

Traitement pharmacologique visant
l'élimination fécale chez une personne qui
reçoit des soins palliatifs ou qui présente
un profil gériatrique

Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)
Direction du médicament

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien au protocole médical national sur le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique et au modèle d'ordonnance collective associée.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport en soutien au protocole médical national sur le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou qui présente un profil gériatrique et modèle d'ordonnance collective associée aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A.....	1
Stratégie de repérage d'information scientifique.....	1
ANNEXE B.....	5
Sélection des documents (Diagramme de flux)	5
ANNEXE C.....	6
Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion.....	6
ANNEXE D.....	8
Liste et caractéristiques des documents inclus.....	8
ANNEXE E.....	10
Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique	10
Annexe F	12
Recommandations issues des guides de pratique clinique	12
ANNEXE G.....	67
Traitement des commentaires des lecteurs externes	67
ANNEXE H.....	75
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du PMN et de l'ordonnance collective	75
RÉFÉRENCES	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau C-1	Liste des documents et raison de l'exclusion	6
Tableau D-1	Liste des documents inclus et caractéristiques générales	8
Tableau E-1	Critères d'évaluation des guides de pratique clinique à l'aide de la grille AGREE II-GRS	10
Tableau E-2	Qualité méthodologique de 12 guides de pratique clinique évalués selon la grille AGREE II-GRS (évaluateurs 1 [JL] et 2 [SG])	10
Tableau E-3	Qualité globale de 12 guides de pratique clinique selon la grille AGREE II-GRS	11
Tableaux F-1	Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant la situation clinique et les contre-indications à l'application du protocole (Questions 1 à 3)	12
Tableaux F-2	Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant l'appréciation de la condition de santé (Questions 4 à 11)	16
Tableaux F-3	Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant la conduite thérapeutique (Questions 12 et 14)	22
Tableaux F-4	Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant les informations à transmettre et le suivi à effectuer relativement au traitement pharmacologique (Questions 15 à 18)	31
Tableaux F-5	Tableaux utilisés par les GPC pour la gradation de la preuve et la force des recommandations	38
Tableaux F-6	Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus et des monographies de médicaments concernant les contre-indications, les précautions, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et le suivi requis pour l'usage des laxatifs (Question 13)	41
Tableau G-1	Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes	67
Tableau G-2	Traitement des commentaires des lecteurs externes	68
Tableau H-1	Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective	82

LISTE DES FIGURES

Figure B-1	Diagramme de flux	5
------------	-------------------------	---

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

PubMed (NLM)	
Date du repérage : mars 2019	
Limites : 2014 - ; anglais, français	
#1	Constipation/drug therapy[mh] OR Constipation/prevention and control[majr] OR Constipation/therapy[majr] OR (Constipation[majr] AND ("administration and dosage"[sh] OR drug therapy[sh] OR pharmacology[sh] OR therapeutic use[sh]))
#2	constipati*[ti] OR dyschezia[ti] OR obstipat*[ti] OR defecat*[ti]
#3	(faecal[ti] OR faeces[ti] OR fecal[ti] OR feces[ti] OR bowel[ti] OR gastrointest*[ti] OR gut[ti] OR intestin*[ti] OR colon[ti] OR transit[ti]) AND (slow[ti] OR complication*[tiab] OR obstruct*[tiab] OR inertia[tiab] OR movement*[tiab] OR dysfunction*[tiab])
#4	assess*[tiab] OR care[tiab] OR control[tiab] OR dosage*[tiab] OR dose*[tiab] OR dosing[tiab] OR drug*[tiab] OR intervention*[tiab] OR manag*[tiab] OR medication*[tiab] OR pharmacologic*[tiab] OR pharmaceutic*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR therap*[tiab] OR treatment*[tiab] OR treating[tiab]
#5	guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR guidelines as topic[mh:noexp] OR practice guidelines as topic[mh] OR health planning guidelines[mh] OR algorithms[mh] OR clinical conference[pt] OR consensus[mh] OR consensus development conference, NIH[pt] OR consensus development conference[pt] OR consensus development conferences, NIH as topic[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR critical pathways[mh] OR clinical protocols[mh] OR guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR guidance*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR algorithm*[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence syntheses*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR best evidence[tiab] OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR standard*[ti] OR standard of care[tiab] OR standards of care[tiab] OR standard care*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of practice*[tiab]
#6	case reports[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt]
#7	#5 NOT #6
#8	(#1 OR #2) AND #7
#9	#3 AND #4 AND #7 AND constipation[all]
#10	child*[ti] OR infant*[ti] OR paediatr*[ti] OR pediater*[ti]
#11	(#8 OR #9) NOT #10

* troncature; / qualificatif de descripteur; [majr] descripteur sujet principal; [mh] descripteur; [pt] type de publication; [sh] qualificatif de descripteur; [ti] titre; [tiab] titre ou résumé

Embase (Ovid)	
Date du repérage : mars 2019	
Limites : 2014 - ; anglais, français	
1	*Constipation/dt OR *Chronic Constipation/dt
2	((bowel ADJ3 (obstruction* OR dysfunction* OR movement*)) OR colonic inertia OR colon transit OR colonic transit OR dyschezia OR ((faecal OR faeces OR fecal OR feces) ADJ3 (impaction* OR impacted)) OR (gastrointestinal ADJ3 (transit OR complication*)) OR gut transit OR intestinal obstruction* OR intestinal transit OR slow transit OR slow-transit).ti
3	constipat*.ti
4	(assess* OR care OR complicat* OR control OR dosage* OR dose* OR dosing OR drug* OR intervention* OR manage* OR managing OR medication* OR pharmacologic* OR pharmaceutic* OR recommendation* OR therap* OR treatment* OR treating).ti,ab
5	exp Practice Guideline/ OR (guideline* OR guide line* OR guidance* OR practical guide* OR CPG OR CPGs).ti,ab
6	case report/ OR editorial/ OR letter/
7	5 NOT 6

8	1 AND 7
9	2 AND 4 AND 7
10	3 AND 7
11	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
12	(8 OR 9 OR 10) NOT 11

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date du repérage : mars 2019 Limites : 2014 - ; anglais, français	
1	((bowel ADJ3 (obstruction* OR dysfunction* OR movement*)) OR colonic inertia OR colon transit OR colonic transit OR dyschezia OR ((faecal OR faeces OR fecal OR feces) ADJ3 (impaction* OR impacted)) OR (gastrointestinal ADJ3 (transit OR complication*)) OR gut transit OR intestinal obstruction* OR intestinal transit OR slow transit OR slow-transit).ti
2	(assess* OR care OR complicat* OR control OR dosage* OR dose* OR dosing OR drug* OR intervention* OR manage* OR managing OR medication* OR pharmacologic* OR pharmaceutical* OR recommendation* OR therap* OR treatment* OR treating).ti,ab
3	(constipat* OR obstipat* OR defecat*).ti
4	(1 AND 2) OR 3
5	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
6	4 NOT 5

* troncature à la fin d'un mot; * sujet principal devant un descripteur; / descripteur; /dt qualificatif de descripteur Drug Therapy; exp descripteur et ses termes spécifiques; ADJ3 proximité de 2 mots avec un maximum de 3 mots entre eux peu importe l'ordre; .ab résumé; .ti titre

Stratégie de recherche manuelle

Recherche effectuée entre le 18 mars 2019 et le 18 avril 2019 avec les mots clés « constipation », « bowel », « management » ou « guideline » ou « guide », « palliative care », « soins palliatifs » en utilisant le moteur de recherche Google et en visitant les sites suivants :

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)
- American College of Physicians (ACP)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Alberta Health Services (AHS)
- American Academy of Family Physicians (AAFP)
- American Geriatrics Society (AGS)
- American Society of Clinical Oncology (ASCO)
- American Society for Hematology
- Association canadienne de gastroentérologie
- Association canadienne de gériatrie
- Association des gastro-entérologues du Québec (AGEQ)
- Association des médecins gériatres du Québec

- Association des médecins omnipraticiens du Québec (AMOQ)
- Association québécoise de gériatrie
- Association québécoise de gérontologie
- BC Cancer
- BC Guidelines
- Canadian Geriatrics Society
- Campbell Collaboration
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Evidence-based Medicine (EBM) Guidelines
- European LeukemiaNet
- European Society for Medical Oncology (ESMO)
- Fondation canadienne de la santé digestive
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)
- U.S. Food and Drug Administration (FDA)
- Guidelines International Network (G-I-N)
- Government of Australia, National Health and Medical Research Council (NHMRC)
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Health Quality Ontario (HQP)
- Infobanque de l'Association médicale canadienne (AMC)
- Institut National du Cancer (INCa)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)
- Institute of Health Economics (IHE)
- Medical Services Advisory Committee (MSAC)
- Ministry of Health, New Zealand
- National Cancer Institute (NCI)
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- National Institute for Health Research (NIHR)
- National Health Service (NHS)
- Oncoline.nl
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Palliaguide.be
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
- Santé Canada
- Santé publique Ontario
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Société québécoise de gériatrie
- *Toward Optimized Practice (TOP)*
- Virtual Hospice

Autres sources

Les monographies canadiennes des différents produits ont été consultées.

Le guide pratique des soins palliatifs de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec a été consulté.

Les sites Web des organismes suivants ont été visités :

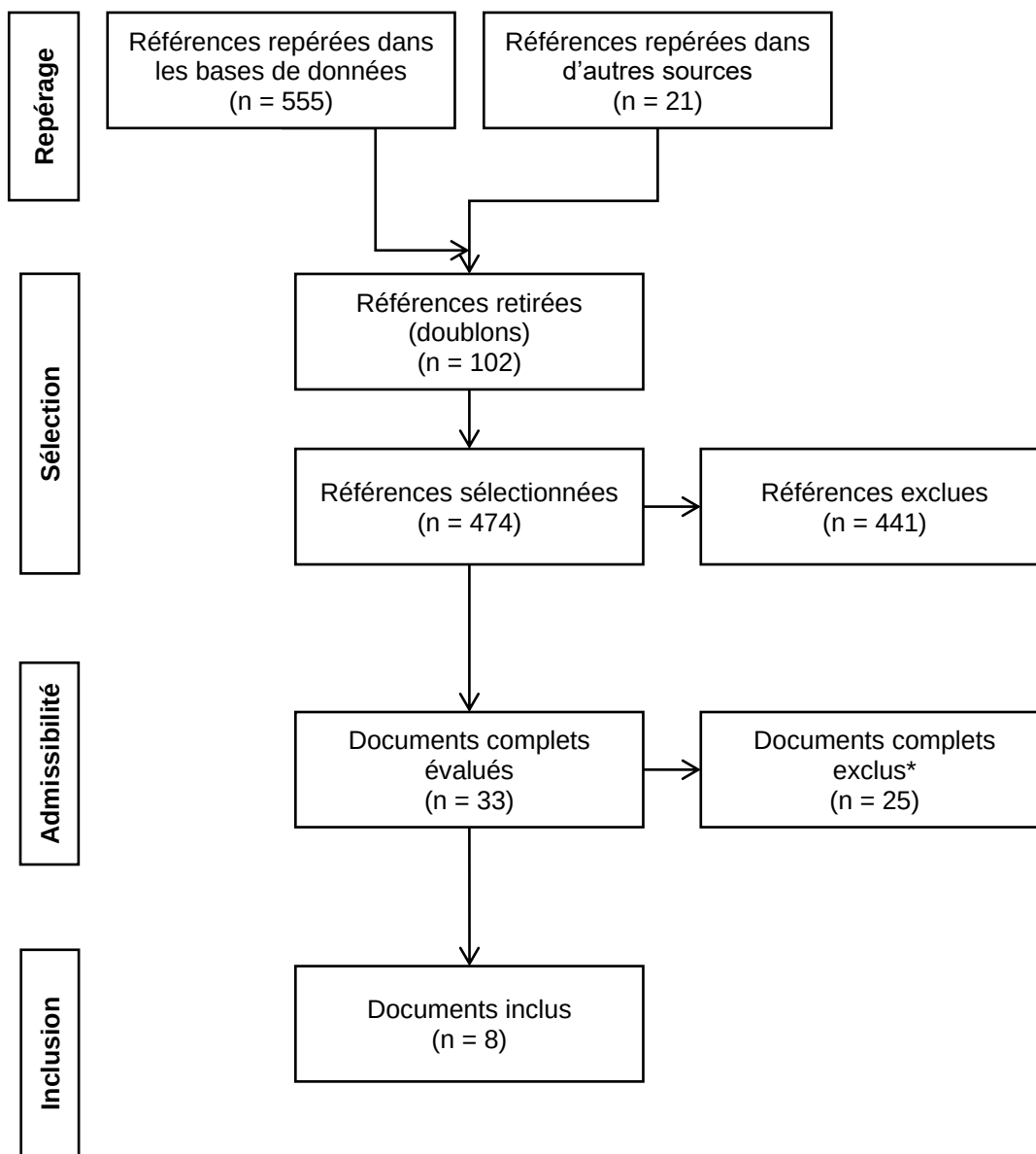
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) / Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

ANNEXE B

Sélection des documents (Diagramme de flux)

Figure B-1 Diagramme de flux



* Liste complète des documents exclus avec les raisons d'exclusion disponible à l'annexe C

ANNEXE C

Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion

Tableau C-1 Liste des documents et raison de l'exclusion

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
1	Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation [Abramowitz <i>et al.</i> , 2017]	Méthodologie insuffisamment développée
2	A guide to symptom management in palliative care. Version 7 [Adkinson <i>et al.</i> , 2019]	Méthodologie insuffisamment développée
3	Approaches to managing chronic constipation in older people within the community setting [Bardsley, 2015]	Méthodologie insuffisamment développée
4	Symptom Management Guidelines: Constipation [BC Cancer, 2018]	Ne correspond pas à un GPC
5	Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease – Part 2: Pain and symptom management [BC Guidelines.ca, 2017]	Qualité jugée insuffisante selon AGREE GRS
6	Constipation [Bouckenaere <i>et al.</i> , 2017]	Qualité jugée insuffisante selon AGREE GRS
7	Opioid-induced constipation (OIC) guideline [Crockett <i>et al.</i> , 2019a]	Ne correspond pas à un GPC
8	American Gastroenterological Association Institute guideline on the medical management of opioid-induced constipation [Crockett <i>et al.</i> , 2019b]	Ne répond pas au critère d'inclusion : population qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique
9	Definition, diagnosis and treatment strategies for opioid-induced bowel dysfunction—Recommendations of the Nordic Working Group [Drewes <i>et al.</i> , 2016]	Ne répond pas au critère d'inclusion : population qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique
10	Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement [Farmer <i>et al.</i> , 2019]	Qualité jugée insuffisante selon AGREE GRS
11	Management of opioid-induced constipation in patients with malignancy [Garcia et Shamliyan, 2018]	Ne correspond pas à un GPC
12	American Gastroenterological Association Institute technical review on the medical management of opioid-induced constipation [Hanson <i>et al.</i> , 2019]	Ne correspond pas à un GPC
13	Primary care constipation guidelines. Version 1.2 [LMMG, 2018]	Méthodologie insuffisamment développée
14	The Palliative Care Handbook: Guidelines for clinical management and symptom control [MacLeod et Macfarlane, 2018]	Méthodologie insuffisamment développée
15	Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult [Mearin <i>et al.</i> , 2016]	Méthodologie insuffisamment développée
16	Opioid-induced constipation and bowel dysfunction: A clinical guideline [Müller-Lissner <i>et al.</i> , 2017]	Ne répond pas au critère d'inclusion : population qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique
17	Scottish Palliative Care Guidelines – Constipation [NHS Scotland, 2019]	Méthodologie insuffisamment développée
18	The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the evaluation and management of constipation [Paquette <i>et al.</i> , 2016]	Ne répond pas au critère d'inclusion : population qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique
19	The Mexican consensus on chronic constipation [Remes-Troche <i>et al.</i> , 2018]	Critère d'exclusion : document en espagnol
20	Adult bowel care guidelines [Roberts, 2017]	Méthodologie insuffisamment développée

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
21	Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1 : Definition, aetiology and clinical manifestations [Serra <i>et al.</i> , 2017b]	Ne répond pas au critère d'inclusion : population qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique
22	Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Diagnosis and treatment [Serra <i>et al.</i> , 2017a]	Ne répond pas au critère d'inclusion : population recevant des soins palliatifs ou clientèle gériatrique
23	Recommandations pour le traitement de la constipation : une aide efficace de plus à la décision thérapeutique ! (1 ^{ère} partie) [Siproudhis <i>et al.</i> , 2017]	Ne correspond pas à un GPC
24	Constipation [Thorpe <i>et al.</i> , 2017]	Qualité jugée insuffisante selon AGREE GRS
25	Clinical practice guidelines from the French National Society of Coloproctology in treating chronic constipation [Viton <i>et al.</i> , 2018]	Ne répond pas au critère d'inclusion : population qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique

ANNEXE D

Liste et caractéristiques des documents inclus

Tableau D-1 Liste des documents inclus et caractéristiques générales

B.C. Inter-professional palliative symptom management guidelines	
Organisme	BC Centre for Palliative Care (BCCPC)
Année	2019
Pays	Canada
Population	Adulte
Objectif	Supporter les cliniciens à fournir une prise en charge efficace des symptômes pour les patients ayant une maladie limitant la vie et sans devoir en référer à un spécialiste des soins palliatifs, peu importe le contexte de soins.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

Palliative care for patients with incurable cancer	
Organismes	German Guideline Programme in Oncology (GGPO)
Année	2015
Pays	Allemagne
Population	Adulte
Objectif	Améliorer le contrôle des symptômes en soins palliatifs pour les patients avec un cancer incurable et leur famille. Traiter les symptômes communs selon les preuves scientifiques et l'expertise clinique actuelles.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines	
Organisme	European Society for Medical Oncology (ESMO)
Année	2018
Région	Europe
Population	Adulte
Objectif	Non indiqué
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

Guidelines for the management of constipation in palliative care	
Organisme	Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group
Année	2018
Pays	Angleterre
Population	Adulte
Objectif	Donner des conseils pour le diagnostic, l'évaluation et l'utilisation de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques offerte pour soulager la constipation chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs. Mise à jour de « Guidelines for the Management of Constipation in Palliative Care » révisé en 2010.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Oui

Palliative Care. Version 2.2019	
Organisme	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
Année	2019
Pays	États-Unis
Population	Adulte
Objectif	Assurer la meilleure qualité de vie possible à chaque patient atteint de cancer, et ce, tout au long de sa maladie en orientant l'équipe de soins primaires en oncologie.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

Management of constipation in adult patients receiving palliative care	
Organisme	National Clinical Effectiveness Committee (NCEC)
Année	2017
Pays	Irlande
Population	Adulte
Objectif	Fournir des recommandations basées sur les meilleures preuves disponibles pour la prise en charge de la constipation chez les adultes avec une condition limitant la vie qui reçoivent des soins de généralistes ou de spécialistes en soins palliatifs, peu importe le contexte de soin.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Oui

Constipation in older people: A consensus statement	
Auteurs	Emmanuel A, Mattace-Raso F, Neri MC, Petersen KU, Rey E, Rogers J.
Année	2017
Région	Europe
Population	Adulte de 60 ans ou plus
Objectif	Répondre au manque de lignes directrices qui s'adressent à la population âgée en évaluant les guides de pratiques cliniques existant en prenant en considération les défis uniques rencontrés chez les personnes âgées.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

Management of constipation in older adults	
Organisme	American Academy of Family Physicians (AAFP)
Année	2015
Pays	États-Unis
Population	Personnes âgées
Objectif	Non indiqué
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué

ANNEXE E

Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique

Tableau E-1 Critères d'évaluation des guides de pratique clinique à l'aide de la grille AGREE II-GRS

Catégorie	Éléments évalués (pointage)
Qualité méthodologique	Processus d'élaboration des recommandations (1 à 7)
	Style de présentation (1 à 7)
	Intégralité de l'information rapportée (1 à 7)
	Validité clinique (1 à 7)
Qualité globale	Qualité globale (1 à 7)
	Recommandation d'utilisation pour la pratique (1 à 7)
	Recommandation d'utilisation dans mes décisions professionnelles (1 à 7)

Tableau E-2 Qualité méthodologique de 12 guides de pratique clinique évalués selon la grille AGREE II-GRS (évaluateurs 1 [JL] et 2 [SG])

	BCCPC 2017		BC GUIDELIN ES 2017		BOUCKEN AERE 2017		EMMANUE L 2017		FARMER 2019		LARKIN (ESMO) 2018	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Processus d'élaboration des recommandations	4	5	3	2	1	2	4	4	3	2	6	6
2. Style de présentation	5	5	2	4	4	4	3	4	1	3	7	7
3. Intégralité de l'information rapportée	2	2	2	3	2	3	1	2	2	2	7	7
4. Validité clinique	6	6	4	3	4	4	4	3	3	3	7	7
Sommes	17	18	11	12	11	13	12	13	9	10	27	27
Moyennes	17.5/28		11.5/28		12/28		12.5/28		9.5/28		27/28	

	MOUNSEY (AAFP) 2015		NCEC 2015		NCCN 2019		ONS 2017		GGPO 2015		NHS-NWC 2018	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Processus d'élaboration des recommandations	3	5	7	7	5	4	6	6	7	7	7	6
2. Style de présentation	5	6	7	7	4	4	5	3	7	6	7	5
3. Intégralité de l'information rapportée	4	3	7	7	4	3	3	3	4	5	6	7
4. Validité clinique	5	5	7	7	5	5	3	2	7	6	5	5
Sommes	17	19	28	28	18	16	17	14	25	24	25	23
Moyennes	18/28		28/28		17/28		15.5/28		24.5/28		24/28	

Tableau E-3 Qualité globale de 12 guides de pratique clinique selon la grille AGREE II-GRS

	BCCPC 2017		BC GUIDELINES 2017		BOUCKEN AERE 2017		EMMANUEL 2017		FARMER 2019		ESMO 2018	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Évaluer la qualité générale du guide de pratique clinique	4	4	3	2	2	4	3	3	2	3	7	7
2. Recommandation de l'utilisation du guide pour la pratique	5	5	3	2	1	4	4	3	2	3	7	7
3. Recommandation de l'utilisation du guide dans mes décisions professionnelles	5	5	3	2	1	4	5	3	2	3	7	7
Sommes	14	14	9	6	4	12	12	9	6	9	21	21
Moyenne	14/21		7.5/21		8/21		10.5/21		7.5/21		21/21	

	AAFP 2015		NCEC 2015		NCCN 2019		ONS 2017		GGPO 2015		MONNERY 2018	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1. Évaluer la qualité générale du guide de pratique clinique	4	4	7	7	5	5	4	3	6	6	6	6
2. Recommandation de l'utilisation du guide pour la pratique	4	4	7	7	5	5	4	3	7	6	7	6
3. Recommandation de l'utilisation du guide dans mes décisions professionnelles	4	4	7	7	5	5	4	3	7	6	7	6
Sommes	12	12	21	21	15	15	12	9	20	18	20	18
Moyenne	12/21		21/21		15/21		10.5/21		19/21		19/21	

ANNEXE F

Recommandations issues des guides de pratique clinique

Tableaux F-1 Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant la situation clinique et les contre-indications à l’application du protocole (Questions 1 à 3).

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
POPULATION CIBLE							
Adults with any life-limiting illness, in any care setting (Ideally, with 24-hour access to palliative specialist consultation)	- Adult patients with incurable cancer for whom the primary treatment goal is improving quality of life. - This guideline refers explicitly to palliative care patients with incurable cancer	- Adult patients with life-limiting conditions in receipt of generalist or specialist palliative care across all healthcare settings - Adult patients with a life-limiting condition who are suffering from constipation.	People aged over 18 years with constipation receiving palliative care	Patient in Palliative Care	Advanced cancer Cancer patients experiencing constipation as a consequence of their cancer diagnosis or treatment The CPG makes specific reference to the context of opioid-induced constipation (OIC), highlights the impact of constipation and offers strategies for pharmacological and non-pharmacological management	elderly patients	Adults older than 60 years
CONSTAT	Les populations cibles des guides retenus correspondent à la population cible du protocole médical : adultes qui reçoivent des soins palliatifs.					Aucune définition claire de la population gériatrique dans ces guides.	

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
DÉFINITION DE LA CONSTIPATION ET INDICATIONS POUR TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE							
- Constipation is the difficult passage of stools, less frequent than normal for the individual. - It includes straining, a sensation of incomplete evacuation, and stool consistency that ranges from small, hard lumps to a large bulky mass. - It may cause discomfort or pain.	- The specific circumstances in the palliative care situation do not justify differentiation between temporary and chronic constipation or rather between a discomfort problem and a diagnosis. The Rome criteria for the definition of constipation and the clinical subtypes only hold limited significance. - As with all patients, for patients with incurable cancer, normal frequency of defecation is in the range of 3x/day to 3x/week (statement). - Subjective parameters such as the feeling of an incomplete defecation, pressing and/or complaints as well as objective parameters such as hard stool consistency must be taken into account. (EC)	...constipation is considered to be the infrequent (relative to a patient's normal bowel habit), difficult passage of small, hard faeces. - However, the use of these criteria alone in defining constipation may fail to capture associated subjective symptoms which should also be taken into account. These include pain on defecation, flatulence, bloating, straining, unproductive urges or a sensation of incomplete evacuation. ...if a patient is defecating less than three times per week, as used in the Rome III criteria for defining chronic constipation, assessment is recommended.	...infrequent, difficult or incomplete bowel evacuation that may lead to pain and discomfort; stools that can range from small hard 'rocks', to a large bulky mass; and a sensation of incomplete evacuation. - Patients and healthcare professionals often differ in their assessment (Level 3). - It is important to explore the views of the patient and whether they believe themselves to be constipated (Level 3).	Ø	Constipation is defined as the slow movement of faeces through the large intestine, resulting in infrequent bowel movements (BMs) and the passage of dry, hard stools The standard clinical definition of chronic (sometimes termed functional) constipation (CC), based on the Rome III criteria, requires the presence of any two of the following symptoms for at least 12 weeks in the previous 12 months (not necessarily consecutively): - straining during BMs - lumpy or hard stool - sensation of incomplete evacuation - sensation of anorectal blockage or obstruction - manual evacuation procedures to remove stool <3 BMs per week The experience of constipation is highly subjective and, therefore, two further aspects should	While patients associate constipation with both infrequent bowel movements and difficult to pass stools, physicians prioritise the former only when diagnosing constipation It was these generally contrasting views that led to the development of the Rome Diagnostic Criteria, which have become the most widely used clinical definition of constipation Patients in palliative care often experience frailty, immobility, polypharmacy and decreased fibre and fluid intake. In many ways, this makes them comparable with older people from the point of view of constipation and its treatment	Constipation is a clinical diagnosis based on symptoms of incomplete elimination of stool, difficulty passing stool, or both. Constipation may be present with normal stool frequency, defined as at least one stool three times per week, or with daily bowel movements. Chronic constipation is characterized by the presence of symptoms for at least three months out of the preceding 12 months.

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
					be taken into consideration : (i) measurable objective symptoms, including individual stool characteristics and frequency of defaecation; (ii) patient perception, level of discomfort and ease of defaecation.		
DÉFINITION DE LA CONSTIPATION ET INDICATIONS POUR TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE							
CONSTAT	Selon la majorité des guides sélectionnés, le passage difficile des selles et la diminution de la fréquence normale pour le patient caractérisent la constipation. Ces seules caractéristiques ne suffisent pas nécessairement à définir la constipation et 5 guides sur 6 recommandent de considérer la présence d'autres symptômes incluant : l'effort, l'inconfort, la sensation d'une défécation incomplète, la douleur à la défécation, des envies de déféquer non productives, des selles variant de petites et dures à de grandes masses volumineuses, etc. Trois guides sur six considèrent qu'une fréquence normale minimale serait trois fois par semaine.					Selon ces deux documents, la même définition pourrait être appliquée aux patients âgés. Le consensus européen considère que la population âgée présente des caractéristiques semblables à celles des patients de soins palliatifs en ce qui a trait à la constipation et ses traitements.	
CONTRE-INDICATIONS À L'INITIATION D'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE							
Ø	Malignant bowel obstruction.	Key findings - If intestinal obstruction is suspected, this should be evaluated by history, examination and appropriate radiological investigations. - Specialist referral for either surgical or medical management should be considered. In complete intestinal obstruction, the use of all	Bowel obstruction	Ø	Ø	Ø	Ø

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
		laxatives should be avoided as even softening laxatives have some peristaltic action (D).					
CONSTAT	Trois guides sur six mentionnent l'obstruction intestinale comme une contre-indication au traitement pharmacologique de la constipation.					Ces documents ne mentionnaient pas de contre-indications au traitement pharmacologique.	

Tableaux F-2 Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant l’appréciation de la condition de santé (Questions 4 à 11).

Constipation en soins palliatifs/				gériatrie			
BCCPC — 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
SYMPTÔMES ET SIGNES À RECHERCHER							
• It includes straining, a sensation of incomplete evacuation, and stool consistency that ranges from small, hard lumps to a large bulky mass. • It may cause discomfort or pain Constipation causes significant suffering through physical symptoms such as abdominal distention, anorexia, nausea and vomiting, halitosis, abdominal and rectal pain, as well as psychological distress leading to headaches, agitation and delirium <u>In older adults</u> , constipation is associated with fecal impaction and/or fecal incontinence, which may be mistaken as diarrhea. This is an embarrassing, distressing and exhausting symptom for both the patient and family, and impacts dignity, mood and relationships. Fecal impaction can also cause urinary retention	• Subjective parameters such as the feeling of an incomplete defecation, pressing and/or complaints as well as objective parameters such as hard stool consistency must be taken into account. (EC)	• ...difficult passage of small, hard faeces. • However, the use of these criteria alone in defining constipation may fail to capture associated subjective symptoms which should also be taken into account. These include pain on defecation, flatulence, bloating, straining, unproductive urges or a sensation of incomplete evacuation. Constipation-related sequelae include nausea, vomiting, anorexia, haemorrhoids, anal fissures, bowel obstruction and urinary retention. Furthermore, constipation itself is an independent cause of delirium	? ...infrequent, difficult or incomplete bowel evacuation that may lead to pain and discomfort; stools that can range from small hard ‘rocks’, to a large bulky mass; and a sensation of incomplete evacuation.	Ø	Constipation may be complicated by development of nausea, vomiting, haemorrhoids, anal fissure, bowel obstruction and urinary retention • straining during BMs • lumpy or hard stool • sensation of incomplete evacuation • sensation of anorectal blockage or obstruction • manual evacuation procedures to remove stool • <3 BMs per week The experience of constipation is highly subjective and, therefore, two further aspects should be taken into consideration : (i) measurable objective symptoms, including individual stool characteristics and frequency of defaecation; (ii) patient perception, level of discomfort and ease of defaecation	Ø	• Constipation is a clinical diagnosis based on symptoms of incomplete elimination of stool, difficulty passing stool, or both. Patients typically experience other symptoms such as hard stools, abdominal bloating, pain, and distention. • Fecal impaction is suggested by a history of constipation with overflow diarrhea, and is confirmed by rectal examination with a plain abdominal radiograph, if needed

Constipation en soins palliatifs/					gériatrie		
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] <i>(Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)</i>	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] <i>(European Society for Medical Oncology)</i>	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] <i>(American Academy of Family Physicians)</i>
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
painful fissures, ulceration, bleeding and anemia.							
SYMPTÔMES ET SIGNES À RECHERCHER							
CONSTAT	Les guides sont unanimes quant aux symptômes généralement associés à la constipation. ○ Douleur ou inconfort à la défécation, ou ○ Présence de selles qui peuvent être petites et dures ou massives et volumineuses, ou ○ Sensation d'évacuation incomplète, ou ○ Ballonnement ou distension abdominale, ou ○ Effort à la défécation ou envie non productive Plusieurs guides mentionnent également des symptômes associés aux complications de la constipation : ○ Incontinence fécale (associée à l'impaction fécale) ○ Anorexie ○ Nausée et vomissements ○ Halitose ○ Douleur abdominale et rectale ○ Hémorroïdes ou fissures anales ○ Obstruction intestinale ○ Rétention urinaire ○ Maux de tête ○ Délire					Les symptômes associés à la constipation sont les mêmes chez les personnes âgées.	
APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ							
<u>Constipation assessment</u> using mnemonic O,P,Q,R,S,T,U and V • Onset • Provoking/Palliating • Quality • Region/Radiation—> N/AP • Severity • Treatment • Understanding • Values	• The assessment of constipation must include a specific medical history recording, stool behaviour, medications, accompanying symptoms and illnesses, a physical examination as well as the exclusion of reversible causes.(EC) • The amount of stool and frequency of defecation as well as the subjective	<u>Best practice point</u> Where possible, the assessment and management of constipation should be delivered within a multidisciplinary team with a clearly identified clinical lead and active communication between all team members.	<u>Standard</u> A clinical assessment should be completed and documented. The cause of constipation should be documented. If an assessment cannot be made, the reason should be documented. (Grade D) Before treating constipation, bowel obstruction should be	• Assess for cause and severity of constipation ○ Discontinue any non-essential constipating medication • Rule out impaction, especially if diarrhea accompanies constipation (overflow around impaction) • Rule out obstruction (physical exam,	• All cancer patients should be evaluated for constipation [V, B] Frequent, regular assessment of bowel pattern is important to detect improvements or deterioration in bowel patterns, regardless of whether or not the patient is receiving treatment	Ø	Ø

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
<u>Physical assessment</u> as appropriate for symptom - Conduct a detailed history and physical examination, including a rectal or stomal exam. - Review medications, medical/surgical conditions, psychosocial and physical environment - Differentiate fecal impaction with liquid stool bypass from diarrhea. - Determine possible causes and reverse as possible if in keeping with goals of care.	impairment must be documented both initially and on an ongoing basis in patients with incurable cancer for an early diagnosis of constipation.(EC) In patients unable to communicate, it is particularly important to check the status of the abdomen. In cases of bloated abdomen or a pain reaction during examination, constipation should be considered.	Key finding A comprehensive assessment is required to accurately diagnose the presence and potential causes of constipation in patients with life-limiting illnesses. Key recommendations - A thorough history and physical examination are recommended as essential components of the assessment process. (D) - Constipation assessment scales may be useful in encouraging patient self-assessment or when communication is difficult. Due to a lack of evidence in the use of constipation assessment scales in day-to-day clinical practice they are not recommended for routine use. (D) - A digital rectal examination (DRE) is required to exclude faecal impaction if it has been more than 3 days since the last bowel movement or if the patient complains of incomplete evacuation	excluded in all patients. (Grade D) A digital rectal examination should be performed before giving any rectal intervention for constipation. (Grade D) Guideline recommendations - Health professionals should assess for any factors potentially contributing to the constipation including: opioids (Level 2+); mobility; fluid / dietary intake and environmental factors such as equipment needs (Level 4). - An assessment of a patient with suspected constipation should include details of: - Frequency of bowel movement - Ease of defecation - Consistency and volume of stool (Level 4) - A Bristol Stool Chart which is based on stool consistency may also be of benefit in reaching	abdominal X-ray/consider GI consult) - Treat other causes (eg hypercalcemia, hypokalemia, hypothyroidism, diabetes mellitus, medications) - In addition to physical discomfort, constipation in patients with advanced cancer can cause psychological distress and anxiety regarding continued opioid use.	A full medical history will assist in identifying causes of constipation and should elicit key facts when constipation is suspected - Assessment should include questions to determine possible causes for constipation [V, B] - eating and drinking habits - medication use (medically prescribed and purchased 'over the counter'); - level of physical activity (relative to stage of illness) - pre-existing irritable bowel syndrome or diverticular disease - other comorbid disease (e.g. heart failure, chronic pulmonary airway disease) - environmental factor (e.g. lack of privacy, assistance needed, bed bound) The evidence for this arises from consensus expert review and national guidelines but is considered sufficient to make recommendations for best practice [V, B].		

Constipation en soins palliatifs/					gériatrie		
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
		(following appropriate DRE training) (D) - Caution is advised when considering a DRE in immune-compromised or thrombocytopaenic patients. (D) - Medications should be reviewed in order to identify potentially constipating agents and prophylactic laxatives prescribed when appropriate. (D) Assessment of current bowel performance should include the following: - Onset symptoms - Aggravating and alleviating factors - Frequency and pattern of bowel motions - Stool volume and appearance (consistency, colour, odour, blood, mucous) - Nausea - Abdominal discomfort - Bloating or flatus - Tenesmus	a diagnosis of constipation (Level 4). - Health professionals should perform an abdominal examination before making a diagnosis of constipation (Level 4). - The assessment should aim to exclude bowel obstruction before starting treatment (Level 4). Clinical assessment should include a review of any medicines that may be contributing to constipation, including opioids. [Level 2+] Clinical assessment should also review non-pharmacological contributory factors such as: mobility, fluid and dietary intake and environmental factors such as equipment needs. [Level 4]		Key factors in the assessment of constipation - Date of last defecation - Frequency of bowel movements - Consistency of the stool - Recent changes in bowel patterns - Urge to defaecate (presence or absence) - Sensation of evacuation (complete or incomplete) - Faecal incontinence (presence or absence, including rectal leakage) - Evidence of blood or mucus on defaecation - Current and previous laxative use - Need for digital manipulation to assist or manage evacuation - The use of patient reported outcome measure (PROM) is recommended [V, B] - If constipation is identified, physical examination should include abdominal examination, perineal inspection and DRE [V, B]		

Constipation en soins palliatifs/					gériatrie		
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
		The important elements of abdominal examination include the following: • Distension • Visible peristalsis • Abdominal tenderness • Faecal masses • Nature of bowel sounds Issues that should be assessed during a DRE include the following: • Anal fissures or tears • Haemorrhoids • Anal sphincter tone • Rectal dilatation • Presence or absence of stool • Stool consistency • Rectal masses			• Diagnosis of faecal impaction is confirmed by DRE. Elderly cancer patient • Particular attention should be paid to the assessment of elderly patients [V, B] Noting all comorbidities, a complete medication list should be obtained. • Key factors include : ○ A social history particularly focused on the patient's current living situation (living with family or alone; in a nursing home or hospice) to understand timing and feasibility of ongoing assessment of bowel pattern and choice of best therapeutic strategy for the patient. ○ Mobility and autonomy in activities of daily living (risk for poor nutrition and lack of independence in toileting). ○ Presence of cognitive impairment (caregiver involvement for reliable		

Constipation en soins palliatifs/					gériatrie		
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
					information and better patient cooperation and comfort during physical examination is crucial).		
APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ							
CONSTAT	En général, les guides retenus recommandent de procéder à un examen physique qui inclut un examen abdominal et rectal, d’obtenir une histoire médicale et médicamenteuse complète, de documenter les habitudes intestinales et caractéristiques générales des selles du patient, de documenter les habitudes de vie (ex. diète, apport liquidien, exercice) ainsi que les informations pertinentes en lien avec l’environnement du patient (disponibilité d’un siège d’aisance, intimité, accès à une toilette) dans le but d’identifier les causes potentielles et d’agir sur les causes réversibles si possible. Selon le guide de l’ESMO, une attention particulière devrait être portée sur les comorbidités présentes chez les personnes âgées, la présence d’une déficience cognitive, et sur leur situation sociale afin de mieux évaluer les possibilités de traitement et de suivi.					Aucune recommandation dans ces documents concernant l’évaluation.	
AUTRES EXAMENS À EFFECTUER							
- Blood tests are rarely needed but, depending on clinical presentation, complete blood count (CBC), electrolytes, calcium and thyroid function should be evaluated. - If obstruction is suspected, X-ray to determine if partial or complete, high or low.	Ø	A plain film of the abdomen (PFA) is not recommended for routine evaluation but may be useful in combination with history and examination in certain patients. (D)	Main recommandations - It may be appropriate to check the patient’s blood biochemistry and perform a digital rectal examination. - If a diagnosis of constipation is suspected, consider further investigations such as [Level 4] : - Urea, electrolytes and adjusted calcium - Rectal examination	Ø	- Investigations are not routinely necessary [V, B] - If suspected clinically, corrected calcium levels and thyroid function should be checked. More extensive investigation is warranted for those with severe symptoms, sudden changes in number and consistency of BMs or blood in the stool, and for older adults relative to their health and stage of disease. - Plain abdominal X-ray, although limited as a	Ø	Fecal impaction is suggested by a history of constipation with overflow diarrhea, and is confirmed by rectal examination with a plain abdominal radiograph, if needed

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
					tool in itself, may be useful to image the extent of faecal loading and to exclude bowel obstruction [V, C]		
AUTRES EXAMENS À EFFECTUER							
CONSTAT	Aucun test supplémentaire n'est recommandé d'emblée. S'il y a présomption d'obstruction intestinale, un rayon X de l'abdomen pourrait être utile pour confirmer le diagnostic. Selon la situation clinique, des tests sanguins pourraient être envisagés.					Si présomption d'impaction fécale : examen rectal et radiographie de l'abdomen si requis.	

Tableaux F-3 Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant la conduite thérapeutique (Questions 12 et 14).

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
RECOMMANDATIONS POUR LE CHOIX INITIAL DE THÉRAPIE							
Oral laxatives are first-line therapy for constipation Recommended first-line oral laxatives: Sennosides, Lactulose, Polyethylene Glycol.	Essentially, a proactive prophylactic approach is to be favoured over a therapeutic reactive approach.	Medications should be reviewed in order to identify potentially constipating agents and prophylactic laxatives prescribed when appropriate	Standard All patients commencing opioid therapy should be offered laxative monotherapy. (Grade D)	Add and titrate stimulant and/or osmotic laxative - Administer prophylactic medications - Stimulant laxative ± osmotic laxative	When laxatives are needed, preferred options include the osmotic laxatives (PEG, lactulose or magnesium and sulfate salts) or	Osmotic laxatives (macrogol) are usually first-choice; macrogol is preferred over stimulant laxatives (mostly because of the latter lacking studies)	- Initially, any fecal impaction should be treated with enemas or manual disimpaction. - Enemas and suppositories can be

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
- Effectiveness of each appears similar based on expert opinion; therefore seek patient preferences. - A combination of a stimulant (e.g. sennosides), plus an osmotic laxative to moisturize and to soften stool (e.g. lactulose or polyethylene glycol) may be required, particularly for opioid-induced constipation (OIC). - Use a stepwise approach, starting with simple, economical laxatives. OIC - When opioids are started, prophylactic laxatives are usually required, and should be continued for the duration of opioid use. - Sennosides may be the most useful single laxative when an opioid is prescribed. (All recommendations graded: Use if benefits outweigh potential harm)	- In patients with incurable cancer, drug-based prophylaxis must be started alongside the use of opioids and be regularly adjusted as needed. (EC) - In pharmacological mono- or combination therapy for the treatment of constipation in patients with incurable cancer, osmotic and/or stimulant laxatives must be administered. (A, 1-) - Osmotic salts, magnesium hydroxide or paraffin oil should not be administered to patients with incurable cancer and constipation. (B, 1-) - In respect of defecation disorders in patients with incurable cancer, rectal measures should be used. (B, 1-) OIC - Laxatives must be routinely prescribed for the management or prophylaxis of opioid-	<u>Key findings</u> - Pharmacological agents are a necessary component of the management of established constipation in life-limiting illness. - There is a lack of evidence to support the use of any one laxative over another. <u>Key recommendations</u> - The choice of laxative should be guided by individual patient preference and circumstances (D) - Where there is no evidence to differentiate between medications in terms of efficacy, tolerability and side effect profile, and where clinical expertise allows, the medication with lowest cost base should be used. (D) Patients and carers may find rectal measures uncomfortable and undignified and in general, oral laxatives should be used in preference. However their rapid mode	Guideline recommendations - Always give advice about non pharmacological measures. - Laxative monotherapy should be used where possible, as it may avoid tablet burden and improve quality of life for the patient (Level 4). - The evidence base for the use of some laxatives is limited. Senna and lactulose have been shown to be effective when used as single agents and in combination (Level 1). Other laxatives may also be considered. For patients with malignant spinal cord compression, rectal intervention should be given on alternate days and combined with an alternate day stimulant oral laxative such as senna.[Level 4] OIC There is no evidence from this review that opioid	- Titrate the senna and add PEG, recommend starting with PEG if the patient is not on opioids and can tolerate the volume of liquid - If impacted: - Administer glycerine suppository ± mineral oil retention enema - Use suppository and enema with caution in patients receiving chemotherapy due to risk of cytopenia. - Perform manual disimpaction following premedication with analgesic ± anxiolytic Constipation may be treated by stimulant and/or osmotic laxative with a goal of one non-forced bowel movement every 1 to 2 days. If impaction is observed, glycerine suppositories (with or without mineral oil retention enema) may be administered or manual disimpaction may be performed.	stimulant laxatives (senna, cascara, bisacodyl and sodium picosulfate) [V, C] - Suppositories and enemas are a preferred first-line therapy when DRE identifies a full rectum or faecal impaction [V, B] In general, enemas are used only if oral treatment fails after several days and in order to prevent faecal impaction - Enemas are contraindicated for patients with neutropaenia or thrombocytopaenia, paralytic ileus or intestinal obstruction, recent colorectal or gynaecological surgery, recent anal or rectal trauma, severe colitis, inflammation or infection of the abdomen, toxic megacolon, undiagnosed abdominal pain or recent radiotherapy to the pelvic area. [V, D].	in the older people) and lactulose citation. - Osmotic laxatives are considered to be the most effective treatment in the general population and this is reflected by their recommendation as a first-choice laxative in general treatment guidelines in Germany, the Netherlands, Spain, France, Canada and the USA - The panel agreed that their general experience conformed with the NICE position that an alternative to soften the stool is sodium docusate (initial measure)	useful for fecal impaction or in patients who cannot tolerate oral preparations. - Phosphate enemas should be avoided in older adults because of the high risk of electrolyte disturbances, which are sometimes fatal. - Mineral oil enemas are a safer alternative to phosphate enemas, with local adverse effects of perianal irritation or soreness. - Plain warm water enemas are safe and preferable to soapsuds enemas, which may cause rectal mucosa damage. - Glycerin suppositories are safe alternatives to enemas and have been shown to improve rectal emptying in patients with chronic constipation - Bran and psyllium improve stool frequency in older patients, but there is

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
	induced constipation. (A, 1+) No evidence suggests that one laxative agent should be recommended over others. (Statement, 1+)	of action can be useful. They may have a necessary role (alone or in combination with oral laxatives), in patients with faecal impaction, in patients with spinal cord lesions disrupting bowel innervation or patients who cannot tolerate or swallow oral laxatives. Limited evidence suggests that microenemas may have almost equal efficacy and a more favourable side effect profile when compared with phosphate enemas. They could therefore be considered in preference. [Level 3] OIC - The development of opioid induced constipation should be anticipated. A bowel regimen should be initiated at the commencement of opioid therapy. (D) - In the management of opioid induced constipation, optimised monotherapy with a stimulant laxative is essential followed by the	rotation is more effective than laxative use in the treatment of opioid induced constipation. Senna and lactulose combination therapy has been shown to be more effective than co-danthramer monotherapy in the management of opioid induced constipation at morphine equivalent doses of greater than or equal to 80 mg/24 h. [Level 1]		Laxatives generally not recommended in advanced disease - Bulk laxatives - Detergent/stool softener - Liquid paraffin OIC - Unless contraindicated by pre-existing diarrhoea, all patients receiving opioid analgesics should be prescribed a concomitant laxative [V, B] - Laxative therapies include first-line treatment options [V, B], - osmotic or stimulant laxatives are generally preferred [V, B] - Bulk laxatives such as psyllium are not recommended for OIC [V, D] Faecal impaction - In the absence of suspected perforation or bleed, best practice involves disimpaction (usually through digital fragmentation and extraction of the stool), followed by the		more evidence for the effectiveness of psyllium than bran in persons of all ages. - Bulk laxatives should be avoided if fecal impaction is present. - Polyethylene glycol (Miralax) is preferred over lactulose for the treatment of constipation because it is more effective and has fewer adverse effects. (Evidence rating: A) Lactulose and sorbitol are hyperosmolar sugar alcohols that increase frequency of defecation and reduce straining. A metaanalysis of PEG vs. lactulose for the treatment of chronic constipation in adults up to 75 years of age showed that PEG is more effective and led to fewer adverse effects than lactulose. A small RCT comparing PEG with ispaghula husk (psyllium) showed that PEG was more effective,

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
		addition of a softener if required. (D) The current evidence is too limited to provide evidence-based recommendations for the choice of stimulant laxative and selection should be made on an individual basis. (D)			implementation of a maintenance bowel regimen to prevent recurrence. [V, B] Elderly cancer patient • Laxatives must be individualised and targeted to the older person's medical history (cardiac and renal comorbid conditions), drug interactions and AEs [V, B] • PEG (17 g/day) offers an efficacious and tolerable solution for elderly patients (good safety profile) [V, B] • Avoid liquid paraffin for bed-bound patients and those with swallowing disorders (due to risk of aspiration lipoid pneumonia) [V, D] • Saline laxatives (e.g. magnesium hydroxide) have not been examined in older adults, they should be used with caution because of the risk of hypermagnesaemia [V, D] • Non-absorbable, soluble dietary fibre or bulk		with a more rapid onset of action The effectiveness and safety of magnesium salts, such as magnesium hydroxide and magnesium citrate, have not been well studied in older adults. Magnesium toxicity is a concern with long-term use of these agents; it can cause ileus and worsen constipation. Magnesium salts should be avoided in patients with renal failure. Because of the limited data and potential harm, long-term use of magnesium salts is not recommended.

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
					agents should be avoided in non-ambulatory patients with low fluid intake because of the increased risk of mechanical obstruction [V, D] • Stimulant laxatives can be used, cognisant of risk for pain and cramps • If swallowing difficulties or a repeated faecal impaction present, rectal measures (enemas and suppositories) can be the preferred choice of treatment [V, B]. Isotonic saline enemas are preferable in older adults because of the potential AEs of sodium phosphate enemas in this age group [V, B]		

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
RECOMMANDATIONS POUR LE CHOIX INITIAL DE THÉRAPIE							
CONSTAT	Tous les guides recommandent une évaluation des patients en soins palliatifs ou des utilisateurs d’opioïdes afin de prescrire une prophylaxie laxative, si requise. Tous les guides recommandent l’usage de laxatifs oraux en première intention seuls ou en combinaison. L’usage de laxatifs stimulants ou osmotiques est recommandé par tous les guides. Les laxatifs stimulants (senna, bisacodyl ou picosulfate de sodium) et osmotiques (lactulose ou PEG) sont recommandés par au moins un guide. Il ne semble pas y avoir de données pour privilégier un laxatif plutôt qu’un autre. Selon l’ESMO, le PEG serait recommandé pour les personnes âgées en soins palliatifs compte tenu de son efficacité et de sa tolérabilité. En cas d’impaction ou de difficultés à avaler, les interventions rectales sont à envisager en 1^{re} intention à moins de contre-indications (neutropénie/thrombocytopénie). Un des guides recommande les microlavements plutôt que les lavements au phosphate et un guide recommande le suppositoire de glycérine ± lavement de rétention à l’huile minérale. Sinon, aucune intervention rectale n’est favorisée faute de données probantes. Pour les cas de constipation induite par les opioïdes, 4 guides recommandent l’usage d’un laxatif stimulant en première intention. Les laxatifs de lest comme le psyllium, la paraffine liquide et les détergents/émollients ne sont pas recommandés en soins palliatifs. Chez les gens âgés, les laxatifs de lest, la paraffine liquide et les lavements de phosphate devraient être évités.					Les laxatifs osmotiques seraient les plus efficaces dans la population générale et le polyéthylène glycol est le premier choix de traitement chez les personnes âgées. S’il y a impaction fécale, un suppositoire de glycérine ou un lavement huileux seraient les premiers choix. Les laxatifs de lest et les lavements de phosphate ne sont pas recommandés. L’usage à long terme des laxatifs au magnésium est déconseillé. Les experts du consensus sont d’accord pour suggérer le docusate de sodium comme alternative pour ramollir les selles.	
RECOMMANDATION POUR L’AJUSTEMENT							
• Titrate laxative doses every 1 to 2 days according to response. • The proportional dose of stimulant versus osmotic laxative is guided by stool consistency and tolerance. ◦ If faecal leakage: reduce the dose of the osmotic laxative. ◦ If colic (usually alongside hard stools): increase the osmotic laxative relative to the stimulant, and/or divide	In the prophylaxis and treatment of constipation a standardised approach in the form of a step-wise approach should be chosen. (EC)	• The laxative dose should be titrated daily or alternate days according to response (D). • The combination of a softening and a stimulating laxative is often required. Optimisation of a single laxative is recommended prior to the addition of a second agent. The ratio of softener : stimulant	Guideline recommendations • Any increase in dose and addition of other laxatives should be undertaken gradually to avoid side effects such as colic and diarrhoea. Guideline recommendations In the inpatient setting, oral laxatives should be reviewed every 3–4 days until the constipation has resolved (Level 4).	• Increase laxative dose with goal of 1 non-forced bowel movement every 1–2 days. Add and titrate stimulant and/or osmotic laxative	Ø	• If an effective treatment is found, adjust dose as necessary and repeat treatment as required. • For drug-induced constipation, continue for as long as constipating drug is used.	Ø

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
the total stimulant daily dose into smaller more frequent doses. OIC As the dose of opioids increases, the dose of laxatives often needs to increase, with dosing twice daily (breakfast/bedtime) or even three times daily, up to the maximum recommended or tolerable (All recommendations graded: Use if benefits outweigh potential harm)		should be guided by faecal consistency. (D) If single-agent oral laxative treatment is given alone, a bowel motion should be expected within 3 days. If this does not occur, the combination of softening and stimulating laxatives is essential; the dose of which should be titrated daily or alternate days according to response.					
RECOMMANDATION POUR L'AJUSTEMENT							
CONSTAT	Un suivi devrait être effectué tous les 1 à 2 jours afin d'ajuster les doses de laxatifs dans le but d'avoir un mouvement intestinal par 3 jours ou moins. Si la monothérapie ne fonctionne pas, ajouter le laxatif osmotique ou stimulant selon la classe choisie en première intention. Le ratio de laxatif stimulant : osmotique dépend de la consistance des selles. En cas de fuite de selles, réduire le laxatif osmotique. En cas de coliques (accompagnées généralement de selles dures), augmenter le laxatif osmotique par rapport au stimulant ou étaler la dose de stimulant en 2 ou 3 fois dans la journée.					Pas de recommandations précises. Si un traitement efficace est identifié, ajuster les doses au besoin.	

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
RECOMMANDATION POUR TRAITEMENT DE 2 ^e INTENTION							
- Use of Rectal Measures: When standard Oral Laxatives are Unsuccessful - Rectal interventions (suppository, enema, manual extraction) should be used infrequently.	OIC A combination of laxatives with different modes of action can be administered in resistant constipation (0, 1+)	(Selon l'algorithme) Consider rectal examination (unless contraindicated) E.g. Neutropenia (WBC<0.5 x 10 ⁹) or thrombocytopaenia (PLT <20 x 10 ⁹)	If constipation persists despite the optimisation of oral laxatives, rectal interventions may be considered. A digital rectal examination will help to determine the most appropriate rectal intervention to use. Guideline recommendations - A trial of combination laxatives at optimal doses should be followed by consideration of a rectal intervention unless there are any contraindications (Level 4). - There is no experimental evidence to support the use of rectal interventions for constipation, or to direct the choice of rectal intervention. - The choice of rectal intervention should be based on the results of a digital rectal examination (Level 4). - For patients with malignant spinal cord compression, a rectal intervention should be administered on alternate days and combined with	If constipation persists: - Reassess for cause and severity of constipation - Recheck for impaction or obstruction - Consider adding other laxatives Add bisacodyl, titrate to 10–15 mg PO daily-TID with a goal of 1 non-forced bowel movement every 1–2 days. - If constipation persist - Consider adding other laxatives - Bisacodyl suppository, 1 rectally daily-BID - PEG 1 capful/8 oz water PO BID - lactulose 30–60 mL PO BID-QID - sorbitol 30 mL PO q2h x 3 then PRN - magnesium hydroxide 30–60 mL PO daily-BID - magnesium citrate 8 oz PO daily - Administer tap water enema until clear	Ø	- The panel agreed that their general experience conformed with the NICE position [...] that if stools are soft but difficult to pass, the alternatives are as follows: - a glycerine suppository, - a stimulant laxative or - a microlax enema - The panel agreed that their experience suggested that in faecal impaction the stools must be softened, with titrated macrogol if stools are hard, and supplemented with a stimulant laxative once softened. If rectal evacuation remains difficult, a stimulant suppository is first-line over an osmotic enema.	- Three RCTs involving older patients showed a benefit of docusate sodium (Colace) over placebo in the treatment of constipation - Because of the possible adverse effects of long-term use in older persons, stimulant laxatives should be used only after fiber and osmotic laxatives have been tried. - A systematic review of five RCTs found that probiotics did not improve constipation in adults.

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC — 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
			an alternate day oral stimulant laxative i.e. senna. (Level 4) OIC Senna and lactulose combination therapy has been shown to be more effective than co-danthramer monotherapy in the management of OIC...				
RECOMMANDATION POUR TRAITEMENT DE 2° INTENTION							
CONSTAT	Les interventions rectales peuvent être envisagées lorsque les laxatifs oraux sont inefficaces. Aucune intervention en particulier n’est recommandée. Un examen rectal devrait être fait pour déterminer l’intervention rectale appropriée.					⇒ Si les selles sont molles, mais difficiles à évacuer, il faudrait considérer 1) les suppositoires de glycérol ; 2) un laxatif stimulant ; 3) un microlavement	
	Le NCCN recommande de considérer ajouter d’autres laxatifs oraux ou encore un suppositoire de bisacodyl ou finalement un lavement à l’eau du robinet.					⇒ En cas d’impaction, les selles doivent être ramollies avec du polyéthylène glycol puis un laxatif stimulant peut être ajouté. Si l’évacuation demeure difficile, privilégier le suppositoire stimulant au lavement osmotique.	
	Dans le cas des patients avec compression de la moelle épinière, des interventions rectales devraient être faites en alternance avec un laxatif stimulant. ⇒ L’algorithme de Monnery -2018 : ○ S’il y a présence de selles dures, utiliser un suppositoire de Bisacodyl + glycérol ○ S’il y a présence de selles molles : utiliser seulement un suppositoire de bisacodyl ○ Si le rectum est vide, mais que le côlon est plein ou si les suppositoires sont inefficaces : faire un lavement au phosphate de sodium						

Tableaux F-4 Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus concernant les informations à transmettre et le suivi à effectuer relativement au traitement pharmacologique (Questions 15 à 18).

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC - 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
EFFICACITÉ/INNOCUITÉ/SIGNAUX D’ALARME							
- Once current regimen satisfactory and well tolerated, continue with it, reviewing regularly with the patient; explain the importance of preventing constipation. - Evaluate patient tolerance and adverse effects from laxatives - Resolve diarrhea from laxatives by holding drugs for 1 to 2 days; restart at a lower dose. (All recommendations graded: Use if benefits outweigh potential harm)	Ø	If single-agent oral laxative treatment is given alone, a bowel motion should be expected within 3 days.	Ø	... a goal of 1 non-forced bowel movement every 1–2 days. - If constipation persist - Reassess for cause and severity of constipation - Recheck for impaction or obstruction Acceptable outcomes: - Adequate constipation symptom management - Reduction of patient/family/ caregiver distress - Continue to treat and monitor symptoms and quality of life If unacceptable : Re-evaluate palliative care interventions and intensify as possible.Consult or refer to specialized palliative care services or hospice	Elderly cancer patient Regular monitoring of chronic kidney/heart failure when a concomitant treatment with diuretics or cardiac glycosides is prescribed (risk of hypermagnesaemia [V, D])	Ø	Ø
EFFICACITÉ/INNOCUITÉ/SIGNAUX D’ALARME							
CONSTAT	Un traitement efficace devrait donner un mouvement intestinal dans les 3 jours suivant le traitement. Il faut évaluer les patients pour déterminer leur tolérance et la présence d’effets indésirables liés aux laxatifs. S’il y a diarrhée, arrêter le traitement pendant 1 ou 2 jours et reprendre ensuite à des doses plus faibles. Les patients âgés doivent être suivis pour risques d’hypermagnésémie lorsqu’il y a traitement concomitant avec des diurétiques ou glycosides cardiaques.					Aucune recommandation des documents sélectionnés.	

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
ARRÊT DU PROTOCOLE							
- Stop oral laxatives in the last few days of life when patients are no longer able to receive medication and their level of consciousness diminishes. Rectal care then is rare. - Refractory constipation: When Standard Optimum Oral and Rectal Measures are Unsuccessful - Consult a palliative care specialist for refractory opioid-induced constipation or for specific, complex patient needs including spinal cord compression and cognitive impairment. (All recommendations graded: Use if benefits outweigh potential harm)	Ø	Key recommendation As a patient's level of consciousness deteriorates, oral laxatives should be discontinued. Rectal intervention is rarely required at this stage. (D) OIC The use of opioid receptor antagonists under specialist guidance should be considered in patients whose treatment is resistant to conventional laxative therapy (D).	Ø	Ø	Ø	Consider withdrawal if patients regularly produce soft, formed stools. Withdrawal should take place after 2–4 weeks of normal passage of stool. Withdrawal should not be sudden and may take several months.	In patients with a poor response to behavioral interventions and laxatives, referral may be warranted for assessment of colonic transit times and for rectal manometry to evaluate for disorders of defecation
CONSTAT	Deux des guides recommandent l'arrêt du traitement lorsque le patient entre dans ses derniers jours de vie. Un des guides recommande d'arrêter le traitement lorsque les mesures orales et rectales n'ont pas soulagé les symptômes.					Un document suggère d'arrêter le traitement 2 à 4 semaines après le soulagement des symptômes. L'arrêt devrait être graduel et s'échelonner sur plusieurs mois. L'autre document suggère d'arrêter en absence de réponse.	

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC - 2019 Canada	GGPO – 2015 Allemagne	NCEC – 2015 Irlande	Monnery – 2018 Angleterre	NCCN – 2019 États-Unis	ESMO – 2018 Europe	Emmanuel – 2017 Europe	AAFP – 2015 États-Unis
[BC Centre for Palliative Care, 2019]	[German Guideline Program in Oncology, 2015]	[National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	[Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	[National Comprehensive Cancer Network, 2019]	[Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	[Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	[Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
INTERVENTIONS PRÉVENTIVES À METTRE EN PLACE/ÉDUCATION							
- Prevention of constipation is key when risk factors exist - Increase and monitor fluids, dietary fibre, and physical activity, as tolerated. - Identify and correct modifiable risk factors. - Discontinue fiber in debilitated patients if unable to maintain hydration, or when bowel obstruction is suspected. - Anticipate constipating effects of opioids and ensure a prophylactic laxative unless bowel obstruction or diarrhea. - Regularly monitor bowel pattern and patient satisfaction to adjust to desired effect. - Use practice tools to improve management: checklists, laxative protocols, audits. - Involve interdisciplinary team. Consider personal, psychosocial and cultural perspectives.	- In patients with incurable cancer, physiotherapeutic treatments (active movement exercises, mobilisation and colon massage) can be used as a supportive measure. (EC) - Supportive measures for the treatment of constipation should be used, such as - Practical behavioural advice Physiotherapeutic measures (EC)	Key finding Preventative measures for constipation should be ongoing throughout the patient's disease trajectory. Key recommendations - Education on the importance of non-drug measures is essential to enable patients and caregivers to take an active role in constipation prevention.(D) - Medications should be reviewed in order to identify potentially constipating agents and prophylactic laxatives prescribed when appropriate.(D) - Unless there are existing alterations in bowel patterns (bowel obstruction or diarrhoea) all patients prescribed regular opioids should be started on a laxative regimen and receive education on bowel management.(D) Prevention, like assessment, should be	Dietary advice - There is a lack of experimental studies assessing use of dietary fibre in the management of constipation in the palliative care setting. Recommendations are based on professional consensus and opinion. - The effects of increased fibre consumption may materialise over weeks and should be monitored alongside any potential reduction in pharmacological interventions. - The prescription of fibre containing complete oral nutritional supplements may be considered. However their nutritional value may not be equivalent to non fibre containing products. - Patients that require a texture modified diet will potentially struggle to meet fluid requirements and optimise their fibre intake. These patients should be considered for referral to a dietetic service (Level 4).	Preventive measures: - Increase fluids - Increase dietary fiber if patient has adequate fluid intake and physical activity - Exercise, if appropriate - Administer prophylactic medications - Educate patient/family/ caregivers on patient's condition and treatment options Increasing intake of fluid and physical activity should also be encouraged, when appropriate. Added dietary fiber may be considered for patients with adequate fluid intake	Of note, lifestyle factors alone have a positive but limited influence on constipation and should not be the sole focus of management. As disease progresses and health deteriorates, lifestyle factors may become less important in clinical management. - Key factors for prevention and self-care in the management of constipation include [V, B]: - ensuring privacy and comfort to allow a patient to defaecate normally - positioning (to assist gravity, a small footstool may help patient exert pressure more easily) - increased fluid intake - increased activity and increased mobility within patient limits (even bed to chair)	- Lifestyle modification rarely alleviates symptoms of chronic constipation, and is rarely feasible in the elder people, where enhanced fluid intake may collide with cardiac disease and increased mobility with frailty (panel experience) - Defecation should be unhurried and patients should attempt to defecate soon after waking or within 30 minutes of a meal. - Increased fiber consumption may improve symptoms in some patients, but can cause additional discomfort through bloating or flatulence. Particularly relevant to older patients is the recommendation that people with limited mobility should have sufficient access to carers such that they can quickly respond to the urge to defecate.	- Increased exercise does not improve symptoms of constipation in nursing home residents or older adults. (Evidence rating A) ...patients should schedule toileting after meals. - They should place their feet on a small step stool instead of on the floor to straighten the anorectal junction. - Patients in long-term care facilities should be allowed adequate time and privacy for bowel movements, and should avoid using bedpans to defecate. - There are no randomized controlled trials (RCTs) evaluating the benefit of water supplementation alone to treat constipation, although water supplementation totaling 1.5 to 2 L per day improved stool frequency in middle-aged adults on a high-fiber diet.

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
• Encourage hydration, fibre intake and mobility, as tolerated • Wheat bran and prunes improve bowel function, as tolerated • Refer to physiotherapy and/or OT for appropriate exercise and mobility supports as immobility may be more constipating than opioids. (Note: OT=occupational therapy) • Biofeedback training with physiotherapist may also benefit. • Avoid use of bedpans. Ensure privacy, personal preference, promote independence and convenience during toileting. (All recommendations above rated “use if benefits outweigh potential harm”) • There is little or no empirical evidence for other complementary approaches. • Probiotics, have some evidence of benefit in		carried out on a continuous basis. Key elements of prevention should include: • Ensuring maintenance of patient privacy and comfort to enable normal defecation • Encourage physical activity within the patient's limits • Increasing fluid and fibre intake where appropriate • Recognition of potential constipating pharmacological agents with discontinuation when possible or provision of prophylactic laxative therapy for patients prescribed opioids. <u>Key finding</u> Non-pharmacological strategies in the management of constipation are at least as important as the use of pharmacological agents. <u>Key recommendations</u> • Attention should be paid to the provision of optimised toileting while ensuring adequate privacy and dignity for all patients (D).	• Dietetic assesement and intervention should be considered to support patients... Communication and Information • Patients should be offered information about constipation at the time of diagnosis or the possibility of developing constipation when starting medicines which increase this risk e.g. opioids. (Level 4) • Verbal or written information on constipation should include risk factors, advice regarding self-care, the role of laxatives in managing constipation and when to seek medical advice. Guideline recommendations • The non-pharmacological management of constipation should be tailored to any reversible causes detected during the clinical assessment (Level 4). • Always give advice about : diet, fluid intake		○ anticipatory management of constipation when opioids are prescribed • There is some evidence that abdominal massage can be efficacious in reducing gastrointestinal symptoms and improving bowel efficiency, particularly in those patients with concomitant neurogenic problems [II, B] Elderly cancer patient • Key prevention measures include: ○ ensuring access to toilets, especially in all cases of decreased mobility [V, B] ○ dietetic support [V, B] ○ managing known decrease in food intake (anorexia of ageing, chewing difficulties) which negatively influence stool volume, consistence and,	• The recommended daily fiber intake is 20 to 35 g per day. Intake should be slowly increased over several weeks to decrease adverse effects, including flatulence, abdominal cramping, and bloating. • Biofeedback to retrain the defecation muscles may be effective for treating constipation caused by pelvic floor dysfunction. • Biofeedback may be appropriate for patients who are physically and mentally capable of participating.	

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
constipation, but may also harm. Avoid use in severely ill or immunocompromised patients. (Two recommendations above rated: “use with caution”)		○ Sitting decreases the acuity of the anorectal angle facilitating faecal propulsion from the rectum into the anal canal, hence toilets and commodes should be used in preference to bedpans. ○ The most powerful gastro-colic reflex occurs in the morning, the patient should be encouraged to use the toilet twenty minutes after breakfast • Consideration should be given to lifestyle modification including the adjustment of diet and activity levels within a patient's limitations (D). ○ Insoluble fibre increases stool bulk and plasticity leading to colonic distension and promotion of peristalsis. When combined with adequate fluid it can help prevent constipation.	and mobility. Environmental factors should also be discussed e.g. correct posture; suitable and accessible toilet facilities (e.g. toilet seat raisers); allowing adequate time. Privacy and dignity should always be maintained. Changes to a persons' care and regimen should be minimised in order to avoid constipation. For patients with constipation secondary to spinal cord compression, it is important to maintain a regular schedule for toileting (Level 4). • Medications should be reviewed regularly to ensure that those which contribute to constipation are minimised as much as possible (Level 4) • Related factors such as reduced mobility, reduced food intake, weakness and dehydration should be addressed where practical and appropriate. (Level 4)		consequently, BMS [V, B]		

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
		○ A study undertaken in cancer patients undergoing radiotherapy demonstrated that a 450% increase in fibre intake would be required to produce a 50% increase in bowel frequency. ○ Research in chronic functional constipation suggests that prevention of constipation requires at least 2 litres of fluid per day. ○ A minimum of 1.5 litres is required for the effective and safe use of dietary fibre supplements. For these reasons, the use of fluid and fibre supplementation may not be an appropriate choice in the management of constipation in palliative care patients. ○ In a palliative care population the capacity for physical activity may be reduced. Activity should be encouraged within the patient's limits, however; the aim of maximising mobility should primarily be the	• For palliative patients that are able to maintain nutritional status through oral diet and fluids, patients are advised to aim for 30 g fibre per day, including whole grains, fruit and vegetables. [Level 4] • Dietary fibre consumption should be gradually increased over a number of days to avoid gastrointestinal symptoms. [Level 4] • A minimum daily fluid intake of 1.5 litres has been suggested but this may not be realistic. Patients that are able to manage some oral dietary intake can maximise their fluid intake with foods containing a higher water content e.g. fruit, jelly, soups, sauces, mousses, ice cream, milky puddings and oral nutritional supplements where appropriate. [Level 4]				

Constipation en soins palliatifs/						gériatrie	
BCCPC - 2019 Canada [BC Centre for Palliative Care, 2019]	GGPO – 2015 Allemagne [German Guideline Program in Oncology, 2015]	NCEC – 2015 Irlande [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]	Monnery – 2018 Angleterre [Monnery <i>et al.</i> , 2018] (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN – 2019 États-Unis [National Comprehensive Cancer Network, 2019]	ESMO – 2018 Europe [Larkin <i>et al.</i> , 2018] (European Society for Medical Oncology)	Emmanuel – 2017 Europe [Emmanuel <i>et al.</i> , 2017] (Consensus)	AAFP – 2015 États-Unis [Mounsey <i>et al.</i> , 2015] (American Academy of Family Physicians)
AGREE GRS : 31.5/49	AGREE GRS: 43.5/49	AGREE GRS: 49/49	AGREE GRS: 43/49	AGREE GRS: 32/49	AGREE GRS : 48/49	AGREE GRS : 24/49	AGREE GRS: 31/49
		improvement of quality of life Abdominal massage also referred to as bowel or colonic massage may be beneficial for some patients in the prevention and treatment of constipation. This remains an unproven intervention with a limited evidence base.					
INTERVENTIONS PRÉVENTIVES À METTRE EN PLACE/ÉDUCATION							
CONSTAT .:	En général, les guides recommandent : - d'augmenter la consommation de fluides (1,5 à 2 L/jour) et de fibres, et d'augmenter l'activité physique ou la mobilité dans la mesure du possible. - d'assurer un niveau d'intimité adéquat pour la défécation, une bonne position (éviter les bassines), et de privilégier les moments juste après le lever ou dans les 30 minutes suivant un repas. - de diminuer ou de modifier la médication qui pourrait causer la constipation. Les guides affirment également qu'il y a peu de preuves en support aux autres approches tels les massages abdominaux (ou du côlon) ou l'usage de probiotiques.					Selon les documents trouvés, les changements aux habitudes de vies auraient peu d'effet, car ils seraient difficilement applicables. Les fibres peuvent être bénéfiques si augmentées sur plusieurs semaines. Assurer une intimité adéquate, l'accès aux toilettes lorsque le besoin est ressenti, une bonne position et privilégier les moments réguliers (idéalement dans les 30 minutes suivant un repas) sont particulièrement important pour les personnes âgées.	

Tableaux F-5 Tableaux utilisés par les GPC pour la gradation de la preuve et la force des recommandations

Gradation de la force des recommandations émises par le BCCPC [BC Centre for Palliative Care, 2019]

	Use with confidence: recommendations are supported by moderate to high levels of empirical evidence.
	Use if benefits outweigh potential harm: recommendations are supported by clinical practice experience, anecdotal, observational or case study evidence providing low level empirical evidence.
	Use with caution: Evidence for recommendations is conflicting or insufficient, requiring further study
	Not recommended: high level empirical evidence of no benefit or potential harm

Gradation du niveau de la preuve et de la force des recommandations émises par le GGPO [German Guideline Program in Oncology, 2015]

Table 1: SIGN evidence classification system

Level	Description
1++	High quality meta-analysis, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
1-	Meta-analyses, systematic reviews or RCTs, or RCTs with a high risk of bias
2++	High quality systematic reviews of case control or cohort studies or High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2+	Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
2-	Case control studies or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytical studies, e.g. case reports, case series
4	Expert opinion

Table 2: Recommendation levels grading system

Recommendation level	Description	Wording
A	Strong recommendation	must
B	Recommendation	should
0	Open recommendation	can

Gradation du niveau de la preuve et de la force des recommandations émises par le NCEC [National Clinical Effectiveness Committee, 2015]

1.1 Grading of recommendations

1.1.1 Key to grading method used to highlight quality of evidence and recommendations

This guideline uses a system for grading the quality of evidence based on the Centre for Evidence Based Medicine (CEBM) method of Oxford University as follows(2):

- Level 1a Meta analyses of randomised control trials (RCT)
- Level 1b At least one RCT
- Level 2a At least one well designed controlled study without randomisation or Systematic Review (SR) of cohort studies
- Level 2b A well designed cohort study
- Level 3 Well designed experimental descriptive studies, such as case control or cross sectional studies
- Level 4 Case Series
- Level 5 Expert Committee/Clinical experience

Grading the strength of recommendations:

This guideline also uses the system based on the CEBM approach for grading the strength of recommendations as follows:

- A Level 1 studies
- B Level 2 or 3 studies
- C Level 4 studies
- D Level 5 studies or inconsistent or inconclusive studies of any level

Gradation du niveau de la preuve et de la force des recommandations émises par Monnery et ses collaborateurs [Monnery *et al.*, 2018; Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group (CMPCNAG), 2016]

Grade of Recommendation	Type of evidence
A	At least one meta-analysis, systematic reviews or RCT rated as 1++ and directly applicable to the target population or A systematic review of RCTs or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2++ directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
C	A body of evidence including studies rated as 2+ directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results or Extrapolated evidence from studies rated as 2++
D	Evidence level 3 or 4 or Extrapolated evidence from studies rated as 2+
✓	Important practical points for which there is no, nor is there likely to be, any research evidence. The GDG wishes to emphasize these as Good Practice Points (GPP).

Gradation du niveau de la preuve et de la force des recommandations émises par le NCCN [National Comprehensive Cancer Network, 2019]

NCCN Categories of Evidence and Consensus

Category 1: Based upon high-level evidence, there is uniform NCCN consensus that the intervention is appropriate.

Category 2A: Based upon lower-level evidence, there is uniform NCCN consensus that the intervention is appropriate.

Category 2B: Based upon lower-level evidence, there is NCCN consensus that the intervention is appropriate.

Category 3: Based upon any level of evidence, there is major NCCN disagreement that the intervention is appropriate.

All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Gradation du niveau de la preuve et de la force des recommandations émises par l'ESMO [Larkin et al., 2018]

Table 10. Levels of evidence and grades of recommendation (adapted from the Infectious Diseases Society of America-United States Public Health Service Grading System^a)

Levels of evidence

I	Evidence from at least one large randomised, controlled trial of good methodological quality (low potential for bias) or meta-analyses of well-conducted randomised trials without heterogeneity
II	Small randomised trials or large randomised trials with a suspicion of bias (lower methodological quality) or meta-analyses of such trials or of trials with demonstrated heterogeneity
III	Prospective cohort studies
IV	Retrospective cohort studies or case-control studies
V	Studies without control group, case reports, expert opinions

Grades of recommendation

A	Strong evidence for efficacy with a substantial clinical benefit, strongly recommended
B	Strong or moderate evidence for efficacy but with a limited clinical benefit, generally recommended
C	Insufficient evidence for efficacy or benefit does not outweigh the risk or the disadvantages (adverse events, costs, . . .), optional
D	Moderate evidence against efficacy or for adverse outcome, generally not recommended
E	Strong evidence against efficacy or for adverse outcome, never recommended

^aBy permission of the Infectious Diseases Society of America [94].

Gradation de la force des recommandations émises par Mounsey et ses collaborateurs [2015]

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <http://www.aafp.org/afpsort>.

Tableaux F-6 Recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus et des monographies de médicaments concernant les contre-indications, les précautions, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et le suivi requis pour l’usage des laxatifs (Question 13).

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION						
• Traitement de la constipation occasionnelle	Ø	Ø	Treatment of constipation in palliative care	Ø	Ø	Ø
CONTRE-INDICATIONS						
• Porteurs ou suspects d'occlusion intestinale • Allergies connues au polyéthylène glycol	• Contraindicated in intestinal obstruction or perforation, inflammatory bowel conditions (Crohn's disease, ulcerative colitis).	Ø	• Intestinal perforation or intestinal obstruction • severe gastrointestinal inflammatory conditions (Crohn's, Ulcerative colitis, toxic megacolon)	Not authorised for faecal impaction	Ø	Ø
PRÉCAUTIONS						
• Symptômes évoquant l'occlusion intestinale, l'appendicite ou une maladie inflammatoire de l'intestin (fièvre, nausée, vomissements, douleurs ou distension abdominales) doivent consulter un médecin. • L'utilisation excessive ou prolongée de tout laxatif pourrait entraîner une dépendance pour le fonctionnement de l'intestin • Ne prendre aucun type de laxatif pendant plus d'une (1) semaine, à moins qu'il ne soit recommandé par un médecin. • Chez les patients qui se plaignent de constipation, préciser les antécédents médicaux et faire un	• Use cautiously in patients unable to tolerate the fluid volume needed e.g. if nauseated or frail.	Ø	Ø	Ø	Recommend starting with polyethylene glycol if patient [...] can tolerate the volume of liquid Recommend starting with polyethylene glycol if patient is not on opioids	Ø

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
examen médical approfondi pour déceler les maladies métaboliques, endocriniennes ou neurogènes et connaître les médications. - Ne doit être administré à une femme enceinte qu'en cas de nécessité absolue et sous prescription médicale - Ne doit être administré à une femme [qui allaite] qu'en cas de nécessité absolue et sous prescription médicale. - L'administration à des patients âgés ne nécessite pas de précautions particulières. En cas de diarrhée, l'administration doit être interrompue.						
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES						
- Aucune interaction médicamenteuse démontrée - On ne doit pas prendre de laxatifs moins de deux (2) heures avant la prise d'un autre médicament, car les effets désirés de l'autre médicament pourraient diminuer.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION						
La dose habituelle est de 17 grammes (environ une cuillère à soupe comble ou un sachet unidose) de poudre [PEG 3350 en poudre pour solution orale]	Starting dose: 17 g PO daily Maximum daily dose: 17 g PO BID to TID	Ø	Starting dose : 1–3 sachets daily in divided doses Volume of liquid required : 125 mL per sachet	Start with 1 sachet or 125 mL of diluted oral liquid concentrate once a day. Increase to bd-tds if required.	1 capful/8 oz water PO BID	Ø

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
par jour (ou telle que prescrit par le médecin) à remuer jusqu'à dissolution complète dans un contenant (250 mL) d'eau, de jus, de boisson gazeuse, de café ou de thé. Gériatrie Aucun ajustement de la dose n'est recommandé pour les patients âgés en raison de leur âge uniquement	Requires 125 to 250 mL fluid intake daily per 17 g dose.					
EFFETS INDÉSIRABLES						
- À l'occasion, [PEG 3350] peut causer des nausées, des sensations de plénitude, des crampes de la diarrhée et(ou) des gaz. À doses élevées, le produit peut provoquer la diarrhée et une fréquence exagérée de selles, notamment dans les résidences pour personnes âgées. - Dans de rares occasions, de l'urticaire ou des éruptions cutanées suggérant une réaction allergique ont été signalées. - Les patients qui prennent d'autres médicaments à base de polyéthylène glycol ont parfois développé de l'urticaire évoquant une réaction allergique. - Aucun surdosage accidentel n'a été signalé. En cas de surdosage, la diarrhée	- Nausea, - Bloating, - Occasional vomiting, - Stomach cramps Adverse event profile may be better than other oral laxatives.	Ø	- Abdominal distension and pain - nausea - borborygmi - mild diarrhoea that usually responds to dose reduction	- Abdominal bloating, discomfort, borborygmi - hyponatraemia - nausea	Ø	Ø

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
devrait être l'incident majeur. Si un tel surdosage survient sans ingestion simultanée de liquide, il en résulte une déshydratation due à la diarrhée. Dans ce cas, interrompre la médication et faire boire de l'eau au patient.						
SUIVI ET ANALYSES						
Ce produit doit être utilisé pendant une semaine ou moins, ou tel que prescrit par le médecin. Un traitement de deux à quatre jours (48 à 96 heures) pourrait être nécessaire pour l'évacuation de selles	- Onset: 1 to 3 days. - Used safely up to 6 to 12 months.	Ø	Onset: 1–3 days	- Stop if signs of fluid/electrolyte shift occur - Onset 1–2 days for constipation.	Goal of 1 non-forced bowel movement (BM) every 1–2 days.	Ø

LACTULOSE						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION						
Traitement de la constipation chronique chez les adultes et les patients gériatriques	Management of constipation	Ø	Treatment of constipation in palliative care	Management of constipation in palliative care	Ø	Ø
CONTRE-INDICATIONS						
Est contre-indiqué chez les patients qui ont besoin d'un régime alimentaire faible en galactose	Contraindicated in galactosemia, intestinal obstruction.	Ø	- Galactosaemia - Intestinal obstruction	Intestinal obstruction	Ø	Ø

LACTULOSE						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
Avant de prendre ce produit, veuillez signaler à votre professionnel de la santé si vous êtes allergique aux dérivés du lait et/ou à l'un des ingrédients de ce médicament	Avoid in lactose-intolerant patients.					
PRÉCAUTIONS						
- LACTULOSE doit être administrée avec prudence aux patients qui peuvent avoir besoin d'interventions d'électrocautère au cours d'une proctoscopie ou d'une coloscopie, car le médicament peut causer une accumulation de concentrations élevées en hydrogène ; cela peut, en présence d'une étincelle électrique, théoriquement conduire à une réaction explosive - Étant donné que le LACTULOSE contient un peu de lactose et de galactose libre, le médicament doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints de diabète sucré - LACTULOSE ne devrait être utilisé que s'il est clairement nécessaire durant la grossesse. - Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez les femmes qui allaitent.	- Lactulose does not affect diabetes mellitus management. - Effectiveness requires a sufficiently high fluid intake.	Ø	Ø	- Use with caution in lactose intolerance - Use with caution in diabetes due to sugar content	Ø	Ø

LACTULOSE						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES						
Laxatifs - Aucun laxatif supplémentaire ne devrait être administré avec LACTULOSE, en particulier lors de l'instauration du traitement par LACTULOSE ; les selles molles produites pourraient être faussement interprétées comme une indication que la posologie adéquate du LACTULOSE a été atteinte Agents anti-infectieux - Par conséquent, jusqu'à preuve concluante que l'administration concomitante de LACTULOSE et de néomycine ou d'autres agents anti-infectieux par voie orale est efficace, les patients devraient être étroitement surveillés pour d'éventuelles réponses inadéquates au LACTULOSE. Antiacides - Le manque potentiel d'effet désiré du LACTULOSE doit être envisagé avant l'administration d'un antiacide non résorbable de façon concomitante avec le LACTULOSE	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

LACTULOSE						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION						
Administration - LACTULOSE est généralement administré par voie orale. Le goût sucré de LACTULOSE, qui peut être désagréable pour certains patients, peut être minimisé par la dilution de la solution avec de l'eau, du jus de fruit ou du lait ou encore son administration mélangée à des aliments comme des desserts. LACTULOSE doit être bien diluée pour empêcher l'induction de vomissements et la possibilité d'une pneumonie d'aspiration lorsqu'elle est administrée par le biais d'une sonde gastrique. Posologie - La dose initiale habituelle de LACTULOSE pour le traitement de la constipation chronique chez les adultes est de 10 g à 20 g (15 mL à 30 mL) par jour - La posologie peut être augmentée à 40 g (60 mL) par jour si nécessaire.	Starting dose: 15 mL PO daily with food Maximum daily dose: 30 mL PO BID Use with hot tea, hot water or juices to improve unpalatable sweet taste.	Ø	Starting dose : Syrup (10 g/15 mL) 10–15mL BD Volume of liquid required : 15–30 mL daily	Starting dose is 15 mL bd of 10 g/15 mL solution. Titrate according to result Maximum 45 mL tds.	30-60 mL PO BID-QID	Ø
EFFETS INDÉSIRABLES						
- Distension gazeuse, - des éructations, - des ballonnements, - des borborygmes et/ou	- Abdominal bloating, - flatulence (20% for the first few days), - nausea (may be reduced if diluted or taken with meals),	Ø	- Flatulence - cramps - abdominal discomfort	- Abdominal bloating - Flatulence - Nausea	Ø	- Intolerance to the sweet taste - Nausea - Abdominal distention - Abdominal discomfort

LACTULOSE						
MONOGRAPHIE (Pharmascience inc.) 2016	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
des douleurs abdominales comme des crampes pendant les premiers jours de traitement. Ces effets indésirables disparaissent généralement avec la poursuite du traitement, mais une réduction de la posologie peut être nécessaire. Une diarrhée indique un surdosage ;	intestinal colic. Rarely causes serious electrolyte disorders or volume overload.					
SUIVI ET ANALYSES						
- Une période de 24 à 48 heures peut être nécessaire pour la restauration de selles normales après une administration orale de LACTULOSE. - Les électrolytes sériques (comme le potassium, le chlorure et le dioxyde de carbone) des patients gériatriques et débilisés qui reçoivent du LACTULOSE pendant plus de 6 mois devraient être mesurés périodiquement pendant le traitement. - Les patients devraient communiquer avec leur médecin si un état diarrhéique inhabituel se produit au cours du traitement par LACTULOSE	Onset: 1 to 2 days.	Ø	Onset: 1–2 days	Ø	Ø	Latency of 2–3 days before onset of effect

SENNOSIDES STANDARDISÉS						
MONOGRAPHIE (Purdue Pharma) 2017	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION						
For relief of functional constipation (occasional).	Management of constipation	Ø	Treatment of constipation in palliative care	Management of constipation in palliative care	Ø	Ø
CONTRE-INDICATIONS						
- The “acute abdomen” - abnormal constrictions of the gastrointestinal tract - potential or existing intestinal blockage - atonic bowel - appendicitis - inflammatory colon disease such as Crohn’s disease or ulcerative colitis - abdominal pain of unknown origin - undiagnosed rectal bleeding - severe dehydration with deplete water or electrolytes	Contratindicated in abdominal pain, nausea and vomiting, intestinal obstruction	Ø	Intestinal obstruction	Intestinal obstruction	Ø	Stimulating effect too great for overtly weak or debilitated patients
PRÉCAUTIONS						
- Do not use in the presence of fecal impaction, abdominal pain, nausea, fever or vomiting unless directed by a physician. - Overuse or extended use may cause dependence for bowel function. - Rectal bleeding or failure to have a bowel movement after use of a laxative may indicate a serious condition.	Irritable bowel syndrome patients may experience painful cramps; osmotic laxatives are often preferred.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

SENNOSIDES STANDARDISÉS						
MONOGRAPHIE <i>(Purdue Pharma)</i> 2017	BCCPC - 2019 Canada <i>(BC Centre for Palliative Care)</i>	GGPO - 2015 Allemagne <i>(German Guideline Program in Oncology)</i>	NCEC - 2015 Irlande <i>(National Clinical Effectiveness Committee)</i>	Monnery - 2018 Angleterre <i>(Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)</i>	NCCN - 2019 États-Unis <i>(National Comprehensive Cancer Network)</i>	ESMO - 2018 Europe <i>(European Society for Medical Oncology)</i>
Discontinue use and consult a physician. • If there has been a sudden change in bowel movements that persists over a period of 2 weeks, consult a physician before using a laxative. Laxative products should not be used for a period longer than 1 week unless directed by a physician. • If pregnant or nursing, seek the advice of a health care practitioner before using this product. • Consult a health care practitioner prior to use if you are taking thiazide diuretics, corticosteroids, licorice root or other medications or health products which may aggravate electrolyte imbalance. • Consult a health care practitioner prior to use if you have a kidney disorder or are taking cardiac medications such as cardiac glycosides or antiarrhythmic medications.						
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES						
• There are no known drug interactions with sennosides • Laxatives should not be taken within 2 hours of another medicine because the desired effect of the other medicine may be reduced.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

SENNOSIDES STANDARDISÉS						
MONOGRAPHIE (Purdue Pharma) 2017	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION						
Adults - Syrup: 10–15 mL (2–3 teaspoons) 1–2 times per day. Take at bedtime, as required. Maximum, 15 mL twice a day. Administer preferably at bedtime. - Tablets: Take 2–4 tablets 1–2 times per day. Take at bedtime, as required. Maximum, 4 tablets twice a day. Administer preferably at bedtime. Adults (pregnant) - Syrup: 5–10 mL (1–2 teaspoons) 1–2 times per day. Take at bedtime, not to exceed 10 mL twice a day. Adjust dosage as necessary. Administer preferably at bedtime. - Tablets: Take 1–2 tablets 1–2 times per day. Take at bedtime, not to exceed 2 tablets twice a day. Administer preferably at bedtime. The correct dose of the sennosides-containing laxatives is the smallest required to produce comfortable soft-formed stool and varies between individuals. - Do not take any type of laxative for more than 1 week, unless your	Starting dose: 1 to 2 tablets PO at bedtime or 10 mL syrup. Maximal daily tablet dose: 36 mg PO TID Start at bedtime, if dose increases required, add next dosing time at breakfast. This timing best matches drug onset to natural gastro-colic peristalsis.	Ø	Starting dose : Syrup (7.5 mg/5 mL) : 15 mL nocte Volume of liquid required : 15–30 mL daily Tablet (7.5 mg) : 1–2 tablets nocte Volume of liquid required : Volume required for ingestion of tablets.	Start with 15 mg nocte. Increase to 15 mg bd after 24–48 h if no effect. If necessary increase to a maximum of 30 mg tds.	Titrate Senna	Best taken in the evening or at bedtime

SENNOSIDES STANDARDISÉS						
MONOGRAPHIE (Purdue Pharma) 2017	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
physician has ordered a special schedule. Each mL contains: standardized sennosides 1.7 mg Each tablet contains: standardized sennosides 8.6 mg.						
EFFETS INDÉSIRABLES						
- Most frequently, these consisted of cramps and/or griping, usually described as “mild” or “slight”, or “occasional”, which are extensions of the activities associated with bowel evacuation. - Due to the presence of chrysophanic acid in natural senna, Senokot laxatives may cause discolouration of breast milk, urine, or feces depending on the acidity (yellow-brown discolouration) or alkalinity (redviolet discolouration) of the substance. - Reversible pigmentation of the colon, i.e., melanosis coli, may also result from prolonged use of senna containing preparations. - abdominal pain - Prolonged use or overdosage with any stimulant laxative including those containing senna may cause diarrhea, leading to excessive water	Intestinal colic is principal adverse effect and may be similar to the cramping of severe constipation.	Ø	- Watery diarrhoea - May cause abdominal cramping, electrolyte imbalance, dermatitis	- Intestinal colic - Diarrhoea - Hypokalaemia in cases of profuse diarrhoea	Ø	Ø

SENNOSIDES STANDARDISÉS						
MONOGRAPHIE (Purdue Pharma) 2017	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
loss (dehydration) and possible electrolyte imbalance. • Prolonged excessive use or misuse of these products may also result in the development of atonic colon.						
SUIVI ET ANALYSES DE LABORATOIRE						
• Reduce dose or discontinue use if you experience abdominal pain, griping (cramps or spasms) and/or diarrhea. • Consult a health care practitioner if symptoms persist or worsen.	Long term use considered safe. Onset time: 6 to 12 hours.	Ø	• Onset: 8–12 h	Ø	Ø	Ø

BISACODYL (comprimé et suppositoire)							
MONOGRAPHIE (Sanofi-Aventis) 2017	MONOGRAPHIE (Church & Dwight) Consulté en 2019	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION							
• Relief of occasional constipation	• Short-term treatment for occasional acute or chronic constipation, and irregularity	Management of constipation	Ø	Treatment of constipation in palliative care	Management of constipation in palliative care	Ø	Ø
CONTRE-INDICATIONS							
• hypersensitive to this drug or to any ingredient in the formulation or	• Acute surgical abdomen • appendicitis	<u>Suppositories</u> Avoid suppositories in patients with severely	Ø	Intestinal obstruction	Suppositories • Immediately post surgery involving pelvis	Ø	Ø

BISACODYL (comprimé et suppositoire)							
MONOGRAPHIE (Sanofi-Aventis) 2017	MONOGRAPHIE (Church & Dwight) Consulté en 2019	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
component of the container. • ileus • intestinal obstruction • acute abdominal conditions like acute appendicitis, acute inflammatory bowel diseases, severe abdominal pain associated with nausea and vomiting • severe dehydration • rare hereditary conditions that may be incompatible with an excipient of the product (lactose or sucrose). • Galactose intolerance (e.g. galactosaemia) • Fructose intolerance • nausea • fever • vomiting	• rectal bleeding • gastroenteritis • intestinal obstruction This drug should not be used in the presence of nausea/vomiting, fever, abdominal pain, or symptoms of appendicitis.	reduced white cell or platelet counts due the risk of bleeding or infection.					
PRÉCAUTIONS							
• Prolonged excessive use may lead to fluid and electrolyte imbalance and hypokalaemia • Intestinal loss of fluids can promote dehydration. Symptoms may include thirst and oliguria. In patients suffering from fluid loss where dehydration may be harmful (e.g. renal insufficiency, elderly patients) [Bisacodyl] should be discontinued	• A physician's consultation is strongly advised when treating constipation associated with colitis, carcinoma of the colon, or diverticulitis. • Caution and/or a physician's advice is warranted when treating constipation during pregnancy and lactation.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

BISACODYL (comprimé et suppositoire)							
MONOGRAPHIE (Sanofi-Aventis) 2017	MONOGRAPHIE (Church & Dwight) Consulté en 2019	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
and only be restarted under medical supervision. • Patients may experience haematochezia (blood in stool) that is generally mild and self-limiting • Suppositories may lead to painful sensations and local irritation, especially in patients with anal fissures and ulcerative proctitis and should be used in these conditions under medical advice or as directed by a physician. • should only be taken during pregnancy on medical advice. • Thus, bisacodyl can be used during breast-feeding.							
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES							
• The concomitant use of diuretics or adrenocorticosteroids may increase the risk of electrolyte imbalance if excessive doses of [bisacodyl] are taken. • should not be taken together with products reducing the acidity of the upper gastrointestinal tract, such as milk, antacids or proton pump inhibitors in order not to prematurely dissolve the enteric coating	Tablets should not be swallowed within 2 hours prior to or after taking other medications, to prevent having the desired effect of these drugs reduced or delayed.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

BISACODYL (comprimé et suppositoire)							
MONOGRAPHIE (Sanofi-Aventis) 2017	MONOGRAPHIE (Church & Dwight) Consulté en 2019	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
- the concomitant use of other laxatives may enhance the gastrointestinal side effects of [bisacodyl] - Do not use within two hours of another medicine							
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION							
- Take one to two coated tablets (5–10 mg) daily, orally or - one adult suppository (10 mg) daily, rectally. Administration - It is recommended to take [bisacodyl] coated tablet(s) at night to have a bowel movement the following morning. - It is recommended to start with the lowest dose (1 tablet). The dose may be adjusted up to a maximum single dose of 2 tablets to produce regular stools. The maximum daily dose should not be exceeded. - Tablets should be swallowed whole with an adequate amount of fluid. [suppositories] should be unwrapped and inserted into the rectum pointed end first.	Single daily dose of 2 (10 mg) or, exceptionally 3 (15 mg) tablets Tablets must be swallowed whole, not crushed or chewed.	Dose 1 supp PR x 1 Place suppository against rectal wall, not into faeces, to ensure effectiveness.	Ø	Starting dose: Tablets (5 mg) 10–20mg BD Volume of liquid required: Volume required for ingestion of tablets Starting dose: Suppository (10 mg) 1–2 Must come into contact with the bowel wall to be effective.	- One 10 mg suppository to be used when required	10–15mg PO daily-TID - suppository, one rectally daily-BID	Ø
EFFETS INDÉSIRABLES							
Dizziness and/or syncope	No systemic side effects have been reported.	Side effects rare but can cause occasional	Ø	tablets: - Abdominal cramps	Suppositories: Diarrhoea,	Ø	Ø

BISACODYL (comprimé et suppositoire)							
MONOGRAPHIE (Sanofi-Aventis) 2017	MONOGRAPHIE (Church & Dwight) Consulté en 2019	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
• haematochezia (blood in stool) • Abdominal pain and diarrhoea • hypersensitivity • Anaphylactic reactions • angioedema • dehydration • Abdominal cramps • nausea • vomiting • abdominal discomfort • anorectal discomfort • colitis (including ischaemic colitis and necrotizing colitis) Overdosage Symptoms: If high doses are taken, watery stools (diarrhoea), abdominal cramps, and a clinically significant loss of fluid, potassium and other electrolytes can occur. Treatment: Within a short time after ingestion of oral forms of [bisacodyl], absorption can be minimized or prevented by inducing vomiting or gastric lavage. Replacement of fluids and correction of electrolyte imbalance may be required. This is especially important in the elderly and the young.	Occasional mild abdominal cramps occurred in some patients.	abdominal cramps and diarrhea or local rectal inflammation. Can worsen pre-existing rectal tears and anal fissures. Occasionally causes faecal leakage.		- diarrhoea - electrolyte disturbance Suppository: • Abdominal cramping and pain • Diarrhoea • Local irritation	• Faecal leakage • Local irritation		

BISACODYL (comprimé et suppositoire)							
MONOGRAPHIE (Sanofi-Aventis) 2017	MONOGRAPHIE (Church & Dwight) Consulté en 2019	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
Administration of antispasmodics may be of value							
SUIVI ET ANALYSES DE LABORATOIRE							
If the use of bisacodyl every day for a week does not result in a bowel movement, a doctor should be consulted immediately.	- Rectal bleeding or failure to produce a bowel movement after taking this drug may indicate a serious problem; in such case, the drug should be discontinued and a physician consulted. - Desired effects are to be expected within 8 to 12 hours if taken at bedtime, or within 6 hours if taken before breakfast.	Onset: 20 to 60 min, up to 3 hours.	∅	- Onset: 6–12 h (tablets) - Onset: 15–60 minutes (suppository)	20–45minutes required to take effect	∅	∅

GLYCÉRINE (suppositoire)						
INFORMATION—BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Pogram in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION						
For relief of occasional constipation	Management of constipation	∅	Treatment of constipation in palliative care	Management of constipation in palliative care	∅	∅
CONTRE-INDICATIONS						
Ask a doctor before using any laxative if you have abdominal pain, nausea or vomiting	Avoid suppositories in patients with severely reduced white cell or platelet counts due the risk of bleeding or infection.	∅	∅	Immediately post-surgery involving pelvis	∅	∅

GLYCÉRINE (suppositoire)						
INFORMATION—BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
- a sudden change in bowel habits lasting more than 2 weeks - already used a laxative for more than 1 week						
PRÉCAUTIONS						
Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES						
Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION						
1 suppository, or as directed by a doctor per 24 hours. Insert suppository well up into the rectum. To produce laxative action suppository is designed to dissolve only partially, which may not be noticeable. 1 suppository = 2 g	Dose 1 supp PR x 1 Suppositories should be retained for 15 minutes.	Ø	1	One 4 g suppository to be used when required	Ø	Ø
EFFETS INDÉSIRABLES						
Rectal discomfort or burning sensation	Adverse effects rare but may include mild rectal irritation.	Ø	Local irritation	- Diarrhoea - Fecal leakage	Ø	Ø
SUIVI ET ANALYSES DE LABORATOIRE						
Stop use and consult a doctor if you have - rectal bleeding - no bowel movement within 1 hour of using this product. These symptoms may indicate a serious condition.	Onset: 15 to 30 min	Ø	Onset: 15–60 minutes	15–30minutes required to take effect	Ø	Ø

GLYCÉRINE (suppositoire)						
INFORMATION—BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
This product usually produces bowel movement in 15 minutes to 1 hour.						

HUILE MINÉRALE – (lavement)						
INFORMATION — BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION						
- For relief of fecal impaction - For relief of occasional constipation	Management of constipation	Ø	Treatment of constipation in palliative care	Ø	Ø	Ø
CONTRE-INDICATIONS						
Ask a doctor before using any laxative if you have: - abdominal pain, nausea, or vomiting - a sudden change in bowel habits lasting more than 2 weeks - already used a laxative form more than 1 week	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
PRÉCAUTIONS						
If pregnant or breast-feeding, ask a health professional before use.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES						
Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

HUILE MINÉRALE – (lavement)						
INFORMATION — BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION						
1 bottle per day (118 ml of mineral oil 100%)	Dose: 130 mL PR x 1 Maximum dose: 1 enema PR daily Warm to room temperature before use	Ø	Starting dose : 60–120 mL	Ø	Ø	Ø
EFFETS INDÉSIRABLES						
Ø	Ø	Ø	Local irritation	Ø	Ø	Ø
SUIVI ET ANALYSES DE LABORATOIRE						
- If constipation continues after one week of use, contact your doctor - Stop use and ask a doctor if you have - rectal bleeding - no bowel movement within 15 minutes of using this product. This product usually produces a bowel movement in 2–15 minutes	Onset: 2 to 15 minutes.	Ø	Onset: Up to 1 h	Ø	Ø	Ø

PHOSPHATE DE SODIUM (lavement)						
INFORMATION — BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION						
• Use for relief of occasional constipation	Management of constipation	Ø	Treatment of constipation in palliative care	Ø	Ø	Ø
CONTRE-INDICATIONS						
Do not use: • For more than 3 days • if you have kidney disease • if you have heart problems • if you are dehydrated • when abdominal pain, nausea, or vomiting are present unless directed by a doctor.	Contraindicated in renal failure	Ø	Ø	Ø	Ø	• Neutropaenia or thrombocytopaenia • Paralytic ileus or intestinal obstruction • Recent colorectal or gynaecological surgery • Recent anal or rectal trauma • Severe colitis, inflammation or infection of the abdomen • Toxic megacolon • Undiagnosed abdominal pain • Recent radiotherapy to the pelvic area
PRÉCAUTIONS						
• Using more than one enema in 24 hours can be harmful Ask a doctor before using this product if you : • are 55 years of age or older • are on a sodium-restricted diet • have a sudden change in bowel habits lasting more than 2 weeks • already used a laxative for more than 1 week • If pregnant or breast-feeding, ask a health professional before use.	• Elderly patients (over 65) are particularly at risk of serious electrolyte disturbances. Fatalities have been reported. • Avoid multiple applications to minimize risk of adverse effects.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

PHOSPHATE DE SODIUM (lavement)						
INFORMATION — BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES						
• Do not use if taking another sodium phosphates product.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION						
1 bottle per day If no urge is felt after 5 minutes of using, try to empty bowel. Call a doctor promptly if no liquid comes out of the rectum after 30 minutes because dehydration could occur. - each 118 mL delivered dose contains sodium 4.4 g - additional liquids by mouth are recommended while taking this product	Starting dose: 130 mL PR x 1 Maximum dose: 1 enema PR daily Warm to room or body temperature before use.	Ø	1	Ø	Ø	Ø
EFFETS INDÉSIRABLES						
Ø	Ø	Ø	Local irritation Excessive use may cause diarrhoea and fluid loss	Ø	Ø	AEs are uncommon
SUIVI ET ANALYSES						
This product usually produces a bowel movement in 1 to 5 minutes. Stop use and ask a doctor if you have : - Rectal bleeding - No bowel movement or no liquid comes out of the rectum after 30 minutes - symptoms of dehydration [feeling thirsty, dizziness, vomiting, urinating less often than normal]	Onset: 2 to 5 minutes, up to 30 minutes. If enemas are ever used regularly, must monitor for electrolyte, fluid imbalances, rectal trauma.	Ø	Onset 15–30 minutes	Ø	Ø	Ø

PHOSPHATE DE SODIUM (lavement)						
INFORMATION — BOÎTE (FLEET®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program In Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
These may indicate a serious condition						

SORBITOL/LAURYLSULPHOACÉTATE DE SODIUM/CITRATE DE SODIUM (microlavement)						
INFORMATION - BOÎTE (MICROLAX®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
INDICATION						
used to empty the large bowel in constipation	Management of constipation	Ø	Treatment of constipation in palliative care	Ø	Ø	Works best if rectum is full on DRE
CONTRE-INDICATIONS						
Do not use this medicine if you have ever had a hypersensitivity reaction (e.g. rash, swelling of the face and throat, difficulty breathing) to any of the ingredients.	Do not use in the presence of abdominal pain, nausea, fever or vomiting.	Ø	Ø	Ø	Ø	- Neutropaenia or thrombocytopaenia - Paralytic ileus or intestinal obstruction - Recent colorectal or gynaecological surgery - Recent anal or rectal trauma - Severe colitis, inflammation or infection of the abdomen - Toxic megacolon - Undiagnosed abdominal pain - Recent radiotherapy to the pelvic area
PRÉCAUTIONS						
- Take special care with Microlax if you have ulcers or inflammation of your large bowel or any other part of your intestine. - Prolonged use may lead to irritation of the anal canal	Risk of intestinal necrosis: avoid use with sodium polystyrene sulfonate containing products.	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø

SORBITOL/LAURYL SULPHOACÉTATE DE SODIUM/CITRATE DE SODIUM (microlavement)						
INFORMATION - BOÎTE (MICROLAX®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
Ask your doctor or pharmacist for advice before using this product if you are pregnant or breast-feeding.						
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES						
Speak to your doctor or pharmacist before using Microlax if you are taking sodium polystyrene sulphonate	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
POSOLOGIE ET ADMINISTRATION						
The contents of one enema administered in the rear passage as necessary.	Starting dose: 5 mL PR x 1 Maximum dose: 10 mL PR daily	Ø	1	Ø	Ø	Ø
EFFETS INDÉSIRABLES						
- Prolonged use of Microlax may lead to irritation of the rear passage. Sensitivity reactions (such as a rash) rarely occur. - Abdominal pain. - Anal discomfort. - Diarrhoea. - Allergic reactions (e.g. hives).	Ø	Ø	(Microlax) Excessive use may cause diarrhoea and fluid loss	Ø	Ø	Ø
SUIVI ET ANALYSES DE LABORATOIRE						
- Microlax is usually effective within 5 to 15 minutes - If you experience any reactions to microlax, discontinue using the	Onset : 5 to 20 min, up to 60 min.	Ø	Onset: 30-60 minutes	Ø	Ø	Ø

SORBITOL/LAURYLSULPHOACÉTATE DE SODIUM/CITRATE DE SODIUM (microlavement)						
INFORMATION - BOÎTE (MICROLAX®)	BCCPC - 2019 Canada (BC Centre for Palliative Care)	GGPO - 2015 Allemagne (German Guideline Program in Oncology)	NCEC - 2015 Irlande (National Clinical Effectiveness Committee)	Monnery - 2018 Angleterre (Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group)	NCCN - 2019 États-Unis (National Comprehensive Cancer Network)	ESMO - 2018 Europe (European Society for Medical Oncology)
product and speak to your doctor or pharmacist. Seek medical advice if symptoms persist and avoid prolonged use.						

ANNEXE G

Traitement des commentaires des lecteurs externes

Tableau G-1 Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes

Guide à l'intention des lecteurs externes

Dossier : Protocole médical national sur le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique

Lecteur :

Ce guide vise à vous assister dans votre travail de révision des documents en présentant les différents éléments à examiner. Nous vous demandons d'y inscrire directement vos commentaires.

Merci de votre collaboration.

1. CONTENU GÉNÉRAL

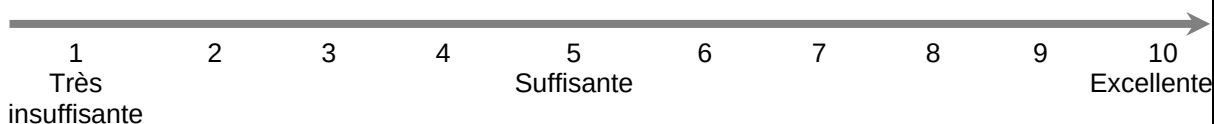
- 1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire?
- 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)?
- 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel?
- 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)?
- 1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?
- 1.6. Les références sont-elles d'actualité?
- 1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates?
- 1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates?

2. CONTENU SPÉCIFIQUE

Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.

3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE

De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du PMN?



___/10

4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES

- 4.1. Quels groupes **spécifiques**, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN?

Tableau G-2 Traitement des commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Mme Suzanne Gilbert, chef adjointe au chef du département de pharmacie, soins pharmaceutiques, enseignement, recherche et utilisation optimale du médicament; pharmacienne conseil - Démarche OPUS-AP Institut universitaire de gériatrie de Montréal CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 9/10</u>	
1. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u>	
1.1. Oui, il faut prendre le temps de bien lire tout le contenu pour arriver à trouver ce que l'intervenant peut faire en présence de telle ou telle situation. Le protocole est bien détaillé.	Aucune action requise
1.2. Oui, méthodologie de recherche de la littérature exhaustive et répond aux règles de l'art. J'ai apprécié le document Guides et normes ainsi que les annexes	Aucune action requise
1.3. Oui, il exigera de l'accompagnement de ceux qui auront à l'utiliser afin qu'ils puissent se l'approprier. Il y a plusieurs algorithmes qui répondent à diverses situations.	Aucune action requise
1.4. Oui	Aucune action requise
1.5. Oui, il y a un bout de phrase que je trouve difficile à interpréter : p.1 Contre-indications à l'application de ce protocole puce suivante : Contre-indication à l'usage d'un des médicaments recommandés sans traitement alternatif approprié. Je vous suggère d'identifier une autre manière de phraser, car je ne comprends pas la section sans traitement alternatif approprié. Je n'arrive pas à mettre cela dans mes mots, je ne saurais comment l'expliquer à une autre personne. La question est : que voulez-vous dire ici ? Est-ce que contre-indication à l'usage d'un des médicaments recommandés serait suffisant ?	La puce a été reformulée.
1.6. Oui	Aucune action requise
1.7. Pour une clientèle gériatrique atteinte de troubles neurocognitifs parfois majeurs c.-à-d. des résidents qui ont de la difficulté à exprimer verbalement leurs besoins, le personnel autorisé à appliquer le protocole devra être en mesure de se munir de moyens permettant de bien objectiver la fréquence de l'évacuation intestinale, la consistance, etc., ainsi que les symptômes non verbaux d'une constipation qui pourraient être des indices de sa présence chez le résident. En termes simples, le personnel devra connaître les habitudes d'évacuation des selles ainsi que tout comportement inhabituel chez le résident qui les mettraient sur la piste d'une constipation. Dans le contexte actuel québécois de ressources humaines (PAB, inf. aux et inf.) absentes ou dont la présence est discontinuée ou en nombre insuffisant, je suis préoccupée. Combien de résidents dans les CHSLD se retrouvent-ils avec un fécalome faute de n'avoir pu prévenir sa survenue ?	Un paragraphe a été ajouté dans la section « Impact clinique » de la discussion du rapport pour mettre en évidence cet enjeu important.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Je comprends que la mise en place de moyens adéquats pour le suivi de la constipation chez les résidents en CHLSD ou en ressources intermédiaires ne relève pas de l'INESSS, mais je tiens à le souligner, car peut être que vous serez en mesure de transmettre ces préoccupations aux personnes concernées.	
1.8. Je crois que oui, de toute manière, le PMN n'utilise pas les doses maximales utilisables de certains médicaments. En plus dès qu'on mentionne que son usage 2 fois par mois demande de référer, il me semble que la référence surviendra assez rapidement. Dans notre milieu IUGM, le pharmacien est souvent consulté pour le soulagement de la constipation, car nous avons de la part du CMDP, le statut de prescripteur pour les médicaments des annexes 3 et 4.	Aucune action requise
2. CONTENU SPÉCIFIQUE 2.1. Au point 2.2.1 Laxatifs osmotiques, au sujet du Lactulose, je suggère que soit ajouté aux breuvages, le thé et le café (pratique expérimentielle + BCCPC-2017 p. 46 Annexe F)	Le thé et le café ont été ajoutés dans les exemples de boissons auxquelles le lactulose peut être mélangé dans le tableau 2.2.1 du PMN et les sections correspondantes du rapport en soutien.
2.2. Au point 2.2.4 Lavements et l'argumentaire de la p. 32 du document Élaboration du PMN, j'ai quelques réserves parce que nous avons vécu des cas réels dans l'une de nos installations en milieu hospitalier (2 cas en dix ans ont nécessité une hémodialyse et les néphrologues de cet hôpital ont demandé à ce que soit ajouté une étiquette sur le contenant précisant de ne pas l'administrer si Cl Creat inférieure à 30 mL/min. J'ai tenté d'obtenir plus de détails sur ces cas, mais personne n'a été en mesure de me communiquer les informations demandées : âge, état préalable de la fonction rénale, usager déshydraté ?, etc.). La valeur de 30 mL/min est un choix arbitraire non appuyé par la littérature. Ci-joint une référence sur le sujet bien que ce soit l'expérience d'un seul centre.[Ori <i>et al.</i>, 2012] Serait-il possible de revoir votre position? Je comprends que le microlavement Micro-Lax n'est pas inscrit aux formulaires de médicaments RAMQ et Établissement et c'est réellement dommage. En effet, le volume restreint de ce lavement est avantageux tant pour l'utilisateur que pour le personnel qui l'administre. Son coût également significativement moindre qu'un lavement au phosphate de sodium. Nous le réservons dans l'une de nos installations pour certains résidents en CHLSD et il doit alors être prescrit. Le microlavement n'est pas en réserve sur les unités de soins (au commun). Le microlavement est également efficace et les effets secondaires potentiels sont moins graves que ceux du lavement au phosphate de Na. Si son usage était permis, nous réduirions encore plus le risque pour la clientèle âgée hébergée. En	Puisque le microlavement est utilisé dans quelques milieux de soins et présente plusieurs avantages, cette option de traitement a été ajoutée à la section 2.5 du protocole de même que dans l'algorithme de traitement J disponible à l'annexe II. L'usage de ce traitement sera optionnel en fonction de sa disponibilité. Le caractère optionnel du traitement est mis en évidence dans l'algorithme par l'usage de lignes pointillées. Un tableau contenant l'information générale relative à ce médicament a également été ajouté à la section 2.2.5 du protocole. Il est aussi mentionné à cette section que le microlavement n'est pas couvert par le régime public d'assurance médicaments du Québec de la RAMQ. Les sections pertinentes du rapport en soutien au PMN ont été modifiées pour refléter ces changements.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
fait, nous étions en démarche de retirer le lavement de phosphate de Na pour le remplacer par le microlavement pour certaines installations de notre CIUSSS. Si le choix du lavement au phosphate de Na est maintenu, nous allons poursuivre son utilisation puisque toute OC au Québec devra respecter le protocole médical national lorsqu'il sera publié	
4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES 4.1. Les infirmières, les infirmières cliniciennes, les infirmières auxiliaires, les pharmaciens communautaires et en établissement de santé, les IPS et les médecins généralistes.	Aucune action requise
M. Mailhot-Bisson, infirmier candidat au Ph. D., directeur des programmes de 2^e cycle, professeur, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, université de Sherbrooke	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 10/10</u>	
1. CONTENU GÉNÉRAL 1.1. Les informations du PMN sont bien présentées et faciles à lire. Le vocabulaire est clair pour un professionnel de la santé. La mise en page fait en sorte que c'est facile de bien repérer l'information, soit par les différents points de forme, les tableaux ou les algorithmes décisionnels.	Aucune action requise
1.2. Le rapport de soutien fait la preuve de la rigueur du travail réalisé pour l'élaboration du PMN. L'ensemble de la démarche de recherche documentaire est bien décrit et de manière exhaustive. La sélection/exclusion des articles et références est bien expliquée et justifiée. La méthodologie de sélection et analyse est présentée avec détails. L'utilisation des grilles d'analyse des données probantes et de guides de pratiques cliniques montre à quel point le travail est fait avec une rigueur scientifique requise. Les documents inclus dans la PMN sont de qualités et contribuent bien dans la PMN. Les limites rencontrées lors du PMN sont nommées et expliquées.	Aucune action requise
1.3. Oui. En général, c'est des pratiques qui se sont déjà sur les unités de soins (en autres en chirurgie et en gériatrie où j'ai travaillé) suite à des prescriptions médicales. C'est un protocole qui semble facile à suivre par les infirmières si elle est vigilante au titre des différents algorithmes des pages 6 à 11.	Aucune action requise
1.4. Oui. Le rapport en soutien est très complet et vient appuyer l'information du PMN. Chaque élément est bien justifié et les images, tableaux ou captures d'écran facilitent grandement les liens entre les trois documents lors de la lecture du rapport. C'est intéressant et, encore une fois, on constate la grande rigueur scientifique du projet.	Aucune action requise
1.5. Le contenu du PMN est accessible, à mon avis, à toutes personnes qui ont une formation en santé et/ou en pharmacologie.	Aucune action requise

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
1.6. Oui. Elles sont à jour, récentes en grande partie et elles proviennent souvent d'associations/regroupements reconnues.	Aucune action requise
1.7. Oui. Les contre-indications semblent adéquates. Un médecin, une infirmière praticienne spécialisée et même une infirmière clinicienne seront capables de bien les comprendre et les appliquer.	Aucune action requise
1.8. Oui. Du point de vue de ma connaissance. C'est adéquat.	Aucune action requise
2. CONTENU SPÉCIFIQUE	Aucune action requise
2.1. P.18 : La description que vous faites d'une clientèle gériatrique est claire et c'est bien de préciser que cela va au-delà du 65 ou 75 ans et plus (ex : personnes de moins de 65 ans ayant un profil gériatrique). Les références pour décrire les personnes fragilisées ou en perte d'autonomie sont des classiques dans le domaine et des incontournables au niveau international. Elles sont utilisées lors de la formation des infirmières cliniciennes et des infirmières praticiennes spécialisées dans les programmes de l'Université de Sherbrooke (et sûrement dans les autres universités aussi).	
2.2. P. 30 : C'est excellent de faire une section sur les usagers qui consomment des opioïdes. C'est souvent la première cause de constipation en dehors des habitudes de vie chez la clientèle gériatrique. J'ajouterais que cette condition (surtout en postopératoire) nécessite une grande surveillance clinique de la part du personnel médical et infirmier étant donné le grand nombre de complications gériatriques associées aux problèmes d'élimination fécale (ex. : délirium, syndrome d'immobilisation, dénutrition, etc.), Le PMN peut être d'une grande utilité dans ce contexte.	Un paragraphe qui met en évidence l'importance du suivi régulier pour les populations visées par le PMN, et particulièrement celles qui prennent des opioïdes, a été ajouté au rapport en soutien au PMN à la section 2.2.6.2. Le suivi minimal d'une fois par jour requis par le PMN devrait permettre une surveillance adéquate de toutes les personnes à qui s'adresse le PMN, incluant celles qui prennent des opioïdes.
2.3. P. 43 : Les informations à transmettre et recommandations quant à l'environnement sont très pertinentes et cohérentes avec les recommandations générales données aux personnes âgées lors d'un suivi médical ou infirmier	Aucune action requise
4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES	Aucune action requise
4.1. Tous les cliniciens et professionnels de la santé doivent bénéficier des informations de ce PMN. Si ce n'est que pour la standardisation des procédés de soins (comme vous mentionnez dans le rapport de soutien que les ordonnances collectives sont différentes entre les établissements de santé du Québec). Il ne serait pas mauvais non plus, à mon avis, que les préposés aux bénéficiaires et infirmières auxiliaires aient l'information (adaptée selon leur champ d'exercice professionnel). Ils sont souvent en première ligne auprès des personnes hospitalisées ou hébergées afin de constater des signes de constipations (ou complications sous-jacentes) et ils doivent le rapporter à l'infirmière. Pour la population, l'information	

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
vulgarisée sur les habitudes de vie et l'environnement est pertinente. Pour les décideurs, cela peut être pertinent selon le niveau de proximité avec la clientèle concernée par le PMN afin de bien comprendre les actions et les décisions des professionnels de la santé sous leur autorité.	
Dre Christiane Martel, présidente de la Société québécoise des médecins de soins palliatifs et Maison Victor-Gadbois	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 10/10</u>	
1. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u>	
1.1. Oui	Aucune action requise
1.2. Oui	Aucune action requise
1.3. Oui	Aucune action requise
1.4. Oui	Aucune action requise
1.5. Oui, très bien détaillé.	Aucune action requise
1.6. Oui	Aucune action requise
1.7. Oui	Aucune action requise
1.8. Oui	Aucune action requise
2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u>	
2.1. PMN – Contre-indications à l'application de ce protocole — Première puce Être plus global dans les symptômes possibles d'une occlusion? (Même si les symptômes peuvent ressembler à ceux de la constipation, mais vomissement fécaloïde significatif d'une occlusion plutôt basse, et non haute...). Ex. : nausées/vomissements avec coliques et douleur abdominale intense	Les vomissements avec coliques ont été ajoutés dans les symptômes de l'occlusion intestinale. Même si la nausée est un symptôme associé à l'occlusion intestinale, elle est très fréquente en milieu de soins palliatifs sans constituer une contre-indication à l'application du protocole. Pour éviter qu'un trop grand nombre de personnes ne puisse être traitées par l'utilisation du protocole, la nausée n'a pas été mise à la liste des symptômes de l'occlusion intestinale.
2.2. PMN – Section 1.1 Décrire diarrhée paradoxale à l'aide d'un astérisque en bas de page? Ex. : *selles plus ou moins liquides secondaires à l'irritation intestinale causée par la constipation	La puce a été reformulée pour être plus descriptive.
2.3. PMN – Section 1.2 Besoin de précision pour les infirmières (qui sont habituées au « 3 jours sans selle »). Pour ne pas confondre avec « absence de selle depuis 48 h », peut-être donner un exemple? Ai-je bien compris : Ex. : Si fréquence habituelle de défécation aux 48 h, et qu'il y a absence de selles depuis maintenant 4 jours on débute le protocole?	L'instruction a été reformulée dans le PMN et un paragraphe explicatif a été ajouté au rapport pour en clarifier la signification. Un tutoriel sera également disponible sur le site de l'INESSS dans lequel un exemple concret sera présenté pour assurer une bonne compréhension des utilisateurs du PMN.
2.4. PMN – Section 1.6 Préciser hémorroïdes « externes »	La précision a été ajoutée.
2.5. PMN – Section 2.2.1 — Général Préciser leur effet ex. : laxatifs qui font un appel d'eau dans l'intestin et qui visent à rendre les selles plus molles. Utiliser surtout si les selles sont de consistance dure	Le mécanisme d'action a été ajouté au tableau de la section 2.2.1. Une revue de littérature sur l'usage optimal du médicament n'a pas été effectuée. Il n'est donc pas possible d'indiquer des recommandations d'usage dans le PMN. Toutefois, puisque le mécanisme d'action fait mention d'un ramollissement des selles, les utilisateurs du protocole comprendront que l'usage sera particulièrement intéressant lorsque les selles sont dures.
2.6. PMN – Section 2.2.1 — Titre des colonnes	Les titres de colonnes ont été reformulés pour plus de clarté.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Est-ce que la colonne de gauche est le 1er choix et la colonne de droite le 2e choix?	
2.7. PMN – Section 2.2.1 — Particularités liées à l'administration du lactulose Favoriser l'usage si présence d'ictère pour absorption des sels biliaires	Une revue de littérature sur l'usage optimal du médicament n'a pas été effectuée. Il n'est donc pas possible d'indiquer des recommandations d'usage précises à l'intérieur du PMN.
2.8. PMN – Section 2.2.2 — Général Peut-être aussi définir leur usage...ex. : visant à stimuler l'évacuation des selles, à privilégier si selles molles dont l'évacuation est difficile.	Le mécanisme d'action a été ajouté au tableau de la section 2.2.2. Une revue de littérature sur l'usage optimal du médicament n'a pas été effectuée. Il n'est donc pas possible d'indiquer des recommandations d'usage précises à l'intérieur du PMN.
2.9. PMN – Section 2.2.3 — Général Même commentaire...usage à favoriser si...	Le mécanisme d'action des suppositoires a été ajouté au tableau de la section 2.2.3. Les modalités d'usage sont présentées dans l'algorithme qui décrit l'approche rectale à la section 2.5.
2.10. PMN – Section 2.2.3 – Dose maximale le suppositoire de glycérine en 1er et de bisacodyl en 2e ou les 2 en même temps?	Une combinaison de chacun des deux suppositoires administrés en même temps par 12 heures est indiquée dans le PMN. L'approche thérapeutique présentée à la section 2.5 de même que l'algorithme J précise que les deux types de suppositoires sont administrés au même moment.
2.11. PMN – Section 2.2.4 — Lavements Voir p. 11 section 2.5 approche rectale pour usage	Le mécanisme d'action a été ajouté au tableau de la section 2.2.4.
2.12. PMN – Section 2.3 — Tableau Expliquer abréviation LEST	Le terme « fibres » a été ajouté pour plus de clarté.
2.13. PMN – Section 2.4 Sections 2.4.1 à 2.4.5 inclus : Quel laxatif est à privilégier en premier sennosides? bisacodyl? lax a day? Ou si l'un ou l'autre s'équivaut... Peut-être être plus précis. Aussi, si l'on commence l'algorithme avec l'une ou l'autre des molécules, doit-on poursuivre avec la même pour les prochaines étapes, ou l'on peut changer de molécules (sennosides vs bisacodyl) en cours d'étape sans problème?	La section 2.4 a été synthétisée sous forme de tableau afin de clarifier le choix de l'approche thérapeutique pour chaque situation. Une référence à l'algorithme correspondant de l'annexe I est intégrée à chaque ligne du tableau. Puisque le protocole ne priorise ni les sennosides ni le bisacodyl dans le choix d'un laxatif stimulant, une note a été ajoutée en bas du tableau de la section 2.4 ainsi que sous les algorithmes appropriés de l'annexe I pour préciser qu'une fois le choix du laxatif stimulant effectué (sennosides ou bisacodyl), le médicament choisi doit être utilisé pour toute la durée du protocole.
2.14. PMN – Section 3 — Habitudes de vie Rajouter : ► Horaire habituel de défécation (à favoriser et à respecter autant que possible)	Cet aspect a été ajouté au tableau.
2.15. PMN – Section 3 — Conditions qui favorisent l'élimination fécale Notamment, « répondre le plus rapidement possible aux urgences fécales ».	Cet aspect a été intégré au tableau avec la puce « Accessibilité de la toilette ».
2.16. PMN – Section 4 Effets indésirables de quoi? L'usage du protocole? L'usage du laxatif?	Le point a été reformulé pour plus de clarté.
2.17. PMN – Section 5 – Échec des traitements oraux et rectaux Voir section 2.4 les bulles rouges	L'échec des traitements oraux et rectaux ne fait pas nécessairement suite à l'utilisation des algorithmes du protocole, mais pourrait résulter de l'auto-traitement de la personne qui consulte. Il est donc préférable de ne pas faire référence aux algorithmes à cette section.
2.18. PMN – Autres	L'évaluation de la consistance des selles n'est pas requise dans le cadre de ce protocole. L'échelle de

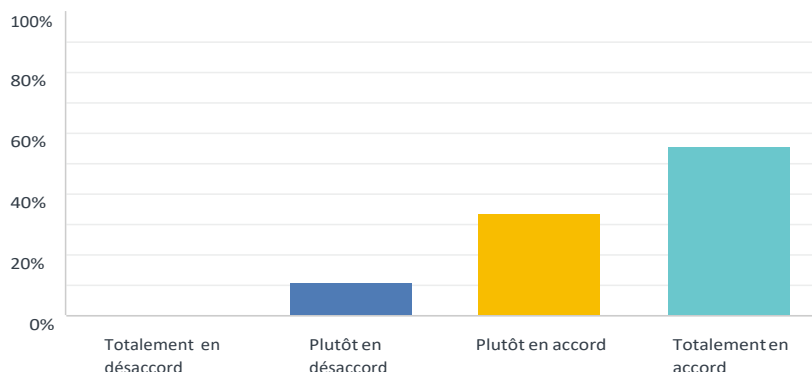
COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Je joindrais à ce protocole l'échelle de Bristol pour une meilleure évaluation de la consistance des selles suite à l'utilisation des laxatifs Bravo excellent travail	Bristol n'est donc pas nécessaire pour l'application du présent PMN.
4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u> 4.1. Les infirmières (auxiliaires, bachelières, praticiennes), les gestionnaires de CHSLD, les ressources intermédiaires et privées hébergeant des personnes âgées, les maisons de soins palliatifs et les unités de soins palliatifs hospitalières.	Aucune action requise

ANNEXE H

Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du PMN et de l'ordonnance collective

Q1 Le contenu du protocole médical national (PMN) sur le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain):

Répondu: 9 Passé: 0

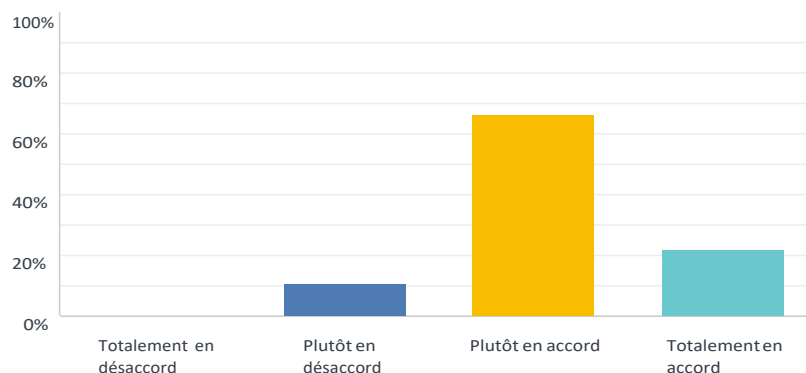


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalement en désaccord	0.00%	0
Plutôt en désaccord	11.11%	1
Plutôt en accord	33.33%	3
Totalement en accord	55.56%	5
TOTAL		9

#	COMMENTAIRES
1	Usager qui présente une diminution de la fréquence habituelle de défécation et au moins un des symptômes suivants depuis 48 heures ou plus. Le 48 heures ou plus n'ajoute rien et peut simplement porter à confusion (ex: si habitude de l'usager est 2 fois semaine). suggère de retirer
2	Parfois en soins palliatifs ou clientèle gériatrique avec NIM c-d il n'y a pas d'intervention invasive comme prise de sang donc difficile de voir si neutropénie ou thrombocytopénie présentent

Q2 Le PMN présente l'information de façon claire et facile à comprendre.

Répondu: 9 Passé: 0



CHOIX DE RÉPONSES

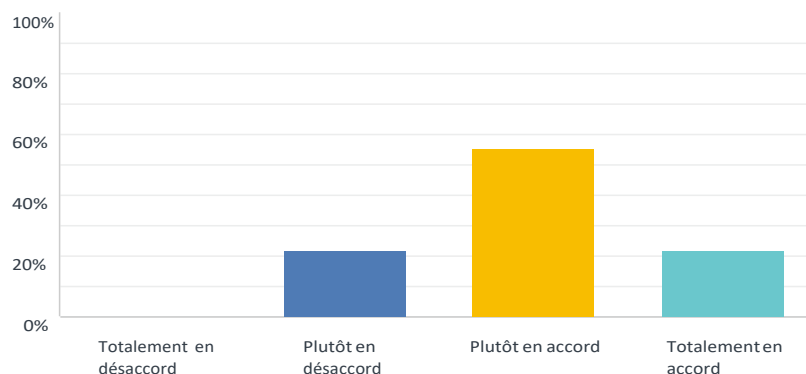
RÉPONSES

Totalelement en désaccord	0.00%	0
Plutôt en désaccord	11.11%	1
Plutôt en accord	66.67%	6
Totalelement en accord	22.22%	2
TOTAL		9

#	COMMENTAIRES
1	Les multiples organigrammes section 2.4 sont laborieux et répétitifs. De plus une approche trop rapide par exemple avec le PEG q2 jours, ne donne pas le temps à la nouvelle dose de faire effet et va fort possiblement conduire à la diarrhée et devrons cesser la médication et ensuite le cycle recommence, encore bloqué! Suggère de mettre sous forme de tableau par étapes. Dans le Guide Pratique des soins palliatifs des pharmaciens APES on décrit des agents à l'étape 1, 2 et 3. Il est possible de prendre seulement les produits retenus et de cheminer le raisonnement dans un seul tableau. Donner des lignes directrices sans tout énumérer en considérant que l'infirmière pourra utiliser son jugement clinique. De plus attentions les doses maximales énoncées ne correspondent pas aux références usuelles (peut-être est-ce volontaire?) Suggère de revoir aussi la section 2.5 très petit et difficile à suivre. Mettre les contre indications dans le haut et ensuite simplifier en débutant avec examen rectal. Mettre sous forme d'un tableau au lieu de l'organigramme 3 colonnes: rectum vide, selles dans rectum et fécalome. Actuellement c'est visuellement très lourd.
2	adapter l'intervention à fonction de la prise de laxatif c'est une excellente idée cependant plusieurs options possibles ce qui risque de décourager quelques personnes
3	mieux détailler et expliquer l'application des différents algorithmes à la section 2.4.
4	très complet et prévoit différentes situations en ce qui concerne la prise de laxatif régulière. Peut-être dans le titre des algorithmes faire ressortir les indications

Q3 L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.

Répondu: 9 Passé: 0



CHOIX DE RÉPONSES

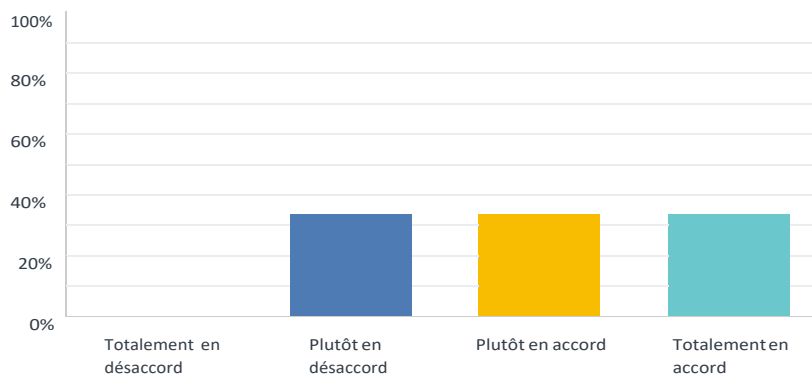
RÉPONSES

Totalément en désaccord	0.00%	0
Plutôt en désaccord	22.22%	2
Plutôt en accord	55.56%	5
Totalément en accord	22.22%	2
TOTAL		9

#	COMMENTAIRES
1	Nous n'allons pas implanter ce document car nous avons fait des choix thérapeutiques plus restreints. De plus les commentaires dans les algorithmes qui mentionnent de revenir à la posologie initiale s'il y a lieu, ne font que porter à confusion car si c'est une dose non efficace et bien on va revenir au même problème. Je dirais plutôt de conserver la dose qui est jugée adéquate selon le jugement clinique. En gériatrie, je pense qu'il faut garder seulement les agents plus sécuritaires et les mieux tolérés.
2	Il arrive que nous retrouvons plus d'un laxatif régulièrement chez un même patient donc prévoir peut-être mettre l'utilisation des approches orale ou rectale au 2.3 au début des algorithmes
3	Les infirmières sont tellement chargées,...

Q4 Les algorithmes de traitement du PMN sont clairs, conviviaux, faciles d'utilisation et contiennent toute l'information nécessaire pour aider le clinicien à suivre le traitement approprié.

Répondu: 9 Passé: 0



CHOIX DE RÉPONSES

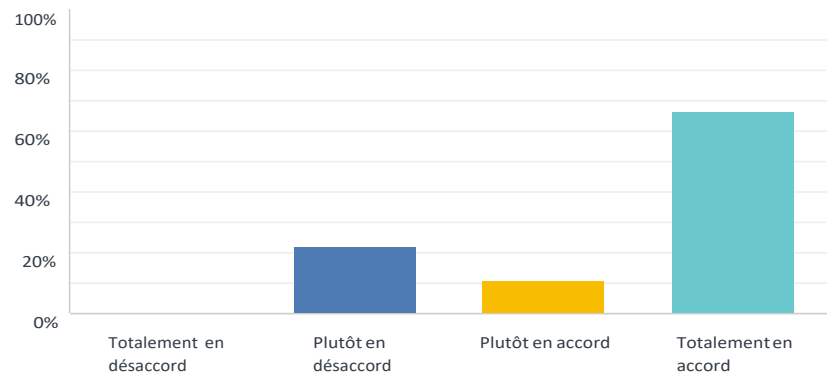
RÉPONSES

Totalelement en désaccord	0.00%	0
Plutôt en désaccord	33.33%	3
Plutôt en accord	33.33%	3
Totalelement en accord	33.33%	3
TOTAL		9

#	COMMENTAIRES
1	Déjà répondu. Si je peux donner une autre recommandation donner des information plus claires au lieu de mentionner décoloration de l'urine, des fèces. Dire réellement ce qui est possible ex selles jaunâtres, urine rose brune (section sennosides). Les délais d'action, il serait pas plus clair de parler de début d'action, dans bien des cas sont réellement plus rapides que rapportés dans la littérature ex : sennosides peuvent prendre jusqu'a 24 hrs.
2	Certains titres des algorithmes sont moins clairs: 2.4.1 et 2.4.5 demande plus de concentration. Peut-être travailler le visuel
3	il faut le lire au complet pour comprendre lequel des algorithmes utilisés
4	les algorithmes sont claires. C'est les raisons d'application d'un algorithme versus un autre qui devrait être plus claire
5	voir commentaire plus haut
6	Sauf le grand algorithme qui me semble plus clair.

Q5 Le contenu du modèle d'ordonnance collective (OC) pour l'initiation et l'ajustement d'un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).

Répondu: 9 Passé: 0

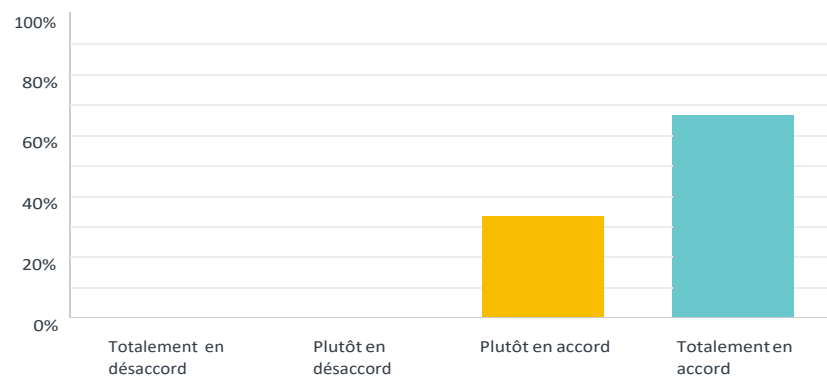


CHOIX DE RÉPONSES		RÉPONSES	
Totalément en désaccord		0.00%	0
Plutôt en désaccord		22.22%	2
Plutôt en accord		11.11%	1
Totalément en accord		66.67%	6
TOTAL			9

#	COMMENTAIRES
	Aucun commentaire

Q6 Le modèle d'OC pour l'initiation et l'ajustement d'un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale présente l'information de façon claire et facile à comprendre.

Répondu: 9 Passé: 0

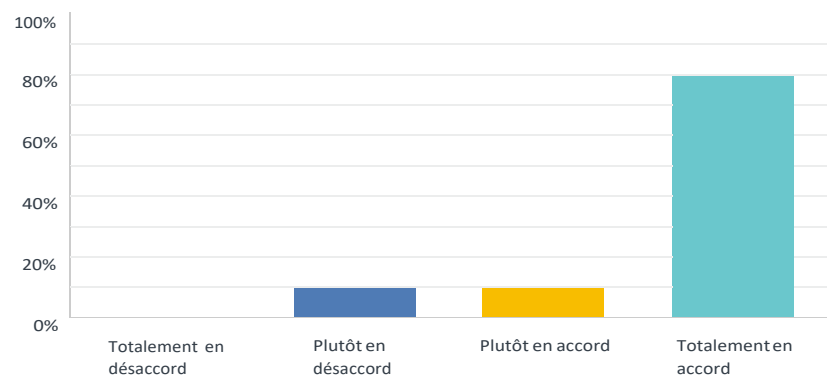


CHOIX DE RÉPONSES		RÉPONSES	
Totalement en désaccord		0.00%	0
Plutôt en désaccord		0.00%	0
Plutôt en accord		33.33%	3
Totalement en accord		66.67%	6
TOTAL			9

#	COMMENTAIRES
	Aucun commentaire.

Q7 Dans l'OC pour l'initiation et l'ajustement d'un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale, les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire sont claires pour moi.

Répondu: 9 Passé: 0



CHOIX DE RÉPONSES		RÉPONSES	
Totalement en désaccord		0.00%	0
Plutôt en désaccord		11.11%	1
Plutôt en accord		11.11%	1
Totalement en accord		77.78%	7
TOTAL			9

#	COMMENTAIRES
1	dans l'approche rectale on devrait lire au lieu d'investigations supplémentaires requises, référence au prescripteur

Q8 Avez-vous des commentaires supplémentaires sur la qualité, la clarté et la convivialité du PMN et du modèle d'OC du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale?

Répondu: 6 Passé: 3

#	RÉPONSES
1	5-6 jours avant un approche rectale est long 2.4.6: pourquoi attendre avant l'intro du PEG? 2.5: pas clair la ligne pointillée verte entre selle dans le rectum et rectum vide Utilisation d'un tube rectal avec le lavement?
2	PMN très complet un peu lourd visuellement pour le personnel infirmier. Algorithmes clairs et conviviale
3	Il est très clair mais des ajustements sont nécessaires. Voir courriel et PDF acheminé à Mme lefebvre
4	non
5	Non aucun
6	À mon avis, les nombreux algorithmes incluent dans le PMN seront peut-être une source d'erreur.

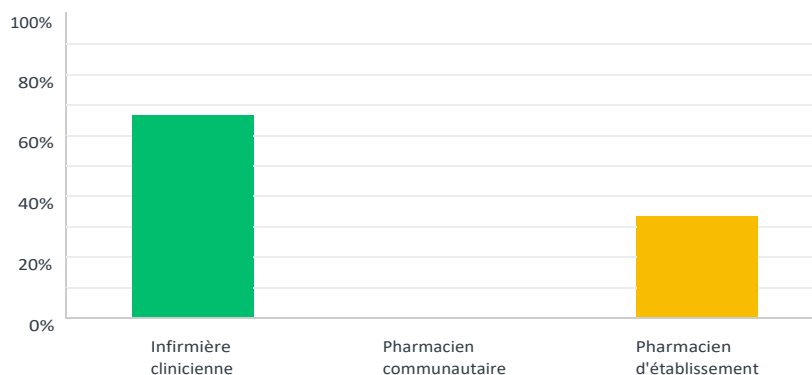
Q9 Autres commentaires :

Répondu: 3 Passé: 6

#	RÉPONSES
1	Attention aux augmentations trop rapide!
2	Il n'y a pas d'ajustement à la posologie initiale?
3	dose de senokot maximale selon lexicomp 4 co de 8,6 mg bid bisacodyl co 5 à 15 mg die bisacodyl supp 1 supp de 10 mg die Donc, je n'ai pas les mêmes dose que dans le protocole. PEG liquéfie les liquides épaissis pour les gens avec dysphagies, aucune mention dans vos précautions

Q10 Quelle est votre profession?

Répondu: 9 Passé: 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Infirmière clinicienne	66.67%	6
Pharmacien communautaire	0.00%	0
Pharmacien d'établissement	33.33%	3
Nombre de répondants : 9		

Tableau H-1 Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Q1 Le contenu du protocole médical national (PMN) sur le traitement pharmacologique visant l'élimination fécale chez une personne qui reçoit des soins palliatifs ou de profil gériatrique est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)	Usager qui présente une diminution de la fréquence habituelle de défécation et au moins un des symptômes suivants depuis 48 heures ou plus. Le 48 heures ou plus n'ajoute rien et peut simplement porter à confusion (ex: si habitude de l'usager est 2 fois semaine). Suggère de retirer.	Les membres du comité consultatif estiment que la présence de symptômes depuis 48 heures ou plus est un délai raisonnable et suffisant pour justifier l'application du PMN. Puisque la fréquence et la consistance des selles peut varier chez une même personne en fonction de plusieurs facteurs, dont l'alimentation, la présence des symptômes pour un délai d'au moins 48 heures permettra d'éviter de traiter quelqu'un inutilement alors que la situation pourrait se résoudre spontanément.
	Parfois en soins palliatifs ou clientèle gériatrique avec NIM c-d il n'y a pas d'intervention invasive comme prise de sang donc difficile de voir si neutropénie ou thrombocytopénie présentent	Si les résultats hématologiques ne sont pas disponibles au dossier de la personne atteinte d'une maladie hématologique ou qui reçoit de la chimiothérapie et que le professionnel de la santé qui applique le protocole a des raisons de soupçonner une neutropénie, l'intervention rectale doit être évitée. Le protocole ne pourra donc pas être appliqué.
Q2 Le PMN présente l'information de façon claire et facile à comprendre	1) Les multiples organigrammes section 2.4 sont laborieux et répétitifs. 2) De plus une approche trop rapide par exemple avec le PEG q2 jours, ne donne pas le temps à la nouvelle dose de faire effet et va fort possiblement conduire à la diarrhée et devons cesser la médication et ensuite le cycle recommence, encore bloqué! 3) Suggère de mettre sous forme de tableau par étapes. Dans le Guide Pratique des soins palliatifs des pharmaciens de l'A.P.E.S. on décrit des agents à l'étape 1, 2 et 3. Il est possible de prendre seulement les produits retenus et de cheminer le raisonnement dans un seul tableau. Donner des lignes	1) Un tableau récapitulatif sur une page remplace les algorithmes de traitement de la section 2.4. Les algorithmes ont été déplacés à l'annexe I du PMN et chaque ligne du tableau de la section 2.4 réfère aux algorithmes appropriés. 2) Puisque le PMN a pour but de soulager un problème d'élimination fécal ponctuel et éviter les complications liées à des périodes prolongées sans défécation, les parties prenantes consultées jugent que le délai d'ajustement est approprié. Une approche plus lente convient davantage lorsque le but est de déterminer la dose optimale d'un laxatif pour un traitement chronique de la constipation.

	directrices sans tout énumérer en considérant que l'infirmière pourra utiliser son jugement clinique. 4) De plus attentions les doses maximales énoncées ne correspondent pas aux références usuelles (peut-être est-ce volontaire?) 5) Suggère de revoir aussi la section 2.5 très petit et difficile à suivre. Mettre les contre-indications dans le haut et ensuite simplifier en débutant avec examen rectal. Mettre sous forme d'un tableau au lieu de l'organigramme 3 colonnes: rectum vide, selles dans rectum et fécalome. Actuellement c'est visuellement très lourd	3) Voir réponse 1) 4) La dose maximale indiquée pour chacun des médicaments correspond à celle qui est permise par le PMN. Dans le cas des laxatifs osmotiques et stimulants, la dose maximale du PMN est inférieure à celle des monographies. Dans le cadre du PMN, les membres du comité consultatif ont jugé préférable d'introduire un deuxième laxatif plutôt que d'augmenter davantage les doses afin de favoriser un soulagement rapide de la personne. 5) L'information de la section 2.5 a également été synthétisée sous forme de tableau et l'algorithme demeure disponible à l'annexe II.
	adapter l'intervention en fonction de la prise de laxatif c'est une excellente idée cependant plusieurs options possibles ce qui risque de décourager quelques personnes	Un tableau récapitulatif sur une page remplace les algorithmes de traitement de la section 2.4. Les algorithmes ont été déplacés à l'annexe I du PMN et chaque ligne du tableau de la section 2.4 réfère aux algorithmes appropriés.
	mieux détailler et expliquer l'application des différents algorithmes à la section 2.4.	Un tutoriel sera également disponible sur le site internet de l'INESSS.
	très complet et prévoit différentes situations en ce qui concerne la prise de laxatif régulière. Peut-être dans le titre des algorithmes faire ressortir les indications	Les titres des algorithmes maintenant disponible à l'annexe I ont été simplifiés pour mettre en évidence l'indication.
Q3 L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.	1) Nous n'allons pas implanter ce document car nous avons fait des choix thérapeutiques plus restreints. 2) De plus les commentaires dans les algorithmes qui mentionnent de revenir à la posologie initiale s'il y a lieu, ne font que porter à confusion car si c'est une dose non efficace et bien on va revenir au même problème. Je dirais plutôt de conserver la dose qui est jugée adéquate selon le	1) Le <i>Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin</i> prévoit l'obligation de se référer intégralement aux protocoles médicaux publiés par l'INESSS lorsque l'ordonnance réalisée au sein d'un établissement porte sur une condition clinique visée par un tel protocole [CMQ, 2017]. 2) Le protocole a pour but de traiter un problème ponctuel d'élimination fécale. Puisque l'épisode traité peut être isolé, les experts consultés ont

	jugement clinique. 3) En gériatrie, je pense qu'il faut garder seulement les agents plus sécuritaires et les mieux tolérés.	jugé qu'il serait prématuré de procéder au réajustement du traitement initial de la personne après un seul épisode. L'ordonnance collective prévoit de consulter un prescripteur autorisé lorsque le protocole doit être utilisé deux fois en un mois. Lors de cette consultation, la médication initiale pourra être réajustée après une évaluation complète de la personne. 3) Selon l'information provenant des guides de pratique clinique de même que le savoir expérientiel des parties prenantes consultées, les médicaments proposés dans le cadre du PMN sont sécuritaires pour la population visée par le PMN.
	Il arrive que nous retrouvions plus d'un laxatif régulièrement chez un même patient donc prévoir peut-être mettre l'utilisation des approches orale ou rectale au 2.3 au début des algorithmes	La prise d'une combinaison de laxatif a été ajoutée à la dernière ligne du tableau de la section 2.4 pour plus de clarté.
	Les infirmières sont tellement chargées,...	Aucune action requise
Q4 Les algorithmes de traitement du PMN sont clairs, conviviaux, faciles d'utilisation et contiennent toute l'information nécessaire pour aider le clinicien à suivre le traitement approprié	Déjà répondu. 1) Si je peux donner une autre recommandation, donner des informations plus claires au lieu de mentionner décoloration de l'urine, des fèces. Dire réellement ce qui est possible ex selles jaunâtres, urine rose brune (section sennosides). 2) Les délais d'action, ne serait-il pas plus clair de parler de début d'action qui dans bien des cas sont réellement plus rapides que rapportés dans la littérature ex : sennosides peuvent prendre jusqu'à 24 hrs.	1) Les couleurs mentionnées dans la monographie des sennosides ont été ajoutées dans le tableau. 2) Les délais indiqués sont ceux des monographies et sont inscrits à titre indicatif.
	Certains titres des algorithmes sont moins clairs: 2.4.1 et 2.4.5 demandent plus de concentration. Peut-être travailler le visuel	Les titres des algorithmes maintenant disponibles à l'annexe I ont été simplifiés pour mettre en évidence l'indication.

	Il faut le lire au complet pour comprendre lequel des algorithmes utilisés	Aucune action requise
	Les algorithmes sont clairs. Ce sont les raisons d'application d'un algorithme versus un autre qui devraient être plus claires.	L'information de la section 2.4 est maintenant présentée sous forme de tableau pour faciliter le choix de l'approche thérapeutique en fonction du traitement laxatif en cours. Une référence aux algorithmes appropriés disponibles à l'annexe I est également indiquée dans le tableau.
	voir commentaire plus haut	Aucune action requise
	Sauf le grand algorithme qui me semble plus clair.	Les algorithmes de traitements ont été déplacés en annexe du protocole et l'information des sections 2.4 et 2.5 est présentée sous forme de tableau.
Q7 Dans l'OC pour l'initiation et l'ajustement d'un traitement pharmacologique visant l'élimination fécale, les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire sont claires pour moi.	Dans l'approche rectale on devrait lire au lieu d'investigations supplémentaires requises, référence au prescripteur	Le vocabulaire utilisé est celui qui est approuvé par le CMQ.
	Ajouter « sans avoir ajusté laxatifs de base » à la première puce des limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire	L'ordonnance collective proposée par l'INESSS n'est qu'un modèle qui pourra être modifié par les milieux de soins en fonction de leurs besoins.
Q8 Avez-vous des commentaires supplémentaires sur la qualité, la clarté et la convivialité du PMN et du modèle d'OC du traitement pharmacologique visant l'élimination fécale?	1) 5-6 jours avant une approche rectale est long 2) 2.4.6: pourquoi attendre avant l'intro du PEG? 3) 2.5: pas clair la ligne pointillée verte entre selle dans le rectum et rectum vide 4) Utilisation d'un tube rectal avec le lavement?	1) Selon l'information obtenue des guides de pratique clinique et du savoir expérientiel des parties prenantes consultées, l'approche orale devrait toujours être priorisée et l'approche rectale utilisée en dernier recours. Le PMN prévoit à la section 2.3 plusieurs situations pour lesquelles le passage à l'approche rectale est possible en tout temps au cours de traitement et ainsi raccourcir les délais lorsque nécessaire. 2) Puisque, tel que mentionné précédemment, l'approche orale doit être privilégiée, une combinaison de laxatifs osmotiques et stimulants devrait être tentée avant de recourir à l'approche rectale. 3) Les lignes pointillées ont été replacées pour éviter la confusion. Elles indiquent le caractère optionnel

		du traitement par microlavement qui n'est pas disponible dans tous les milieux de soins et n'est pas remboursé par le régime public d'assurance médicament du Québec. 4) Les modalités particulières de l'administration des lavements devront être établies dans chaque milieu de soins.
	PMN très complet un peu lourd visuellement pour le personnel infirmier. Algorithmes clairs et conviviale	L'information des sections 2.4 et 2.5 est maintenant présentée sous forme de tableaux pour faciliter le choix de l'approche thérapeutique en fonction du traitement laxatif en cours et en alléger la présentation. Une référence aux algorithmes appropriés disponibles à l'annexe I est également indiquée dans le tableau.

	Il est très clair mais des ajustements sont nécessaires. Voir commentaires. 1) Section 1.1 dernier point « présence de selles dures » difficile à détecter ? (Suggestion) se présentant par un peu de selles liquides – un peu tout le temps. 2) Section 1.6 Les valeurs de neutropénie et de thrombocytopénie me semblent basses 3) Sections 2.2.1 et 2.2.2, la dose maximale pourrait être plus élevée 4) Section 2.2.1 et encore moins (60 mL), peut être mis dans compote/yogourt 5) Section 2.2.2 Déshydratation sévère? 6) Section 2.2.2 Retirer la puce des précautions sur l'insuffisance rénale ou prise de glycosides cardiaques ou de médicaments antiarythmiques. 7) Section 2.2.2 Retirer : Décoloration de l'urine et des fèces (sennosides seulement)? 8) Section 2.2.3 Dernière puce des contre-indications : retirer le galactose et le fructose car s'applique aux comprimés. 9) Section 2.2.3 Les puces 2 et 3 des particularités liées à l'administration sont surtout pour le bisacodyl. Le suppositoire de glycérine peut être inséré dans les selles pour les ramollir justement. 10) Section 2.4.1 Attention : dose requise parfois aussi peu que 5 g q2jours. On utilise souvent 5 ou 10 g/jour en hébergement et aussi en soins palliatifs. Plusieurs patients ont utilisé 17 g et ont été humiliés à cause de « dégâts » que la dose usuelle (17 g) a produit et N'EN VEULENT PLUS. 11) Section 2.4.1 Traitement avec le PEG 2 jours	1) La phrase a été simplifiée pour « Fuites de selles liquides ». 2) Les valeurs ont été sélectionnées selon l'information disponible dans les guides de pratique cliniques consultés de même que le savoir expérimentiel des membres du comité consultatif. 3) La dose maximale indiquée pour chacun des médicaments correspond à celle qui est permise par le PMN. Dans le cas des laxatifs osmotiques et stimulants, la dose maximale du PMN est inférieure à celle des monographies. Dans le cadre du PMN, les membres du comité consultatif ont jugé préférable d'introduire un deuxième laxatif plutôt que d'augmenter davantage les doses afin de favoriser un soulagement rapide de la personne traitée. 4) Selon l'expérience des membres du comité consultatif, le volume minimal pour dissoudre adéquatement une dose de 17 g de PEG et maintenir un certain apport de liquide serait de 90 mL. Toujours dans le but de maintenir un certain apport de liquide, le protocole préconise le mélange à un liquide et non à de la nourriture. 5) Selon le savoir expérimentiel des membres du comité consultatif, les risques associés à la prise de laxatifs stimulants lors de déshydratation sévère sont reliés à l'impact qu'aurait la perte de liquide causée par une diarrhée. Cet effet indésirable survient principalement en cas de surdose ou de prise prolongée du laxatif. Puisque les doses permises dans le cadre du PMN sont inférieures aux doses maximales prévues dans les monographies et que le traitement est de courte durée, cette contre-indication n'était pas indispensable pour le PMN. De plus, compte tenu de la gravité des symptômes généralement associés à la déshydratation sévère, un suivi
--	---	---

	C'est court pour délai d'action jusqu'à 4 jours, mais on ne peut pas attendre tout ça. Maintenir mais s'attendre à « des dégâts » surtout si patient « naïf ». 12) Sections 2.4 et 2.5 et Algorithmes de traitement : Ajouter « ou ajuster la dose » après « revenir à la posologie initiale ». Important : Si le patient a eu besoin d'un protocole, c'est probablement parce qu'il nécessite un ajustement du taux de base. 13) Sections 2.4.1 à 2.4.5 : Favoriser les sennosides qui donnent moins de crampes que le bisacodyl 14) Section 2.4.5 On pourrait donner plus de 34 g/jour de PEG et plus de 30 mL/jour de lactulose. Les stimulants augmentent la tolérance à la longue. 15) Section 2.5 pour le rectum vide, on pourrait aussi donner un lavement huileux qui va plus haut si absence de selles dans le rectum. Section 2.5 Pour le fécalome, on pourrait donner un deuxième lavement huileux si le fécalome ramollit après le premier lavement.	médical pour la déshydratation devrait être effectué indépendamment du problème d'élimination fécale que présenterait la personne. 6) Les membres du comité consultatif ont discuté de cette précaution lors de l'élaboration du protocole et ont jugé qu'il était pertinent de la maintenir. Puisque ces personnes sont plus susceptibles au déséquilibre électrolytique, faire usage de précautions lors de l'administration des laxatifs stimulants est justifié et n'empêche pas l'application du protocole. 7) Cette information est présentée à titre indicatif. Les couleurs mentionnées dans la monographie des sennosides ont été ajoutées pour plus de précision et limiter la confusion. 8) L'allergie ou l'intolérance au galactose et au fructose a été retirée des contre-indications. 9) Les 2^e et 3^e puces ont été séparées pour ne s'appliquer qu'au suppositoire de bisacodyl. 10) Selon les experts consultés, l'usage de faibles doses de PEG fait partie d'une approche prophylactique pour le traitement d'un problème chronique d'élimination fécale. Puisque le présent PMN a pour but de soulager rapidement un problème ponctuel d'élimination fécale tout en évitant le plus possible l'approche rectale, la dose de 17 g semble appropriée. 11) Aucune action requise 12) Le protocole a pour but de traiter un problème ponctuel d'élimination fécale. Puisque l'épisode traité peut être isolé, les experts consultés ont jugé qu'il serait prématuré de procéder au réajustement du traitement initial de la personne après un seul épisode. L'ordonnance collective prévoit de consulter un prescripteur autorisé lorsque le protocole doit être utilisé deux fois en un mois. Lors de cette consultation, la médication
--	--	--

		initiale pourra être réajustée après une évaluation complète de la personne. Un prescripteur autorisé pourrait tout de même ajuster le laxatif régulier d'une personne dès la première utilisation du PMN s'il le juge pertinent. 13) L'information recueillie lors de l'élaboration du PMN ne permet pas à l'INESSS de favoriser l'usage des sennosides plutôt que du bisacodyl. 14) En ce qui concerne la dose, voir la réponse au point 3) ci-dessus Puisque ce protocole vise un traitement ponctuel de courte durée, les stimulants ne devraient pas causer de tolérance dans le cadre de l'application du protocole. 15) Le PMN a pour but d'établir le traitement pharmacologique initial qui permet de favoriser l'élimination fécale. Dans l'optique où le PMN devra être appliqué intégralement lorsqu'il fait l'objet d'une ordonnance collective, les membres du comité consultatif ont jugé qu'un professionnel habilité devrait faire appel à un prescripteur autorisé lorsque les traitements prévus au PMN sont inefficaces.
	À mon avis, les nombreux algorithmes incluent dans le PMN seront peut-être une source d'erreur.	Les algorithmes ont été déplacés en annexe du protocole et l'information des sections 2.4 et 2.5 a été synthétisée dans des tableaux pour en faciliter l'utilisation.
Q9 Autres commentaires	Attention aux augmentations trop rapide!	L'intervalle d'ajustement a été sélectionné en fonction de l'information extraite des guides de pratique clinique et des délais d'actions de la médication, et dans le but de procurer un soulagement rapide de la personne qui présente un problème ponctuel d'élimination fécale.
	Il n'y a pas d'ajustement à la posologie initiale?	L'ordonnance collective prévoit de diriger la personne vers un prescripteur autorisé, qui pourra faire

		l'ajustement du laxatif régulier s'il le juge pertinent, dès la deuxième utilisation du protocole.
	1) dose de senokot maximale selon lexicomp 4 co de 8,6 mg bid bisacodyl co 5 à 15 mg die bisacodyl supp 1 supp de 10 mg die Donc, je n'ai pas les mêmes doses que dans le protocole. 2) PEG liquéfie les liquides épaissis pour les gens avec dysphagies, aucune mention dans vos précautions	1) La dose maximale indiquée pour chacun des médicaments correspond à celle qui est permise par le PMN. Dans le cas des laxatifs osmotiques et stimulants, la dose maximale du PMN est inférieure à celle des monographies. Dans le cadre du PMN, les membres du comité consultatif ont jugé préférable d'introduire un deuxième laxatif plutôt que d'augmenter davantage les doses afin de favoriser un soulagement rapide de la personne traitée. 2) L'interaction entre le PEG et les agents épaississants à base d'amidon a été mise dans la section interaction du tableau 2.2.1 du protocole.

RÉFÉRENCES

- Abramowitz L, Benezech A, Bouchard D, Brardjanian S, Brochard C, Coffin B, et al. Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation. Paris, France : Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP); 2017. Disponible à : https://www.snfc.org/wp-content/uploads/2017/12/livre-RCP-consti2017_long.pdf.
- Adkinson L, Callin S, Clark A, Edwards A, Elliot V, Farrington C, et al. A guide to symptom management in palliative care. Version 7. Rotherham, Royaume-Uni : Yorkshire and Humber Palliative and End of Life Care Group; NHS England; 2019. Disponible à : <https://leedspalliativecare.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/A-Guide-to-Symptom-Management-in-Palliative-Care-Yorkshire-and-Humber-End-of-Life-Care-Group.pdf>.
- Bardsley A. Approaches to managing chronic constipation in older people within the community setting. Br J Community Nurs 2015;20(9):444, 6-50.
- BC Cancer. Symptom Management Guidelines: Constipation. Vancouver, BC : Provincial Health Services Authority (PHSA); 2018. Disponible à : <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/3.%20Constipation.pdf>.
- BC Centre for Palliative Care (BCCPC). B.C. Inter-professional palliative symptom management guidelines. New Westminster, BC : BCCPC; 2019. Disponible à : <https://bc-cpc.ca/cpc/wp-content/uploads/2019/10/SMG-Interactive-Oct-16-2019.pdf>.
- BC Guidelines.ca. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease – Part 2: Pain and symptom management. Victoria, BC : Guidelines and Protocols Advisory Committee; 2017. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/palliative2.pdf>.
- Bouckenaere D, Desmedt M, Knoop L, Libert I. Constipation [site Web]. Guidelines de soins palliatifs. Bruxelles, Belgique : Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs et Continus; 2017. Disponible à : <http://www.palliaguide.be/constipation-soins-palliatifs/> (consulté le 4 septembre 2019).
- Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group (CMPCNAG). Guideline development manual. March 2014 (Amendments 2016). Liverpool, Royaume-Uni : CMPCNAG; 2016. Disponible à : https://drive.google.com/file/d/1LRCE03KxEfK2zVBCoovmrOL45HU_VtAI/view.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les ordonnances collectives. Montréal, Qc : CMQ; 2017. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>.
- Crockett S, Greer KB, Sultan S. Opioid-induced constipation (OIC) guideline. Gastroenterology 2019a;156(1):228.
- Crockett SD, Greer KB, Heidelbaugh JJ, Falck-Ytter Y, Hanson BJ, Sultan S. American Gastroenterological Association Institute guideline on the medical management of opioid-induced constipation. Gastroenterology 2019b;156(1):218-26.
- Drewes AM, Munkholm P, Simrén M, Breivik H, Kongsgaard UE, Hatlebakk JG, et al. Definition, diagnosis and treatment strategies for opioid-induced bowel dysfunction—Recommendations of the Nordic Working Group. Scand J Pain 2016;11:111-22.

- Emmanuel A, Mattace-Raso F, Neri MC, Petersen KU, Rey E, Rogers J. Constipation in older people: A consensus statement. *Int J Clin Pract* 2017;71(1):e12920.
- Farmer AD, Drewes AM, Chiarioni G, De Giorgio R, O'Brien T, Morlion B, Tack J. Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. *United European Gastroenterol J* 2019;7(1):7-20.
- Garcia JM et Shamliyan TA. Management of opioid-induced constipation in patients with malignancy. *Am J Med* 2018;131(9):1041-51.e3.
- German Guideline Program in Oncology (GGPO). Evidenced-based guideline: Palliative care for patients with incurable cancer. Short version 1.1. Berlin, Allemagne : German Cancer Society, German Cancer Aid, AWMF; 2015. Disponible à : https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/Guideline_Palliative_Care_Short_Version_01.pdf.
- Hanson B, Siddique SM, Scarlett Y, Sultan S. American Gastroenterological Association Institute technical review on the medical management of opioid-induced constipation. *Gastroenterology* 2019;156(1):229-53.e5.
- Lancashire Medicines Management Group (LMMG). Primary care constipation guidelines. Version 1.2. Leyland, Royaume-Uni : Midlands and Lancashire Commissioning Support Unit; NHS England; 2018. Disponible à : <https://www.lancsmmg.nhs.uk/media/1053/constipation-pathway-version-12.pdf>.
- Larkin PJ, Cherny NI, La Carpia D, Guglielmo M, Ostgathe C, Scotté F, Ripamonti CI. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 4):iv111-iv25.
- MacLeod R et Macfarlane S. The Palliative Care Handbook: Guidelines for clinical management and symptom control. 9^e éd. Sydney, Australie : HammondCare Media; 2018.
- Mearin F, Ciriza C, Minguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108(6):332-63.
- Monnery D, Cooper M, Ayre R, Cureton S, Devlin L, Cookson T, et al. Guidelines for the management of constipation in palliative care. Liverpool, Royaume-Uni : Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Strategic Clinical Network; 2018. Disponible à : https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/9015/3319/7225/Guideline_for_the_Management_of_Constipation_in_Palliative_Care_July_2018_FINAL.pdf.
- Mounsey A, Raleigh M, Wilson A. Management of constipation in older adults. *Am Fam Physician* 2015;92(6):500-4.
- Müller-Lissner S, Bassotti G, Coffin B, Drewes AM, Breivik H, Eisenberg E, et al. Opioid-induced constipation and bowel dysfunction: A clinical guideline. *Pain Med* 2017;18(10):1837-63.

- National Clinical Effectiveness Committee (NCEC). Management of constipation in adult patients receiving palliative care. National Clinical Guideline No. 10. Dublin, Irlande : Department of Health; 2015. Disponible à : <https://assets.gov.ie/11591/4f480796fb254ba7a21359bb5cc8bfac.pdf>.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Palliative Care. Version 2.2019. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Plymouth Meeting, PA : NCCN; 2019. Disponible à : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/.
- NHS Scotland. Scottish Palliative Care Guidelines – Constipation. Édimbourg, Écosse : NHS Scotland; 2019. Disponible à : <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71339/20-2019-constipation.pdf>.
- Ori Y, Rozen-Zvi B, Chagnac A, Herman M, Zingerman B, Atar E, et al. Fatalities and severe metabolic disorders associated with the use of sodium phosphate enemas: A single center's experience. Arch Intern Med 2012;172(3):263-5.
- Paquette IM, Varma M, Ternent C, Melton-Meaux G, Rafferty JF, Feingold D, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the evaluation and management of constipation. Dis Colon Rectum 2016;59(6):479-92.
- Remes-Troche JM, Coss-Adame E, Lopéz-Colombo A, Amieva-Balmori M, Carmona Sanchez R, Charua Guindic L, et al. The Mexican consensus on chronic constipation. Rev Gastroenterol Mex 2018;83(2):168-89.
- Roberts V. Adult bowel care guidelines. Southampton, Royaume-Uni : 2017. Disponible à : <https://www.southernhealth.nhs.uk/about/policies-and-procedures/?EntryId41=110008>.
- Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Ferrandiz Santos J, Rey Diaz Rubio E, Mearin Manrique F. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol 2017a;40(4):303-16.
- Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado Aros S, Ferrandiz Santos J, Rey Diaz Rubio E, Mearin Manrique F. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations. Gastroenterol Hepatol 2017b;40(3):132-41.
- Siproudhis L, Damon H, Vitton V, Benezech A, Brochard C, Duchalais E, et al. Recommandations pour le traitement de la constipation : une aide efficace de plus à la décision thérapeutique ! (1^{ère} partie). Hépatogastro- et Oncologie Digestive 2017;24(4):326-41.
- Thorpe DM, Byar KL, Conley S, Held-Warmkessel J, Ramsdell MJ. Constipation [site Web]. Pittsburgh, PA : Oncology Nursing Society (ONS); 2017. Disponible à : <https://www.ons.org/pep/constipation> (consulté le 23 septembre 2019).
- Vitton V, Damon H, Benezech A, Bouchard D, Brardjanian S, Brochard C, et al. Clinical practice guidelines from the French National Society of Coloproctology in treating chronic constipation. Eur J Gastroenterol Hepatol 2018;30(4):357-63.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

