



Atlantic Provinces Pediatric Hematology/Oncology Network
Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces atlantiques

5850/5980, avenue University, C. P. 9700, Halifax, N.-É., B3K 6R8

Révisé et approuvé par les spécialistes du IWK Health Centre, Halifax, N.-É.

Les **directives sur les soins de soutien** ont été mises au point par des spécialistes en santé qualifiés des provinces atlantiques (médecins, pharmaciens, personnel infirmier et autres professionnels de santé) à l'aide de références fondées sur les preuves ou sur les pratiques exemplaires. Le format et le contenu des directives seront modifiés à l'occasion d'examens et de révisions périodiques. Nous avons pris soin d'assurer l'exactitude de l'information. Toutefois, tout médecin ou professionnel de santé utilisant ces directives sera responsable de la vérification des doses et de l'administration des médicaments conformément aux formulaires, aux politiques et aux normes de soins reconnues au sein de son établissement.

Document non officiel s'il est imprimé. Pour vous assurer que ce document imprimé est la version la plus récente, veuillez consulter le site Web <http://www.apphon-rohppa.com>.

Directives relatives à la prise en charge de la constipation

Signes/Symptômes/Étiologie :

- La constipation se définit par une réduction de la fréquence des selles, souvent accompagnée d'une augmentation de leur consistance (dureté) rendant la défécation difficile et douloureuse.
- Les symptômes associés à la constipation comprennent : douleurs, ballonnements, nausées et vomissements, miction par regorgement, ténésme, fécalome et, dans de rares cas, occlusion intestinale.
- Les nouveau-nés et les enfants peuvent avoir des selles en majorité dures comme des petits cailloux pendant au moins 2 semaines ou bien avoir des selles fermes ≤ 2 fois par semaine pendant au moins 2 semaines.
- En oncologie, il faudrait commencer à administrer, au bout de 2 jours, aux patients traités par chimiothérapie ou par des analgésiques opiacés qui n'ont pas eu de selles molles un laxatif et/ou un laxatif émoullient.

Causes :

- opioïdes, chimiothérapie, phénothiazines, anticholinergiques, antiacides (aluminium, calcium), antidépresseur tricyclique, diurétiques,
- métabolique : hypothyroïdie, hypokaliémie, hypercalcémie,
- changement dans les habitudes alimentaires et perte d'appétit,

- manque d'exercice, stress, alimentation pauvre en fibres et en liquides,
- diminution de la motilité,
- occlusion intestinale : maladie aiguë, anomalie électrolytique,
- obstruction mécanique : tumeur, rectocèle, hernie, adhérences,
- dysfonction autonome : diabète de longue date, insuffisance rénale, cancer avancé,
- compression de la moelle épinière.

L'étiologie de la constipation chez les enfants qui suivent un traitement anticancéreux est multifactorielle et peut être liée aux analgésiques (ex. : morphine) ou à la chimiothérapie (ex. : vincristine). La prévention de la constipation est importante, car elle peut entraîner chez ces enfants des complications telles que : fissures anales, iléus paralytique, péritonite et septicémie.

Prise en charge :

Objectifs :

- obtenir un retour à la normale ou au moins des selles molles formées tous les 2 ou 3 jours,
- protéger l'intégrité de la muqueuse rectale en particulier chez les patients présentant une leucopénie ou de thrombocytopénie.

Les manipulations rectales telles que lavements, suppositoires et prise de la température rectale sont contre-indiquées.

Traitement non pharmacologique :

- Fixer des habitudes pour aller à la selle : au même moment tous les jours, après les repas.
- Position : essayer de s'installer sur une chaise d'aisance ou tout au moins de s'asseoir avec les genoux au-dessus du bassin (utiliser une chaise ou un banc au besoin).
- Encourager la consommation de liquides, si la maladie n'est pas à un stade avancé.
- Manger normalement, faire de l'exercice tous les jours, aller à la selle quand l'envie se fait sentir, éviter de pousser pour aller à la selle.
- Manger davantage de fibres. L'American Health Foundation (AHF) conseille pour les enfants et adolescents (de 3 à 20 ans) une prise minimale de fibres alimentaires, facile à atteindre, qui correspond à l'âge de l'enfant plus 5 g de fibres alimentaires. L'American Academy of Pediatrics (AAP) conseille un apport journalier de fibres alimentaires de 0,5 g/kg/jour jusqu'à 35 g/jour. L'augmentation de la consommation de fibres en vue d'atteindre ou de dépasser le niveau normalement nécessaire devrait se faire progressivement pour éviter les crampes et suffisamment de liquide devrait accompagner les fibres.
- Les bonnes sources de fibres comprennent : fruits, légumes, jus de pruneaux (peut être mélangé à du jus d'oranges pour améliorer le goût ou utiliser de la compote de pruneaux pour bébé).
- Voir le guide du IWK : **Sources de fibres alimentaires**, IWK Health Centre, fév. 2002.
- Éviter les fibres alimentaires comme le son car 1) il normalise les selles, mais n'est pas un bon laxatif, 2) il doit être accompagné de beaucoup d'eau, 3) il peut déclencher une occlusion en formant une masse visqueuse chez les patients affaiblis.

Traitement pharmacologique :

- Ne pas administrer si l'on soupçonne occlusion intestinale.
- Traitement prophyllactique intestinal :

- a) administré un émoullient tous les jours associé au besoin à un laxatif stimulant tous les 3 jours; ou
- b) laxatif osmotique administré tous les jours, augmenter la dose s'il ne fait pas effet.
- La constipation est un effet secondaire quasi inévitable lié à l'administration d'opioïdes : ils réduisent le péristaltisme des intestins et augmentent l'absorption d'eau rendant les selles excessivement sèches. Les patients peuvent aussi présenter une augmentation du tonus du sphincter anal et une réduction de la sensation du besoin de déféquer, ce qui favorise la constipation. Il est important de prévenir autant que possible la constipation en prescrivant un laxatif dès le début d'un traitement aux opioïdes. Les laxatifs émoullissants administrés seuls à des doses usuelles ne suffisent pas à neutraliser les effets constipants des opioïdes. L'association de laxatifs osmotiques et de laxatifs stimulants est le traitement le plus efficace pour résoudre ce problème.

Posologies recommandées :

- **Agents surfactants émoullissants** : laxatifs détergents qui facilitent la dissolution des graisses dans l'eau et augmentent la teneur en eau des selles.

Docusate sodique (Colace[®])

Posologie : moins de 3 ans : 10 à 40 mg/jour

3 à 6 ans : 20 à 60 mg/jour

6 à 12 ans : 40 à 150 mg/jour

adultes : 50 à 400 mg/jour

Les doses ci-dessus sont administrées par voie orale, fractionnées en 1 à 4 fois/jour; Délai d'action : de 1 à 3 jours; la solution orale peut être diluée dans du lait ou des jus de fruits pour masquer le goût amer.

- **Laxatifs osmotiques** : retiennent l'eau dans la lumière intestinale, ce qui augmente le volume des selles et stimule le péristaltisme.

Lactulose en solution 667 mg/ml (Chronulac[®])

Posologie : 5 à 10 ml/jour

Doubler la dose journalière jusqu'au passage des selles; administré par voie orale de 1 à 4 fois/jour; (habituellement plus de 60 ml/jour n'est pas nécessaire);

Délai d'action : de 1 à 2 jours; mélanger avec de l'eau, du lait ou du jus pour améliorer le goût.

Solution électrolytique de polyéthylène glycol (Peglyte[®])

Posologie : nouveau-nés et enfants : 100 à 250 ml PO/NG 1 à 2 fois/jour,

augmenter la dose jusqu'à obtention d'un effet.

adultes : 250 ml PO/NG 1 à 2 fois/jour,

augmenter la dose jusqu'à obtention d'un effet.

Délai d'action : de 2 à 4 jours. La réfrigération améliore le goût. Contre-indications : mégacôlon toxique, rétention gastrique, colite et perforation intestinale.

Hydroxide de magnésium 77,5 mg/ml (Lait de Magnésie[®])

Posologie : moins de 2 ans : 0,5 ml/kg/dose

2 à 6 ans : 5 à 15 ml

6 à 12 ans : 15 à 30 ml

adultes : 30 à 60 ml

administrés 1 à 2 fois/jour.

Citrate de magnésium en solution 15 g/300 ml (Citro-Mag[®])

Posologie : moins de 6 ans : 2 à 4 ml/kg/dose PO 1 à 2 fois/jour (max. 200 ml)

6 à 12 ans : 100 à 150 ml/jour PO 1 à 2 fois/jour

plus de 12 ans : 150 à 300 ml/jour PO 1 à 2 fois/jour

Délai d'action : de 30 minutes à 3 heures; le patient doit boire pour éviter la déshydratation et maximiser les effets laxatifs. La réfrigération améliore le goût.

- **Laxatifs stimulants** : irritent les intestins et augmentent le péristaltisme en stimulant le plexus myentérique.

Bisacodyle (Dulcolax[®])

Posologie : 3 à 12 ans : 5 à 10 mg ou 0,3 mg/kg/dose PO 1 fois/jour

adultes : 5 à 15 mg/jour PO 1 fois/jour (dose journalière maximale 30 mg PO)

Délai d'action : de 6 à 10 heures; les comprimés entériques doivent être avalés entiers et ne doivent pas être broyés ou mâchés (pour éviter l'irritation gastrique). Ne pas prendre d'antiacides ou de lait dans l'heure qui suit ou qui précède la prise de ce médicament. Contre-indication : occlusion intestinale.

Posologie (suite)

Séné (sirop 8,8 mg/5 ml et comprimé 8,6 mg)

Posologie :

enfants : sirop :

1 mois à 1 an : 1,25 à 2,5 ml au coucher (max. 5 ml/jour)

1 à 5 ans : 2,5 à 5 ml au coucher (max. 10 ml/jour)

5 à 15 ans : 5 à 10 ml au coucher (max. 20 ml/jour)

comprimé :

plus de 27 kg : 1 comp. au coucher (max. 2 comp. 2 fois/jour)

adultes : sirop :

10 à 15 ml au coucher (max. 15 ml 2 fois/jour)

comprimé :

2 comp. au coucher (max. 4 comp. 2 fois/jour)

Les doses ci-dessus sont administrées par voie orale.

Si les autres traitements ne sont pas efficaces, il est possible de conseiller :

- **Agents procinétiques** : stimulent le plexus myentérique intestinal et augmentent le péristaltisme et le mouvement des selles.

Métoclopramide (Maxeran[®])

Posologie : nouveau-nés et enfants : 0,4 à 0,8 mg/kg/jour PO/i.v./i.m. 4 fois/jour.

adultes : 10 à 15 mg/dose PO/i.v./i.m. 4 fois/jour.

Administrer les doses 15 à 30 minutes avant les repas et au coucher.

Contre-indications : occlusion intestinale et troubles épileptiques.

Précautions d'emploi : pourrait entraîner des effets extrapyramidaux chez les patients sous médication.

Dompéridone (Motilium[®])

Posologie : nouveau-nés et enfants : 1,2 à 2,4 mg/kg/jour PO 3 à 4 fois/jour
adultes : 10 mg/dose PO 3 à 4 fois/jour (max. 80 mg/jour)

Administrer les doses 15 à 30 minutes avant les repas et au coucher.

Précautions d'emploi : en cas de troubles épileptiques, d'insuffisances rénale et hépatique et chez les patients sous médication, car pourrait entraîner des effets extrapyramidaux.

- **Naloxone (Narcan[®])** : antagoniste compétitif des récepteurs opioïdes localisés dans le système nerveux central et périphérique. Administrée par voie orale, elle peut supprimer la constipation provoquée par un opioïde. Administrée par voie orale, elle a une biodisponibilité d'environ 2 % dû à un métabolisme de premier passage important. Étant donné qu'elle traverse facilement la barrière hémato-encéphalique, elle peut toujours supprimer l'analgésie malgré une faible biodisponibilité systémique. Il faut donc surveiller le patient pour détecter tout signe de diminution de l'efficacité analgésique.

Posologie : 0,4 mg (1 ampoule) PO 2 fois/jour; puis 0,8 mg (2 ampoules) PO 2 fois/jour; l'augmentation de la posologie à plus de 2 mg/jour est rarement nécessaire.

Naloxone ne doit être uniquement prescrit qu'en consultation par un oncologue ou hématalogue pédiatre

Références :

1. Dr FRAGER, G. *Dosing for naloxone*, Service de soins palliatifs en pédiatrie, IWK Health Centre, Halifax (N.-É.), 9 déc. 2004.
2. FISHER, DS, KNOBF MT, DURIVAGE HJ et BEAULIEU NJ. *The cancer chemotherapy handbook*, 6^e éd., Philadelphia, Mosby, 2003.
3. ANDERSON, Ian. *Continuing Education Program in End-of-Life Care* [Page d'accueil sur Internet], Toronto, University of Toronto, 2000 [Mise à jour en 2000; cité le 9 déc. 2004]. *Module 3, Symptom Management*, <<http://www.cme.utoronto.ca/endoflife/modules.htm>>.
4. IWK Health Centre. *IWK Health Centre Formulary*, 7^e éd., Halifax (N.-É.), IWK Health Centre, 2004-2005.
5. IWK Health Centre. *Children with cancer: A handbook for families*, Halifax (N.-É.), IWK Health Centre, 2003, 69.
6. KURZ, A, et SESSLER D. *Opioid-induced bowel dysfunction: Pathophysiology and potential new therapies*, *Drugs* 2003, 63 (7), 649-671.
7. TAKETOMO, CT, et HODDING JH, KRAUS DM. *Pediatric Dosage Handbook*, 9^e éd., Hudson (Ohio), Lexi-Comp Inc., 2002-2003.

Date : révisé en juillet 2005