



Gestion des symptômes digestifs

Maryse Bouvette BScInf, MEd, CSIO(C) CSIP (C), M.S.M.
Infirmière spécialisée en soins palliatifs
Éducation/ Conférence

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Maryse Bouvette



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation



Objectifs

- Quelles sont les **causes** de la nausée et des vomissements, constipation et occlusion intestinale?
- Comment peut-on évaluer ces problèmes cliniques afin de mieux les gérer?
- Quels sont les **principes** de base dans la gestion de la nausée et des vomissements, constipation et occlusion intestinale?
- Échanger nos expériences cliniques

Présentation clinique: Madame Florence Boucher

- 69 ans (femme)
- Dx d'un cancer des ovaires (X3 ans)
- Métastases multiples au péritoine
- Douleur bien contrôlée
- Nausée constante (8/10) et vomissements

Madame Florence Boucher

Histoire sociale:

- Veuve
- Mère de trois garçons adultes (5 petits-enfants)
- Très indépendante
- Exprime de l'anxiété face à ses problèmes digestifs et à sa perte progressive d'autonomie

Madame Florence Boucher

Liste de médicaments:

- Hydromorphone à action prolongée 3 mg po Q12hr
- Hydromorphone 0.5 mg po Q2hr PRN
- Dimenhydrinate 50 mg 1-2 Q6hr PRN (env. X5 par jour)
- Omeprazole 20 mg QD
- Séné 2 tabs po BID PRN
- Docusate sodique 2 tabs po BID PRN
- Vitamines
- Diurétiques
- Anti-hypertensifs

Madame Florence Boucher



Madame Florence Boucher

Que recherchons-nous à l'examen physique?

Que recherchons-nous dans l'histoire
médicale antérieure et actuelle?

Madame Florence Boucher

- Signes vitaux stables
- Examen neurologique: normal, problèmes de vision
- Dépôt blanchâtre sur la langue
- Examens vasculaire/pulmonaire: oedème aux membres inférieurs
- Examen abdominal: distension légère à modérée, bruits intestinaux présents, aucune douleur à la palpation
- Examen rectal: normal

Madame Florence Boucher

Histoire:

- Nausée (8/10) constante
- Vomissements: 2x par jour Q 2-3 jours (nuit et matin)
- Douleur: bien contrôlée
- Tolère bien les liquides
- Appétit: faible (7/10)
- Constipation (6/10), selles aux 1-3 jours mais en petite quantité /diarrhée occasionnelle;
- Anxiété (5/10)

SVP encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez présentement

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire douleur possible

Aucune fatigue 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire fatigue possible
(fatigue = manque d'énergie)

Aucune somnolence 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire somnolence possible
(se sentir très éveillé) *(se sentir très endormi)*

Aucune envie de vomir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire envie de vomir possible
(envie de vomir = nausée)

Très bon appétit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aucun appétit

Aucun essoufflement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Le pire essoufflement possible
(essoufflement = manque de souffle)

Aucune dépression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire dépression possible
(dépression = tristesse)

Aucune anxiété 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire anxiété possible
(anxiété = se sentir nerveux)

Meilleure sensation de bien-être 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aucune sensation de bien-être
(bien-être = comment vous vous sentez en général)

Autre problème (p.e. constipation):

Aucun(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Le (La) pire possible

Nom du patient _____

Date _____ Heure _____

Complété par (cochez un):

- ☐ Patient(e)
☐ Famille
☐ Professionnel de la santé
☐ Avec l'aide d'une personne soignante

Autres outils?

Outils d'évaluation

Méthode PQRST (pour l'évaluation de la douleur)

Ref. : <http://www.teteslibres.com>

Points de repère:

- P:** Provoquée par des conditions précises?
Palliée par: qu'est ce qui soulage
- Q:** Qualité: subjectif
Quantité: sévérité, échelle 0-10
- R:** Région de la douleur: superficielle, profonde,
- S:** Signes: diaphragme, tachycardie
Symptômes: vomissement, nausée, étourdissement ou autres
- T:** Temporalité: moment du début, durée, séquence...
- U:** Understanding/ compréhension de la douleur, ce que ça représente (émotions), impact sur les AVQ

Pourrait peut-être être adaptée...

ÉVALUATION DE SYMPTÔME (O à V)

Nom : _____ Date de naissance : _____ ISP : _____

Symptôme préoccupant : _____

Principale préoccupation de la patiente ou du patient concernant le symptôme : _____

O <i>nsset</i> (apparition)	Quand le symptôme est-il apparu? _____ Combien de temps a-t-il duré? _____ À quelle fréquence survient-il? _____
P <i>rovoking / Palliating</i> (élément déclencheur ou palliatif)	Qu'est-ce qui déclenche le symptôme? _____ Qu'est-ce qui l'atténue? _____ Qu'est-ce qui l'accentue? _____
Q <i>uality</i> (qualité)	Que ressentez-vous? _____ Comment décririez-vous le symptôme? _____
R <i>egion / Radiation</i> (région et irradiation)	Où le symptôme se situe-t-il? _____ Irradie-t-il? _____
S <i>everity</i> (intensité)	Quelle est l'intensité du symptôme? (Sur une échelle de 0 à 10, 0 = absence de symptôme et 10 = intensité maximale imaginable) _____ Maintenant? _____ Dans le meilleur des cas? _____ Dans le pire des cas? _____ En moyenne? _____ À quel point ce symptôme vous dérange-t-il? _____ Ce symptôme s'accompagne-t-il d'autres symptômes? _____ Quels médicaments et traitements utilisez-vous actuellement pour soulager ce symptôme? _____
T <i>reatment</i> (traitement)	Quel est leur degré d'efficacité? _____ Ressentez-vous des effets secondaires? _____ Quels médicaments et traitements avez-vous essayés dans le passé? _____
U <i>nderstanding</i> (compréhension et répercussions)	Selon vous, quelles sont les causes du symptôme? _____ Quelles sont ses répercussions sur vous et votre famille? _____
V <i>alues</i> (valeurs)	Quel est votre objectif en ce qui concerne ce symptôme? _____ Quel est votre objectif de confort ou le degré acceptable pour ce symptôme? _____ (0 = absence de symptôme et 10 = intensité maximale imaginable) Y a-t-il d'autres considérations ou sentiments importants pour vous ou votre famille concernant ce symptôme? _____

Évaluation physique (au besoin, selon le symptôme)

Date _____ Signature _____

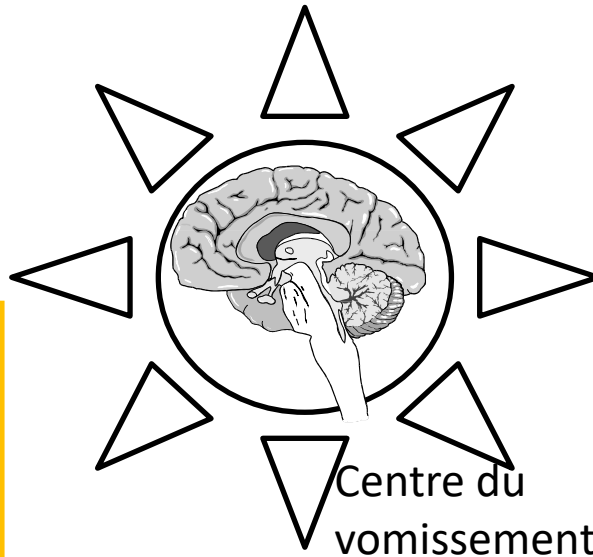
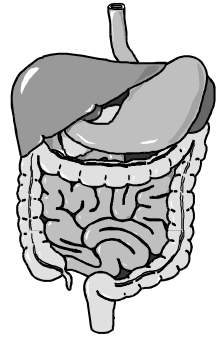
Causes possibles

Médicaments
Toxins
Déséquilibre électrolytique



Dopamine (D2)
Sérotonine (5HT3)

"Opioïdes"



Acétylcholine (ACh)

Histamine (H1)

"Opioïdes"



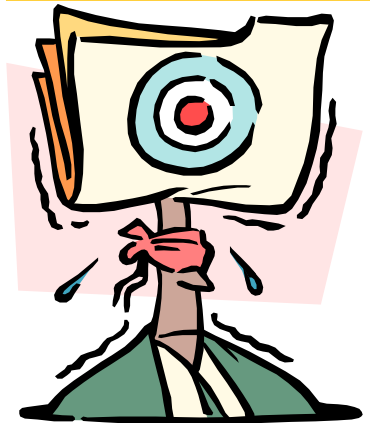
Vertige
Ototoxicité

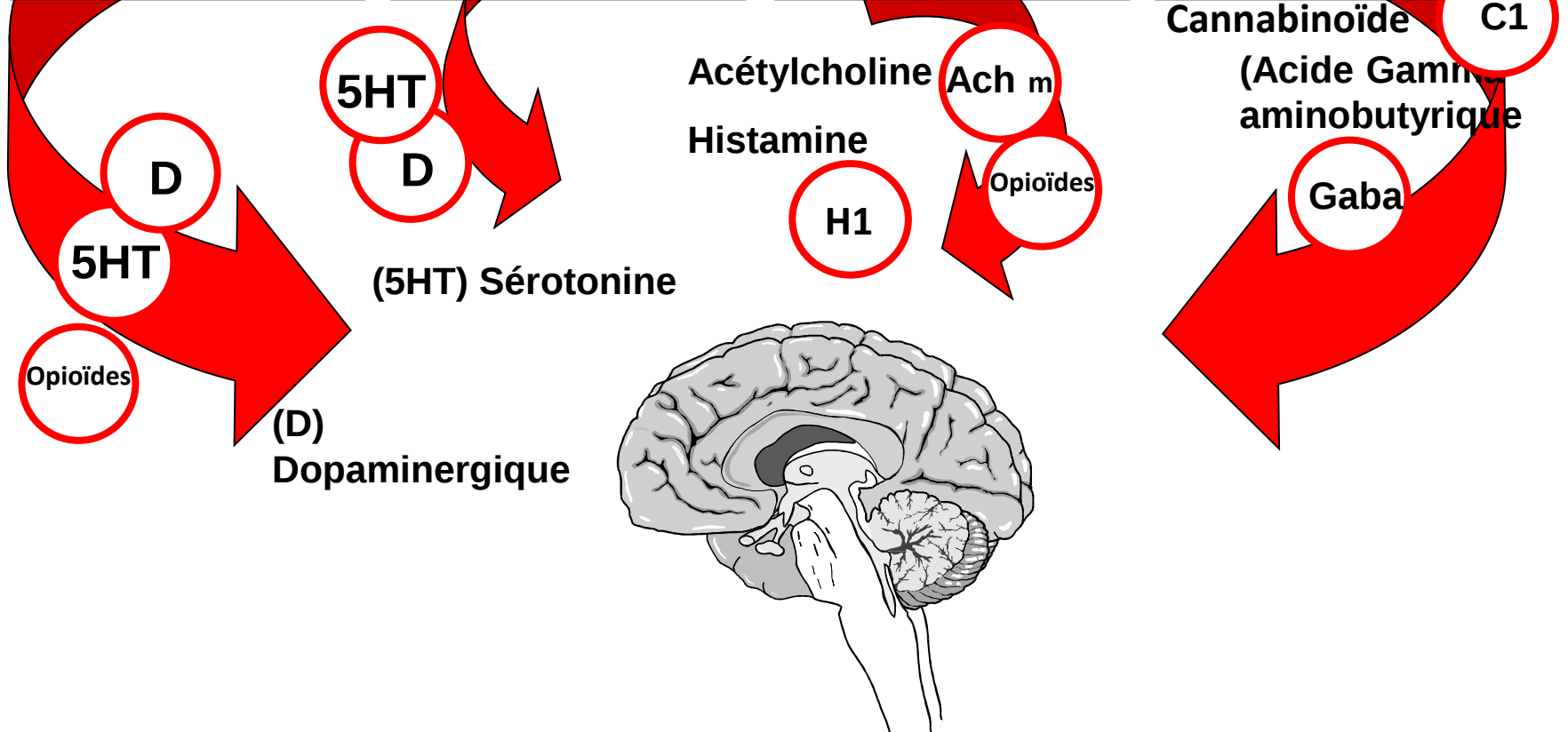
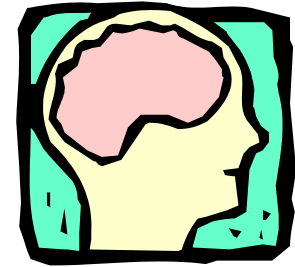
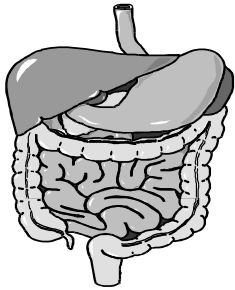
Gaba
Cannabinoïde (C1)

Acétylcholine (ACh)

Histamine (H1)

Sérotonine (5HT3)



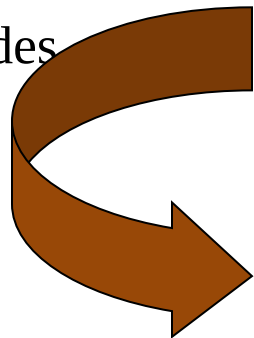


Viscéral

Causes

↓ motilité gastrique/
Reflux
Ulcère
Candidose
Tumeur/obstruction
Radiothérapie
Hépatomégalie...

Dopamine
Sérotonine
Opioïdes

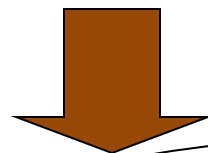


ZDC

Causes

Métabolique
(hyper Ca⁺)
Médicaments
(ex. opioïdes)
Toxines
...

Dopamine
Sérotonine

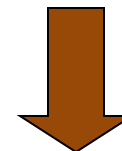


Vestibulaire

Causes

Mal. Meunière.
Mal. transport
Métastases
...

Acétylcholine
Histamine
Opioïdes

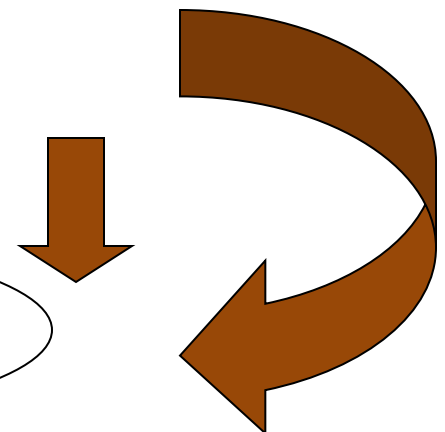


Cortex

Causes

Tumeurs
↑ PIC
Anxiété/peur
Odeurs
...

GABA, C1



Centre du vomissement

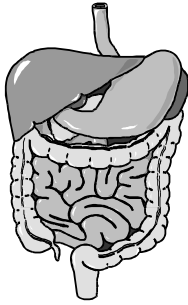
Liste d'agents anti-émétiques

Agit sur la motilité GI

Sérotonines

Antiémétiques et récepteurs	Dopa	Histam.	Acétylch.	Séroton 2	Séroton 3	Séroton 4
Métoclopramide	++	0	0	0	+	++
Dompéridone	++	0	0	0	0	0
Ondansétron	0	0	0	0	+++	0
Diménhydrinate	0	++	++	0	0	0
Hyoscine hydrobromide	0	0	+++	0	0	0
Halopéridol	+++	0	0	0	0	0
Prochlorpérazine	++	+	0	0	0	0
Chlorpromazine	++	++	+	0	0	0
Méthotriméprazine	++	+++	++	+++	0	0

Adapté de Twycross, 1998



Tractus GI

Dopamine (D2)
Sérotonine (5HT3)
"Opioïdes"

Traitement: Est-ce que la cause est réversible?

- Si ulcère gastrique: traiter l'ulcère
- Si occlusion partielle due au cancer:
Traiter avec Dexaméthasone
Surveiller la fonction intestinale

Choisir un médicament qui agit sur ces récepteurs

- Agents anti-dopaminergiques:

ex. - **Métoclopramide/ Dompéridone (ou prochlorperazine)**

- **Haldol**



Zone déclenchement chimioréceptrice (ZDC)

Médicaments
Toxines
déséquilibre électrolytique

Dopamine (D2)
Sérotonine (5HT3)

- Traitement: Est-ce que la cause est réversible?
 - Si un médicament = arrêter le médicament
- Choisir un médicament qui agit sur ces récepteurs
- Agents anti-dopaminergiques:
 - ex. métoclopramide, dompéridone, Halopéridol
- Anti- sérotonine si causée par la chimiothérapie



Transport/vertige
Ototoxicité

Noyau vestibulaire

Acétylcholine (ACh_m)

Histamine (H1)

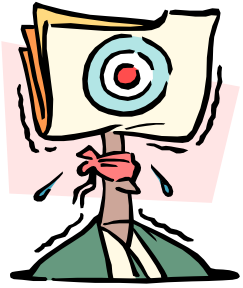
“Opioides”

Traitement: Est-ce que la cause est réversible?

Si tumeurs: Dexaméthasone/ radiation

Choisir un médicament qui agit sur ces récepteurs

- Agents anti-cholinergiques: ex. scopolamine ou agents anti-histaminiques: ex. Dimenhydranate



Cortex cérébral

Gaba
C1

Traitement: **Est-ce que la cause est réversible?**
- Si $\uparrow$ ICP = Dexaméthasone/ radiation

Choisir un médicament qui agit sur ces récepteurs

- Anxiolitiques
- Nabilone/ cannabis

Dimenhydrinate

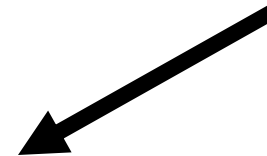
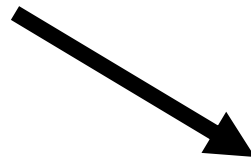
Résumé

Centraux

ZDC, noyau vestibulaire,
cortex cérébral

Périphériques

Viscérales



Centre du
vomissement

Centre du vomissement

- Localisé à la base du 4th ventricle

Histamine (H1)

Sérotonine (5HT2)

Acéthylcholine (Ach _m)

- Choisir un médicament qui agit sur ces récepteurs
 - Agents anti-histaminiques: ex. **Dimenhydrinate** ou
 - agents anti-cholinergiques: ex. **Scopolamine**.

Principes

- Mesures pharmacologiques:
 - Obtenir l'histoire médicale et examen physique
 - Déterminer les récepteurs impliqués selon la(es) cause(s)
 - Choisir le(s) médicament(s) de choix selon les récepteurs
 - Administrer régulièrement et prn
 - Utiliser la voie sous-cut si vomissements (pr ??)
 - Ajuster la dose
 - Ré-évaluer
 - Diminuer ou cesser les anti-émétiques si la cause a été traitée et si la nausée est bien contrôlée.

Et si ça ne réussit pas?

Autres principes

- Si pas d'amélioration, ré-évaluation
- Augmenter la dose/ changer la classe de médicaments
- Ajouter un 2^e médicament d'une classe différente
- ? corticoïde
- dexaméthasone ou substitut
- ranitidine ou esomeprazole (Nozinan)
- Benzodiazépine
- ? tube nasogastrique

Il est toujours important de tenir compte des objectifs de soins

Stratégies non-pharmacologiques

Informer le patient/famille sur ces principes de base

- Éviter odeurs/ vue d'aliments qui causent la nausée
- Respect de la tolérance, goûts
- Petits repas fréquents- attention aux épices et gras
- Hydratation en petite quantité
- Environnement propice: calme, bien aéré
- Soins buccaux
- Gestion des autres symptômes (douleur, constipation...)
- Acupuncture...

Évaluation de la bouche

Quotidienne dans les conditions suivantes:

- ✓ ↓ apport oral
- ✓ ↑↑ symptômes buccaux
- ✓ Radiothérapie dans la région de la tête et du cou
- ✓ Mauvaise haleine

Hygiène buccale au moins 3-4 X par jour

Soins des lèvres: lubrifiant

Examen de la bouche

Types de complications

– Altération

**MALHEUREUSEMENT
TRÈS NÉGLIGÉS**

– Infection bactérienne

- virale

– Xérostomie

– Stomatite

– Saignement/ hémorragie

Voir Guide pratique en SP

Madame Flo: Quel est le problème?

Causes possibles:

GI?

ZDC?

Noyau vestibulaire?

Cortex cérébral?

Madame Flo: Quel est le problème?

Causes possibles:

⇒ GI: constipation/diarrhée; occlusion partielle? candidose

⇒ ZDC: opiacé? ; électrolyte? Infection?

⇒ Noyau vestibulaire: métast. cérébrales?

⇒ Cortex: Anxiété; métast. cérébrales?

Madame Flo: Comment l'aider?

Plan de traitement:

- Commencer du **métoclopramide régulier** 10 mg ac repas et qhs (po et/ou sous-cut)
- Ajouter laxatifs réguliers et superviser le **statut intestinal** étroitement
- Continuer l'omeprazole (**cytoprotecteur**) tel que prescrit
- Commencer un anti-fongique pour sa candidose + soins de bouche
- Vérifier ses électrolytes
- Ré-évaluer

Pourrait-elle développer une
occlusion intestinale?

Qu'en est –t-il des occlusions intestinales

Occlusion mécanique? ...ou iléus?

Occlusion haute ou basse?

Occlusion complète ou partielle?

Occlusion réversible ou irréversible?

Option chirurgicale ou non?

Types d'occlusions intestinales

Haute:

Jonction de l'estomac. +++ vol.
vomissements, peu de douleur, nourriture non-digérée; peut encore passer des selles, bruits intestinaux normaux

Petit intestin:

Vomissements biliaires, distension légère/mod., crampes douloureuses, ne passe pas de selles, bruits métallique, hyperactivité ou pas de bruits intest.

Gros intestin:

Vomissements des selles, distension +++, douleur varie, histoire de constipation, bruits métalliques et absence de bruits en alternance

Comment gère-t-on une occlusion intestinale
avec **une approche palliative**

Gestion

- 1) N.P.O. → → → Hydratation artificielle
- 2) Contrôle de la douleur: po à sous-cut.
- 3) Contrôle de la N/V: Halopéridol
- 4) Insertion d'un tube naso-gastrique?

Occlusion intestinale

Traitement

Si chirurgie $\neq$ option:

- NPO, ajout progressif de liquide si résolution de l'occlusion
- Contrôle de douleur: opioïde sous-cut., dexaméthasone
- Contrôle nausées/vomissements: **halopéridol** (1er),
méthotrimeprazine (2e) ou **dimenhhydrinate** (3e)
 - Olanzapine pour moins d'effets extrapyramidaux
- Contrôle sécrétions/ Crampes intestinales:
 - Agents anti-sécrétoires:
 - Somatostatine (octréotide)
 - Anti-cholinergique (buscopan - robinul)
- Hydratation intraveineuse/ sous-cutanée (...objectifs de soins)

Occlusion intestinale

- Si aucun succès, considérer un tube NG/
gastrostomie percutanée (GEP)

Constipation

Définition:

- Diminution de la fréquence de défécation, une difficulté à évacuer les selles ou une sensation de vidange incomplète.

Constipation

Causes:

- Générales: **ex.** mobilité, faiblesse, ↓ ingesta (solide et/liquide)
- Médicaments: **ex.** opiacés, chimiothérapie
- Cancer: - **ex.** obstruction partielle, ascites...
- Causes métaboliques: **ex** Ca^{+} , ↓K
- Déficits neurologiques
-

Quelques symptômes

- Douleur abdominale
- Distension abdominale
- ↓↓ appétit/ anorexie
- Nausée/ vomissements
- Rétention urinaire ou fréquence urinaire
- Diarrhée par overflow
- Agitation /confusion

Effets gastro-intestinaux des opiacés

Estomac

- ↓ motilité gastrique
- ↓ vidange gastrique

Petit intestin

- ↓ contractions propulsives
- ↓ sécrétions liquides
- ↑ temps de transit intestinal
- ↓ digestion

Gros intestin

- ↑ temps de transit
 - ↓ péristaltisme propulsif
 - ↑ contractions non-propulsives
- ↓ réponse- réflexe de relaxation
- ↑ tonus du sphincter anal

Évaluation

- Histoire: régularité
- Utilisation de médicaments, laxatifs
- Examen abdominal/rectal
- Rayon-X abdominal (si nécessaire)
- Lab.: ex. Ca, Na, K... (si indiqué)

Évaluation

Défécation difficile: Avez-vous de la difficulté à passer vos selles

Peu- fréquentes: Allez-vous à la selle plus rarement qu'à la normale

Selles de petites tailles: Vos selles sont-elles de volume inférieur à la normale

Selles plus dures: Vos selles sont-elles plus dures que la normale

Traitement

- **PRÉVENTION:** Opiacés + laxatifs
Surveillance étroite
- **NOTE: Attention +++**
 - Agent ↑ volume (métamucil, fibres)*
 - Non approprié chez les patients avec cancer avancé

Traitement: laxatifs oraux

– Laxatifs osmotiques:

- PEG: iso-osmotique = 1er choix)
- Lactulose
- Lait de magnésie (contre-indiqué pour insuf. rénale/cardiaque)

– Laxatifs stimulants: Senna, bisacodyl

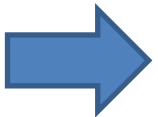
- ↑↑ péristaltisme et ↓↓ absorption de l'eau.

– Surfactants: Colace (docusate)

- Effet détergent, ↑↑ liquide

*** Aucune évidence d'efficacité selon les données probantes

*** Efficacité clinique est supérieure aux résultats des données probantes



Laxatifs Rectaux

- Suppositoire de glycérine: ramollit par osmose et lubrifie; stimulation locale
- Suppositoire stimulant:
 - Bisacodyl
- Lavement avec saline (fleet)
- Lavement lubrifiant:
 - Huileux ou savonneux – efficace lors d'impactation mais peut avoir un effet irritant

Mesures non-pharmacologiques

- Informer le patient de l'importance de bien gérer ce symptôme
- Favoriser l'intimité
- Adapter le confort (ergothérapie)
- Encourager une discipline quotidienne pour l'élimination
 - (réflexe gastro-colique + important le matin et après repas)
- Bonne hydratation
- Revoir les repas (diététiste) pour favoriser l'élimination
- Favoriser l'exercice (selon la capacité)
- Éliminer les facteurs causant la constipation

Résumé- Constipation

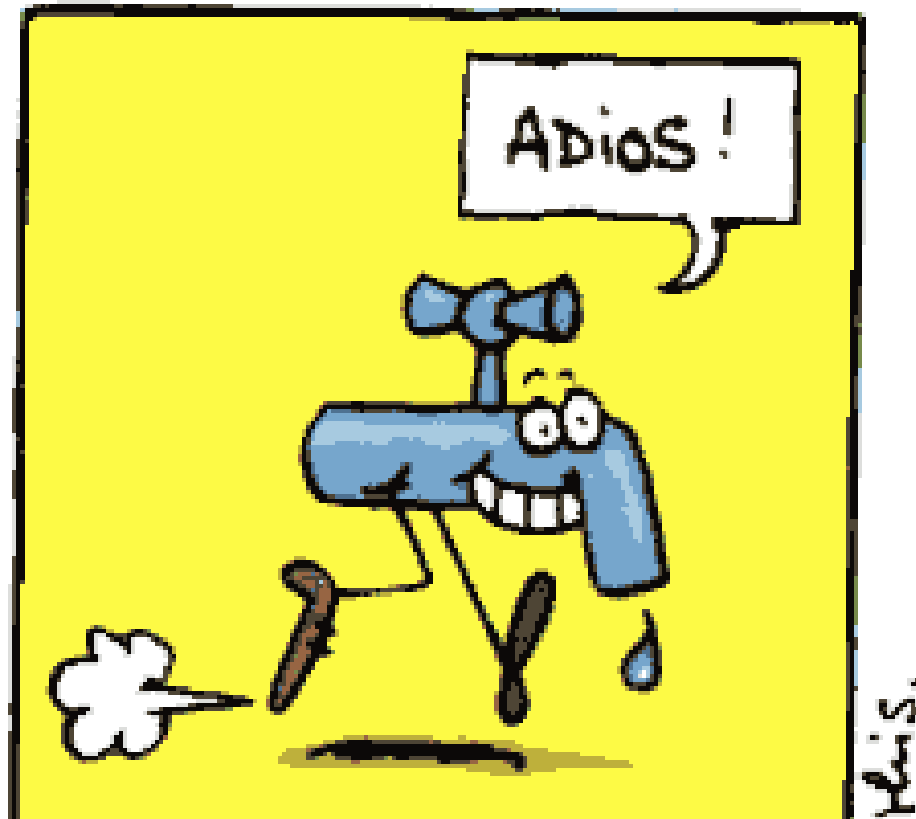
- Constipation = problème commun, fréquent et sous-traité
- Plusieurs causes chez les patients en SP
- Prévention= **IMPORTANT**
- Évaluation = Clé
- Traiter tôt

De plus: utilisation d'un agent antagoniste de récepteurs périphériques d'opiacés (GI) pour traiter la constipation liée aux opiacés (réfractaire):

Méthylnaltraxone (Relistor)

Naloxegol (“Movantik”)

Bien comprendre
... d'un bout à l'autre du tuyau



...les problèmes gastro-intestinaux!

BOIRE

Manger

-Boire

Éliminer

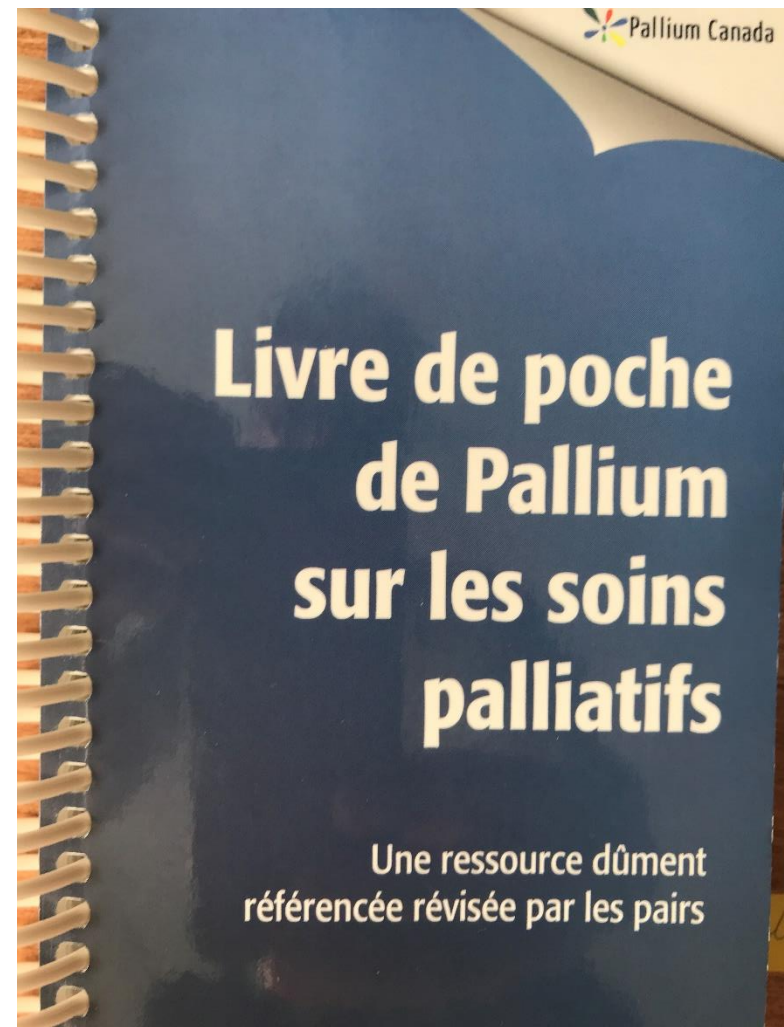
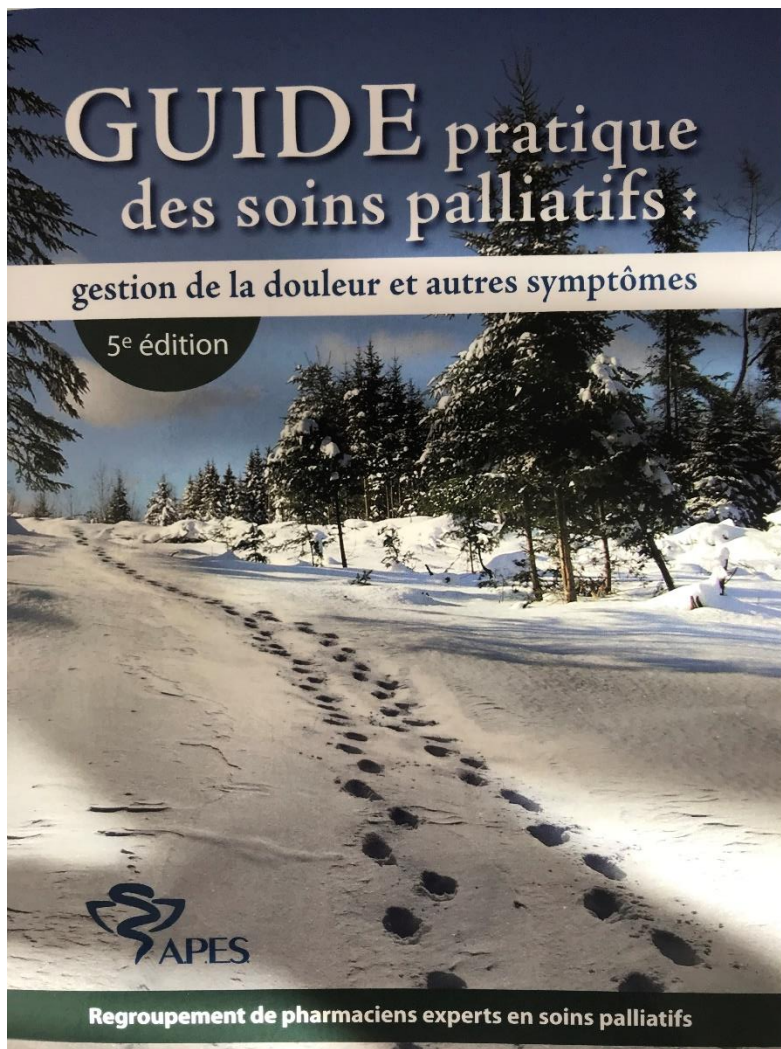
-Boire

Boire

Éliminer

Manger





RESSOURCES:

- Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes (2018)
- Livre de poche de Pallium sur les soins palliatifs (2016)- Pallium Canada

Questions?