

Codéine dans la réduction des efflux digestifs et les diarrhées profuses

Editorial

Pr Stéphane Schneider

Gastroentérologue et Professeur de Nutrition
Vice-Président de la SFNCM, Trésorier de l'ESPEN
Centre de compétence des Maladies Rares Digestives
Centre Labellisé de Nutrition Parentérale à Domicile
CHU de Nice – L'Archet, Université Côte d'Azur

Insuffisance intestinale chronique : sous-diagnostiquée, une prise en charge parentérale, diététique et médicamenteuse s'impose

L'insuffisance intestinale chronique est la « petite dernière » des insuffisances d'organe.

Alerte : diarrhée et amaigrissement

Après tout, cette pathologie n'est compatible avec la survie que depuis une petite quarantaine d'années avec l'avènement de la nutrition parentérale qui en est le traitement de base.

Elle reste cependant sous-diagnostiquée et insuffisamment référée aux centres labellisés de nutrition parentérale à domicile. La première cause en est une méconnaissance par les professionnels de santé : diarrhée et amaigrissement choquant peu après une résection intestinale...

La morbi-mortalité de l'insuffisance intestinale chronique est le fait des pertes digestives de macro- et micro-nutriments, d'eau et d'électrolytes, dont le signe cardinal est la diarrhée chronique.

Outre la nécessaire compensation parentérale des pertes, visant à récupérer et maintenir un état d'homéostasie nutritionnelle et hydro-électrolytique, la prise en charge diététique – associant schématiquement une alimentation fractionnée salée et hypercalorique à des boissons isotoniques – et médicamenteuse joue un rôle majeur.

Ralentisseurs du transit, anti-sécrétoires

Il existe des médicaments innovants comme le **téduglutide** qui, par un effet trophique et ralentisseur de la vidange gastrique et du transit intestinal, permet la réduction des apports parentéraux.

On peut également avoir un recours transitoire aux **analogues de la somatostatine**, puissant anti-sécrétoire. Pour autant, on dispose de ralentisseurs du transit, anciens et certainement moins « sexy » que les précédents mais qui

ont fait la preuve de leur efficacité dans de nombreuses situations. Or, leur utilisation est rarement optimisée : le **lopéramide** est souvent utilisé à la posologie conseillée en cas de diarrhée aiguë, alors même que la prise systématique de doses élevées, allant jusqu'à 12 voire 18 mg par jour, est souvent nécessaire.

Quant à la **codéine**, elle est peu connue et (trop) rarement employée.

Le phosphate de codéine, alcaloïde opioïde dont le métabolite actif est la morphine, est disponible en officine en association avec le paracétamol ou l'ibuprofène. Seule, la codéine est mise à disposition sous forme de chlorhydrate avec un statut de préparation hospitalière, par l'AGEPS (Agence Générale en Equipements et Produits de Santé, ex- Pharmacie Centrale des Hôpitaux, AP-HP) dans trois utilisations thérapeutiques déclarées à l'ANSM : analgésique, antitussive et anti-diarrhéique. Cette dernière utilisation tient de son action sur les récepteurs périphériques aux opiacés des muscles digestifs lisses, qui conduit à un ralentissement du transit et donc à une meilleure absorption intestinale. La littérature met en évidence une efficacité dans les diarrhées chroniques, en particulier en rapport avec une insuffisance intestinale par syndrome du grêle court.

Place de la codéine

Si un moins bon profil de sécurité clinique doit conduire à préférer le lopéramide à la codéine en première intention, l'échec de celui-ci à de fortes doses doit conduire à le remplacer voire lui ajouter un sel de codéine.

Cet article de Dossier du CNHIM fait un point exhaustif et actuel sur la diarrhée chronique et l'insuffisance intestinale, et détaille les études disponibles du phosphate de codéine dans cette indication, permettant de connaître la place de ce traitement dans notre arsenal thérapeutique.