



PRISE EN CHARGE DE LA PHARMACOTHÉRAPIE DES PATIENTS ADULTES PORTEURS D'UNE ILÉOSTOMIE À HAUT DÉBIT

OUTIL CLINIQUE

Document préparé par le Regroupement de pharmaciens experts en chirurgie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Août 2026

 **A.P.E.S.**

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) est un syndicat professionnel constitué en personne morale en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels (R.L.R.Q., chapitre S-40). Elle s'assure de la valorisation et de l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres. L'A.P.E.S. a également la responsabilité de défendre et de faire progresser les intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes. L'A.P.E.S. représente l'ensemble des pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé du Québec.

Note : image de la page titre générée à l'aide d'Adobe Firefly^{MD}.

RÉDACTION, CONSULTATIONS ET REMERCIEMENTS

ÉQUIPE DE PROJET

Auteur principal

Erwan Nidelet, Pharm. D., M. Sc.

Pharmacien, Hôpital Saint-François d'Assise de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Coauteurs

Par ordre alphabétique

Véronique Bilodeau, Pharm. D., M. Sc.

Pharmacienne, Hôpital Pierre-Boucher de Santé Québec Montérégie-Est

Sarah Clairoux, Pharm. D., M. Sc.

Pharmacienne, Hôpital du Sacré-Cœur de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Camille Thibault, Pharm. D., M. Sc.

Pharmacienne, Hôpital Saint-François d'Assise de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Dana Wazzan, Pharm. D., M. Sc.

Pharmacienne, Centre hospitalier universitaire général juif de Santé Québec Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Réviseurs scientifiques externes

Par ordre alphabétique

Dr^e Anabelle Cloutier, M.D., gastroentérologue, Hôtel-Dieu de Québec de Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval. Professeure de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

Josée Houde, B. Sc., diététiste-nutritionniste, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Dr^e Frank Schwenter, M.D., chirurgien général, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Lectrice externe

Christine Hamel, B. Pharm., M. Sc.

Pharmacienne, Hôpital Brome-Missiquoi-Perkins de Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ÉQUIPE DE L'ÉDITION

Coordination et révision

Par ordre alphabétique

Matthew Hung, Pharm. D., M. Sc.

Pharmacien et conseiller aux affaires professionnelles, A.P.E.S.

François E. Lalonde, B. Pharm., M. Sc.

Pharmacien et adjoint professionnel à la direction générale, A.P.E.S.

Révision linguistique

Lina Scarpellini, traductrice et réviseure

Avec la collaboration de

Par ordre alphabétique

François Desjardins, agent de communication, A.P.E.S.

Justine Trudel-Paquin, avocate et conseillère juridique, A.P.E.S.

Le présent document a été validé par les membres du Regroupement de pharmaciens experts en chirurgie de l'A.P.E.S. Les auteurs, les réviseurs et l'A.P.E.S. déclinent toute responsabilité pour toute information désuète en raison de nouvelles découvertes dans ce domaine ou pour toute omission ou toute erreur dans le texte.

REMERCIEMENTS

Le RPE en chirurgie tient à remercier M^{me} Isa-Kelly Gagnon, pharmacienne à Santé Québec Bas-Saint-Laurent, qui avait entrepris, dans le cadre de sa résidence, une revue de littérature sur ce sujet et qui a généreusement accepté que les résultats de ses travaux soient mis à profit dans l'élaboration du présent document. Le RPE remercie également les membres de l'équipe de l'édition, notamment ceux de la permanence de l'A.P.E.S., qui ont contribué à la publication de cet outil.



A.P.E.S.

4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1
Téléphone : 514 286-0776
Télécopieur : 514 286-1081
Courrier électronique : info@apesquebec.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
Bibliothèque et Archives Canada, 2026
ISBN 978-2-925150-33-6 (PDF)
© A.P.E.S., 2026

La diffusion et la reproduction totale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, sont interdites sans une autorisation préalable de l'A.P.E.S. Il est toutefois possible de diffuser ou de reproduire sans autorisation l'adresse URL du document : apesquebec.org/ileostomiehautdebit

Pour citer ce document : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Prise en charge de la pharmacothérapie des patients adultes porteurs d'une iléostomie à haut débit – Outil clinique. Document préparé par le Regroupement de pharmaciens experts en chirurgie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2026. 23 p.

NOTE AU LECTEUR

Cet outil est un abrégé et ne remplace pas le jugement professionnel du clinicien. Il a été préparé en s'appuyant sur la littérature scientifique ainsi que sur l'expérience clinique des auteurs. Il reflète l'état des connaissances au moment de la rédaction (janvier 2025). Pour plus de détails, consultez les sources primaires ou les lignes directrices sur le sujet.

Le masculin, considéré comme une forme neutre, a été retenu afin de faciliter la lecture du document. Il inclut donc le féminin.

MEMBRES DU RPE EN CHIRURGIE DE L'A.P.E.S.

Liste des membres du RPE en chirurgie qui ont contribué de près ou de loin aux différentes versions de ce document, que ce soit au moment de la rédaction ou de la validation.

Par ordre alphabétique

Houda Abir Benabdoun, M. Sc., Ph. D.
Pharmacienne, Hôpital Jean-Talon de Santé Québec
Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Véronique Bilodeau, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital Pierre-Boucher de Santé Québec
Montréal-Est

Mélyse D. Chénier, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital Pierre-Le Gardeur de Santé
Québec Lanaudière

Abdollahi Chouaibou, Pharm. D.
Pharmacien, Centre hospitalier de St. Mary de Santé
Québec Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Sarah Clairoux, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal de
Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Sophie Daigle, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Santé Québec – Centre hospitalier de
l'Université de Montréal

Sophie Gaudreau, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke

Vicky Gélinas, B. Pharm., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital de l'Enfant-Jésus de Santé
Québec – CHU de Québec – Université Laval
Professeure de clinique, Faculté de pharmacie, Université
Laval

Marilyn Hudon, B. Pharm., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital de l'Enfant-Jésus de Santé
Québec – CHU de Québec – Université Laval

Catherine Labbé, Pharm. D.
Pharmacienne, Centre hospitalier de St. Mary de Santé
Québec Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Ann-Sophie Laberge, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôtel-Dieu de Lévis de Santé Québec
Chaudière-Appalaches

Marika Lepage-Légaré, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke

Ruth Bernine Marcelin, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal de Santé
Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Laurence Morissette, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal de Santé
Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Long Thanh Nguyen, B. Sc., B. Pharm., M. Sc.
Pharmacien, Centre hospitalier universitaire général juif
de Santé Québec Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal –
Universitaire

Erwan Nidelet, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacien, Hôpital Saint-François d'Assise de Santé
Québec – CHU de Québec – Université Laval

Jacynthe Ouellette, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital Jean-Talon de Santé Québec
Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire
Vice-présidente du RPE en chirurgie depuis 2023

Flavie Pettersen-Coulombe, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Santé Québec – CHU Sainte-Justine

Andréanne Plante, B. Pharm., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital de l'Enfant-Jésus de Santé Québec –
CHU de Québec – Université Laval
Présidente du RPE en chirurgie depuis 2023

Verina Sieu, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Santé Québec – Centre hospitalier de
l'Université de Montréal

Insaf Taiar, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital Notre-Dame de Santé Québec
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Camille Thibault, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Hôpital Saint-François d'Assise de Santé
Québec – CHU de Québec – Université Laval

Dana Wazzan, Pharm. D., M. Sc.
Pharmacienne, Centre hospitalier universitaire général juif
de Santé Québec Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal –
Universitaire

TABLE DES MATIÈRES

RÉDACTION, CONSULTATIONS ET REMERCIEMENTS.....	I
MEMBRES DU RPE EN CHIRURGIE DE L'A.P.E.S.	III
NOTIONS GÉNÉRALES.....	1
CARACTÉRISTIQUES.....	1
Types de stomie.....	1
Définition.....	2
Incidence.....	2
CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE.....	2
Causes habituelles.....	2
Pathologies et facteurs de risques.....	2
COMPLICATIONS.....	3
INVESTIGATIONS ET SURVEILLANCE.....	3
Évaluation diagnostique.....	3
Mesure du débit stomial.....	3
Paramètres biologiques et nutritionnels à surveiller.....	3
TRAITEMENTS.....	4
MESURES NON PHARMACOLOGIQUES.....	4
Alimentation et hydratation.....	4
Correction de l'hypomagnésémie.....	4
MESURES PHARMACOLOGIQUES.....	5
Place du traitement pharmacologique.....	5
Hydratation intraveineuse et alimentation parentérale.....	5
Choix du traitement selon le profil du patient.....	5
Ajustement des traitements.....	5
Traitements non recommandés ou à éviter.....	6
Précautions indiquées pour la pharmacothérapie chronique à la suite d'une iléostomie.....	6
RÉFÉRENCES.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Indications de stomie (liste non exhaustive).....	1
Tableau II. Caractéristiques de différents types de stomie d'élimination des selles.....	2
Tableau III. Description des principales complications associées à une iléostomie à haut débit.....	3
Tableau IV. Traitement de l'hypomagnésémie chez les patients porteurs d'une iléostomie.....	4
Tableau V. Mesures non pharmacologiques pour la prise en charge du patient avec une iléostomie.....	4
Tableau VI. Agents antimotilité utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie.....	7
Tableau VII. Agents antisécrétoires utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie.....	9
Tableau VIII. Autres agents utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie et agents stimulant l'adaptation de l'intestin court.....	11
Tableau IX. Problèmes pharmacothérapeutiques et ajustements de la pharmacothérapie chez les patients porteurs d'une iléostomie.....	14

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Types de stomie selon leur emplacement dans le tractus gastro-intestinal.....	1
---	---

NOTIONS GÉNÉRALES

CARACTÉRISTIQUES

TYPES DE STOMIE

Une stomie est une déviation chirurgicale d'un viscère creux, comme l'estomac, l'intestin grêle ou le colon, avec abouchement à la peau. Le nom de chaque stomie est déterminé selon le viscère impliqué. La stomie peut être temporaire ou permanente, et ce, peu importe son emplacement¹. Une stomie de dérivation temporaire est généralement conservée pendant quelques semaines ou plusieurs mois. Une stomie peut être d'emblée permanente selon l'indication médicale à son origine ou l'état de santé général. Une liste non exhaustive des indications de stomie est présentée au tableau I. La stomie intestinale de dérivation permet de dévier les selles à la peau, interrompant ainsi le transit digestif en aval et protégeant les intestins distalement². Une iléostomie est une stomie qui consiste à aboucher la partie terminale de l'intestin grêle (iléon) à la peau. Lorsque l'interruption de la portion d'intestin grêle se situe en aval de la stomie, celle-ci est qualifiée de terminale. Dans le cas où il y a persistance de la continuité de l'anse digestive, mais avec une ouverture latérale abouchée à la peau, il est alors question de stomie en boucle². Il ne faut pas confondre les stomies qui permettent l'élimination des selles (iléostomie, colostomie) avec celles qui permettent l'alimentation entérale par un tube d'alimentation (gastrostomie, jéjunostomie)³.

Tableau I. Indications de stomie (liste non exhaustive)

Indications	
■ Anastomose à risque de fuite	■ Malformations congénitales
■ Diverticulite perforée	■ Résection d'un cancer gastro-intestinal
■ Maladie inflammatoire intestinale sévère	■ Trauma intestinal

L'apparence, la consistance et la quantité des selles dépendent de la localisation de la stomie le long du tube gastro-intestinal. La figure 1 illustre les différents types de stomies tandis que le tableau II présente les caractéristiques attendues pour chaque type⁴.

Figure 1. Types de stomie selon leur emplacement dans le tractus gastro-intestinal⁵

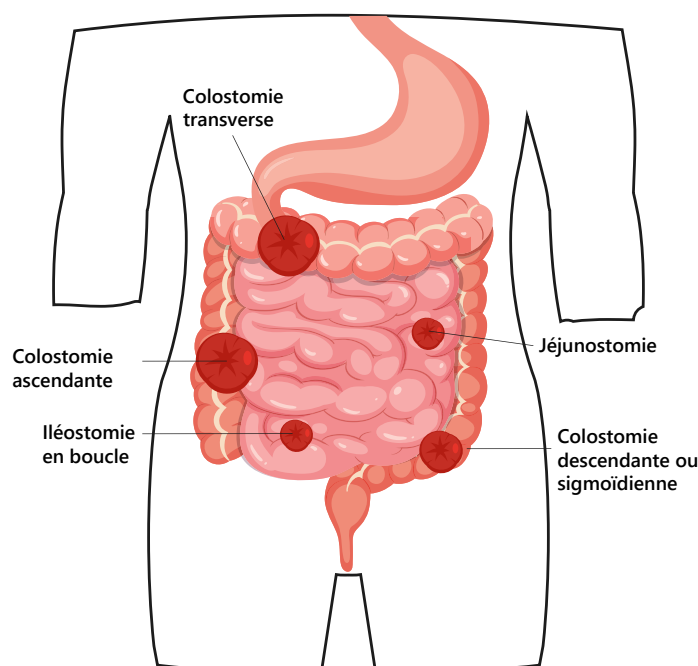


Illustration de Meghan Smith (OncoLink), reproduite et adaptée avec autorisation⁵

Tableau II. Caractéristiques de différents types de stomie d'élimination des selles⁴

Caractéristiques	Iléostomie	Colostomie
Emplacement	■ Iléon	■ Côlon ascendant, transverse, descendant ou sigmoïde
Débit moyen	■ De 500 à 1 300 mL/jour	■ De 200 à 700 mL/jour
Contenu des selles	■ Enzymes digestives ■ Quantité importante de sodium et de potassium	■ Peu d'enzymes digestives
Consistance des selles	■ Le type et la quantité de selles sont influencés par la longueur de l'intestin résiduel en amont et, ainsi, plus la stomie est distale, plus les selles sont formées	

DÉFINITION

Il n'y a pas de définition universellement reconnue dans la littérature, mais une iléostomie qui draine plus de 1 500 à 2 000 mL par 24 heures pendant de 1 à 3 jours est habituellement considérée à haut débit⁶. Il est généralement reconnu qu'une iléostomie dont le débit est supérieur à 1 400 mL par 24 heures peut entraîner des complications⁷. Le débit de l'iléostomie doit être interprété à la lumière des apports oraux en solides et en liquides et de l'état clinique du patient (bilan ingesta et excréta)⁸. Après la création d'une iléostomie, un haut débit peut survenir de façon précoce dans les trois premières semaines (délai médian de 8 jours) ou être retardé et apparaître plus de trois semaines suivant l'intervention (délai médian de 25 jours)⁹. En pratique, les hospitalisations suivant la création d'iléostomie durent parfois moins de huit jours. Par conséquent, l'iléostomie à haut débit peut apparaître alors que le patient a déjà obtenu son congé de l'hôpital.

INCIDENCE

Variable selon les références, l'incidence des iléostomies à haut débit oscille entre 14 et 31 %^{9,10}. Les iléostomies à haut débit précoces s'améliorent spontanément dans 49 % des cas, alors que 7 % de ces patients nécessitent un traitement au long cours. Les iléostomies à haut débit retardées, au contraire, ne s'améliorent spontanément que dans 15 % des cas alors que 47 % de ces patients nécessitent un traitement chronique⁶.

CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE

CAUSES HABITUELLES

De façon générale, les causes habituelles de diarrhée peuvent être à l'origine d'une iléostomie à haut débit. Le non-respect des recommandations alimentaires présentées dans cet outil est fréquemment en cause. À la suite de la création de l'iléostomie, plusieurs mécanismes adaptatifs surviennent pour compenser les modifications anatomiques, physiologiques, métaboliques et microbiologiques causées par l'intervention chirurgicale⁴. Le blocage de ces mécanismes adaptatifs entraîne une augmentation du débit de la stomie. Les autres causes peuvent être la création iatrogénique d'un intestin court dû à une résection intestinale étendue (moins de 200 cm résiduels d'intestin grêle), l'entérite infectieuse (*Clostridioides difficile*, salmonelle), le sevrage d'opioïdes ou de corticostéroïdes, l'administration d'agents prokinétiques (métoclopramide, dompéridone et érythromycine), le sepsis intraabdominal, l'obstruction intestinale, la sténose de la stomie et la prolifération bactérienne⁸.

PATHOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUES

Quelques pathologies, comme une ischémie, une fistule interne, une diverticulose, la maladie cœliaque, une thyrotoxicose ou la maladie de Crohn, peuvent également causer une iléostomie à haut débit¹⁰. La cause de l'iléostomie à haut débit demeure souvent inconnue, et ce, jusque dans 50 % des cas précoces et 38 % des cas retardés¹¹. Des facteurs de risques ont été rapportés, notamment le diabète, l'âge avancé, les maladies inflammatoires intestinales non contrôlées et les chirurgies effectuées par laparotomie⁶.

COMPLICATIONS

La liste des principales complications possibles d'un haut débit est présentée au tableau III. Une iléostomie à haut débit précoce peut prolonger la durée d'hospitalisation. Le taux de réadmission à la suite d'une création d'iléostomie pour cause de déshydratation fluctue entre 9,3 et 43 %⁶. À six mois, ce taux peut augmenter jusqu'à 91 %¹². À court terme, une iléostomie à haut débit peut mener à des désordres électrolytiques, notamment l'hyponatrémie (incidence inconnue) et l'hypomagnésémie (45 % des patients qui ont un haut débit), et à une insuffisance rénale aiguë (jusqu'à 30 à 71 % des cas). À plus long terme, elle peut causer la dénutrition et une insuffisance rénale chronique si la prise en charge n'est pas optimale^{9,11}. Par ailleurs, une iléostomie à haut débit augmente le risque de développer des lithiases urinaires et biliaires⁶.

Tableau III. Description des principales complications associées à une iléostomie à haut débit^{6,8}

Complication	Description
Dénutrition	■ Diminution de l'appétit, perte de poids rapide
Déshydratation	■ Soif intense, xérostomie, diminution de la turgescence cutanée
Désordres électrolytiques	■ Hyponatrémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, crampes et faiblesse musculaire
Érythème péristomial	■ Avec ou sans douleur
Hypotension	■ Avec ou sans tachycardie, orthostatisme
Insuffisance rénale aiguë	■ Augmentation de la créatininémie, diminution du débit urinaire
Autres	■ Confusion, diminution de l'état général, perte de conscience

INVESTIGATIONS ET SURVEILLANCE

ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

Une investigation médicale doit être menée auprès de tout patient ayant une iléostomie à haut débit en vue d'en déterminer la cause (*voir les diagnostics possibles dans la section Causes et facteurs de risque*). Cette investigation doit inclure une évaluation physique, des analyses de laboratoire et de microbiologie ainsi que des examens d'imagerie médicale^{10,12}. Le patient devrait être pesé pour évaluer la perte pondérale en lien avec son statut nutritionnel.

MESURE DU DÉBIT STOMIAL

Lors d'une hospitalisation pour iléostomie à haut débit, une mesure du débit de la stomie devrait être effectuée au cours d'une période de 24 heures sans apport oral ou *nil per os* (NPO). Si cette période NPO ne peut pas être observée, il est important d'effectuer un bilan ingesta et excréta strict. Lorsque le volume des pertes stomiales dépasse le volume des liquides ingérés par voie orale, le patient correspond au profil « sécréteur ». Si les deux volumes sont similaires (ou si le volume des pertes stomiales est inférieur à celui des liquides pris par voie orale), le patient correspond plutôt au profil « absorbateur »^{8,13}.

PARAMÈTRES BIOLOGIQUES ET NUTRITIONNELS À SURVEILLER

Chez les patients porteurs d'une iléostomie à haut débit, il est recommandé d'effectuer un suivi du bilan sanguin pour évaluer l'évolution de l'iléostomie et l'efficacité des traitements. Sans être exhaustives, ces analyses de laboratoire devraient inclure une formule sanguine complète, un bilan élargi d'électrolytes et d'ions, l'urée et la créatinine¹². Ce bilan devrait être effectué lors de l'admission hospitalière, puis à intervalles réguliers pendant l'hospitalisation (p. ex. : toutes les 24 à 72 heures) et à intervalles réguliers, plus espacés, en clinique de soins ambulatoires, selon le jugement du professionnel de santé et l'état clinique du patient. Il est recommandé de mesurer le sodium urinaire pour confirmer le diagnostic de déshydratation même si le taux sérique de sodium est normal. Un dosage des taux de vitamine B12 et d'acide folique peut être demandé dans le contexte d'une iléostomie à haut débit chronique⁶. Des déficiences en certains oligoéléments, notamment le sélénium et le zinc, de même qu'en vitamines liposolubles (A, D, E et K) sont possibles^{14,15}. Un dosage de ces oligoéléments ou vitamines peut être requis si l'iléostomie à haut débit perdure^{14,15}. Un ratio normalisé international (RNI) peut être demandé pour remplacer le dosage de la vitamine K si nécessaire.

TRAITEMENTS

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

ALIMENTATION ET HYDRATATION

Plusieurs conseils liés à l'alimentation et à l'hydratation peuvent être donnés aux patients porteurs d'une iléostomie, qu'elle soit à haut débit ou non. Si les mêmes principes directeurs s'appliquent peu importe le débit de l'iléostomie, ils revêtent une plus grande importance dans le contexte d'un haut débit. Ces principes représentent d'ailleurs la première ligne de traitement des iléostomies à haut débit¹⁶⁻¹⁸. Il est essentiel que le patient reçoive des conseils sur l'alimentation et l'hydratation de la part d'un diététiste-nutritionniste et soit renseigné sur les façons de reconnaître les signes et symptômes de déshydratation qui justifieraient une consultation à l'urgence. Le tableau IV présente les mesures non pharmacologiques pour la prise en charge de patients porteurs d'une iléostomie.

Tableau IV. Mesures non pharmacologiques pour la prise en charge du patient avec une iléostomie

Mesures	Description
Alimentation	
■ Séparer la consommation des liquides et des solides ¹⁸	■ Respecter une période sans hydratation 1 heure avant et après un repas
■ Diminuer la grosseur des repas	■ Privilégier la prise de petits repas de 4 à 6 fois par jour en mastiquant bien
■ Libéraliser la quantité de sel dans l'alimentation	■ Saler au goût
Hydratation	
■ Favoriser la prise de liquides isotoniques • Augmenter selon la tolérance et viser de 1 à 1,5 L/24 heures • Tenter de doubler la concentration des produits commerciaux vendus sous forme de poudre en les diluant avec la moitié de la quantité d'eau suggérée par le fabricant (approche souvent limitée par la palatabilité des liquides préparés à partir de poudre) <i>Note : aucune solution de réhydratation commerciale n'atteint la concentration de sodium visée de 90 à 120 mmol/L¹⁶</i>	■ Gastrolyte (concentration de sodium : 60 mmol/L) ■ Pedialyte (concentration de sodium : de 45 à 60 mmol/L) ■ Recettes « maison » ^{16,17} • Organisation mondiale de la Santé : ½ cuillerée à thé de sel de table, ½ cuillerée à thé de substitut de sel (chlorure de potassium, type NoSalt), ½ cuillerée à thé de bicarbonate de soude, 8 cuillerées à thé de sucre, eau pour compléter la solution à 1 L • Pratique locale : 1 capsule de chlorure de sodium 1 g (17,1 mmol) à prendre avec chaque 250 mL de liquide hypotonique
■ Fractionner la prise des liquides au cours de la journée	■ Privilégier l'ingestion d'une petite quantité plusieurs fois par jour plutôt qu'une grande quantité d'un coup
Précautions et restrictions	
■ Restreindre l'ingestion de liquides hypotoniques • Limiter l'apport à moins de 0,5 à 1 L/24 heures	■ Eau, thé, café, boissons diètes, boissons sportives « zéro » ou sans sucre, alcool, aromatisants d'eau
■ Éviter l'ingestion de liquides hypertoniques • Porter une attention particulière aux médicaments en formulation liquide	■ Jus de fruits, jus de tomates, limonade, punch, boissons gazeuses sucrées, boissons énergisantes ou sportives, sirop, crème glacée, sorbet, sucettes glacées commerciales (Popsicle), gélatine sucrée, suppléments nutritifs ¹⁶
■ Éviter les aliments riches en sucres simples	■ Desserts, bonbons

CORRECTION DE L'HYPOMAGNÉSÉMIE

Outre l'ajustement de l'alimentation et de l'hydratation, la prise en charge de l'hypomagnésémie est primordiale (voir le tableau V)^{6,10,19}.

Tableau V. Traitement de l'hypomagnésémie chez les patients porteurs d'une iléostomie^{6,10,19}

Niveau de traitement	Interventions
Première intention	■ Corriger la déshydratation et l'hyponatrémie
Deuxième intention	■ Supplémenter avec un sel organique de magnésium PO (citrate, aspartate, gluconate, lactate, glucoheptonate, glycinate, bisglycinate, malate) au coucher ■ Considérer un apport en magnésium IV s'il y a hypomagnésémie réfractaire à la supplémentation PO, sévère ou symptomatique ou bien s'il y a intolérance sévère à la supplémentation PO (diarrhée)
Troisième intention	■ Supplémenter les apports avec de la vitamine D activée (alfacalcidol, calcitriol) s'il y a hypovitaminose D

Sigles et abréviations : PO : voie orale; IV : voie intraveineuse

MESURES PHARMACOLOGIQUES

PLACE DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Le traitement d'une iléostomie à haut débit dépend avant tout de sa cause. Si elle n'est pas identifiée, notamment dans l'attente du résultat d'investigations ou d'une éventuelle prise en charge chirurgicale, des traitements sont disponibles pour maîtriser le débit de l'iléostomie. Les données probantes actuelles sont peu étayées pour différentes raisons. Une lacune majeure est le manque de définitions d'objectifs de traitement pour les patients ayant une iléostomie à haut débit. Variables d'une étude à l'autre, ces objectifs peuvent inclure la diminution du recours à l'alimentation parentérale ou à l'hydratation intraveineuse, la diminution du débit des selles passant par l'iléostomie, la diminution du besoin de correction des électrolytes, l'augmentation de la qualité de vie ou encore la stabilisation de la fonction rénale⁸. Il devient ainsi difficile de tirer des conclusions à partir de ces différentes études. Les traitements pharmacologiques sont habituellement ajoutés aux mesures nutritionnelles et d'hydratation énumérées au tableau IV, lorsque ces dernières ne permettent pas de maintenir un débit de stomie acceptable¹⁰.

HYDRATATION INTRAVEINEUSE ET ALIMENTATION PARENTÉRALE

Lorsqu'un patient est hospitalisé pour une iléostomie à haut débit, le recours à une hydratation intraveineuse et à l'alimentation parentérale peut être envisagé selon l'évaluation initiale de sa déshydratation et de sa dénutrition⁸. Ce segment du traitement initial devrait être ajusté à la hausse et réévalué parallèlement aux thérapies médicamenteuses. Bien que primordial, il n'est pas abordé dans ce document.

CHOIX DU TRAITEMENT SELON LE PROFIL DU PATIENT

Les traitements pharmacologiques recommandés varient selon le profil du patient (*voir section Investigations et surveillance*). Les patients au profil « absorbeur » peuvent bénéficier de la prise de médicaments agissant sur la motilité gastro-intestinale, lesquels sont présentés au tableau VI^{10,13,20-22}. Les patients au profil « sécréteur » peuvent bénéficier de la prise et, en concomitance, de l'ajustement posologique à la hausse des médicaments agissant sur la motilité (*voir le tableau VI*) et des médicaments ayant un effet sur les sécrétions gastrointestinales, lesquels sont présentés au tableau VII^{10,12,13,18,19,23-30}. Un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) peut être utilisé chez un patient de type « absorbeur » dans les premières semaines suivant la création d'une iléostomie (période adaptative d'hypergastrinémie) lorsque la résection gastro-intestinale est majeure¹⁰. La durée de traitement optimale avec un IPP n'est pas connue, mais certaines sources suggèrent une durée de traitement minimale de six mois²¹. L'hypergastrinémie peut durer près d'un an après la résection intestinale³¹. Un pH stomial inférieur à 5 est une cible habituellement acceptée pour l'initiation ou l'ajustement posologique à la hausse d'un IPP (viser un pH stomial supérieur à 5). Dans certains cas particuliers, comme le syndrome de l'intestin court, d'autres options thérapeutiques, présentées au tableau VIII, peuvent être envisagées^{7,8,14,32-38}. Des experts ont formulé quelques algorithmes et proposé des prises en charge qui diffèrent entre eux sans expliciter les raisons sous-tendant certains choix ou ajustements^{9,11,30,39}. Les données actuelles ne permettent pas de comparer toutes les options thérapeutiques, mais il est possible de les regrouper en lignes de traitements qui tiennent compte du niveau de preuves, du rapport des bienfaits et des risques ainsi que de la disponibilité du traitement.

Les données concernant les bienfaits de chaque médicament, particulièrement l'octréotide, les agonistes du peptide-1 apparenté au glucagon ou GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*) et les agonistes du peptide-2 apparenté au glucagon ou GLP-2 (*glucagon-like peptide-2*), doivent être interprétées selon le devis et les critères d'évaluation de chaque étude. Une consultation des études originales est recommandée, les effets étant rapportés soit en comparaison avec le placebo, soit en comparaison avec le débit basal des patients.

AJUSTEMENT DES TRAITEMENTS

Les thérapies devraient être ajoutées et leurs doses, ajustées à la hausse, en respectant les lignes de traitement, en réévaluant le débit de l'iléostomie toutes les 24 à 72 heures, à moins d'une particularité propre à la molécule utilisée. Dans le cas des patients au profil « sécréteur », les doses des agents des tableaux VI et VII devraient être ajustées à la hausse en concomitance. Chaque ligne de traitement devrait être ajusté à la hausse jusqu'à l'atteinte du débit désiré, de la dose cible ou de la dose maximale tolérée. Si, malgré ces changements, le débit désiré n'est pas atteint, la ligne de traitement suivante devrait être

ajoutée au profil pharmacologique, à moins d'intolérance au traitement de première ligne qui justifierait sa suspension. **Il est également important d'éviter les ordonnances « au besoin » d'agents antimotilité, car la prise de ces agents doit être coordonnée avec les heures de repas (de 30 à 60 min avant les repas) pour être efficace au bon moment, et non une fois la perte liquidienne trop importante remarquée³³.**

TRAITEMENTS NON RECOMMANDÉS OU À ÉVITER

Certaines thérapies, telles que l'administration de la desmopressine et de la cholylsarcosine, ont été étudiées et se sont avérées inefficaces¹⁰. Elles ne sont donc pas proposées. D'autre part, certaines thérapies sont parfois initiées alors qu'elles devraient être évitées. La cholestyramine, par exemple, ne devrait pas être utilisée chez un patient porteur d'une iléostomie, car elle ne peut qu'augmenter la malabsorption des lipides et donc la stéatorrhée¹². Également étudié, le budésonide diminue le débit fécal chez les patients opérés en raison de la maladie de Crohn qui maintiennent une activité inflammatoire quiescente après l'intervention. Aussi, d'autres thérapies, plus efficaces, notamment les agents inhibant l'activité du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF) alpha, pourraient être amorcées ou poursuivies même si elles n'ont pas été étudiées dans le contexte d'une iléostomie à haut débit.

PRÉCAUTIONS INDIQUÉES POUR LA PHARMACOTHÉRAPIE CHRONIQUE À LA SUITE D'UNE ILÉOSTOMIE

Les changements physiologiques secondaires à la création d'une iléostomie, à haut débit ou non, peuvent influencer l'efficacité et l'innocuité de certains médicaments⁴⁰. Bien qu'il y ait peu de littérature sur la prise en charge de la pharmacothérapie dans ce contexte, les avis d'experts décrivent certains principes généraux^{33,40,41}. Plusieurs éléments propres aux médicaments peuvent justifier des modifications du profil pharmacologique, ce que le tableau IX présente⁴².

Complexe, la prise en charge de la pharmacothérapie d'un patient porteur d'une iléostomie doit être individualisée selon ses caractéristiques (p. ex. : âge, comorbidités) et la nature de la chirurgie (p. ex. : débit et site de la stomie, temps écoulé depuis l'intervention). Il importe de faire preuve de jugement et de bien évaluer les risques et les avantages propres à chaque molécule auprès du patient, sachant que cet équilibre est dynamique et peut évoluer. Le tableau IX présente quelques possibilités d'ajustement ou de prise en charge de la pharmacothérapie d'un patient porteur d'une iléostomie. L'expertise du pharmacien est essentielle, car elle garantit l'adéquation du traitement pharmacologique aux besoins du patient.

Tableau VI. Agents antimotilité utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie

Médicament	Posologie, bienfaits, risques et informations complémentaires
Première ligne	
Lopéramide	Posologie ■ Lopéramide¹³ • Posologie initiale : 2 mg PO quatre fois par jour • Posologie maximale recommandée par le RPE en chirurgie : 16 mg PO quatre fois par jour • Posologie maximale retrouvée dans la littérature : 24 mg PO quatre fois par jour Notes - Prendre de 30 à 60 minutes avant les repas - Augmenter graduellement la dose de 2 mg toutes les 24 à 48 heures jusqu'à l'atteinte du débit d'iléostomie visé - Envisager les actions suivantes si la dose est supérieure à 16 mg par jour : ✓ Écraser les comprimés ✓ Considérer la formulation à dissolution rapide si les comprimés écrasés sont inefficaces (mesure de patient d'exception de la Régie de l'assurance maladie du Québec) ✓ Éviter la solution orale commerciale, car trop osmolaire (risque d'aggraver la diarrhée) Bienfaits ■ Diminution de 15 à 45 % du débit fécal par 24 heures¹³ ■ Diminution de 20 à 30 % des pertes liquidiennes et sodiques ■ Pas d'augmentation de la perte de lipides dans les selles¹⁰ ■ Diminution possible des sécrétions gastro-intestinales Risques ■ Augmentation possible de l'intervalle QT à des doses supérieures à 16 mg par jour ■ Constipation, iléus Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : agoniste opioïde synthétique ■ Élimination affectée par le cycle entéro-hépatique, d'où la dose maximale plus élevée que celle pour la population générale ■ Efficacité supérieure du lopéramide 4 mg PO quatre fois par jour comparativement à celle de la codéine 60 mg PO quatre fois par jour⁷ ■ Effet synergique lorsque combiné avec un opioïde ■ Recommandation d'un électrocardiogramme lorsque la dose dépasse 16 mg par jour et dans les deux cas suivants : • À chaque augmentation de dose • Lorsque le débit de l'iléostomie est stable (par augmentation de l'absorption possible)

Tableau VI. Agents antimotilité utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie (suite)

Médicament	Posologie, bienfaits, risques et informations complémentaires
Deuxième ligne	
Codéine et autres opioïdes	Posologie ■ Codéine¹⁰ • Posologie initiale : 15 mg PO quatre fois par jour • Posologie maximale : 60 mg PO quatre fois par jour ■ Autres opioïdes : dose minimale efficace pour le traitement de la douleur
	Bienfaits ■ Diminution de 20 à 30 % des pertes liquidiennes et sodiques ■ Diminution des sécrétions pancréatobiliaires
	Risques ■ Augmentation des pertes de lipides dans les selles ■ Constipation, iléus ■ Somnolence, hallucinations, délirium ■ Détresse respiratoire ■ Dépendance
	Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : agoniste opioïde ■ Recours aux opioïdes, autres que la codéine, principalement chez les patients avec un haut débit à la suite d'une chirurgie récente qui éprouvent de la douleur aiguë non maîtrisée • Limiter l'utilisation dans le temps le plus possible • Envisager le passage d'un opioïde à la codéine si la douleur aiguë est maîtrisée et si le haut débit subsiste ■ Seule la codéine étudiée pour cette indication, mais effets thérapeutiques similaires attendus pour les autres opioïdes ■ Pas de tolérance à l'effet antimotilité, contrairement à l'effet analgésique ■ Effet synergique lorsque combiné avec le lopéramide
Atropine-diphénoxylate	Posologie ■ Atropine-diphénoxylate²¹ • Posologie initiale : 0,025 mg/2,5 mg PO quatre fois par jour • Posologie maximale : 0,05 mg/5 mg PO quatre fois par jour
	Risques ■ Constipation, étourdissements, rétention urinaire, somnolence, tachycardie, xérostomie
	Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : agoniste opioïde synthétique ■ Utilisé en pratique, mais aucune donnée en contexte d'iléostomie à haut débit ■ Supplanté par le lopéramide en raison du profil de tolérance, mais effets thérapeutiques similaires attendus²²

Sigles et abréviations : PO : voie orale

Tableau VII. Agents antisécrétoires utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie

Médicament	Posologie, bienfaits, risques et informations complémentaires
Première ligne	
Dexlansoprazole Esoméprazole Lansoprazole Oméprazole Pantoprazole Rabéprazole	Posologie ■ Oméprazole¹³ • Posologie initiale : 40 mg PO une fois par jour • Posologie maximale : 40 mg PO deux fois par jour ■ Autres inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : viser les posologies maximales reconnues Bienfaits ■ Diminution de 20 à 25 % du débit fécal par 24 heures ■ Diminution de la perte sodique de 20 mmol par jour avec oméprazole 40 mg IV deux fois par jour¹⁸ <i>Note : formulation IV d'oméprazole non disponible au Canada</i> Risques ■ Hypomagnésémie ■ Pas de diminution des besoins en alimentation parentérale totale ou en hydratation PO, IV ou SC¹⁰ ■ Colite microscopique, infection à <i>Clostridiodes difficile</i>, néphrite interstitielle, ostéopénie ou ostéoporose, perturbation du bilan hépatique^{10,23-25} Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : inhibiteur irréversible de la pompe H⁺, K⁺, ATPase • Diminution de la sécrétion basale et stimulée d'acide gastrique ■ Absorption rapide de l'oméprazole au niveau du duodénum et du jéjunum proximal permettent un temps pour atteindre la concentration maximale (Tmax) le plus court^{7,13} ■ Oméprazole le plus étudié, mais d'autres IPP utilisés en pratique ■ Utilisation d'une formulation IV ou orodispersible de l'IPP à court terme, lors de la prise en charge initiale, pour favoriser son absorption ■ Augmentation possible de la dose d'IPP pour obtenir un pH du liquide stomial supérieur à 5^{10,18} ■ Aucun effet sur l'absorption calorique, glucidique ou lipidique ou bien sur l'absorption de l'azote ou de cations divalents
Deuxième ligne	
Cimétidine Famotidine Nizatidine Ranitidine	Posologie ■ Ranitidine • Posologie initiale : 150 mg PO deux fois par jour • Posologie maximale : 300 mg PO deux fois par jour ■ Autres antihistaminiques anti-H₂ : posologies usuelles <i>Note : ajuster la posologie en cas d'insuffisance rénale</i> Bienfaits ■ Diminution de 22 % du débit fécal par 24 heures (cimétidine)²⁷ ■ Diminution de 27 % de la perte sodique (cimétidine)²⁷ <i>Note : effet étudié suivant une résection étendue de l'intestin grêle</i> ■ Diminution possible des besoins en hydratation IV (cimétidine)²⁸ Risques ■ Céphalées, constipation, étourdissements, fatigue, hypotension²⁹ Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : antagoniste des récepteurs H₂ ■ Utilisation à réserver aux patients présentant une contre-indication aux IPP ou une hypomagnésémie secondaire à l'utilisation d'un IPP ■ Utilisation d'une formulation IV à court terme pour favoriser l'absorption ■ Efficacité moindre comparativement à celle des IPP lorsque le poids fécal initial dépasse 2,5 kg par 24 heures ■ Ajout d'un antihistaminique anti-H₂ à un IPP parfois envisagé en pratique pour maximiser l'efficacité même en l'absence d'hypomagnésémie ■ Aucun effet sur l'absorption du calcium, du magnésium, du phosphate ou du zinc ou bien sur l'absorption lipidique²⁸

Tableau VII. Agents antisécrétoires utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie (suite)

Médicament	Posologie, bienfaits, risques et informations complémentaires
Troisième ligne	
Octréotide Lanréotide	Posologie ■ Octréotide (formulation à courte action)³⁰ • Posologie initiale : 50 à 100 mcg SC ou IV deux fois par jour • Posologie maximale : 200 mcg SC ou IV trois fois par jour ■ Octréotide (formulation à longue action) • Posologie initiale : 20 mg SC toutes les quatre semaines • Posologie maximale : 30 mg SC toutes les quatre semaines Notes - Considérer une dose initiale plus faible de 10 mg SC toutes les quatre semaines en cas d'insuffisance rénale - Ajuster la dose toutes les quatre semaines selon l'efficacité et la tolérance, jusqu'à un maximum de 30 mg SC ■ Lanréotide • Posologie : 120 mg SC toutes les quatre semaines
	Bienfaits ■ Diminution de 24,1 % du débit fécal par 24 heures^{12,43} ■ Diminution des pertes sodiques ■ Diminution du volume du soutien parentéral ■ Aucun effet sur l'absorption des lipides¹⁹ ■ Effet maintenu à un an¹⁰
	Risques ■ Hypoglycémie, hyperglycémie, lithiases vésicales, nausée, stase biliaire, stéatorrhée ■ Bradycardie ■ Douleur au site d'injection SC ■ « Flushing » et céphalées avec la voie IV ■ Diminution de l'adaptation intestinale postopératoire chez des modèles animaux
	Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : analogue de la somatostatine • Diminution des sécrétions gastriques et biliopancréatiques • Ralentissement du transit gastro-intestinal ■ Essai intrahospitalier recommandé de même que le suivi par un spécialiste ■ Passage de la formulation courte action d'octréotide à la formulation longue action ou au lanréotide à considérer si efficace • En cas de passage à la formulation longue action d'octréotide, maintien de la formulation courte action pendant au moins deux semaines suivant l'introduction de la formulation longue action • En cas de passage au lanréotide, formulation courte action d'octréotide généralement cessée (maintien à envisager pour assurer la maîtrise du débit et réintroduction à envisager de façon temporaire s'il y a réapparition de symptômes de haut débit) ■ Cessation si inefficacité après un essai de cinq jours ■ Aucun effet sur l'absorption calorique ou bien sur l'absorption de l'azote, du calcium, du magnésium, du potassium, du phosphate ou du zinc¹⁹

Sigles et abréviations : IPP : inhibiteur de la pompe à protons; IV : voie intraveineuse; PO : voie orale; SC : voie sous-cutanée; Tmax : temps pour atteindre la concentration maximale

Tableau VIII. Autres agents utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie et agents stimulant l'adaptation de l'intestin court

Médicament	Posologie, bienfaits, risques et informations complémentaires
Autres agents utilisés pour l'iléostomie à haut débit	
Psyllium et autres suppléments de fibres solubles (agents de masse)	Posologie ■ Psyllium et autres agents de masse • Posologie initiale : 5 mL (5,8 g ou un sachet) dans de 60 à 100 mL d'eau une fois par jour • Posologie intermédiaire : 10 mL (11,6 g ou deux sachets) dans de 60 à 100 mL d'eau trois fois par jour • Posologie maximale : 15 mL (17,4 g ou trois sachets) dans de 60 à 100 mL d'eau trois fois par jour
	Bienfaits ■ Augmentation de la qualité de vie par augmentation de la viscosité des selles et par la diminution de la dermite péristomiale
	Risques ■ Augmentation du sentiment de satiété, donc diminution de la consommation de nutriments essentiels ■ Déshydratation par fixation des liquides consommés alors non disponibles pour absorption³³ ■ Exacerbation de la perte d'électrolytes par chélation ■ Malabsorption des vitamines liposolubles
	Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : liaison avec l'eau libre du tractus gastro-intestinal menant à une diminution du transit et à une augmentation de la viscosité des selles^{7,32} ■ Utilisation des fibres solubles controversée (études avec de petits échantillons et des résultats variables)^{34,35} ■ Utilisation en combinaison avec une restriction liquidienne
Agents utilisés pour le syndrome de l'intestin court	
Clonidine	Posologie ■ Clonidine^{19,31} • Posologie initiale : 0,1 mg PO deux fois par jour • Posologie maximale : 0,2 mg PO deux fois par jour
	Bienfaits ■ Diminution de 10 % des pertes liquidiennes ■ Diminution de 11,2 % des pertes sodiques (39 mmol/jour)¹⁰
	Risques ■ Céphalées, somnolence ■ Hypotension ■ Xérostomie²⁹
	Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : agoniste alpha-2 ■ Utilisation à envisager chez les patients hypertendus ■ Étudiée en timbre transdermique à raison de 0,3 mg/24 heures, une formulation non disponible au Canada au moment de publier ce document ■ Résultats conflictuels des études soutenant son utilisation et pas toujours positifs ■ Aucun effet sur l'absorption énergétique, lipidique et glucidique

Tableau VIII. Autres agents utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie et agents stimulant l'adaptation de l'intestin court (suite)

Médicament	Posologie, bienfaits, risques et informations complémentaires
Agents utilisés pour le syndrome de l'intestin court (suite)	
Dulaglutide Exénatide Liraglutide Lixisénatide Sémaglutide Tirzépatide	Posologie ■ Liraglutide^{8,36,37} • Posologie initiale : 0,6 mg SC une fois par jour • Posologie cible : 1,8 mg SC une fois par jour • Posologie maximale : 3 mg SC une fois par jour <i>Note : ajuster la dose à la hausse toutes les une à deux semaines</i> ■ Autres agonistes du peptide-1 apparenté au glucagon ou GLP-1 (<i>glucagon-like peptide-1</i>) : posologies usuelles indiquées pour le diabète et pour l'obésité (molécules non étudiées en haut débit) Bienfaits ■ Diminution de 20 % et plus du débit fécal chez 52,6 % des patients à un mois et chez 63,2 % des patients à six mois ■ Augmentation de 40 % du débit urinaire ■ Diminution des besoins en alimentation parentérale ■ Augmentation de l'absorption énergétique intestinale de 9 % Risques ■ Constipation, diarrhée ■ Nausées, vomissements ■ Pancréatite Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : agoniste des récepteurs du GLP-1 • Diminution de l'appétit, des sécrétions gastro-intestinales et de la production d'acides biliaires • Augmentation du poids intestinal (augmentation de la taille de villosités intestinales) ■ Traitement indiqué dans les deux cas suivants uniquement : • Maîtrise d'un autre problème de santé • Réintroduction rapide suivant la création d'une iléostomie si traitement débuté avant la chirurgie ■ Association bénéfique avec un agoniste du peptide-2 apparenté au glucagon ou GLP-2 (<i>glucagon-like peptide-2</i>) dans une étude menée auprès de neuf patients⁴⁴

Tableau VIII. Autres agents utilisés pour la prise en charge du patient avec une iléostomie et agents stimulant l'adaptation de l'intestin court (suite)

Médicament	Posologie, bienfaits, risques et informations complémentaires
Agents utilisés pour le syndrome de l'intestin court (suite)	
Apraglutide Glépaglutide Téduglutide	Posologie ■ Téduglutide : 0,05 mg/kg SC une fois par jour <i>Note : ajuster la dose à la hausse toutes les une à deux semaines</i> Bienfaits ■ Diminution de 20 % et plus des besoins parentéraux chez 64 % des patients à six mois et jusqu'à 82 % après deux ans¹³ ■ Augmentation de l'absorption des nutriments, du sodium et de l'eau ■ Diminution partielle des besoins en alimentation parentérale chez 54 % des patients⁴⁵ ■ Arrêt complet de l'alimentation parentérale chez 21 % des patients à plus de deux ans Risques ■ Augmentation du taux de formation d'adénomes coliques ■ Cholangite, cholécystite, cholélithiase ■ Ictère ■ Œdème des membres inférieurs, nausées, vomissements ■ Pancréatite, sténose du canal pancréatique Informations complémentaires ■ Mécanisme d'action : agonistes des récepteurs du GLP-2 • Stimulation de la croissance des muqueuses • Augmentation de la taille des villosités intestinales et du débit sanguin mésentérique • Diminution de la motilité gastro-intestinale ■ Accès difficile et prix élevé ■ Contre-indication si obstruction ou sténose intestinale ■ Précautions en cas de maladie biliaire, cardiaque ou pancréatique²² ■ Combinaison à un régime hyperphagique d'une diète spécialisée³⁸ ■ Meilleure réponse attendue chez les patients qui n'ont plus de côlon¹² ■ Critères strictes à respecter pour la prescription de téduglutide • Besoin d'alimentation parentérale ou d'hydratation IV pendant un an et six mois postopératoire • Contre-indication en cas de cancer gastro-intestinal • Coloscopie à six mois préinitiation, à un an post initiation, puis tous les cinq ans, si possible (si le patient a un rectum ou le côlon)¹⁴ • Échographie biliopancréatique préinitiation recommandée • Accès par le programme de soutien aux patients en attendant le remboursement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (patient d'exception) ou par assureur privé ■ Apraglutide et glépaglutide en étude de phase III et non disponibles au Canada

Sigles et abréviations : GLP-1 : *glucagon-like peptide-1* (peptide-1 apparenté au glucagon); GLP-2 : *glucacon-like peptide-2* (peptide-2 apparenté au glucagon); IV : voie intraveineuse; PO : voie orale; SC : voie sous-cutanée

Tableau IX. Problèmes pharmacothérapeutiques et ajustements de la pharmacothérapie chez les patients porteurs d'une iléostomie

Problématique	Médicaments impliqués	Conséquences	Mesures à prendre
Altération potentielle de la réponse adaptative	■ Inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone	■ Augmentation du risque de réadmission pour déshydratation dans les 60 jours suivant la création d'une iléostomie (rapport de risque : 13,56; intervalle de confiance à 95 % : 3,54-51,92)⁴²	■ Suspendre les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone suivant la création de l'iléostomie ■ Reprendre après la fermeture de l'iléostomie ou après une réévaluation complète des antécédents, des bienfaits et des risques associés aux médicaments quelque temps après la création de l'iléostomie
Diminution de l'absorption secondaire aux propriétés pharmacocinétiques	■ Formulation à libération modifiée ou prolongée ■ Médicaments ayant l'une des caractéristiques suivantes : • Faible biodisponibilité (p. ex. : cyclosporine, lévothyroxine) • Recirculation entéro-hépatique importante (p. ex. : contraceptifs oraux) • Site d'absorption en amont de l'iléostomie, lors d'un épisode de haut débit • Site d'absorption en aval de l'iléostomie	■ Diminution de l'efficacité	■ Favoriser les formulations à libération immédiate ■ Favoriser une voie alternative (p. ex. : intrarectale, sublinguale, IV) ■ Écraser les comprimés ou ouvrir les capsules, si possible ■ Effectuer un suivi des concentrations sériques ■ Augmenter la dose des médicaments selon le suivi clinique ■ Suspendre la prise de certains médicaments si l'état du patient est instable
Risque accru de toxicité en présence d'une stomie à haut débit	■ Anti-inflammatoires non stéroïdiens ■ Diurétiques ■ Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)	■ Exacerbation d'une insuffisance rénale aiguë	■ Éviter les médicaments impliqués ■ Suspendre la prise de ces médicaments chez les patients dont le débit de l'iléostomie n'est pas maîtrisé ou en insuffisance rénale aiguë
	■ Digoxine ■ Diurétiques ■ Médicaments prolongeant l'intervalle QT	■ Toxicité accrue lors de déséquilibres électrolytiques	■ Faire le suivi clinique des signes et symptômes de toxicité de la digoxine et effectuer le dosage des concentrations plasmatiques, si suspicion de toxicité ■ Doser les électrolytes (sodium, potassium, magnésium) et supplémenter au besoin ■ Vérifier l'électrocardiogramme au besoin ■ Suspendre le traitement s'il y a des déséquilibres électrolytiques ou privilégier un autre traitement, si possible
Exacerbation des pertes par l'iléostomie	■ Médicaments agissant sur la motilité ou le temps de transit ■ Agents prokinétiques ■ Cholestyramine ■ Formulations orales hyperosmolaires (p. ex. : sorbitol, lopéramide liquide) ■ Laxatifs	■ Risque de déshydratation et d'insuffisance rénale aiguë ■ Malabsorption des autres médicaments, des macronutriments et micronutriments	■ Éviter les médicaments impliqués à moins d'une indication franche ■ Suspendre la prise de ces médicaments chez les patients dont le débit de l'iléostomie n'est pas maîtrisé ou en insuffisance rénale aiguë ■ Faire le suivi du poids corporel et doser les micronutriments, si nécessaire ■ Se rappeler qu'en présence d'une iléostomie, la cholestyramine provoque une exacerbation de la malabsorption des lipides et de la stéatorrhée
Diminution de l'efficacité secondaire aux propriétés pharmacodynamiques	■ Médicaments ayant une efficacité locale au niveau du côlon (p. ex. : vancomycine orale, mesalazine)	■ Échecs thérapeutiques	■ Privilégier un traitement dont les propriétés pharmacodynamiques ne risquent pas de limiter son efficacité en présence d'une iléostomie ■ Utiliser une voie d'administration permettant l'efficacité au site de traitement désiré (p. ex. : lavements ou administration par voie intrarectale de vancomycine en traitement d'une infection à <i>Clostridiodes difficile</i>)

Sigles et abréviations : SGLT2 : cotransporteur sodium-glucose de type 2; IV : voie intraveineuse

RÉFÉRENCES

1. Société canadienne du cancer. Colostomie et iléostomie. [en ligne] <https://cancer.ca/fr/treatments/tests-and-procedures/colostomy-and-ileostomy> (site visité le 30 avril 2024).
2. Société canadienne des personnes stomisées. Qu'est-ce qu'une stomie? Types de stomie. [en ligne] <https://www.ostomycanada.ca/what-is-an-ostomy/> (site visité le 30 avril 2024).
3. Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval. Iléostomie. [en ligne] <https://www.chudequebec.ca/patient/maladies-soins-et-services/traitements-et-examens/traitements/entretien-et-soins-d-une-ileostomie.aspx> (site visité le 30 avril 2024).
4. Ma H, Li X, Yang H, Qiu Y, Xiao W. The pathology and physiology of ileostomy. *Front Nutr* 2022;9:842198.
5. OncoLink. Surgical procedures: Ileostomy. [en ligne] <https://www.oncolink.org/cancers/gastrointestinal/rectal-cancer/ileostomy> (site visité le 30 avril 2024).
6. Tsujinaka S, Suzuki H, Miura T, Sato Y, Shibata C. Obstructive and secretary complications of diverting ileostomy. *World J Gastroenterol* 2022;28:6732-42.
7. Boutté HJ, Poylin V. High ileostomy output: a practical review of pathophysiology, causes, and management. *Semin Col Rect Surg* 2023;34:1-5.
8. Lederhuber H, Massey LH, Kantola VE, Siddiqui MRS, Sayers AE, McDermott FD et coll. Clinical management of high-output stoma: a systematic literature review and meta-analysis. *Tech Coloproctol* 2023;27:1139-54.
9. Arenas Villafranca JJ, López-Rodríguez C, Abilés J, Rivera R, Gándara Adán N, Navarro PU. Protocol for the detection and nutritional management of high-output stomas. *Nutr J* 2015;14:45.
10. Nightingale JMD. How to manage a high-output stoma. *Frontline Gastroenterol* 2021;13:140-51.
11. Baker ML, Williams RN, Nightingale JMD. Causes and management of high-output stoma. *Colorectal Dis* 2011;13:191-7.
12. Rowe KM, Schiller LR. Ileostomy diarrhea: Pathophysiology and management. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2020;33:218-26.
13. Wauters L, Joly F. Treatment of short bowel syndrome: Breaking the therapeutic ceiling? *Nutr Clin Pract* 2023;38(suppl. 1):S76-87.
14. Adaba F, Vaizey CJ, Warusavitarne J. Management of intestinal failure: The high-output enterostomy and enterocutaneous fistula. *Clin Colon Rectal Surg* 2017;30:215-22.
15. Mountford CG, Manas DM, Thompson NP. A practical approach to the management of high-output stoma. *Frontline Gastroenterol* 2014;5:203-7.
16. Parrish CR. The clinician's guide to short bowel syndrome. *Pract Gastroenterol* 2005;67-106.
17. Nutrition Services. Nutrition for a high output ostomy. Edmonton, Alberta : Alberta Health Services;2025. 2 p. Disponible à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/nutrition/if-nfs-nutrition-for-high-output-ostomy.pdf> (consulté le 30 avril 2024).
18. Jeppesen PB. The non-surgical treatment of adult patients with short bowel syndrome. *Expert Opin Orphan Drugs* 2013;1:527-38.
19. Amin M, Al-Zarrad D, Gabriel N, Meade U, Patel R, Singh P. Management of high output stomas. [en ligne] <https://hospitalpharmacyeurope.com/clinical-zones/gastroenterology/management-of-high-output-stomas/> (site visité le 30 avril 2024).
20. Cuerda C, Pironi L, Arends J, Bozzetti F, Gillanders L, Jeppesen PB et coll. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in chronic intestinal failure. *Clin Nutr* 2021;40:5196-220.
21. Buchman AL. Intestinal failure and rehabilitation. *Gastroenterol Clin North Am* 2018;47:327-40.
22. Eça R, Barbosa E. Short bowel syndrome: treatment options. *J Coloproctol (Rio J)* 2021;36:262-72.

23. Moayyedi P, Eikelboom JW, Bosch J, Connolly SJ, Dyal L, Shestakovska O et coll. Safety of proton pump inhibitors based on a large, multi-year, randomized trial of patients receiving rivaroxaban or aspirin. *Gastroenterology* 2019;157:682-91.
24. Bonderup OK, Nielsen GL, Dall M, Pottegård A, Hallas J. Significant association between the use of different proton pump inhibitors and microscopic colitis: a nationwide Danish case-control study. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;48:618-25.
25. Vaezi MF, Yang YX, Howden CW. Complications of proton pump inhibitor therapy. *Gastroenterology* 2017;153:35-48.
26. Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 years of proton pump inhibitors: A comprehensive review. *Gut Liver* 2016;11:27-37.
27. Aly A, Bárány F, Kollberg B, Monsén U, Johansson C. Effect of an H₂-receptor blocking agent on diarrhoeas after extensive small bowel resection in Crohn's disease. *Acta Med Scand* 1980;207:119-22.
28. Jacobsen O, Ladefoged K, Stage JG, Jarnum S. Effects of cimetidine on jejunostomy effluents in patients with severe short-bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 1986;21:824-8.
29. de Vries FEE, Reeskamp LF, van Ruler O, van Arum I, Kuin W, Dijkstra G et coll. Systematic review: Pharmacotherapy for high-output enterostomies or enteral fistulas. *Aliment Pharmacol Ther* 2017;46:266-73.
30. Zakir Z, Tait A. Guidance on the management of adult patients with a high output stoma. Gloucester, Royaume-Uni : Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust;2024. 5 p. Disponible à : https://www.gloshospitals.nhs.uk/media/documents/High_output_stoma_guidance_Oyafv5g.pdf (consulté le 30 avril 2024).
31. Neelis EG, Olieman JF, Hulst JM, de Koning BA, Wijnen RM, Rings EH. Promoting intestinal adaptation by nutrition and medication. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2016;30:249-61.
32. Wentworth BJ. Fiber and ileostomies: does it help or hurt? *Pract Gastroenterol* 2019;42-8.
33. Bridges M, Nasser R, Parrish CR. High output ileostomies: the stakes are higher than the output. *Pract Gastroenterol* 2019;20-33.
34. Crocetti D, Velluti F, La Torre V, Orsi E, De Anna L, La Torre F. Psyllium fiber food supplement in the management of stoma patients: results of a comparative prospective study. *Tech Coloproctol* 2014;18:595-6.
35. Higham SE, Read NW. The effect of ingestion of guar gum on ileostomy effluent. *Br J Nutr* 1992;67:115-22.
36. Merlo FD, Aimasso U, Ossola M, Ippolito M, Cravero L, Ponzo V et coll. Effects of treatment with liraglutide early after surgical intervention on clinical outcomes in patients with short bowel syndrome: A pilot observational "real-life" study. *Nutrients* 2023;15:2740.
37. Hunt JE, Holst JJ, Jeppesen PB, Kissow H. GLP-1 and intestinal diseases. *Biomedicines* 2021;9:383.
38. Tappenden KA. Anatomical and physiological considerations in short bowel syndrome: Emphasis on intestinal adaptation and the role of enterohormones. *Nutr Clin Pract* 2023;38(suppl. 1):S27-34.
39. Ferrer F. Guidelines for the medical management of high output stoma. Hull, Royaume-Uni : Hull University Teaching Hospitals NHS Trust;2023. 7 p. Disponible à : <https://www.hey.nhs.uk/wp/wp-content/uploads/2021/02/highOutputStoma.pdf> (consulté le 30 avril 2024).
40. Severijnen R, Bayat N, Bakker H, Tolboom J, Bongaerts G. Enteral drug absorption in patients with short small bowel: A review. *Clin Pharmacokinet* 2004;43:951-62.
41. Moore S. Medication absorption for patients with an ileostomy. *Br J Nurs* 2015;24:S12-5.
42. Charak G, Kuritzkes BA, Al-Mazrou A, Suradkar K, Valizadeh N, Lee-Kong SA et coll. Use of an ACE inhibitor or angiotensin receptor blocker is a major risk factor for dehydration requiring readmission in the setting of a new ileostomy. *Int J Colorectal Dis* 2018;33:311-6.
43. Kusunoki K, Kusunoki M, Okamoto T, Sakanoue Y, Utsunomiya J. Reduction of the effluent volume in high-output ileostomy patients by a somatostatin analogue, SMS 201-995. *Int J Colorectal Dis* 1992;7:202-5.
44. Madsen KB, Askov-Hansen C, Naimi RM, Brandt CF, Hartmann B, Holst JJ et coll. Acute effects of continuous infusions of glucagon-like peptide (GLP)-1, GLP-2 and the combination (GLP-1+GLP-2) on intestinal absorption in short bowel syndrome (SBS) patients. A placebo-controlled study. *Regul Pept* 2013;184:30-9.
45. Jeppesen PB, Pertkiewicz M, Messing B, Iyer K, Seidner DL, O'keefe SJ et coll. Teduglutide reduces need for parenteral support among patients with short bowel syndrome with intestinal failure. *Gastroenterology* 2012;143:1473-81.



**Association des pharmaciens des
établissements de santé du Québec**

4050, rue Molson, bureau 320
Montréal (Québec) H1Y 3N1

Téléphone : 514 286-0776
Télécopieur : 514 286-1081
info@apesquebec.org
apesquebec.org

 A.P.E.S.