

Prévenir et traiter la constipation chez la clientèle de 14 ans et plus			
Direction(s) responsable(s)	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Approuvé	2019-06-19
	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Révisé	
Installations / Secteurs visés	Tous les secteurs cliniques du CISSS de la Montérégie-Ouest Résidences privées dont une entente est connue avec le CISSS de la Montérégie-Ouest		
Outils cliniques associés	Grilles d'élimination des selles Aide-mémoire : Échelle de Bristol Méthode de soins informatisée (MSI) : Examen par toucher rectal – Curage rectal		

1. Professionnels visés

Infirmières

2. Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Appliquer des techniques invasives.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI).

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

- Tous les usagers de 14 ans et plus présentant des signes et symptômes de constipation.

4. Intentions thérapeutiques

- Favoriser l'élimination du contenu intestinal.
- Soulager les signes et les symptômes associés à la constipation.
- Prévenir les complications associées à la constipation.

5. Définitions

Fécalome : Un fécalome est une accumulation de selles durcies dans le rectum. De fausses diarrhées ou de l'incontinence fécale chez une personne constipée sont souvent révélatrices du fécalome. La présence d'un fécalome peut être détectée par un toucher rectal.

6. Indications

TRAITEMENT PRÉVENTIF :

- Usager qui présente un des signes ou symptômes de constipation suivants :
 - Élimination de petites quantités de selles dures, sèches ou de selles dures moulées (Échelle de Bristol);
 - Changement des habitudes d'élimination ou plainte de constipation ou sensation d'évacuation incomplète;
 - Flatulences, ballonnements, crampes, distension abdominale, sensation de pression ano-rectale, douleur abdominale basse, etc.
- Selon évaluation infirmière : Usager sous traitement avec opiacés et présentant un ou des facteurs de risque (plus de 65 ans, durée du traitement prolongée, constipation préalable, etc.).

Prévenir et traiter la constipation chez la clientèle de 14 ans et plus

TRAITEMENT CURATIF :

- Absence de selles. Traitement à débiter dès le troisième jour sans selle.

À noter, un changement inhabituel du comportement, de l'état mental (delirium) chez la personne âgée à risque, accompagné d'autres signes ou symptômes peuvent être attribuables à la constipation.

7. Contre-indications

- Allergie, intolérance ou hypersensibilité aux médicaments visés par l'ordonnance collective
- Présence au profil pharmacologique d'une prescription de laxatif sur une base PRN.
- Usagers en soins palliatifs
- Iléostomie ou d'une colostomie
- Néoplasie active de l'intestin, de la prostate ou gynécologique
- Saignements gastro-intestinaux
- Symptômes gastro-intestinaux sévères : douleur abdominale aiguë, nausées, vomissements, diarrhées aiguës
- Chirurgie abdominale, rectale ou urinaire récente (moins de 3 mois)
- Suspicion d'occlusion intestinale (abdomen distendu, absence de péristaltisme, etc.)
- Fièvre d'origine inconnue ou associée à un trouble gastro-intestinal
- Usagers suivis en hémodialyse : Ne pas administrer de lavements au phosphate de sodium

Ne pas utiliser la voie rectale si : neutropénie (neutrophiles inférieurs à 500 ou plaquettes inférieures à 20 000), chirurgie ano-rectale ou anomalie anatomique au niveau rectal.

Note

Cette ordonnance collective PEUT être initiée en présence d'un traitement sur une base régulière contre la constipation au profil pharmacologique, condition exceptionnelle et spécifique à l'OC-6052

8. Conditions d'initiation

- Procéder à l'examen clinique de l'abdomen. Si suspicion d'un fécalome, inclure un toucher rectal.
- S'assurer que l'utilisateur n'a pas une prescription de laxatif sur une base PRN établie au profil pharmacologique.

9. Limites/références au médecin

- Absence d'élimination intestinale depuis 5 jours malgré les interventions.
- Présence de sang dans les selles.
- Pour le TRAITEMENT PRÉVENTIF, limite liquidienne (inférieure à 1500 mL) ou incapacité de l'utilisateur à s'hydrater adéquatement suivant l'administration du polyéthylène glycol 3350 (PEG 3350).

Validité : L'ordonnance collective ne peut être appliquée à nouveau

- dans un délai de moins de 7 jours entre deux épisodes;
- plus de 2 fois dans un même mois.

10. Directives

1. Évaluer la condition clinique de l'utilisateur incluant la prise de signes vitaux, au besoin, et l'évaluation de la douleur.

1.1 Évaluer la condition clinique selon le PQRSTU.

1.2 Évaluer les facteurs de risque incluant la prise de médication susceptible de créer de la constipation.

1.3 Procéder à l'examen clinique de l'abdomen. Si suspicion de fécalome, inclure un toucher rectal.

Note

Dès que détection d'un fécalome au toucher rectal, se référer à l'étape 5.3.2

2. Mettre en place les mesures préventives non pharmacologiques de la constipation (se référer à l'annexe 1) favorisant l'élimination intestinale.
3. Vérifier les contre-indications, les limites et le profil pharmacologique.

TRAITEMENT PRÉVENTIF (annexe 2) :

4. Débuter polyéthylèneglycol glycol 3350 (PEG 3350) 17 g PO DIE le matin pour 7 jours, selon les **directives d'administration**.

Directives à l'administration du PEG 3350
Administrar le PEG 3350 dans un liquide (125 à 250 mL) ou un aliment semi-liquide en assurant une hydratation adéquate.
En présence de dysphagie
Diluer le PEG 3350 dans un yogourt lisse (applicable pour les 3 consistances) ou à une compote de pommes (applicable pour la consistance nectar (B14) et miel (B10) seulement). Ne pas diluer dans un liquide, même s'il s'agit d'un liquide épaissis.
Note
Le traitement préventif doit être suspendu si l'usager présente une des situations suivantes: ○ Évacuation aisée de selles DIE. ○ Reprise des habitudes intestinales usuelles. ○ Présence de diarrhée.
<i>* Pour usager qui recevrait déjà PEG 3350 sur une base régulière : Ne pas dépasser dose quotidienne de 34 g</i>

TRAITEMENT CURATIF (annexe 2) :

5. Débuter dès le **troisième** jour sans selle (peut être administré en simultané avec le traitement préventif)

- 5.1 Au troisième jour sans selle, insérer un suppositoire de glycérine 2,7 g IR.
- 5.2 Au quatrième jour sans selle, insérer un suppositoire de bisacodyl (Dulcolax) 10 mg IR.
- 5.3 Au cinquième jour sans selle, faire toucher rectal selon méthode de soins en vigueur.

5.3.1 Si absence d'un fécalome au toucher rectal :

- Administrer 1 lavement phosphate de sodium (Fleet) 120 mL IR.
- Si non efficace après 2 heures, répéter 1 lavement phosphate de sodium (Fleet) 120 mL IR avec tube rectal.
- Si non efficace après 2 heures, aviser le médecin traitant ou médecin de garde.

Alerte
Usagers suivis en hémodialyse : Ne pas administrer de lavement au phosphate de sodium, Se référer au médecin à l'étape 5.3.1

5.3.2 Si présence d'un fécalome au toucher rectal :

- Appliquer xylocaïne en gelée 2 % IR, attendre 10 minutes, puis procéder au curage rectal selon méthode de soins en vigueur.
- Si curage rectal non efficace, administrer un lavement d'huile minérale (lavement Fleet huileux) 120 mL IR avec tube rectal.
- Si non efficace après 2 heures, aviser le médecin.

11. Annexes

Annexe 1 : Mesures préventives de la constipation.

Annexe 2 : Algorithme – Prévention et traitement de la constipation.

12. Références

Clère, F. (2009). Opioid-induced constipation : Current findings. *Douleurs*; 10(5) 237-243.

Cochrane Review : Gordon, M., McDonald J.K., Parker, C.E., Akobeng, A.K. et Thomas, A. (2016). Laxatives for the management of childhood constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016 (8).

CSSS de Québec-Nord (2011), Ordonnance collective « Initier des mesures thérapeutiques pour contrer la constipation aiguë », Direction de la qualité des services et des soins infirmiers.

CSSS du Suroît (2011), Ordonnance collective – Prévention et traitement de la constipation, Direction des soins infirmiers et de la qualité.

CSSS Jardins-Roussillon (2010), Ordonnance collective « Traitement de la constipation et des fécalomes », clientèle CLSC et soutien à domicile, Direction des soins infirmiers et de la qualité.

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). (2009). Le fécalome, une approche et un traitement empirique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012), Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Élimination intestinale : Constipation et fécalome, Direction des communications du MSSS.

Méthodes soins informatisés (MSI) : examen de l'abdomen, examen par toucher rectal, curage rectal, administrer un médicament.

Rao, S. et Go, J. (2010). Update on the management of constipation in the elderly : new treatment options. *Clinical Interventions in Aging*; (5) 163-171.

Up to date (2017). Patient education : Constipation in adult (Beyond the Basics).

<https://www.uptodate.com/contents/constipation-in-adults-beyond-the-basics> Site consulté le 18 juillet 2018.

Vigilance Santé, (Octobre 2017). Monographie : Polyéthylène glycol 3350

Voyer, P. (2013). Soins aux aînés en perte d'autonomie. 2^e édition. ERPI

ANNEXE 1

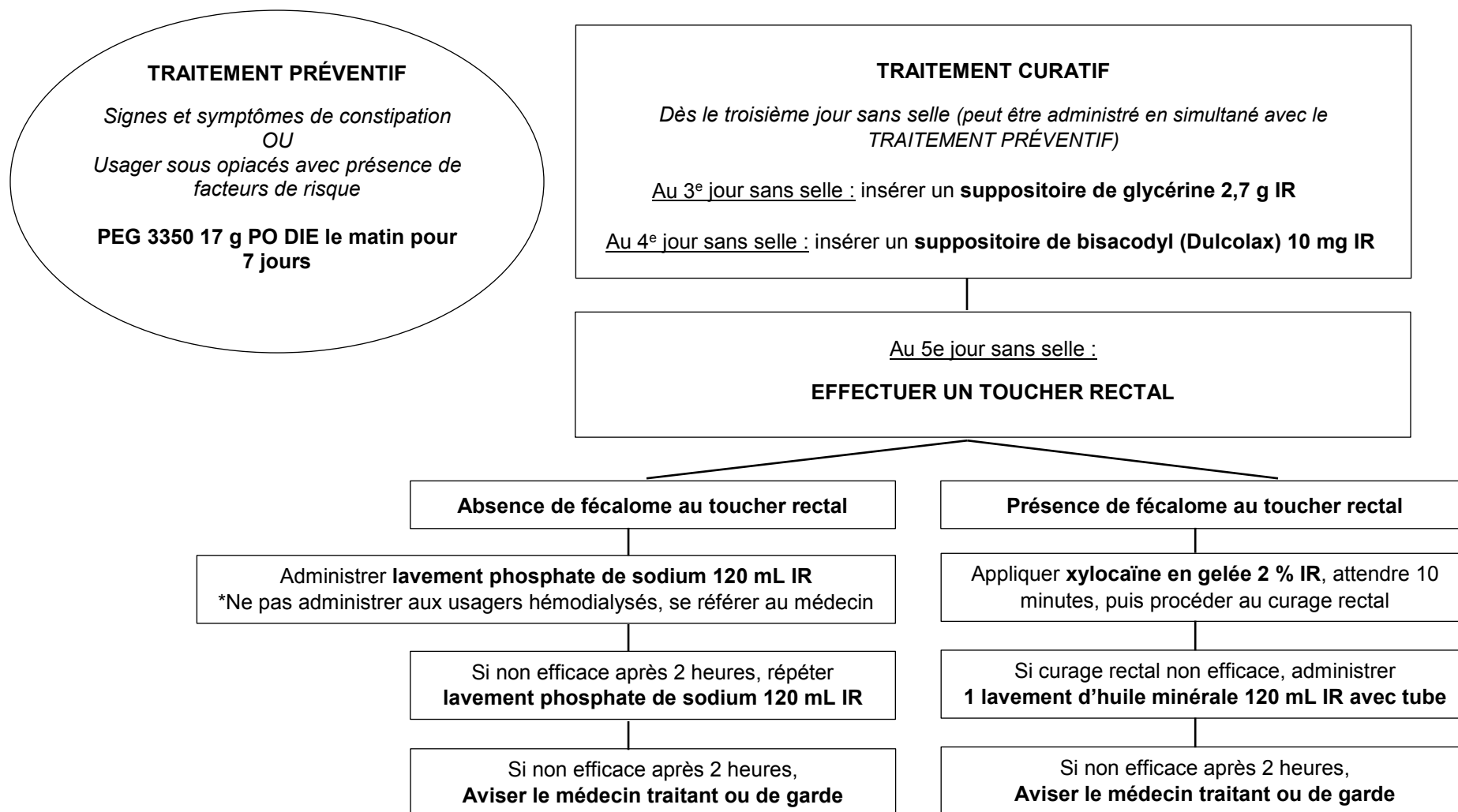
MESURES PRÉVENTIVES DE LA CONSTIPATION

Dans le but de prévenir la constipation, il importe d'agir sur les habitudes d'élimination, sur les habitudes alimentaires, sur la mobilisation de l'utilisateur et sur le contrôle de l'environnement.

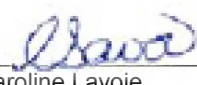
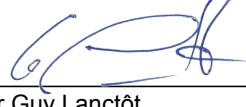
Habitudes d'élimination	Recommandations
• Inciter l'utilisateur à aller aux toilettes ou l'amener aux toilettes à des heures fixes • Répondre dès que le besoin se fait sentir • Privilégier un endroit isolé respectant l'intimité	• Moment recommandé, le matin après le déjeuner (30 minutes après le repas). • Déficits cognitifs : établir un horaire régulier avant et après les repas, car tendance à retarder son élimination et cherche des points de repère.
• Prévoir une position assise qui facilite l'élimination avec les pieds en appui.	• Éviter le plus possible le bassin de lit et la position couchée. Si alité, privilégier la position en décubitus latéral gauche.
Hydratation et habitudes alimentaires	Considérations particulières
• Encourager la consommation d'au moins 1500 à 2000 mL de liquide par jour. • Assurer en tout temps un accès à de l'eau fraîche.	• Restriction liquidienne. • Dysphagie aux liquides, dans ces cas, l'utilisation des liquides épaissis est favorisée.
• Il est conseillé d'augmenter de façon progressive, l'apport d'aliments riches en fibres de diverses sources (fruits, légumes, grains entiers). • Lors d'épisode de constipation, offrir une source de fibres alimentaires quotidiennement jusqu'à résolution de l'épisode de constipation (ex : 2 à 3 pruneaux DIE, 125 mL de jus de pruneaux DIE, compote laxative, etc.) • Introduire les nouveaux aliments graduellement pour éviter les ballonnements.	• L'effet des fibres peut ne se faire ressentir qu'après 2 à 3 mois de traitement. Encourager l'utilisateur à poursuivre. Se référer à la nutritionniste, au besoin.
Exercices et activités	Recommandations
• Maintenir un niveau de mobilité permettant de diminuer les risques de constipation. Le choix du type d'exercices et d'activités dépend du niveau d'autonomie fonctionnelle, des capacités physiques et des préférences de l'utilisateur. La fréquence, l'intensité et la durée des exercices sont déterminées selon le degré de tolérance et la condition de santé de l'utilisateur. • Encourager l'exercice, dont des séances de marche.	• Si alité : prévoir régulièrement des périodes assises au fauteuil, des exercices passifs, des massages abdominaux, ainsi que des élévations actives ou passives des jambes. • Si mobilité réduite : augmenter les levers et la marche, fournir une aide technique, enseigner des exercices abdominaux et les massages de l'abdomen. • L'évaluation par un professionnel (physiothérapeute, ergothérapeute ou technicien en réadaptation physique) permet de cibler les usagers nécessitant un programme de marche ou une adaptation du matériel et de l'environnement.
Environnement	Recommandations
• Le contrôle de l'environnement vise à assurer une accessibilité adéquate aux toilettes en agissant sur les obstacles structuraux, environnementaux et personnels.	• Si mobilité réduite ou alité : Mettre à la disposition une chaise d'aisance ou un bassin de lit ainsi qu'une cloche d'appel et assurer de l'aide pour répondre au besoin. • Si douleur : Administrer l'analgésie avant les déplacements et mobilisations et apporter de l'aide PRN. • Si troubles cognitifs : Identifier la porte de la toilette par une affiche imagée d'un pictogramme. En milieu d'hébergement, reproduire dans la mesure du possible son environnement connu de son milieu de vie.

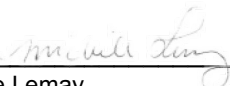
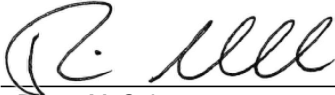
ANNEXE 2

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION



Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques	2018-07-20
Révisé par		
Personnes consultées	Mikael Dumoulin, pharmacien adjoint aux affaires pharmaceutiques	2018-09-21
	Dr Mitchel Germain, adjoint-chef médecine générale	2018-09-21
	Dre Michèle Lemay, chef médical médecine générale	2018-09-21
	Dre Lucie Lacoste, médecin de famille	2019-03-04
	Dr Marc Tourigny, gastro-entérologue	2019-03-27
	Guy Lemay, conseiller clinique en soins infirmiers	2018-09-10
	Marie-Claude Lacroix, conseillère en soins infirmiers	2018-11-22
	Anik Frappier, conseillère en soins infirmiers	2018-11-25
	Geneviève Leboeuf, conseillère en soins infirmiers	2018-11-28
	Mireille Burnham, conseillère en soins infirmiers	2018-12-06
	Audrée Leboeuf, conseillère en soins infirmiers	2018-12-14
	Chantal Lepage, consultante en soins palliatifs	2018-12-17
	Chantal Rochefort, consultante en soins palliatifs	2018-12-17
	Josée, Conesa, adjointe au chef de pharmacie	2019-03-05
	Marie-Hélène Plante, pharmacienne	2019-03-07
	Maud St-Onge, pharmacienne	2019-03-08

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dr Robert Bélanger Chef médical en hémato-oncologie	2019-05-13
	 Dre France Fréchette Chef médical de l'urgence et UHB	2019-05-13
	 Dre Caroline Lavoie Chef médical en obstétrique-gynécologie (interim)	2019-05-13
	 Dr Guy Lanctôt Chef médical de la pédiatrie	2019-05-13

	 Dre Michèle Lemay Chef médical de la médecine générale	2019-05-13
	 Dr François Lemieux Chef médical de la chirurgie	2019-05-13
	 Dr Dan Tran, adjoint au chef de la médecine spécialisée - pôle 1	2019-05-13
	 Dr Pierre McCabe Chef adjoint de la Médecine spécialisée	2019-05-13
Recommandé par l'(les) instance(s) (si pertinence seulement)	 Mélanie Caron, présidente Comité de pharmacologie	2019-05-13

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaétan Fillion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2019-06-19

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette OC vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
Jardin-Roussillon	Traitement de la constipation et des fécalomes (2010) – CLSC, soutien à domicile
Suroît	Protocole de constipation
Suroît	Ordonnance permanente de laxatifs (2001) CHDAL
Suroît	Ordonnance permanente constipation aiguë (2003) CHCG
Haut-Saint-Laurent	Ordonnance permanente administrer un laxatif (2005)
Haut-Saint-Laurent)	Ordonnance permanente administrer une médication per os - laxatif (2004)
Vaudreuil-Soulanges	Prévention et traitement de la constipation et du fécalome_Hébergement. PRO-INF-004
Vaudreuil-Soulanges	Prévention et traitement de la constipation et du fécalome_Soins palliatifs PRO-INF-005
Vaudreuil-Soulanges	Prévention et traitement de la constipation et du fécalome_Soins à domicile PRO-INF-006
CRD Foster	Constipation aiguë PHARM-FOSTER-03
CRD Le Virage	Constipation