



Journée Régionale des Soins Oncologiques de Support

Vendredi 18 septembre 2026 - Deauville

Patricia FLEURY, IPA en oncologie et prévention

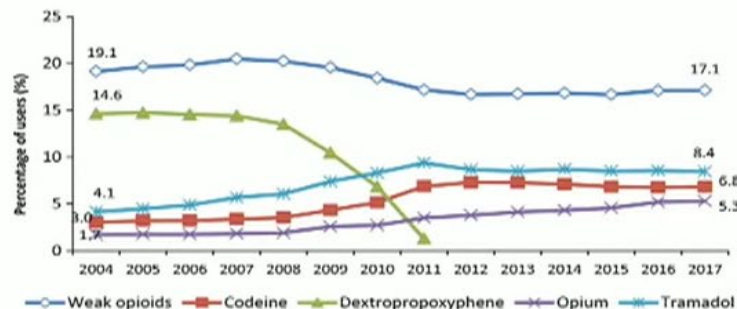


Déclaration de liens d'intérêt :
Absence de lien d'intérêt pour cette présentation

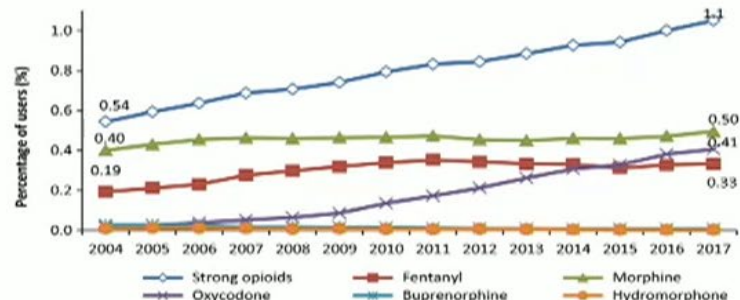
- Référentiel AFSOS + SFAP sur la constipation →
Constipation induite par les opioïdes
- Référentiel sur la péri-habilitation en oncologie

Constipation induite par les opioïdes : généralités/données

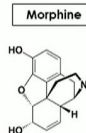
Annual prevalence of weak opiod use from 2004 to 2017



Annual prevalence of strong opiod use from 2004 to 2017



• Opioides forts



- Opioides faibles : Tramadol, Codéine
- Opiode le plus prescrit en France
- 400 mg tramadol → 80 mg de morphine



Définition

Critères diagnostiques de la classification ROME V (2026)

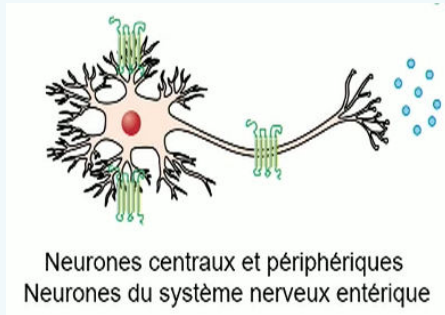
- ✓ **Apparition ou aggravation de symptômes de constipation lors de l'initiation, du changement ou de l'augmentation du traitement par opioïdes, avec au moins deux des critères suivants :**
 - . Efforts excessifs de poussée dans plus d'un quart des défécations
 - . Selles grumeleuse ou dures dans plus d'un quart des défécations
 - . Sensation d'évacuation incomplète dans plus d'un quart des défécations
 - . Sensation de blocage et/ou d'obstruction anaux – rectale dans plus d'un quart des défécations
 - . Manœuvre digitale pour faciliter l'évacuation dans plus d'un quart des défécations
 - . Moins de trois selles spontanées par semaine

- ✓ **Selles liquides rarement présentes en l'absence de laxatif.**

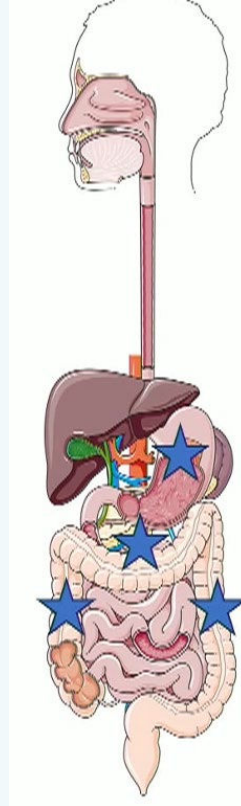
+++ PRISE en CHARGE GLOBALE +++

Physiopathologie

- ✓ Opiïdes :
- Substances neuroendocrines exogènes
- Substances naturelles et dérivés synthétiques

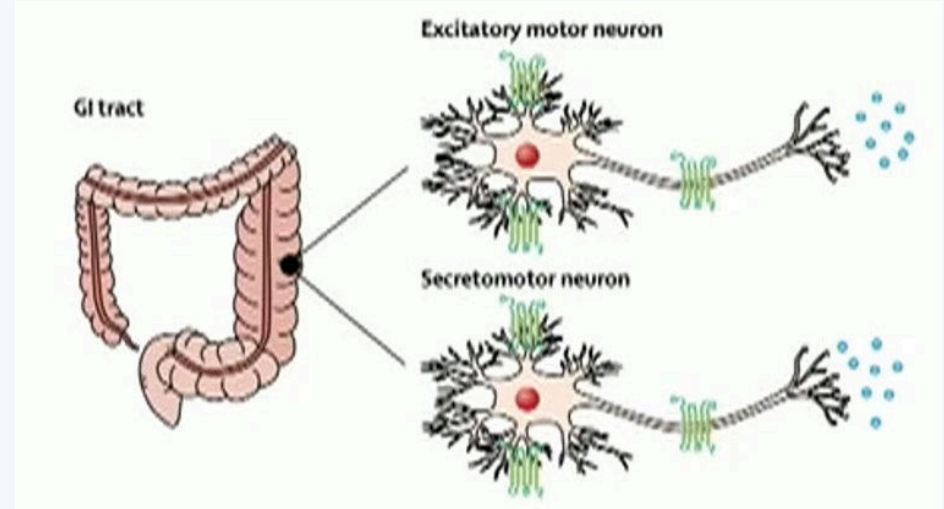


- ✓ 3 types de récepteurs couplés aux protéine G : μ, δ, κ
- ✓ Répartition variable des récepteurs aux opioïdes
- ✓ Récepteurs « μ » très nombreux sur le tube digestif



Physiopathologie

- ✓ Inhibition du relargage des neurotransmetteurs :
- Motoneurones entériques excitateurs
- Neurones sécréto-moteurs
- Retard du temps de transit oro-fécal



Effet-dose

- ✓ Différence entre le système nerveux central et le système nerveux entérique :
 - Recyclage rapide des récepteurs μ
 - Pas de tolérance pharmacologique
- ✓ Effet de la prise sur le long terme +++

Impact de la constipation sur la douleur

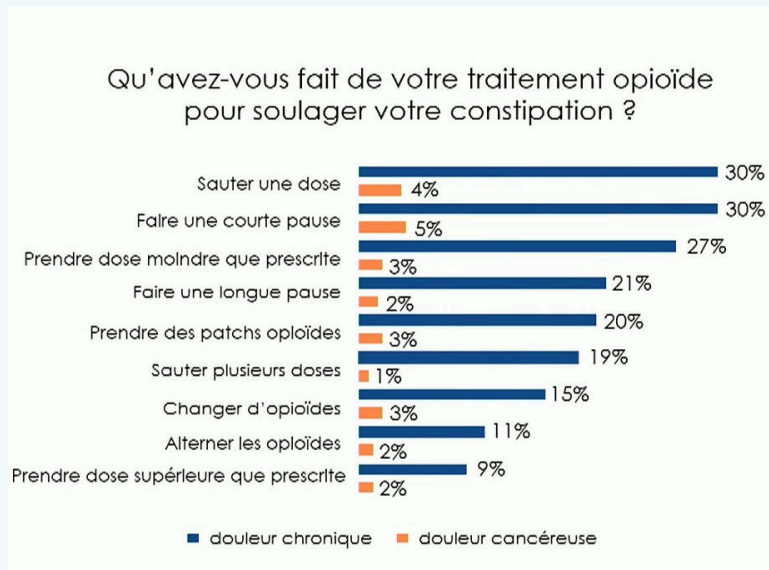
➤ Etude PROBE-1 internationale :

.n=703 patients, majorité a utilisé les opioïdes > 1 an, prévalence de la constipation.

.Impact modéré à sévère de la constipation sur la QDV : 60%

.Constipation quotidienne : 48%

.Inobservance des opioïdes pour soulager la constipation



Prévention

✓ **Facteurs de risque**

- **Constipation antérieure +++**
- Pathologie neurologique / - mobilité
- Traitements associés /effets secondaires (antipsychotique et neuroleptique, agoniste 5HT-3, inhibiteurs calciques, IPP, etc.)
- Sexe féminin
- Obésité
- Cancer = comorbidités, opioïdes (durée de prise et dose cumulée), absence de prescription de laxatifs avec opioïdes, hospitalisation / dénutrition
- régime pauvre en fibres , sédentarité, etc.

✓ **Règles hygiéno-diététiques**

✓ **Information et éducation I**

Prévention

- ✓ **Traitements médicamenteux non spécifiques**
 - **Laxatifs** : osmotiques (Lactulose, PEG), laxatifs de Lest (fibres ispaghul, graines de chia), lubrifiants (paraffine), stimulants (bisacodyl).

- ✓ **Traitements médicamenteux spécifiques** : antagonistes périphériques des récepteurs μ -opioïdes
 - **Antagonistes** : Naloxone et OXSYNIA (en 2^{ème} intention)
 - **PAMORA** (Peripherally Acting μ -opioid Receptor Antagonists)
 - Methylnatrexone (RELISTOR®)** : Injectable, situation palliative, pas d'utilisation prolongée (sinon hors AMM), efficace dès 4h après l'injection chez 50 % des patients.
 - Naloxegol (MOVENTIG®)** : dérivé PEGylé de la naloxone, Per Os.
 - Naldemedine (RIZMOÏC®)** : rapidement efficace,

Recommandations

+++ EVALUATION +++

- Constipation peut apparaître lors de la prescription ou la majoration des doses +++
- Evaluation globale : clinique + prévention + facteurs de risque

→ Règles diététiques

→ Si pré-disposition, prescription systématique des laxatifs osmotiques + réévaluation rapide.

→ Si insuffisant, osmotiques ET stimulants.

→ En cas d'échec, PAMORA +/- d'autres laxatifs osmotiques et stimulants.

→ En cas d'échec, changer d'opioïde.

Bulletin du Cancer 2025

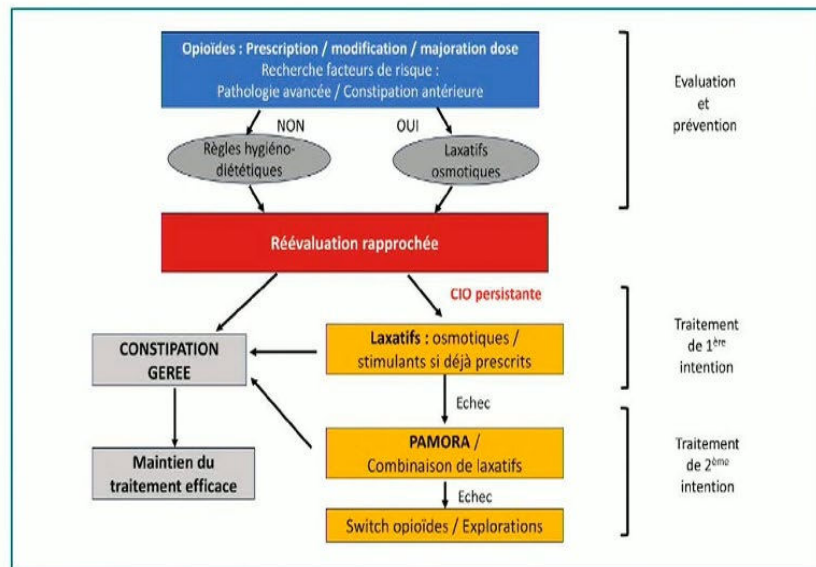


FIGURE 2

Algorithme simplifié de la prise en charge thérapeutique des patients atteints de constipation induite par les opioïdes

PERIHABILITATION en ONCOLOGIE

Périhabilitation en oncologie : pourquoi ?

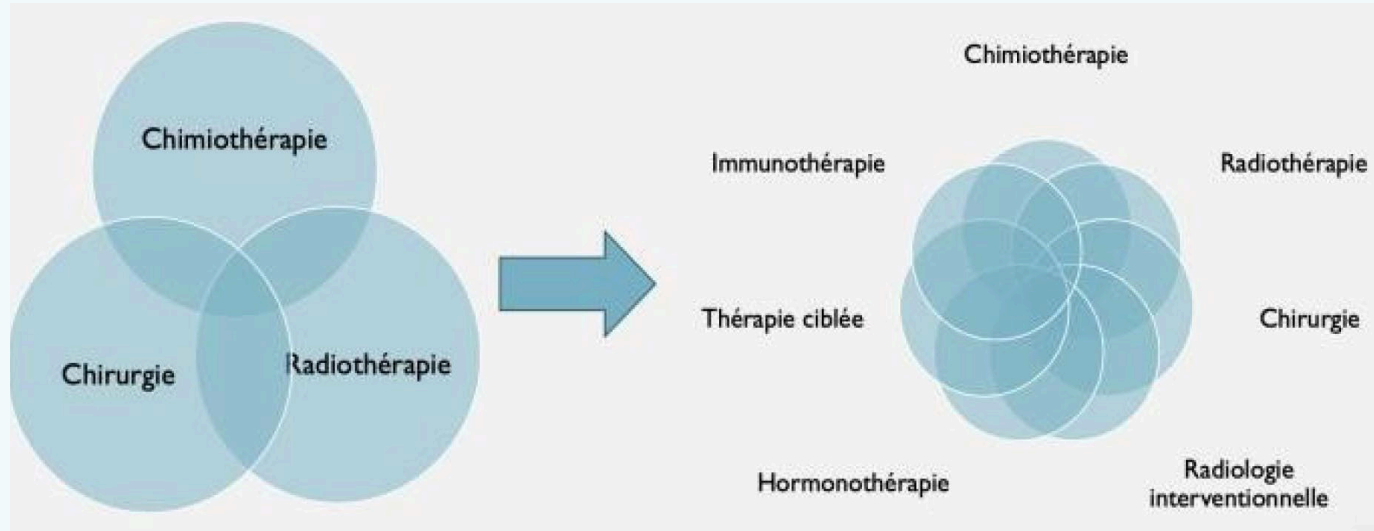
- **Stress physiologique engendré par la chirurgie**
 - Ensemble des réponses neuroendocriniennes, métaboliques et immunitaires
 - Réponse adaptative pour maintien de l'homéostasie
 - Si excessif, délétère pour la récupération post-opératoire
- **Impact du stress chirurgical variable** : âge, comorbidités, localisation du cancer, etc.
- **Parcours personnalisés et multidisciplinaires** : à construire en fonction des besoins des patients et du projets oncologiques

Impact de la fragilité sur le risque de complications

- Âge
- Pathologies psychiatriques
- Pathologies somatiques
- Contexte social



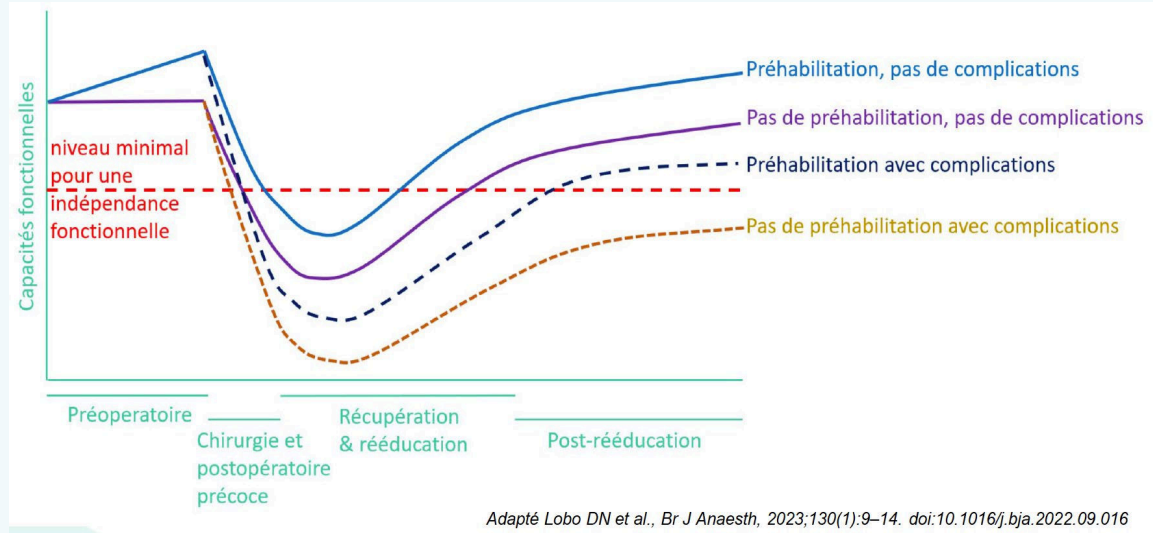
Toxicités de grade +++



Adapté de Culakova E et Al. *Cancer* 2025; 131 e35766

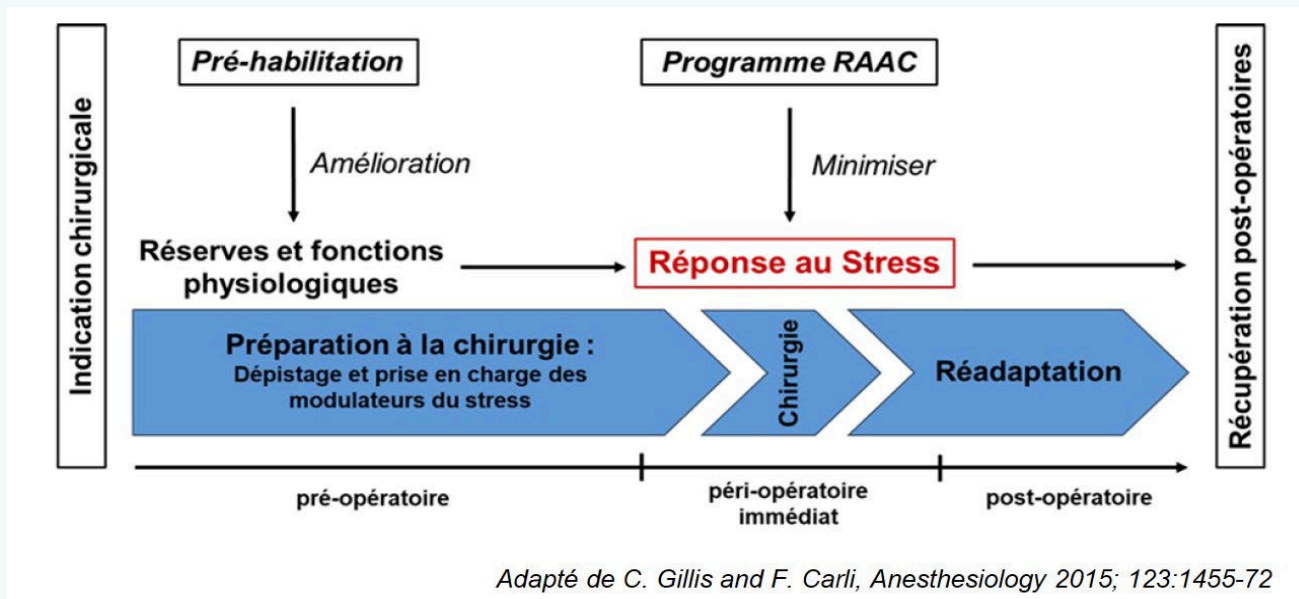
Définition et enjeux

- Augmenter les réserves physiologiques :
- optimiser les capacités fonctionnelles
 - la récupération post-opératoire



Définition et enjeux (suite)

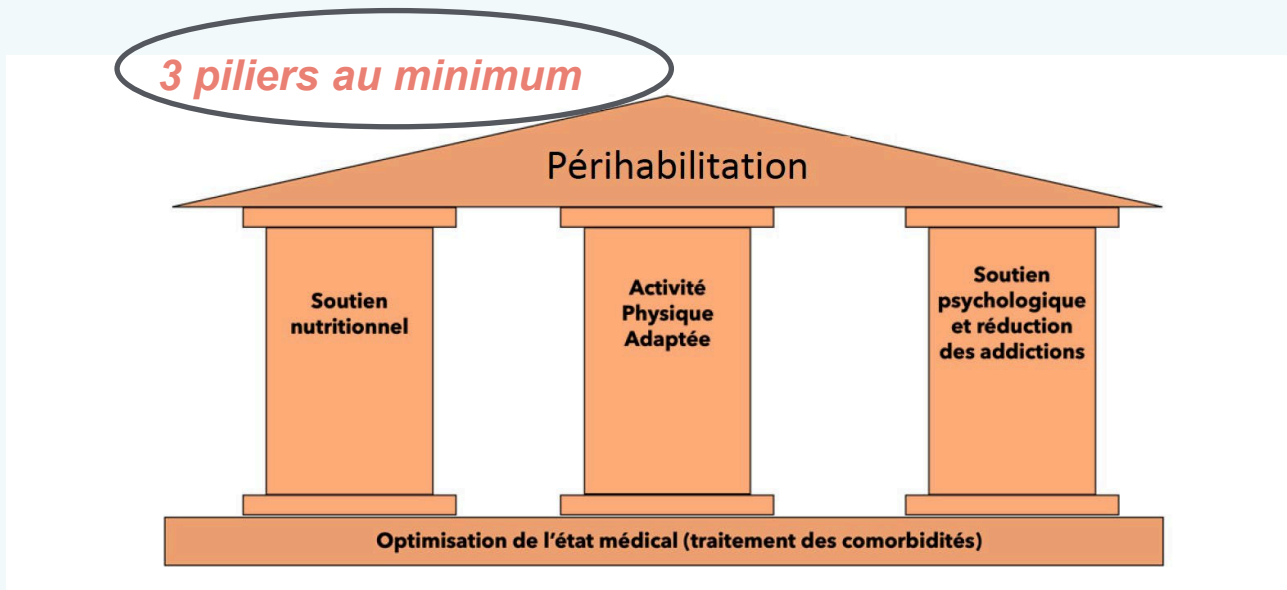
Définition : La préhabilitation décrit des parcours de soins multimodaux et multidisciplinaires combinant des interventions qui prennent en compte l'environnement du patient.



La RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie)

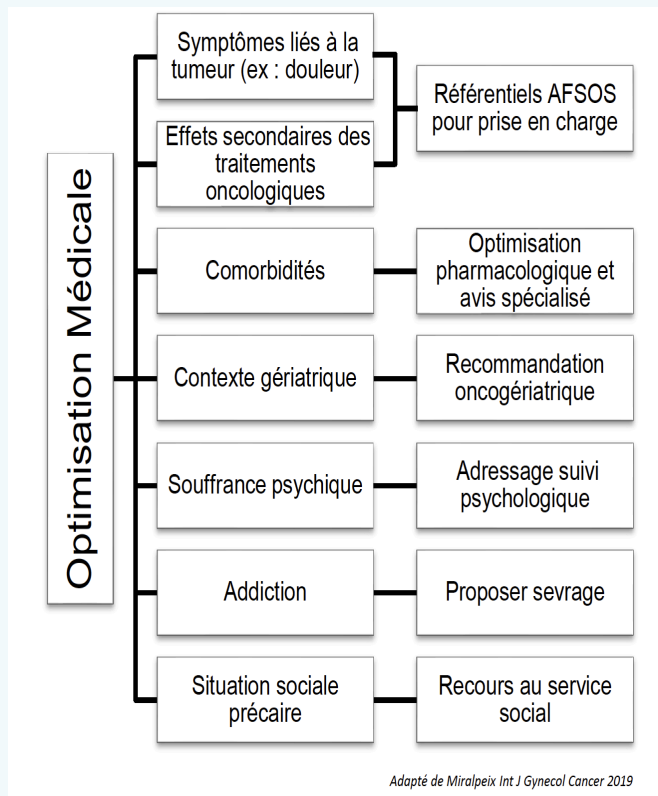
- **Pré- opératoire** : Cs IDE pour prévenir, informer, dépister + apports en glucose, prévention des infections et complications thrombo-emboliques
 - **Péri-opératoire** : facteurs anesthésiques (éviter hypothermie, N/V, analgésie multimodale) et chirurgicaux (technique mini-invasive, moins de drains/SNG etc.)
 - **Post-opératoire** : alimentation et lever précoces, prévention des risques thrombo-emboliques, ablation de sonde
- Durée d'hospitalisation + courte, autonomie de la personne +++
- Approche standardisée centrée sur le temps chirurgical

Stratégie de mise en œuvre



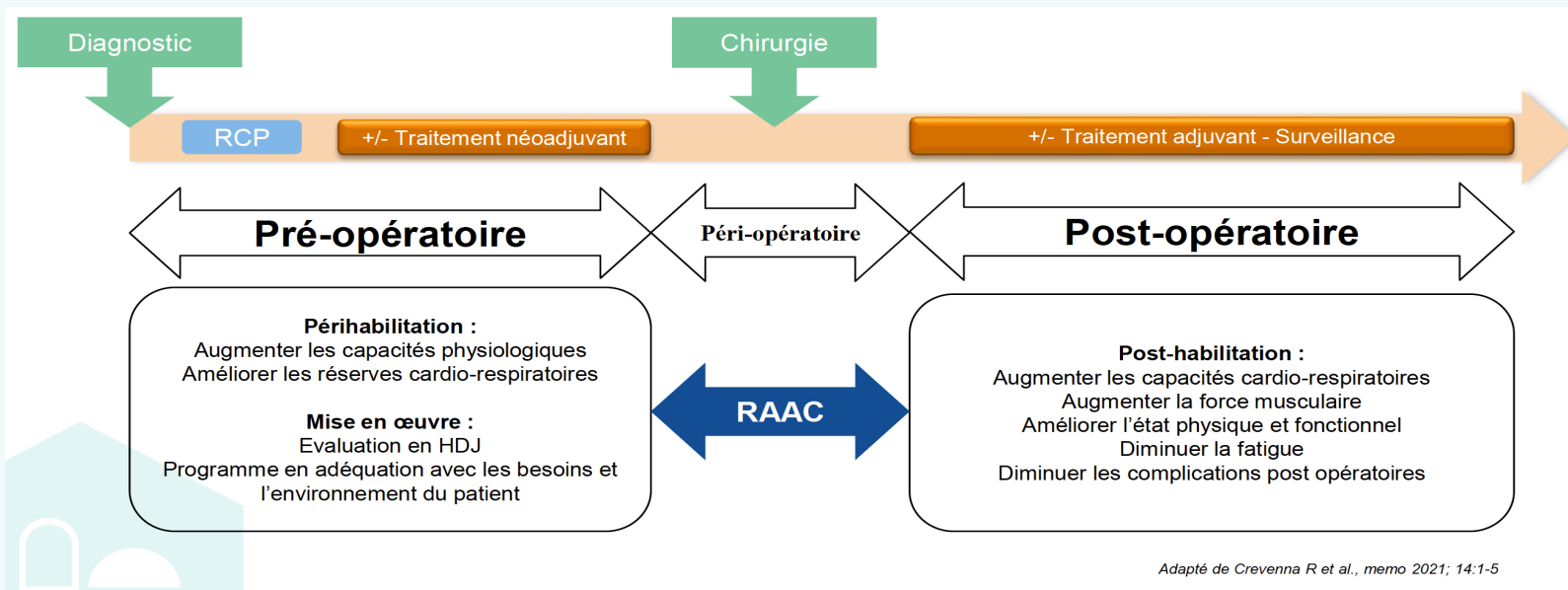
- Durée entre 4 et 12 semaines
- Varie selon : évolution tumorale, capacités fonctionnelles, traitement néo-adjuvant ou pas

Optimisation médicale globale



→ Evaluation +++

Modèle de parcours de réhabilitation



Comment, où, avec qui ... ?

- **Pas de modèle unique**
- En fonction des ressources
- Bilan d'évaluation => HDJ possibles
- Environnement du patient
- En ville ou à l'hôpital



Prise en charge multimodale
=
Coordination

Merci de votre attention