



PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION CHRONIQUE DES PATIENTS TRAITÉS PAR PSYCHOTROPES

Docteur David BIRMAN, Médecin

Madame Hélène CARPENTIER, Diététicienne

Docteur Violaine TRAMIER, Pharmacien

*Aucun conflit d'intérêt déclaré pour les 3 intervenants de la
présentation*



**Centre Hospitalier Spécialisé
03360 AINAY LE CHATEAU**

CONGRÈS



RÉSEAU PIC

psychiatrie informations communication

18 & 19 septembre 2014 - STRASBOURG

SOMMAIRE

- Introduction
- Aspects cliniques – intervention du Dr Birman
- Prise en charge de la constipation – intervention de Mme Carpentier et du Dr Tramier
- L'expérience du CHS d'Ainay le Château – intervention Dr Birman, Mme Carpentier, Dr Tramier
- Conclusion

INTRODUCTION

D. BIRMAN

- ➔ **Importance de la prise en charge somatique des patients en secteur psychiatrique** : partenariat avec les psychiatres, surveillance des comorbidités, surveillance des effets secondaires des traitements psychotropes, prévention santé.
- ➔ CHS Ainay : **Cs somatique systématique tous 3 mois**, 3 médecins généralistes, répartition par antennes, surveillance accueillant familiaux thérapeutique.
- ➔ La constipation est un **effet secondaire** important des traitements psychotropes mais aussi des traitements somatiques (effet anticholinergique).
- ➔ **Constipation** : **1^{ère} cause d'appel** au CHS d'Ainay en astreinte, parfois en urgence pour sub ou occlusion.
- ➔ Constipation : **recherche systématique** lors des consultations somatiques systématiques et en cas de décompensation psychique.
- ➔ Pas de recommandations de prise en charge de la constipation **spécifique à la psychiatrie**.

ASPECTS CLINIQUES



**Centre Hospitalier Spécialisé
03360 AINAY LE CHATEAU**

DÉFINITION DE LA CONSTIPATION

D. BIRMAN

- **Critères de Rome III :**
 - I. **Au moins 2 critères parmi les suivants, de manière durable ou intermittente, durant plus de 25% du temps et pendant au moins 3 mois au cours des 6 mois écoulés :**
 - ➔ Forte pression nécessaire pour l'exonération des selles,
 - ➔ Selles dures ou fractionnées,
 - ➔ Sensation d'exonération de selles incomplète,
 - ➔ Sensation d'obstruction/blocage ano-rectal,
 - ➔ Nécessité de manœuvres manuelles pour faciliter l'exonération de selles (évacuation à l'aide des doigts, soutien du périnée),
 - ➔ Moins de 3 exonérations de selles par semaine.
 - II. **Pas d'évacuation de selles molles sans laxatifs.**
 - III. **Pas de syndrome du côlon irritable.**
 - ➔ Il faut satisfaire aux 3 points.
- **Constipation chronique / Constipation aiguë :**
 - ➔ Surtout constipation chronique, éliminer somatique, viral, bactérien, parasitaire,
 - ➔ Attention aux constipations récentes chez patients non habitués (néoplasique).
- **Répercussion sur la qualité de vie des patients et sur leur ressenti psychique avec possible troubles du comportement : agressivité, confusion (sujet âgé), agitation.**

CAUSES DE LA CONSTIPATION

D. BIRMAN

- **Toujours éliminer une cause organique** : métabolique, maladie du système nerveux, obstruction mécanique, recherche des antécédents médico-chirurgicaux.
- Rechercher une **cause médicamenteuse**.
- Recherche des **facteurs de risque** :
 - ➔ Activité physique,
 - ➔ Habitudes alimentaires,
 - ➔ Accessibilité des malades aux toilettes,
 - ➔ Modifications récentes des habitudes de vie,
 - ➔ **Autres** : sexe féminin, âge élevé, régime sans résidu, inactivité physique, ration calorique journalière, maltraitance physique ou abus sexuel, faible niveau socio-économique.

ÉVALUATION DE LA CONSTIPATION

D. BIRMAN

- **Anamnèse très importante :**
 - ➔ **Évaluation longitudinale** : début, durée, mode, niveau de souffrance, répercussion fonctionnelle, sociale, professionnelle, familiale, association à des addictions,
 - ➔ **Évaluation transversale** : ATCD personnels et familiaux, ATCD hospitalisation, ATCD psychiatriques, traitements et efficacité, ressenti du patient,
 - ➔ **Spécificité** : Inclusion de la famille d'accueil dans l'anamnèse.
- **Clinique :**
 - ➔ Fréquence des selles, horaires d'élimination, niveau d'autonomie, activité physique, niveau d'hydratation du patient, alimentation, tabagisme, alcool, toxiques.
- **Suivi quotidien :**
 - ➔ Pendant 7 à 15 jours des selles avec échelle de Bristol : aspect, volume, odeur.
- **Examens complémentaires :**
 - ➔ Réalisés ou à faire : Toucher rectal (fécalome, attention avec certains patients), recherche de sang dans les selles, ASP, Echo, Scanner, rectoscopie, colonoscopie totale.

PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION



**Centre Hospitalier Spécialisé
03360 AINAY LE CHATEAU**

PRINCIPES: recommandations de la SNF de gastro-entérologie

V. TRAMIER

⇒ BUT : SOULAGER LES SYMPTÔMES ET PRÉVENIR LES COMPLICATIONS

- Traitement de la cause étiologique si possible
- Mesures hygiéno-diététiques : 2 mois
Adaptation du comportement quotidien hygiéno-diététique
 - ⇒ Réflexes/hygiène de vie, rituels,
 - ⇒ Alimentation adaptée, hydratation,
 - ⇒ Activité sportive.
- Prescription de laxatifs
 - ⇒ Laxatifs osmotiques ou mucilages,
 - ⇒ Laxatifs lubrifiants, voire stimulants : courte période.
- Investigations complémentaires (gastro-entérologie)

L'ACTIVITÉ SPORTIVE

V. TRAMIER

- Efficacité non démontrée
- Bon sens
- Travail en cours au CHU de Clermont-Ferrand sur l'activité physique chez le patient schizophrène et bipolaire: Pr Llorca, Dr I.Chéreau
- Massages abdominaux
- Marche 30 minutes par jour

LA DIÉTÉTIQUE

H. CARPENTIER

- Etat des lieux en France : Etude Nutrinet-Santé (novembre 2012) sur les apports en fibres des français.
 - ➔ Consommation observée : 15 à 20g de fibres par jour.
- Recommandation de l'ANSES :
 - ➔ 25 à 30g de fibres par jour
- Recommandation du PNNS :
 - ➔ Alimentation équilibrée en favorisant les aliments céréaliers complets riches en fibres.
- Améliorer le transit grâce à une alimentation plus riche en fibres :
 - ➔ Les fibres végétales solubles et insolubles se gorgent d'eau au cours de la digestion et augmentent le volume des selles.
 - ➔ Elles ont une action sur la vitesse du transit et stimulent le péristaltisme intestinal.

LA DIÉTÉTIQUE

- **Régime alimentaire**

- ➔ Notion d'équilibre alimentaire :

Règle hygiéno-diététique et repère de consommation du P



LA DIÉTÉTIQUE

H. CARPENTIER

- **Augmenter l'apport en fibres chaque jour**
 - ➔ 2 à 3 portions de légumes frais (crudités, légumes cuits, potage...).
 - ➔ 3 fruits frais (crus ou cuits).
 - ➔ 1 à 2 portions de féculents en privilégiant les aliments céréaliers complets (pâtes ou riz complets) et les légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches...).
 - ➔ 1 morceau de pain, de préférence complet ou au son, à chaque repas.
- **Augmenter l'apport en fibres ponctuellement car aliments caloriques**
 - ➔ Fruits secs (pruneaux, figues, dattes...).
 - ➔ Fruits oléagineux (noix, noisettes, amandes...).
- **Avoir une bonne hydratation tout au long de la journée**
 - ➔ Boire suffisamment : au moins 1,5l par jour (eau plate, eau gazeuse, thé et café léger, tisane, jus de fruit sans sucre ajouté...).
 - ➔ Introduire si besoin de l'eau riche en magnésium.
- **Introduction de poudre de fibres si besoin sur prescription médicale**
 - ➔ Mélange de fibres solubles et insolubles.

EN 1^{ère} INTENTION

Laxatifs de lest ou Laxatifs osmotiques

- **Laxatifs de lest** : Psyllium, Sterculia, Ispaghul
 - ➔ Composition : polysaccharides non digestibles à haut pouvoir hygroscopique.
 - ➔ Mécanisme d'action : augmentation du volume du bol fécal par son hydratation, non absorbés par le TD, action en quelques jours.
 - ➔ Précautions : ingérer avec une quantité d'eau suffisante, ne pas administrer juste avant le coucher ou en position allongée.
 - ➔ Effets secondaires : ballonnements, risque d'accidents occlusifs en cas d'obstacles organiques, réactions allergiques possibles.
 - ➔ Interactions médicamenteuses : ralentisseurs du transit type lopéramide.
 - ➔ Contre-indications : syndromes occlusifs ou sub-occlusifs, fécalomes, syndromes douloureux abdominaux...

TRAITEMENTS DE LA CONSTIPATION

V. TRAMIER

EN 1^{ère} INTENTION

- **Laxatifs osmotiques** : Sucrés : Lactulose, Lactitol, PEG : Macrogol ou PEG 4000
 - ➔ Composition : disaccharides de synthèse, polyéthylène glycol.
 - ➔ Mécanisme d'action : augmentation de l'hydratation et du volume colique par hydratation par effet osmotique (+ acidification colique et stimulation du péristaltisme intestinal), action en 24 à 48h.
 - ➔ Effets secondaires : météorisme, diarrhées et douleurs abdo notamment à forte dose.
 - ➔ Interactions médicamenteuses : anti-acides/effet hypoammonémiant.
 - ➔ Contre-indication : colopathies inflammatoires, subocclusion ou occlusions, syndromes douloureux abdominaux de cause indéterminé.

TRAITEMENTS DE LA CONSTIPATION

V. TRAMIER

EN 2^{ème} INTENTION Laxatifs émoullients voire laxatifs stimulants

- **Laxatifs émoullients ou lubrifiants** : huile de paraffine, huile de vaseline.
 - ➔ Mécanisme d'action : acalorique, non absorbée par l'intestin, effet mécanique par lubrification du contenu colique et ramollissement des selles.
 - ➔ Effets secondaires : suintement anal, risque d'inhalation bronchique et de pneumopathies lipoïdes par fausse route (prise au moins de 2h avant le coucher).
 - ➔ Interactions médicamenteuses : diminution possible de l'absorption des vitamines liposolubles ADEK donc interactions potentielles avec les AVK.
 - ➔ Contre-indication : occlusions, douleurs abdominales, troubles de la déglutition.

TRAITEMENTS DE LA CONSTIPATION

V. TRAMIER

EN 2^{ème} INTENTION

- **Produits stimulants** : huile de ricin, anthraquinoniques, bisacodyl, docusate sodique.
 - ➔ Indications : traitement symptomatique de courte durée de la constipation.
 - ➔ Mécanisme d'action : augmentation du volume fécal par infiltration d'eau et de graisse, donc de la motricité colique et sécrétion intestinale d'eau, électrolytes, de protéines.
 - ➔ Effets secondaires : douleurs abdo, diarrhées, incontinence fécale, déshydratation, dépendance avec risque d'alcalose hypokaliémique.
 - ➔ Interactions médicamenteuses : médicaments entraînant des torsades de pointe.
 - ➔ Contre-indication : colopathies organiques inflammatoires (rectocolite ulcéreuse, maladie de Crohn...), syndrome occlusif ou subocclusif, syndromes douloureux abdominaux de cause indéterminée, fécalome...

AUTRES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

V. TRAMIER

- Par voie rectale : constipation distale.
 - ➔ Sorbitol et citrate de sodium (Microlax®)
 - ➔ Bicarbonate de sodium et tartrate de potassium (Eductyl®)
- Autres cas (trouble de la déglutition, fécalome bas sur ASP) : lavements avec eau tiède, +/- produits associés, Péristeen ®.
- Autres médicaments, prescrits hors AMM : Sennosides ou PEG indiqués en préparation colique.

L'EXPÉRIENCE DU CHS D'AINAY LE CHÂTEAU



Centre Hospitalier Spécialisé
03360 AINAY LE CHATEAU

EXISTANT AU CHS D'AINAY LE CHÂTEAU

D. BIRMAN

- **Traitement chronique par psychotropes inducteurs de constipation** (notamment effets secondaires anticholinergiques).
- **Forte consommation de laxatifs** car traitement au long cours :
 - ➔ Duphalac, lactulose (laxatif osmotique : 1 à 3 sach/jour) : 90 000 sachets/an, 130 patients
 - ➔ Transipeg , macrogol (laxatif osmotique : 1 à 2 sach/jour) : 70 000 sachets/an, 110 patients
 - ➔ Lansoyl, huile de paraffine (laxatif lubrifiant : 1 à 3 unidoses/jour) : 60 000 unidoses/an, 120 patients
 - ➔ Normacol lavement (lavement hypertonique : préparation du recto-sigmoïde aux examens) : 200 lavements/an, 40 patients
 - ➔ X-Prep, sennoside : 350 sachets/an, 80 patients
- 3 décès par occlusion intestinale en 2007, thème d'une EPP
- Période difficile (2009-2010) avec effectif médical réduit conduisant à gérer l'urgence sans possibilité d'approfondir le traitement
- **Evolution des prescriptions de neuroleptiques** au cours des dernières années
- **Nombreux appels en garde** ou astreinte des médecins pour constipation :
 - ➔ 6 en 2008, 15 en 2009, 26 en 2010.
- **Pas de protocole établi** : fibres dans l'alimentation, laxatifs en systématique, en si besoin, prescription en si besoin si pas de selles depuis plus de 48h ou 72h, voire 96h.

COMMENT AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION AU CHS ?

V. TRAMIER

CONSTIPATION

- Problème récurrent au CHS, jugulé par des traitements médicamenteux de fond et de la crise, en lien avec des consultations somatiques de nouveau régulières
 - Volonté de travailler sur 3 aspects
 - ➔ **La mise en place d'une alimentation riche en fibres, en collaboration avec la famille d'accueil (diététicienne).**
 - ➔ **Le développement d'une activité physique en groupe à raison d'une séance d'1h30 par semaine (éducateur sportif).**
 - ➔ **Une adaptation des traitements "constipants" de l'ordonnance (médecin, et pharmacien).**
- Mise en place d'une **étude d'observation** pour évaluer la faisabilité de la démarche.

MISE EN PLACE D'UNE ÉTUDE : OBJECTIFS

V. TRAMIER

- **Améliorer la prise en charge de la constipation** par la rédaction d'un **protocole** consensuel adapté à notre population de patients.
- **Réduire la prescription hors AMM** de médicaments dans la constipation.
➔ Exemple : X-Prep.
- Réduire la prescription de laxatifs correcteurs des effets secondaires des psychotropes et ainsi permettre une **restauration du péristaltisme naturel**.
- Introduire dans le **quotidien des patients**, une **bonne hygiène de vie** et donc réduire les maux digestifs.
- **Critères d'inclusion** : Patient traité par laxatifs pour constipation, patient sujet à la constipation dont l'ordonnance présente de l'X-Prep, patient traité par psychotropes, notamment Clozapine, patient intéressé par l'étude, patient capable de suivre l'étude, patient capable de suivre une activité physique.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : GÉNÉRAL

V. TRAMIER

- **Nombre de patients inclus : 15**

- ➔ 13 patients ont suivi l'étude complètement, 1 patient a suivi l'étude en partie (arrêt du sport),
1 patient n'a pas suivi l'étude dès le départ.

- **Profil des 15 patients**

- ➔ Age moyen : 56,3 ans dont 2 patients de plus de 70 ans,
- ➔ Diagnostic : Psychose pour 12 patients, retard mental pour 2 patients, dépression pour 1 patient,
- ➔ ATCD digestifs : 2 Syndromes sub occlusifs + 1 colite ischémique avec colectomie gauche,
- ➔ Traitement psychotrope avec EII Anticholinergiques :
 - 4 patients sous Clozapine dont 1 avec charge antichol importante car nombreux psychotropes associés,
 - 15 patients prennent des psychotropes pourvoyeurs d'EII antichol (NL, AD, NT) dont 7 avec des médicaments antiparkinsoniens associés,
- ➔ Traitement myorelaxant par Bzd et apparentés : 11 patients.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : GÉNÉRAL

V. TRAMIER

- **Profil des patients (suite)**

- Traitement somatique avec EII anticholinergique : 6 patients concernés (Cétirizine, Driptane, Spiriva).
- Traitement somatique autre potentiellement constipant : 11 patients (Crestor, Inipomp...).
- Traitement laxatif : pas de règles
 - Systématique + SB : 13 patients
 - Systématique seul : 0 patient
 - SB seul : 2 patients
- Histoire de la constipation : difficile à retrouver dans le logiciel informatique :
 - 1 patient se sert de la constipation pour se faire hospitaliser en intra.
 - 2 patients ont régulièrement des problèmes de constipation lors des sub.
- Echelle Constipation Scoring Score :
 - 0 patient > 15, donc problème de constipation jugulé par les traitements laxatifs.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ALIMENTATION

H. CARPENTIER

- **Mise en place réelle et suivi des règles HD**

- ➔ Sur 15 patients sélectionnés, 14 ont suivi l'étude,
- ➔ Les 14 patients ont suivi les règles HD durant les trois mois d'étude,
- ➔ Pour 7 patients, l'alimentation riche en fibres était déjà mise en place,
- ➔ Pour 2 patients, l'introduction de pain complet et céréales complètes s'est faite au cours de l'étude.

- **Difficultés rencontrées**

- ➔ Chez certains accueillants : quelques réserves sur l'introduction du pain complet et des céréales complètes,
- ➔ Crainte d'un accueillant d'un amaigrissement du patient,
- ➔ Chez un patient, problème d'acceptabilité des céréales complètes et du pain complet par non-goût.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ALIMENTATION

H. CARPENTIER

- **Hydratation**

- ➔ Bonne hydratation pour l'ensemble des patients.
- ➔ Un patient ne boit qu'au cours des repas.

- **Satisfaction des patients**

- ➔ Bonne adhésion des patients aux conseils alimentaires avec la volonté de poursuivre les règles hygiéno-diététiques.

- **Satisfaction de l'accueillant**

- ➔ Les Familles d'accueil sont globalement satisfaites.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ACTIVITÉS SPORTIVES

V. TRAMIER

- **Mise en place réelle sur 15 patients inclus**
 - ➔ 13 patients ont suivi entièrement le cycle d'activités physiques, dont 1 sur un cycle d'équilibre et motricité.
- **Difficultés rencontrées**
 - ➔ Prise en charge de patients de niveau physique non homogène : engendrant des frustrations pour les patients plus autonomes,
 - ➔ Difficultés liées au nombre de patients par groupe (petite salle pour 7 patients/groupe).
- **Satisfaction**
 - ➔ Satisfaction sur 14 patients : 1 non satisfait (arrêt du sport), 2 plutôt satisfaits, 11 satisfaits de l'activité physique,
 - ➔ Sur les 13 patients ayant suivi le cycle : 10 Patients souhaitent poursuivre l'activité physique, 2 souhaitent poursuivre sous certaines conditions (groupe adapté...), 1 patient veut arrêter l'activité physique,
 - ➔ Satisfaction sur 14 AcFT : 1 AcFT +/- satisfaite, 13 AcFT satisfaites.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRANSIT

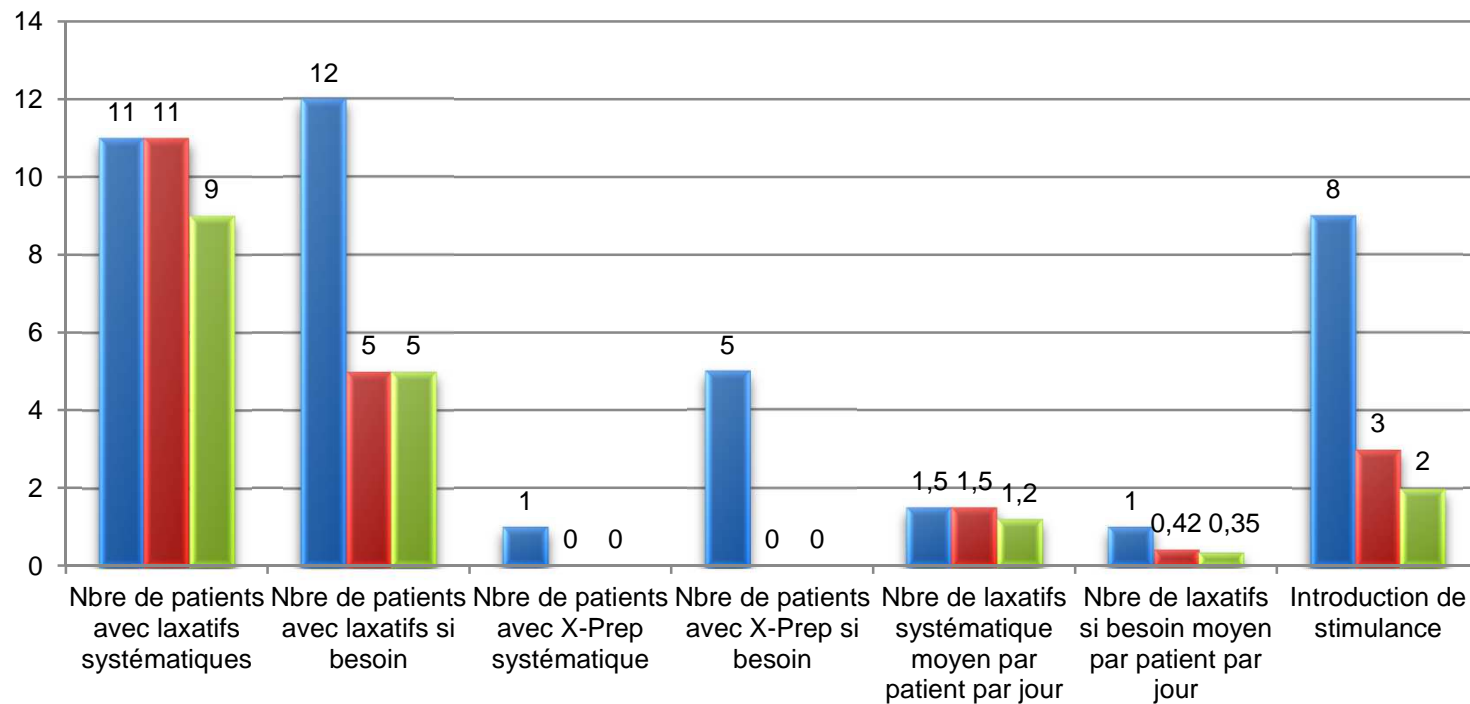
D. BIRMAN

- Carnet bien rempli par le patient avec +/- aide AcFT, même si mouvements internes/externes du patient.
- Constipation intervenue au cours de l'étude
 - ➔ Administration X-Prep, normacol lavement : 1 seul patient en "constipation volontaire".
- Pas de plaintes dues au transit au cours de l'étude.
- Douleurs abdominales et consistance : globalement améliorées.
- **Difficultés** : Selles parfois mal objectivées malgré la traçabilité quotidienne.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT LAXATIF

D. BIRMAN

SUIVI DU TRAITEMENT LAXATIF	Mars	Avril	Mai
Nombre de patients avec laxatifs systématiques	11	11	9
Nombre de patients avec laxatifs si besoin	12	5	5
Nombre de patients avec X-Prep systématique	1	0	0
Nombre de patients avec X-Prep si besoin	5	0	0
Nombre de laxatifs systématique moyen par patient par jour	1,5	1,5	1,2
Nombre de laxatifs si besoin moyen par patient par jour	1	0,42	0,35
Introduction de stimulance	8	3	2



RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT PSYCHOTROPE & SOMATIQUE

V. TRAMIER

- Médicaments à propriétés anticholinergiques largement représentés dans les thérapeutiques en psychiatrie.
- Conséquences d'une forte imprégnation anticholinergique :
 - ➔ Constipation, rétention urinaire, bouche sèche, troubles de la vision, hypotension orthostatique, chutes, confusion, désorientation, troubles du comportement, troubles cognitifs.
- Personnes âgées : plus sensibles (polymédication, BHE plus perméable).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT PSYCHOTROPE & SOMATIQUE

V. TRAMIER

➔ Les plus connus

- Antipsychotiques (Olanzapine, Haldol, Clozapine, Piportil®, Modecate®, Tercian®...)
- Antidépresseurs (Imipraminiques surtout)
- Anxiolytiques (Lorazepam, Oxazepam, Alprazolam, Clorazepate...)
- Antiépileptiques (Tegretol®, Rivotril®, Depakine®, Trileptal®)
- Antiparkinsonniens (Trihexyphenidyle)
- Antihistaminiques (Theralène, Cetirizine, Atarax®)
- Morphiniques

➔ D'autres moins connus

- Antispasmodiques urinaires
- Atenolol
- Captopril
- Certains antibiotiques
- Ciclosporine
- Furosemide
- Meteospasmyl®, Lopéramide
- Warfarine

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT PSYCHOTROPE & SOMATIQUE

V. TRAMIER

- Dans l'étude

- ➔ Calcul d'un score anticholinergique à partir de 3 échelles validées

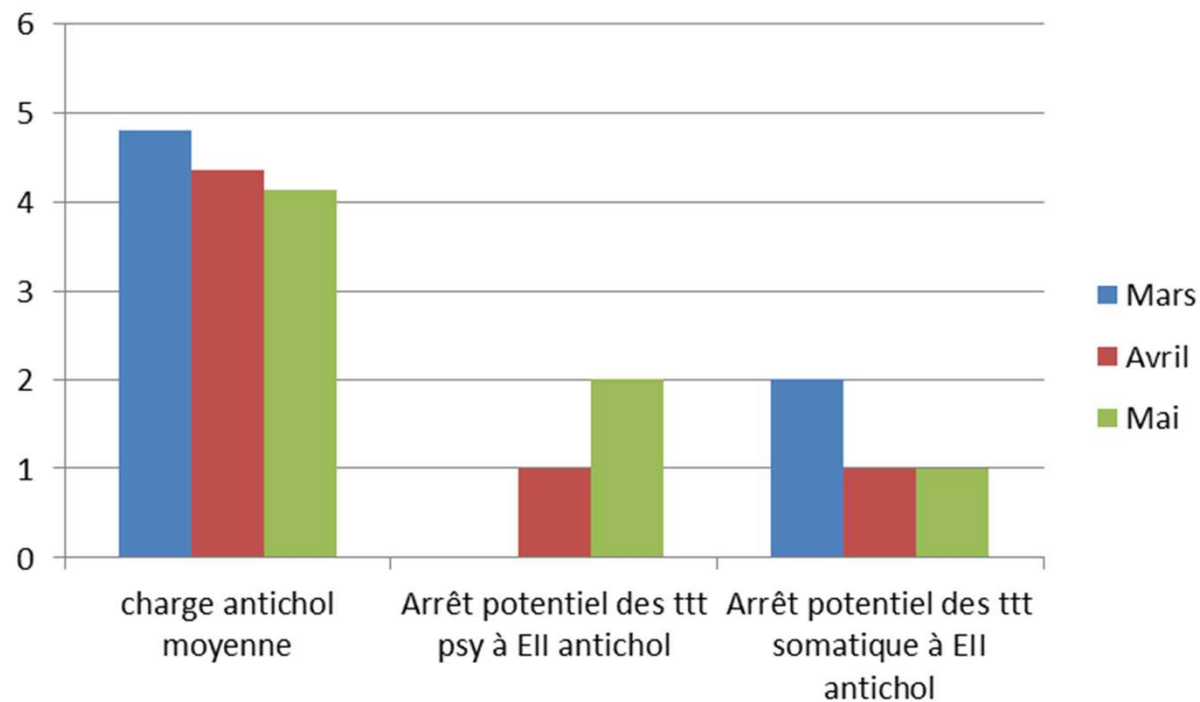
Echelle	Auteurs	Principe	Score	Objectif
ADS <u>Anticholinergic Drug Scale</u>	<u>Carnahan et al</u> (<i>Carnahan RM, 2006</i>)	Revue littérature SAA Affinité pour récepteurs muscariniques <i>Biologique</i>	Niveau 0 à 3*	Charge anticholinergique
ARS <u>Anticholinergic Risk Scale</u>	<u>Rudolph et al</u> (<i>James L Rudolph, 2008</i>)	Revue littérature pKi Avis d'experts <i>Biologique et Clinique</i>	Niveau 0 à 3*	Risque anticholinergique
ACB <u>Anticholinergic Cognitive Burden</u>	<u>Boustani et al</u> (<i>Boustani MA, 2008</i>)	Revue littérature SAA Affinité pour récepteurs muscariniques Avis d'experts <i>Biologique et Clinique</i>	Score 1 à 3	Risque cognitif lié aux anticholinergiques

*Les niveaux 0 correspondent à : aucune activité anticholinergique connue

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT PSYCHOTROPE & SOMATIQUE

D. BIRMAN

CRITÈRES	Mars	Avril	Mai
Charge anticholinergique moyenne par patient	4,79	4,36	4,14
Arrêt potentiel des traitements psy à charge anticholinergique	0	1	2
Arrêt potentiel des traitements somatique à charge anticholinergique	2	1	1



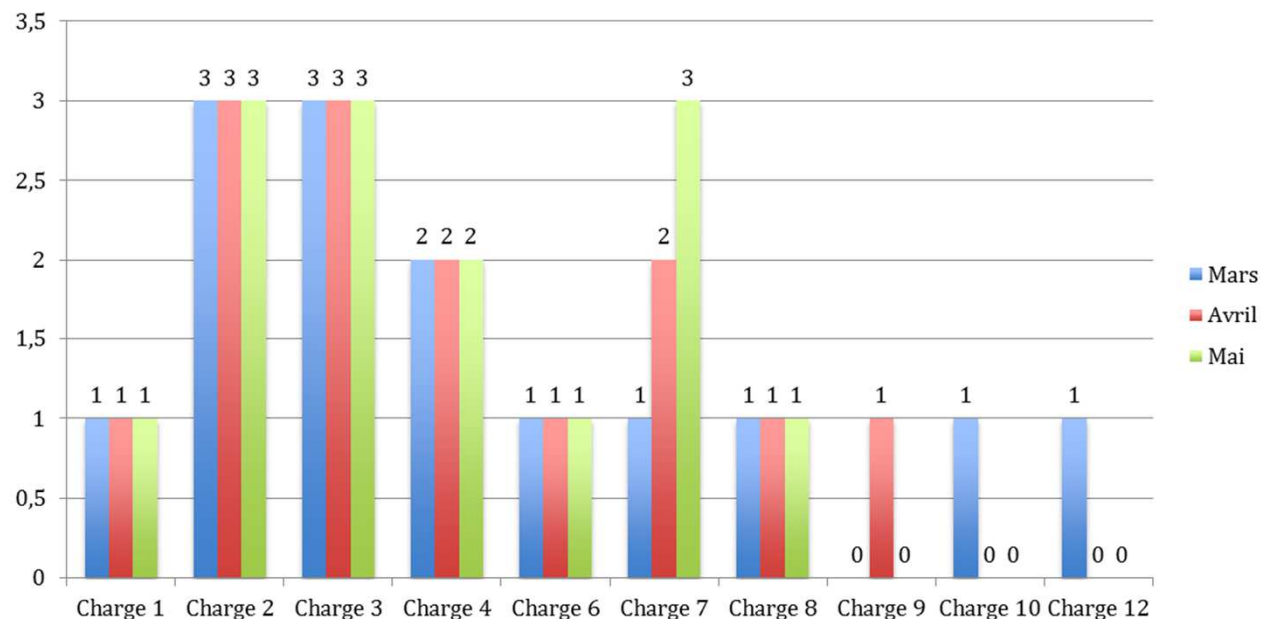
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT PSYCHOTROPE & SOMATIQUE

D. BIRMAN

- **Charge anticholinergique globale**
 - ➔ Mars 2014 : 1 (très faible) à 12 (très forte)
 - ➔ Avril 2014 : 1 à 9
 - ➔ Mai 2014 : 1 à 7

RÉPARTITION DES SCORES	Mars	Avril	Mai
Charge 1	1	1	1
Charge 2	3	3	3
Charge 3	3	3	3
Charge 4	2	2	2
Charge 6	1	1	1
Charge 7	1	2	3
Charge 8	1	1	1
Charge 9	0	1	0
Charge 10	1	0	0
Charge 12	1	0	0

Baisse de la charge anticholinergique des traitements sur les 3 mois de l'étude



RÉSULTATS DE L'ÉTUDE : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT PSYCHOTROPE & SOMATIQUE

D. BIRMAN

- **La baisse de la charge anticholinergique porte sur :**
 - ➔ Arrêt du Driptane® et baisse du Loxapac® pour 1 patient,
 - ➔ Arrêt du Loxapac® pour 1 patient,
 - ➔ Arrêt du Théralène® et baisse du Risperdal® pour 1 patient.
- **Proposition aux médecins référents pour réduire les produits constipant :**
(avec ou sans EII anticholinergiques)
 - ➔ Scopolamine®,
 - ➔ Correcteurs anticholinergiques,
 - ➔ Dyslipémiant,
 - ➔ Révision régulière des traitements psychotropes.

DISCUSSION DE L'ÉTUDE

V. TRAMIER

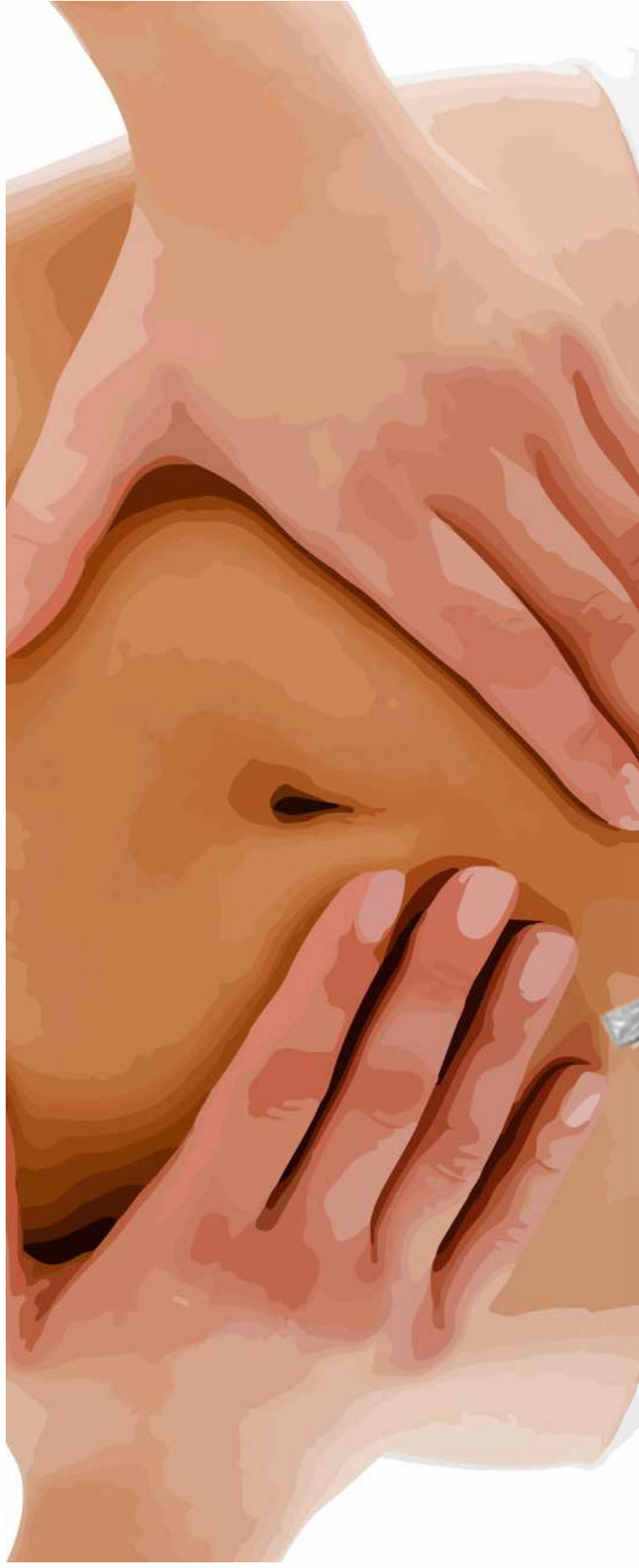
- Alimentation/fibres + sport + allègement prescription = réduction des laxatifs sans générer de constipation avec recul de 3 mois.
- Qu'est-ce que la constipation ? Nombre de selles/semaine variable d'un patient à l'autre, ressenti différent, complexité des critères de Rome III
- Activités sportives : patients enthousiastes, groupes d'un niveau non homogène, activité en groupe pas toujours appréciée par le patient, espace dédié insuffisant.
- Alimentation : idées reçues/aliments complets, coût des aliments riches en fibres, coût du stimulant à comptabiliser, problème de goût/aliments complets et à la poudre de fibre,
- Généralisation de l'étude : plusieurs interrogations
 - ➔ Réfléchir à des solutions pour faciliter le transport (régularité des séances sportives nécessaires)
 - ➔ Développer un espace adapté pour l'activité physique adapté (gymnase avec matériel adapté)

CONCLUSION

D. BIRMAN

CONSTIPATION

- Préoccupation soignante, médicale, et inconfort des patients.
- **Quels enjeux ?**
 - ➔ Changer les mentalités et les représentations des professionnels: place de la diététique, de l'activité sportive,
 - ➔ Eviter le recours systématique aux laxatifs (protocole),
 - ➔ Mettre en exergue l'importance de la coordination des soins autour du patient pour optimiser sa prise en charge: diététicien, médecin somaticien et psychiatre, infirmiers, éducateur sportif, pharmacien...
 - ➔ Sensibiliser les médecins sur la charge anticholinergique des traitements psychotropes et somatiques,
 - ➔ Et ainsi :
 - Revoir les traitements somatiques inducteurs d'EI anticholinergiques, voire psychotropes,
 - Continuer à supprimer les prescriptions hors AMM,
 - Réduire les prescriptions de laxatifs au long cours.



**MERCI
POUR VOTRE ATTENTION**

Création & Illustrations Christophe Cinier - Communication/Documentation CHS Ainay le Château - 09/2014

