

CONSTIPATION DUE AUX OPIACES CHEZ DES PATIENTS EN PHASE TERMINALE

La constipation survient fréquemment chez des patients en phase terminale. Ce phénomène est lié notamment à une diminution importante de l'activité physique, à la consommation réduite d'aliments (riches en fibres) et de boissons, à une faiblesse générale, et à l'administration de médicaments (surtout des opiacés, mais également par ex. des antagonistes 5HT₃, tels l'ondansétron, et des substances à composante anticholinergique comme les phénothiazines ou les antidépresseurs tricycliques). La constipation peut également être la conséquence directe de la malignité ou d'autres affections concomitantes telles l'hypokaliémie, le diabète, l'hypothyroïdie.

Cet article met l'accent sur la prévention et le traitement de la constipation chez des patients en phase terminale traités par des opiacés. Par analogie avec le traitement de la douleur chronique, il y a lieu de traiter également la constipation chronique de manière systématique, et non à la demande.

Mesures non médicamenteuses

Il faut tâcher de prévenir autant que possible la constipation en appliquant si possible les mesures suivantes: nourriture riche en fibres, apport suffisant de liquide (par ex. jus de fruits au petit déjeuner), mobilisation, usage des toilettes le plus longtemps possible en respectant l'intimité du patient.

Prise en charge médicamenteuse

Il existe une unanimité dans la littérature pour recommander de prescrire un laxatif dès l'instauration d'un traitement par opiacés (y compris la codéine). Toutefois, de façon assez surprenante, on ne dispose que de très peu de données expérimentales pour pouvoir formuler des directives précises quant au choix ou à la dose du laxatif. En pratique, le choix peut dépendre d'une part du mécanisme d'action du laxatif, et d'autre part des caractéristiques de la constipation, plus spécifiquement de la consistance des selles.

- En cas de selles solides, il est préférable d'administrer un laxatif avec une action principalement émolliente; une stimulation excessive du péristaltisme peut en effet causer des coliques douloureuses.
- En cas de selles molles, on administrera de préférence un laxatif qui stimule le péristaltisme; le ramollissement supplémentaire des selles peut mener à des pertes fécales liquides ou à une incontinence.

Il n'existe en fait aucun médicament qui agisse exclusivement sur la consistance des selles ou sur le péristaltisme. Tout laxatif qui ramollit les selles accroît la masse fécale et stimule dès lors le péristaltisme du côlon. Tout laxatif qui stimule le péristaltisme augmente la sécrétion de liquide et ramollit donc les selles. Etant donné que les opiacés agissent tant sur le transit que sur la consistance des selles, il paraît judicieux de débiter par un laxatif soit émollient, soit stimulant.

Laxatifs oraux avec une action principalement émoulliente

Les laxatifs osmotiques (*lactitol, lactulose et sorbitol*) sont les médicaments de premier choix. Aux doses de lactulose utilisées dans le traitement de la constipation due aux opiacés, de la flatulence et des crampes surviennent fréquemment. Le goût sucré n'est pas toujours apprécié non plus, et une tolérance à l'égard de l'effet laxatif pourrait également survenir. Pour cette raison, les auteurs de l'article donnent la préférence au sorbitol en solution à 70%, à préparer sous forme magistrale. La dose de sorbitol va de deux fois 15 ml de cette solution par 24 heures, à trois fois 30 ml. La période de latence est de 1 à 2 jours. [N.d.l.r.: le sorbitol est disponible en spécialité sous forme de sachets à 5 g à dissoudre dans du thé, du café ou une boisson sucrée.]

Les laxatifs à base de sels (*par ex. sulfates, phosphates*) ne sont que des médicaments de second choix en raison de leur effet laxatif parfois trop prononcé. Les laxatifs de lest ne peuvent pas être administrés à un patient en phase terminale cancéreuse. Ils doivent être pris avec beaucoup d'eau, sans quoi une masse gluante et visqueuse peut se former et faire évoluer un début d'obstruction maligne vers une obstruction totale. Leur efficacité en cas d'obstruction grave est également douteuse. *L'huile de paraffine* ne peut pas non plus être donnée à un patient en phase terminale en raison du risque de pneumonie graisseuse chez les patients âgés et/ou affaiblis.

Laxatifs oraux avec une action principalement stimulante

Il s'agit ici des laxatifs de contact: les *dérivés anthraquinoniques* (par ex. séné) et les *dérivés du diphénylméthane* (bisacodyl, bisoxatine, picosulfate de sodium). Ils peuvent provoquer des crampes abdominales et de la diarrhée. Les auteurs ont sélectionné les substances suivantes: bisacodyl (10 à 15 mg p.j.; période de latence de 6 à 12 heures); picosulfate de sodium (dose initiale 5 mg p.j.; dose maximale 10 mg p.j.; période de latence de 6 à 12 heures), sennosides B (15 à 30 mg p.j.) [n.d.l.r.: période de latence aussi de 6 à 12 heures].

Laxatifs à usage rectal

Ces laxatifs, disponibles sous forme de suppositoires ou de lavements, ont le même mécanisme d'action que les laxatifs oraux. Ils ne peuvent en aucun cas remplacer un traitement oral adéquat, ni être utilisés de façon systématique dans le traitement de la constipation chez le patient en phase terminale. Les laxatifs à usage rectal sont toutefois nécessaires pour éliminer des fécalomes et lors de compression de la moelle osseuse.

- Des selles molles situées dans un rectum atonique peuvent être éliminées par un laxatif stimulant, tel le bisacodyl en suppositoire.
- Des selles dures sont plutôt traitées par des suppositoires de glycérine. Il est parfois souhaitable d'associer des suppositoires de glycérine et de bisacodyl.

- Une atonie du côlon peut parfois être résolue par simple contact direct d'un suppositoire de bisacodyl avec la muqueuse rectale.
- Des selles très dures dans le rectum ou plus haut sont traitées par des lavements lubrifiants, par ex. à base d'huile d'arachide comme lavement de rétention (150 ml), avant d'administrer un lavement à base de sels. L'huile d'arachide s'applique de préférence la nuit à l'aide d'un cathéter Foley, introduit haut dans le rectum (au-dessus des fécalomes) afin de prévenir son écoulement. Le ballon du cathéter doit être maintenu gonflé durant une dizaine de minutes afin d'éviter le reflux de l'huile.
- Dans les cas moins sévères, un lavement à base de sels uniquement peut être effectué selon la même technique. Un lavement avec de l'eau de distribution tiède (1,5 l) peut être une alternative aux lavements salins: ceci n'est pas coûteux et ne cause pas d'effets indésirables.
- Si les interventions mentionnées ci-dessus ne donnent aucun résultat, un lavage rectal par une solution saline peut être envisagé. Cette intervention est cependant compliquée et difficile à effectuer de manière convenable. Dans la pratique il est préférable de faire un lavement de rétention à base d'huile, en éliminant les fécalomes manuellement, éventuellement sous sédation au diazépam.

Lorsqu' il faut avoir recours à un laxatif à usage rectal, on adaptera immédiatement la posologie des laxatifs par voie orale jusqu'à ce que l'administration rectale ne soit plus nécessaire.

Le traitement de la constipation des patients avec anus artificiel se fait selon les mêmes directives. Il y a cependant lieu de tenir compte de l'absence de la fonction sphinctérienne.

D'après: *Behandeling van constipatie in de laatste levensfase: een multidisciplinaire benadering. Geneesmiddelenbrief* (revue trimestrielle du "Werkgroep Huisartsenformularium OCMW Gent") **8**, 7-14 (2001) ou via site web <http://www.farmaka.be>

Note de la rédaction

L'article du *Geneesmiddelenbrief* résumé ci-dessus a été rédigé avec l'aide de personnes ayant une expérience dans le domaine des soins palliatifs et après consultation notamment des articles suivants:

- J. Schoorl et Z. Zylics: Laxantiabeleid bij terminale patiënten ondoelmatig. *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* **141**, 823-826 (1997)
- M. Fallon et B. O'Neill: Constipation and diarrhea. ABC of palliative care. *Brit. Med. J.* **315**, 1293-1296 (1994)
- Symptoombehandeling bij patiënten in de terminale fase van ongeneeslijke aandoeningen. Obstipatie en het gebruik van laxantia. *Geneesmiddelenbulletin* **7**, 36-37 (1992)
- D. De Looze: Constipatie en fecale incontinentie bij de bejaarde. *Tijdschr. voor Geneesk.* **51**, 338-342 (1995)