

la diarrhée *



En pratique clinique, on parle de diarrhée lorsqu'il y a au moins trois selles très molles à liquides par jour. La diarrhée est dite « aiguë » lorsqu'elle est présente depuis moins de 2 semaines. Elle est « chronique » lorsqu'elle dure plus de 4 semaines. En soins palliatifs, la diarrhée s'explique souvent par la prise d'un laxatif à dose trop élevée. L'arrêt du laxatif résout généralement le problème en 24 à 48 heures. Néanmoins, il existe d'autres étiologies possibles.

* Émission de selles trop fréquentes, trop abondantes et de consistance anormale (très molles ou liquides).

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une diarrhée ?

1. **S'agit-il d'une vraie diarrhée ?** Ne confondez pas celle-ci avec les situations suivantes :

- La **fausse diarrhée** : plus fréquente que la diarrhée, elle survient dans un contexte de constipation. Elle résulte d'une hypersécrétion muqueuse et d'une liquéfaction de selles en amont du fécalome, et se manifeste par l'émission de selles liquides, par un besoin impérieux de déféquer et parfois par une incontinence. Elle doit être traitée comme une constipation.
- L'**incontinence anale**.
- Des pertes engendrées par une fistule rectale, une tumeur ou une rectite.

2. **Quelle est la cause de la diarrhée ?**

Les étiologies les plus courantes d'une diarrhée en soins palliatifs sont reprises en dernière page.

3. **Quelles sont les conséquences de la diarrhée ?** Le patient est-il déshydraté ? Y a-t-il un déséquilibre électrolytique ? La région anale est-elle irritée ?

4. **Dans quelles conditions est-elle apparue ? Y a-t-il d'autres signes digestifs ou généraux associés à cette diarrhée ?** Constipation, incontinence, douleur abdominale, crampes, nausées et vomissements, méléna, fièvre, soif intense, etc.

5. **Quelle est la fréquence des selles ? Leur volume ? Leur aspect (consistance, couleur, odeur, présence de sang, glaires ou résidus alimentaires) ?**

6. **Outre l'examen clinique, envisagez des investigations complémentaires** adaptées au projet de soins, après avoir reçu l'accord du

patient **afin de repérer et traiter une cause réversible** : biologie sanguine, coproculture, RX abdomen à blanc pour rechercher une stase stercorale, autres imageries, etc.

Quel traitement puis-je mettre en route ?

Recourez à un traitement étiologique chaque fois que l'état du patient et le projet de soins le permettent.

En cas de diarrhée d'origine infectieuse (en particulier par clostridium), administrez en priorité un traitement anti-infectieux. Pesez également les avantages et inconvénients des ralentisseurs du transit.

Réviser le traitement médicamenteux :

- Arrêtez les laxatifs.
- Passez en revue la médication orale en cours et adaptez-la en fonction du risque de malabsorption (remplacez par exemple les comprimés à libération retard par des comprimés à action immédiate).

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

1. Adaptez le régime alimentaire du patient

- Proposez-lui une diète riche en liquides : thé, coca dégazéifié, etc.
- Privilégiez une alimentation riche en sucres lents : riz, biscottes, pâtes, etc.
- Évitez les fibres (légumes et fruits), les laitages et les graisses.
- Fractionnez les repas.

2. Maintenez une bonne hydratation et corrigez, si indiqué, les troubles électrolytiques

Choisissez de préférence des liquides riches en sucres et en ions par voie orale.

3. Protégez la peau

- Assurez des soins d'hygiène après chaque selle liquide.
- Protégez la peau de la région périnéale et fessière avec une pâte à l'oxyde de zinc.

MESURES PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Administrez un opioïde, afin de ralentir le transit intestinal

Le **lopéramide** est l'opioïde de 1^{er} choix, car il est mieux toléré et plus puissant que la codéine ou que la morphine. Il peut être associé à un autre opioïde.

Lopéramide

- **diarrhée aiguë :**
4 mg après la 1^{re} selle puis 2 mg après chaque selle (max 16 mg/jour)
- **diarrhée chronique :**
2 à 4 mg toutes les 8 à 12 h

↓

Effets indésirables :
iléus paralytique

2. Ajoutez de l'octréotide, en cas de diarrhée réfractaire

Il réduit les sécrétions digestives et ralentit le péristaltisme.

Il est utile en cas d'échec du traitement par opioïde, et surtout en présence d'une diarrhée secondaire à une iléostomie, une fistule entéro-colique, un syndrome carcinoïde, un syndrome de Zollinger Ellison ou une infection par le VIH.

Octréotide

- 100 à 200 µg toutes les 12 h sc ou iv
- ou 300 à 600 µg/jour sc continu (1500 µg/j si syndrome carcinoïde)

3. Pensez éventuellement à un adsorbant

Si utile, absorbez l'excès de liquides avec un adsorbant (actapulgite, charbon activé).

Ces produits ont une action limitée et sont peu utilisés en soins palliatifs.

Pourquoi est-il important de soulager un patient diarrhéique ?

C'est un symptôme relativement rare chez les patients atteints d'une affection à un stade avancé (sauf dans certaines pathologies spécifiques comme le VIH) mais il génère beaucoup d'inconfort.

Les diarrhées peuvent entraîner une irritation rectale ou cutanée douloureuse, une incontinence fécale, une déshydratation, un déséquilibre électrolytique et une malabsorption. Leur caractère impérieux et incontrôlable peut atteindre les patients dans leur dignité, altérer leur humeur et nuire à la qualité de la relation avec leurs proches.

Outil : étiologies courantes d'une diarrhée en soins palliatifs

Iatrogène	→ Médicaments : laxatifs, antibiotiques, antiacides riches en magnésium, AINS (par exemple indométacine, diclofénac), fer, sorbitol (édulcorant utilisé dans les sirops), cytostatiques (par exemple irinotécan, 5 fluorouracile), thérapies ciblées
	→ entérite post-radique
	→ alimentation par sonde
	→ post-opératoire : gastrectomie, iléostomie, résection étendue du grêle, colectomie droite
Alimentaire	→ excès de fibres ou de fruits, épices, alcool
	→ intolérance au lactose ou au gluten
	→ intoxication alimentaire
Infectieuse	→ gastro-entérite virale
	→ infection bactérienne ou parasitose
	→ candidose
	→ colite à clostridium difficile
Pancréatique	→ pancréatite chronique, cancer du pancréas
Biliaire	→ cholestase, fistule grêle, grêle court
Neuro-endocrine	→ syndrome carcinoïde, VIPome
	→ syndrome de Zollinger Ellison (gastrinome)
Intestinale	→ syndrome de l'intestin irritable → maladie de Crohn → rectocolite ulcéro-hémorragique → ischémie mésentérique → adénocarcinome du côlon ou du rectum
Autres	→ diabète, amylose, hyperthyroïdie

