



Soins palliatif et fin de vie

Fiche clinique sur la constipation

1. Mise en contexte

La constipation se définit par l'émission peu fréquente ou en petite quantité de selles dures et une difficulté à les évacuer ou une sensation de vidange incomplète. Elle génère un inconfort pour la personne et elle s'accompagne souvent d'autres symptômes comme la plénitude gastrique, la douleur abdominale, les ballonnements, l'anorexie, le reflux gastro-œsophagien, etc. La constipation ne doit pas être prise à la légère, car elle a le potentiel d'engendrer de multiples complications : hémorroïdes, fécalome, rétention urinaire (surtout chez les hommes), incontinence fécale et urinaire, délirium, occlusion intestinale, etc.

2. Causes

En soins palliatifs et en fin de vie, la constipation résulte généralement de l'association de plusieurs causes :

- Digestive : tumeur digestive, carcinomatose péritonéale, hémorroïdes douloureux, occlusion intestinale, etc.
- Médicamenteuse : opioïdes, anticholinergiques, antidépresseurs, antipsychotiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, diurétiques, etc.
- Métabolique : hypercalcémie, diabète, insuffisance rénale, etc.
- Fonctionnelle : inactivité, alitement, diminution des apports, perte d'autonomie et de mobilité, cognition altérée, etc.
- Environnementale : manque d'intimité, modification des habitudes de défécation, délai trop long avant la défécation, etc.

3. Évaluation infirmière

3.1. Anamnèse

Le questionnaire PQRSTU est l'outil à privilégier pour dresser un portrait juste de la constipation :

PQRSTU de la constipation
P : Provoquer/Pallier
<ul style="list-style-type: none">▪ Qu'est-ce qui contribue à la constipation? P. ex. alimentation, médicament, alitement, douleur, etc.▪ Qu'est-ce qui aide à soulager la constipation? P. ex. laxatif, massage au niveau du ventre, intimité
Q : Qualité-Quantité-Impact
<ul style="list-style-type: none">▪ À quoi ressemblent vos selles? P. ex. couleur, volume, consistance, odeur particulière, présence de sang, etc.▪ Avez-vous la sensation d'avoir le rectum rempli de selles?▪ Devez-vous forcer énormément pour aller à la selle?▪ Quel est l'impact de la constipation sur votre quotidien et votre qualité de vie?
R : Région/Irradiation
S/O

Fiche clinique sur la constipation

S : Signes/symptômes associés
<ul style="list-style-type: none">▪ Que mangez-vous dans une journée? Quelle quantité de liquide buvez-vous dans une journée?▪ Avez-vous d'autres symptômes associés? P. ex. nausées/vomissements, moins d'appétit, diarrhée, ballonnements, crampes abdominales, douleur anale, difficulté à uriner, reflux, incontinence de novo?▪ Avez-vous des gaz?
T : Temps-durée-intermittence
<ul style="list-style-type: none">▪ Depuis quand vous sentez-vous constipé?▪ Quelles sont vos habitudes intestinales normalement? Combien de selles par jour ou par semaine? À quel moment de la journée?▪ Est-ce la première fois que ça vous arrive?
U : Understanding (signification pour la personne)
<ul style="list-style-type: none">▪ À quoi est due la constipation selon vous?

En plus de questionner la personne, l'infirmière doit se référer au dossier et ressortir différents éléments pour compléter son évaluation :

- Explorer les diagnostics et les antécédents (p. ex. chirurgie abdominale antérieure) afin de repérer les problèmes de santé ou pathologies susceptibles de provoquer de la constipation ;
- Consulter le profil médicamenteux pour connaître la médication utilisée pour soulager la constipation et s'il y a eu des modifications récentes (ajout, ajustement et retrait);
- Revoir avec le prescripteur la pertinence de maintenir certains médicaments non essentiels contribuant à la constipation (suppléments de fer et calcium, antidépresseurs, hypotenseurs, etc.)
- Examiner les derniers examens de laboratoire ainsi que les différentes imageries à la recherche d'une anomalie pouvant causer de la constipation;
- Consulter l'outil de consignation du milieu où sont recensées les selles à chaque quart de travail
- Considérer les observations/opinions des proches et des membres de l'équipe interdisciplinaire pour obtenir le portrait le plus juste de la situation clinique.

Il ne faut pas négliger la constipation, car elle peut être un signe d'occlusion ou de sub-occlusion intestinale. En effet, si la personne présente des symptômes tels que des nausées, vomissements, crampes abdominales et anorexie, l'infirmière doit rapidement penser à cette complication grave, effectuer son évaluation et aviser l'équipe traitante. La constipation peut aussi évoluer vers un fécalome, qui se manifeste souvent par de fausses diarrhées accompagnées d'incontinence fécale inexplicée. Il provoque de l'inconfort au niveau du rectum et peut conduire à de l'agitation chez la personne. L'infirmière a un rôle clé à jouer en ce qui concerne le fécalome, car elle peut l'évaluer et le traiter en toute autonomie.

3.2. Examen physique ciblé

L'examen physique doit être ciblé en fonction du questionnaire préalablement réalisé, les symptômes présents et la situation clinique.

Signes vitaux/paramètres selon la pertinence (p. ex. TA, FC, T°, poids)

Examen état mental : État de conscience, capacité d'attention, orientation, organisation de la pensée, etc.

Fiche clinique sur la constipation

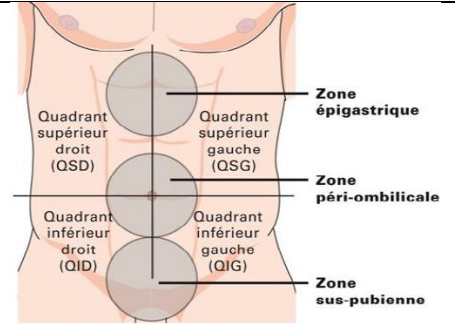
Examen de l'abdomen

Inspection:

- Symétrie, forme de l'abdomen (plat, distendu, concave, protubérant), cicatrices, hernies, contour (bombement des flancs)
- Selles objectivées: couleur, volume, consistance (échelle de Bristol), odeur particulière, présence de sang, de sécrétions mucoïdes, etc.
- Signes de déshydratation : langue et lèvres sèches, persistance du pli cutané, absence de filet de salive, etc.

Auscultation :

- Fréquence des bruits intestinaux aux quatre quadrants. La présence de bruits métalliques signe une distension abdominale lié à un contenu sous pression et suggère une occlusion intestinale.

Auscultation des bruits intestinaux aux 4 quadrants	
Normaux : 4 - 34 bruits par minute	
Hyperactifs : 35 et plus bruits par minute	
Hypoactifs : 1-3 bruits par minute	
Absents : Aucun bruit pendant 5 minutes	

Voyer, P., L'examen clinique de l'adulte : guide d'évaluation et de surveillance clinique, 2^{ème} édition ; 2017

Percussion : tympanisme versus matité, signe du flot si ascite suspectée

Palpation (superficielle et profonde aux quatre quadrants):

- Rechercher masses, rigidité abdominale, globe vésical, ascite ou douleur
- Examen anal à la recherche de lésions comme des hémorroïdes et des fissures ou une ampoule rectale distendue
- Toucher rectal pour éliminer le fécalome en présence de diarrhée ou d'incontinence fécale ou agitation

Signes d'inconfort : tension au niveau du visage et des membres, gémissement, agitation, etc.

4. Documentation en soins infirmiers

Il est primordial de documenter l'évaluation clinique, les traitements médicamenteux et les approches non-pharmacologiques réalisées, leur efficacité ainsi que la surveillance effectuée. Lorsque l'infirmière détaille bien ces aspects, il est ensuite facile de retracer l'évolution des symptômes et les interventions qui fonctionnent.

L'infirmière note aussi au PTI ses constats, directives et les surveillances requises en lien avec la constipation et met à jour le plan de travail.

L'équipe de soins a un rôle clé à jouer dans la recension des selles au dossier. Il faut dénombrer les selles à l'aide de l'outil en vigueur dans le milieu en plus de détailler leur consistance. L'échelle de Bristol est un outil connu en pratique clinique et permet une évaluation qualitative des selles.

Échelle de Bristol

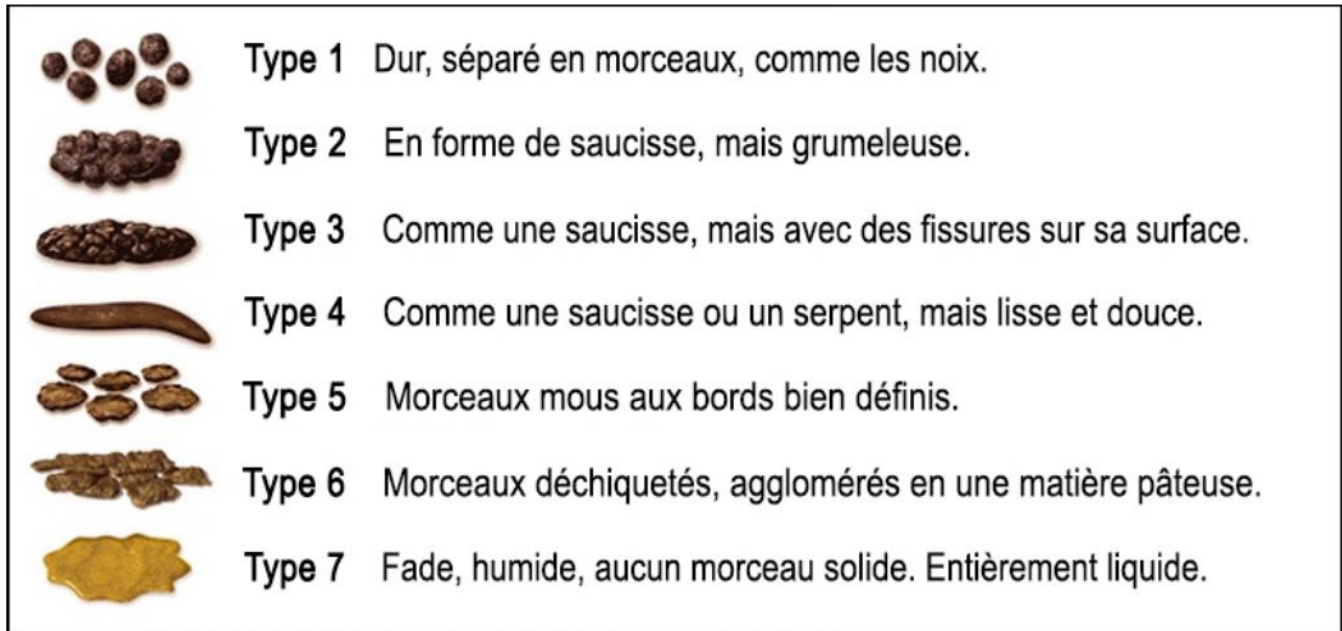


Image tirée de <http://www.drpaulwiesel.ch/cms/images/fiches-maladies/constipation-echelle-de-bristol-dr-paul-wiesel.pdf>

5. Approche thérapeutique

L'objectif consiste à prévenir la constipation plutôt qu'à la traiter. Il est préférable d'obtenir une défécation sans effort ni douleur, plutôt que d'insister sur la fréquence d'évacuation.

5.1. Approches non-pharmacologiques

- Favoriser l'intimité et répondre sans délais au besoin de déféquer
- Limiter le plus possible l'usage de la bassine au lit
- Utiliser une chaise d'aisance si la personne souffre de trouble de mobilité
- Encourager la consommation d'eau, de jus, de thé ou de café selon tolérance
- Encourager la personne à manger selon ses goûts sans nécessairement insister sur une alimentation riche en fibres
- Éviter les suppléments de fibres, car pour être efficaces, ils doivent être accompagnés d'une bonne hydratation et d'un certain niveau d'activité physique
- Réduire les périodes d'alitement et encourager l'exercice physique si possible
- Enseigner une bonne technique de poussée (pieds surélevés et incliner le corps vers l'avant)
- Référer en ergothérapie au besoin pour adapter la salle de bain (barres, siège de toilette surélevé)

5.2. Approches pharmacologiques

En présence de signes cliniques de constipation, il faut identifier les causes et agir sur celles-ci lorsqu'elles sont réversibles. Une prophylaxie laxative doit être introduite chez toute personne qui débute un traitement aux opioïdes.

Fiche clinique sur la constipation

La première mesure pharmacologique à initier est un agent iso-osmotique comme le Polyéthylène glycol (PEG) 3350 (p. ex. Lax-A-Day^{MD} et Relaxa^{MD}). D'ailleurs, l'infirmière qui travaille auprès d'une clientèle en CHSLD ou hospitalisée peut utiliser l'ordonnance collective CIUSSSCN-OC-015 « *Initier ou ajuster du polyéthylène glycol 3350* » si elle le juge nécessaire. L'agent iso-osmotique augmente le volume des selles en attirant l'eau dans la lumière intestinale, ce qui stimule le péristaltisme. Il agit en 1 à 3 jours, son ajustement est facile et il provoque très peu d'effet secondaire. Chez la clientèle dysphagique, il faut rester vigilant pour la dilution du polyéthylène glycol 3350, car il peut liquéfier la consistance des aliments et les liquides épaissis. Le personnel infirmier peut se référer à un aide-mémoire sur la dilution du polyéthylène glycol 3350 chez la clientèle dysphagique paru en juillet 2022, dans une note de service s'adressant au personnel infirmier du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Si l'agent iso-osmotique n'est pas suffisant, d'autres laxatifs peuvent être utilisés en combinaison comme les laxatifs osmotiques (p. ex. Lactulose) et les laxatifs stimulants (p. ex. Senokot^{MD}, Bisacodyl).

Si la constipation est établie et que la personne n'a pas eu de selle depuis 3 jours, l'infirmière applique l'ordonnance collective en vigueur dans son milieu afin de stimuler la défécation. Elle avisera aussi le prescripteur, car un réajustement des doses régulières de laxatifs sera nécessaire afin d'éviter un autre épisode de constipation. L'application de l'ordonnance collective sur la constipation aiguë demeure une mesure exceptionnelle.

En présence d'un fécalome, un curage manuel de l'ampoule rectale peut s'avérer nécessaire. Selon l'ordonnance collective CIUSSSCN-OC-2021-02 « *Initier l'application de lidocaïne-xylocaïne en gel 2% (20 mg/ml)* », l'anesthésique local peut être appliqué 10 minutes avant l'intervention afin d'atténuer la douleur qu'engendre cette procédure inconfortable.

6. Fin de vie

En fin de vie, la surveillance de l'élimination intestinale doit être maintenue, même si la personne ne mange plus. En effet, les matières fécales sont en fait constituées de 2/3 de desquamations de l'organisme et de seulement 1/3 de résidus alimentaires. Toutefois, l'approche thérapeutique sera adaptée à la condition de la personne et la décision d'appliquer ou non l'ordonnance de constipation aiguë repose sur le jugement de l'infirmière. En effet, si la constipation ne cause pas d'inconfort et que le décès est imminent, il est inutile de s'acharner à administrer des suppositoires ou faire des lavements. Toutefois, si la présence de selles est source de douleur ou d'agitation, il sera nécessaire d'intervenir, car les bénéfices surpasseront alors les inconvénients. À cette étape de vie, tous les efforts doivent convergés vers un seul objectif : le confort.

Documentation complémentaire à consulter

- ✓ Algorithme gestion de la constipation
- ✓ CIUSSSCN-OC-2021-02 : « *Initier l'application de lidocaïne - xylocaïne en gel 2 % (20 mg/ml)* »
- ✓ CIUSSSCN-OC-015 : « *Initier ou ajuster du polyéthylène glycol 3350* »
- ✓ Note de service (2022-07-12) portant sur la dilution du polyéthylène glycol 3350 chez la clientèle dysphagique. [DSISP_NDS_Dilution-polyethylene-glycol-3350-pour-la-clientele-dysphagique_2022-07-12.pdf \(rtss.qc.ca\)](#)

Références : consultez le document « Références pour les fiches et algorithmes en soins palliatifs et fin de vie ».