

ÉVALUATION INFIRMIÈRE

Anamnèse

- Explorer les diagnostics, les antécédents (p.ex. chirurgie abdominale antérieure) afin de repérer les facteurs et les causes possibles de la constipation ;
- Consulter le profil médicamenteux pour connaître la médication prescrite pour la constipation et s'il y a eu des modifications récentes ;
- 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 quotidienne des selles (fréquence, apparence, consistance) utilisé dans le milieu pour suivre l'évolution de l'élimination ;
- Considérer les observations/opinions des proches et des membres de l'équipe interdisciplinaire pour obtenir le portrait le plus juste de la situation clinique.

PQRSTU (non exhaustif)

- Comment la constipation s'est-elle installée ? Depuis quand ?
- Quand remonte la dernière selle ? Pouvez-vous la décrire ? Avez-vous des gaz ?
- Ressentez-vous d'autres symptômes ? p.ex. douleur abdominale ou anale, satiété précoce, No/Vo, RGO, dysurie, ballonnement, etc.

Examen physique ciblé selon l'état de la personne, le stade de la maladie et les causes potentielles

Signes vitaux/autres 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.

Examen de l'abdomen

Inspection :

- Symétrie et forme de l'abdomen (plat, distendu, concave, protubérant), hernie, 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** est signe de distension abdominale et suggère une occlusion intestinale.

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

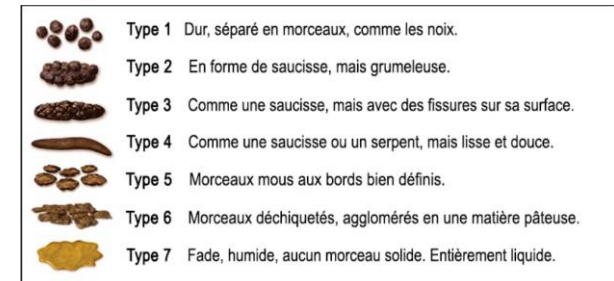
Palpation :

- Rechercher des masses, rigidité abdominale, globe vésical ou douleur
- Examen anal : recherche de lésions (p.ex. hémorroïdes, fissures) ou une ampoule rectale distendue
- Toucher rectal pour écarter un fécalome en présence de diarrhée ou d'incontinence fécale ou agitation

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

Contexte de fin de vie

L'élimination intestinale se poursuit même si la personne ne s'alimente plus, car le corps continue à produire des matières fécales. Toutefois, l'approche doit être adaptée à la condition de la personne et à son pronostic. La décision d'initier ou non l'OC de la constipation aigue doit viser le confort de la personne.



Échelle de Bristol

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

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'aîné : guide d'évaluation et de surveillance clinique, p.243. 2017

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Interventions infirmière

- Vérifier l'adhésion au traitement laxatif auprès de la personne et des proches;
- Expliquer le plan de traitement envisagé et rappeler l'importance de prendre régulièrement les laxatifs;
- Corriger les causes réversibles de la constipation qui relèvent de la compétence infirmière;
- Revoir les causes réversibles de la constipation (p.ex. cesser suppléments de fer et de calcium)
- Surveiller et consigner les selles quotidiennement dans l'outil du milieu même si la personne ne s'alimente plus;
- Assurer la pharmacovigilance requise et effectuer le suivi infirmier.

Prophylaxie laxative pour toute prescription d'opioïde débutée.

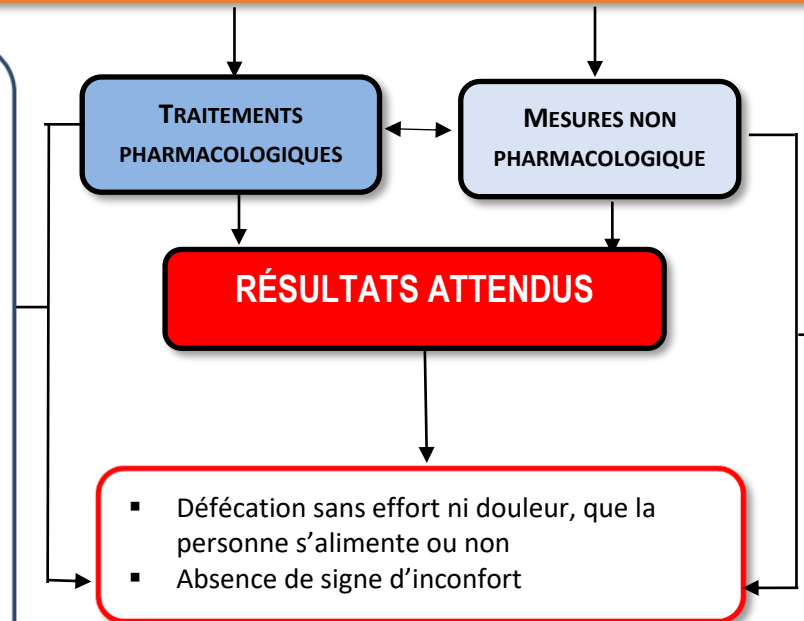
1^{er} choix : agent iso-osmotique*

(p. ex. Lax-a day^{MD}, Relaxa^{MD})

- Augmente le volume des selles en attirant l'eau dans la lumière intestinale, ce qui stimule le péristaltisme
- Agit en 1 à 3 jours
- À diluer dans un liquide (eau, jus, café, etc.).
- Attention auprès de la clientèle dysphagique car liquéfie les textures
- Ajustement facile selon l'ordonnance collective « *Initier ou ajuster du polyéthylène glycol 3350* »

Autres agents* :

- Laxatif osmotique (p. ex. Lactulose)
- Agent stimulant (p. ex. Senokot^{MD}, Bisacodyl)



* Liste non exhaustive. L'utilisation des noms commerciaux des médicaments au lieu des noms génériques est utilisée pour faciliter la lecture.

- Réduire les périodes d'alitement et encourager l'activité physique si possible
- Favoriser la toilette ou la chaise d'aisance plutôt que la baignoire
- Répondre sans délai au besoin de déféquer
- Référer en ergothérapie au besoin pour adapter la salle de bain (barres, siège de toilette surélevé)
- Enseigner la bonne technique de poussée (pieds surélevés, incliner le corps vers l'avant)
- Assurer une intimité maximale
- Encourager l'hydratation (eau, jus, thé, café) selon tolérance
- Encourager la personne à manger selon ses goûts sans insister sur une alimentation riche en fibres
- Éviter les suppléments de fibres, car nécessitent bonne hydratation pour être efficace