

Codéine dans la réduction des efflux digestifs et les diarrhées profuses

En bref

Marie-Caroline HUSSON
Rédactrice en chef

En bref

Une diarrhée se caractérise par l'émission de selles trop fréquentes, trop abondantes (> 300 g/24h en moyenne pendant 72h) et de consistance anormale. Selon la durée d'évolution, on distingue la diarrhée aiguë (< 2 semaines), prolongée (entre 2 et 4 semaines) et chronique (plus d'un mois). En fonction des principaux mécanismes impliqués, il existe les diarrhées motrices, osmotiques, sécrétoires, par entéropathies exsudatives, ou par malabsorption.

Une résection étendue de l'intestin grêle peut être nécessaire en cas d'ischémie intestinale, de maladie de Crohn, de cancer ou d'occlusion intestinale, avec dans certains cas, une entérostomie. Elle peut conduire à une insuffisance de la fonction intestinale, en deçà du minimum nécessaire à l'absorption des nutriments et/ou de l'eau et des électrolytes.

On distingue 3 types d'insuffisance intestinale : I = aiguë, de courte durée et régressive ; II = aiguë et prolongée, nécessitant une prise en charge complexe multidisciplinaire avec nutrition parentérale pendant plusieurs semaines ou mois ; III = chronique, nécessitant une supplémentation parentérale pendant des mois ou des années. Le syndrome du grêle court (SGC) est une des 5 causes d'insuffisance intestinale chronique sévère. Comme dans les fistules intestinales, la principale complication est le risque de dénutrition et de troubles hydro-électrolytiques. La nutrition parentérale est le traitement de référence. Les troubles moteurs intestinaux désignent des troubles de la propulsion du contenu intestinal en l'absence de lésions occlusives fixes. Ils sont à l'origine d'insuffisance intestinale de type I, de type II, ou de type III, les Pseudo-Obstructions Intestinales Chroniques (POIC) représentant 20 % des insuffisances de ce type chez l'adulte.

Plusieurs traitements pour réduire les pertes gastro-intestinales peuvent être proposés en cas de diarrhées et/ou de débit de stomie important :

- les ralentisseurs du transit, comme le loperamide, la codéine ou les médicaments anticholinergiques ;

- les inhibiteurs de la pompe à protons, qui permettent de réduire les sécrétions acides gastriques ;
- les analogues de la somatostatine qui ont un effet inhibiteur sur la sécrétion gastro-intestinale ;
- une antibiothérapie orale contre les bacilles à gram négatif et les bactéries anaérobies, de courte durée.

La codéine est un alcaloïde opioïde, qui, une fois métabolisé en morphine, a une action agoniste sur les récepteurs opioïdes μ au niveau du système nerveux central d'où ses propriétés antalgique et antitussive. Elle a également une action sur les récepteurs périphériques aux opiacés notamment au niveau des muscles lisses du tractus gastro-intestinal permettant un ralentissement du transit gastro-intestinal.

La préparation hospitalière de codéine (CODEINE AP-HP®), est utilisée dans la « réduction des effluents digestifs abondants ou des diarrhées profuses, chez les malades ayant subi une résection intestinale plus ou moins étendue ». La posologie usuelle est de 30 mg, 3 fois par jour, 30 à 60 min avant les repas. En 2016, l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) a recommandé pour la prise en charge de l'insuffisance intestinale chronique et le SGC, le loperamide, par rapport au phosphate de codéine car il n'est pas addictif ni sédatif. Elle recommande aussi d'utiliser un IPP pour réduire le poids humide fécal et la perte de sodium, en particulier au cours des 6 premiers mois après la chirurgie. Chez les malades avec une jéjunostomie à haut débit, elle recommande l'utilisation de l'octréotide.

Pour les entérostomies avec de hauts débits, la codéine peut être préconisée à la dose de 15 à 60 mg x 3/j avant les repas en seconde intention et en association au loperamide. Dans le traitement des diarrhées chroniques, plusieurs publications mentionnent l'utilisation de la codéine à la dose de 30 mg x4/j et jusqu'à 120 mg x4/j si besoin, en seconde intention après le loperamide.

Mots-clés : codéine, diarrhée, efflux digestif, entérostomie, loperamide, maladie orpheline, préparation hospitalière.

Abstract. Abstract. Codeine in the reduction of digestive efflux and profuse diarrhea

Diarrhea is characterized by the emission of stools that are too frequent, too abundant (> 300 g/24h on average for 72 hours) and of abnormal consistency. Depending on the duration of the course, a distinction is made between acute (< 2 weeks), prolonged (between 2 and 4 weeks) and chronic (more than one month) diarrhea.

Extensive resection of the small intestine may be necessary in cases of intestinal ischemia, Crohn's disease, cancer, or bowel obstruction, in some cases with enterostomy. It can lead to poor bowel function, below the minimum necessary for absorption of nutrients and / or water and electrolytes.

There are 3 types of intestinal failure: I = acute, short-lived and regressive; II = acute and prolonged, requiring complex multidisciplinary management with parenteral nutrition for several weeks or months; III = chronic, requiring parenteral supplementation for months or years.

Several treatments to reduce gastrointestinal losses may be offered in case of diarrhea and / or heavy ostomy flow:

- transit retarders, such as loperamide, codeine or anticholinergic drugs;
- proton pump inhibitors, which reduce gastric acid secretions;
- somatostatin analogues which have an inhibitory effect on gastrointestinal secretion;
- oral antibiotic therapy against gram-negative bacilli and anaerobic bacteria, of short duration.

Codeine is an opioid alkaloid which, once metabolized to morphine, has an agonist action on μ opioid receptors in the central nervous system, hence its analgesic and cough suppressant properties. It also has an action on peripheral opioid receptors, in particular in the smooth muscles of the gastrointestinal tract, allowing gastrointestinal transit to be slowed down.

In "the reduction of abundant digestive effluents or profuse diarrhea, in patients having undergone a more or less extensive intestinal resection", the usual dosage is 30 mg, 3 times a day, 30 to 60 minutes before meals. In 2016, the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recommended for the management of chronic intestinal failure, loperamide, over codeine phosphate because it is not addictive or sedative. They also recommend using a PPI to reduce fecal wet weight and sodium loss, especially in the first 6 months after surgery. In patients with a high flow jejunostomy, the use of octreotide is recommended. For enterostomies with high flow rates, codeine may be recommended at a dose of 15 to 60 mg x 3 / d before meals as a second line and in combination with loperamide. In the treatment of chronic diarrhea, several publications mention the use of codeine at a dose of 30 mg x4 / d and up to 120 mg x4 / d if necessary, as a second-line after loperamide.

Keywords: codeine, diarrhea, digestive efflux, enterostomy, hospital preparation, loperamide, orpheline disease.