



Constipation et cancer : stratégies actuelles

Claire Gervais¹, Philippe Ducrotté², Thierry Piche³, Mario Di Palma⁴, Nicolas Jovenin^{5,6,7}, Florian Scotté¹

Reçu le 20 février 2016

Reçu sous la forme révisée le 17 mai 2016

Accepté le 30 mai 2016

Disponible sur internet le :
21 juin 2016

1. AP-HP, hôpital européen Georges-Pompidou, service d'oncologie médicale-unité fonctionnelle de soins de support, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France
2. CHU de Rouen, Inserm UMR 1073, hôpital Charles-Nicolle, service d'hépatogastro-entérologie et nutrition, 1, rue de Germon, 76031 Rouen cedex, France
3. CHU de Nice, EA Inserm 6302, hôpital de l'Archet 2, service de gastro-entérologie et oncologie digestive, 151, route St-Antoine-de-Ginestière, CS 23079, 06202 Nice cedex 3, France
4. Unicancer, Institut Gustave-Roussy, département ambulatoire, 114, rue Edouard-Vaillant, 94800 Villejuif cedex, France
5. Unicancer, Institut Jean-Godinot, département d'oncologie médicale, 1, avenue du Général-Koenig, CS 80014, 51726 Reims cedex, France
6. Centre hospitalier de Saint-Dizier, cancérologie transversale, 1, rue Albert-Schweitzer, CS 10001, 52115 Saint-Dizier cedex, France
7. Clinique François I^{er}, service d'oncologie médicale, 12, rue François I^{er}, 52122 Saint-Dizier, France

Correspondance :

Claire Gervais, AP-HP, hôpital européen Georges-Pompidou, service d'oncologie médicale-unité fonctionnelle de soins de support, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France.

claire.gervais@yahoo.fr

Mots clés

Constipation
Cancer
Opioïde
Laxatif
Soins de support
Qualité de vie

Résumé

Les troubles digestifs, et notamment la constipation, constituent des symptômes très fréquemment décrits par les patients atteints de cancer, avec un retentissement important sur leur qualité de vie. Le diagnostic précis du ralentissement du transit et des troubles de la défécation est nécessaire afin d'adapter au mieux la prise en charge thérapeutique. Les étiologies de constipation associées au cancer sont nombreuses et peuvent être séparées en trois cadres nosologiques, s'intriquant parfois entre eux : la constipation chronique antérieure au cancer et évoluant pour son propre compte, la constipation liée à la maladie cancéreuse avec notamment le syndrome occlusif et la constipation liée aux traitements du cancer. Le renforcement des mesures hygiéno-diététiques est souvent nécessaire et parfois suffisant. Les traitements médicamenteux laxatifs présentent des formes galéniques et voies d'administration différentes et seront choisis en fonction des caractéristiques de la constipation. Une prise en charge chirurgicale peut être indiquée en cas d'occlusion intestinale ou de troubles de la statique pelvienne. En cas de constipation rebelle liée aux opioïdes et dans le cadre d'une prise en charge palliative d'une pathologie avancée, un antagoniste morphinique périphérique peut permettre de soulager rapidement les symptômes. Afin d'améliorer la qualité de vie des patients, l'identification de facteurs favorisants notamment génétiques permettrait de déterminer les patients les plus à risque et ainsi anticiper leur prise en charge.

Keywords

Constipation
Cancer
Opioid
Laxative
Supportive care
Quality of life

■ Summary

Constipation and cancer: Current strategies

Digestive disorders, in particular constipation, are symptoms very often reported by cancer patients as having a major impact on their quality of life. An accurate diagnosis of bowel delayed transit and defecation disorders is required to best adapt therapeutic management. Constipation associated with cancer may be related to several causes, which can be placed in three nosological categories that sometimes overlap: chronic constipation prior to cancer and having its own evolution; constipation related to the cancer condition, in particular the occlusive syndrome, and constipation induced by cancer therapies. The stricter application of diet and lifestyle measures is often necessary and sometimes sufficient. Laxative drug treatments come under various galenic forms and administration routes and must be selected according to the clinical features of constipation. Surgical management can be indicated in case of ileus or pelvic static disorders. In the case of refractory constipation induced by opioids and within the framework of palliative care to treat an advanced pathology, a peripheral morphinic antagonist can offer fast symptom relief. A way forward to improve the patients' quality of life could be to identify the contributing factors (in particular, genetic factors) to determine which patients are the more at risk and anticipate their management.

Introduction

L'émergence des soins de support en oncologie a permis d'améliorer considérablement la prise en charge des symptômes d'inconfort liés à la maladie et aux traitements. Le contrôle des nausées-vomissements chimio-induits a notamment été salué par l'American Society of Clinical Oncology (ASCO®) en 2014 comme une des cinq avancées majeures dans le traitement du cancer. Bien que fréquents, certains symptômes sont encore difficiles à évoquer par les patients, sous-évalués par les médecins et finalement insuffisamment traités malgré leur impact délétère sur la qualité de vie.

La constipation des patients atteints de cancer illustre bien ces difficultés diagnostiques et la nécessité d'une prise en charge globale. Il s'agit d'un symptôme fréquent dont le retentissement fonctionnel est difficile à évaluer en consultation, parfois par négligence du patient et/ou des soignants face à des signes cliniques pourtant évocateurs. L'incidence de la constipation rapportée par les soignants serait presque deux fois inférieure à celle rapportée par les patients [1].

Cette mise au point a pour objectifs de rappeler les définitions et recommandations relatives à la prise en charge de la constipation tout en insistant sur les spécificités du patient atteint de cancer.

Définition

Le diagnostic de constipation repose sur des critères cliniques complexes et subjectifs définis par des accords d'experts sans consensus formel. Si la notion de fréquence (< 3 selles par semaine) a longtemps été considérée dans la définition de la constipation fonctionnelle (tableau 1), il est désormais admis que, devant les grandes variabilités interindividuelles, un

interrogatoire précis des troubles de la défécation (dyschésie) est nécessaire afin d'établir un diagnostic concerté entre patients et soignants [2-4].

En cas de traitement opioïde, le ballonnement abdominal est le symptôme le plus fréquemment décrit. La constipation représente une cause courante d'inobservance et d'arrêt des antalgiques [5].

TABLEAU 1
Critères de Rome III pour la constipation fonctionnelle [4]

Critères généraux

Présence pendant au moins les trois derniers mois sur une période de six mois

Critères spécifiques présents lors d'au moins une sur quatre défécations

Critères insuffisants pour un syndrome de côlon irritable (IBS)

Pas de selle, ou selles défaites rares

Critères spécifiques : présence de deux ou plus des critères spécifiques suivants

Efforts à la défécation

Selles dures ou en morceaux

Sensation d'exonération incomplète

Sentiment de blocage anorectal ou d'obstruction

Manœuvres manuelles ou digitales nécessaires pour faciliter la défécation

Moins de trois défécations par semaine

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5697484>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5697484>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)