg/jour)
- **Picosulfate de sodium (goutte, comprimé)** : 2,5 à 10 mg en 1 prise, le soir (max 3x 10 mg/jour)

Laxatif émollient à action osmotique

- **Lactulose (poudre, sirop)** : 10 à 30 g (15 à 45 ml) par jour, en 1 à 2 prises
- **Lactitol (poudre)** : 10 à 20 g par jour, en 1 prise le matin

- **Macrogol pur ou avec électrolytes (poudre)** : 1 à 3 sachets par jour dilués dans 125 ml d'eau, en 1 prise, le matin (max 3x 2 sachets/jour)
- Recherchez une posologie qui permet une défécation facile, sans douleur, minimum trois fois par semaine ou selon les habitudes du patient ; réduisez la dose en cas de selles très molles ; suspendez temporairement le traitement en cas de selles liquides.
- Administrez le laxatif de façon systématique et régulière.
- Évaluez l'efficacité après 48 à 72h, et ajustez graduellement la posologie.
- En cas d'échec ou d'effets indésirables, combinez un laxatif émollient avec un stimulant.

2. Un laxatif intra-rectal

- Après 3 jours sans selles, administrez un suppositoire ou un micro-lavement.
- Évaluez l'efficacité après une heure.
- Si la constipation persiste, administrez un lavement (monté sur canule rectale si possible).

Contre-indiqué en cas de thrombopénie sévère, d'infection locale ou de fistule. Lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée ou dans la constipation neurogène, administrez un suppositoire de glycérine systématiquement et régulièrement (par exemple tous les 3 jours).

3. Autres médicaments (sur avis d'un spécialiste)

- **Méthylnaltrexone** pour traiter une constipation induite par un opioïde, lorsque celle-ci est réfractaire au traitement par laxatifs émollients et stimulants. La méthylnaltrexone peut alors être ajoutée. Elle agit en s'opposant à l'action périphérique de l'opioïde sur le péristaltisme intestinal, sans en modifier l'action antalgique.
- **Prucalopride, néostigmine, érythromycine.**

Pourquoi est-il important de traiter la constipation ?


C'est un symptôme fréquent (environ 50% des patients en soins palliatifs) qui génère de l'inconfort et une gêne considérable. Il s'accompagne généralement d'autres symptômes comme des douleurs, des ballonnements, une anorexie ou des nausées. La constipation peut se compliquer d'un fécalome, de fissures anales, d'hémorroïdes, d'une occlusion intestinale et d'une rétention urinaire. Elle peut également être responsable d'une mauvaise absorption des médicaments administrés par voie orale ou rectale.

L'installation d'une constipation conduit à un **cercle vicieux** (diminution du péristaltisme → augmentation du temps de transit → diminution de la teneur en eau et du volume des selles → diminution du péristaltisme) qui sera levé par la prise d'un laxatif **stimulant** (accélération du péristaltisme) ou **émollient** (augmentation de la teneur en eau des selles).

Outil : mécanismes d'actions et effets indésirables des principaux laxatifs

<p>Laxatifs stimulants Anthraquinones</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sennoside ● Diphénylméthanes ● Bisacodyl ● Picosulfate de sodium 	<p>Stimulent le plexus myentérique et le péristaltisme, réduisent l'absorption d'eau dans le colon</p> <p>Délai d'action : 8 à 12 h</p>	<p>Éviter s'il y a un risque occlusif Effets indésirables</p> <p>→ Crampes dose-dépendantes (réduites par un fractionnement de la dose journalière)</p>
<p>Laxatifs osmotiques Saccharides</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lactulose ● Lactitol <p>PEG ou macrogols</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Macrogol pur ● Macrogol salin 	<p>Augmentent la sécrétion d'eau au niveau de l'intestin grêle et donc le volume des selles et activent le péristaltisme</p> <p>Délai d'action : 1 à 3 jours</p>	<p>Intéressant à utiliser si encéphalopathie hépatique. Éviter si intolérance au lactose et au galactose Effets indésirables des saccharides :</p> <p>→ Flatulences, ballonnements dose-dépendants → Goût sucré prononcé</p> <p>Effets indésirables des macrogols :</p> <p>→ Mieux tolérés que les saccharides → Nécessitent une grande quantité d'eau → Les macrogols salins sont riches en Na et K et doivent être évités si insuffisance cardiaque ou rénale</p>
<p>Laxatifs de lest</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Son et mucilages 	<p>Augmentent le bol fécal en produisant des matières résistantes à la flore bactérienne, accroissent la fermentation et accélèrent ainsi le transit</p>	<p>Peu utilisés en soins palliatifs car requièrent l'ingestion de grandes quantités d'eau Effets indésirables :</p> <p>→ Ballonnements → Aggravation de la constipation, voire obstruction intestinale, par impaction si apport hydrique insuffisant ou sténose préexistante</p>
<p>Laxatifs lubrifiants</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Paraffine liquide 	<p>Ramollissent les selles, lubrifient leur surface, facilitent ainsi leur passage</p>	<p>Effets indésirables :</p> <p>→ Pneumonie graisseuse si fausse déglutition → Fuites anales, irritation périnéale</p>

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).

