



# Sommaire

I. Généralités	2
1. Définition et prévalence	2
2. Les symptômes	2
3. Les types de constipation	2
4. Les causes	3
5. Les groupes à risque	3
6. Les types de laxatifs	4
II. L'utilisation des laxatifs	5
1. Généralités	5
2. Les enfants et les laxatifs	7
3. La grossesse et les laxatifs	7
4. Les personnes âgées et les laxatifs	8
5. La douleur et les laxatifs	9
III. Références	10

# I. Généralités

## 1. Définition et prévalence

En Occident, la constipation est une plainte courante. Elle se présente chez 2 à 27 % de la population générale.<sup>1,1,2</sup>

Les **médecins** parlent de constipation lorsque les selles :

- ont une fréquence inférieure à 3 par semaine
- sont pénibles (durée > 10 mn) et douloureuses
- demandent des efforts et/ou
- sont de consistance dure.

Parfois, un critère de quantité est ajouté à cette définition : minimum 35 g de selles<sup>1,3,4</sup>.

Pour les **patients**, la constipation est plutôt subjective. Pour eux, le nombre de défécations est un critère moins important parce que le type et la fréquence des selles sont propres à chacun. Ce qui est déterminant pour les patients, ce sont plutôt les symptômes désagréables comme une sensation d'oppression, un besoin insatisfait, des selles dures, une sensation de vidange incomplète ou une sensation de ballonnement<sup>1,3,4</sup>.

## 2. Les symptômes

Douleurs, diarrhées et constipations se succèdent, accompagnées de nausées, vomissements, rétention d'urine, agitation.

Ventre gonflé et borborygmes, ventre dur/douloureux à l'examen.

Hémorroïdes, anus contracté, présence de selles dans le rectum<sup>5</sup>.

## 3. Les types de constipation

La constipation **primaire, fonctionnelle**<sup>6,7</sup> : une émission lente des selles peut être due à diverses circonstances, comme la grossesse et l'allaitement au sein, le changement de rythme de vie ou d'alimentation et le grand âge. La constipation primaire peut aller de pair avec un régime alimentaire et un rythme de vie accompagnés d'une rétention volontaire.

La **constipation secondaire** a une cause médicale sous-jacente. Soit directement liée aux intestins, par exemple une obstruction due à un carcinome ou un grand polype, une radiothérapie et un traitement des hémorroïdes, de fissures anales ou d'un abcès périanal. Soit liée à d'autres maladies diverses, par exemple diabète, hypothyroïdie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson<sup>6,7</sup>.

1. Les chiffres en superscript dans le texte de cet Infospot renvoient aux références en point III.

Dans ces cas, certains médicaments jouent un rôle important dans le développement de la constipation<sup>6,7</sup> :

- les antidouleurs narcotiques, dont les opiacés
- les antispasmodiques, antidépresseurs, antipsychotiques, antiparkinsoniens
- les médicaments à base de fer, d'aluminium (antiacides, sucralfate), de calcium (antiacides, suppléments de calcium)
- les produits qui agissent sur le système nerveux – opiacés, antiépileptiques, antagonistes du calcium.

**Les formes combinées** : le plus souvent un transit lent, combiné avec une ou plusieurs causes secondaires, provoque une constipation problématique.

## 4. Les causes

Le plus souvent, la constipation a des causes directes et générales : peu d'activité physique, des aliments pauvres en fibres, des boissons insuffisantes, le stress, des toilettes inconfortables et offrant une intimité insuffisante, etc.

Dans d'autres cas, une affection médicale sous-jacente et l'usage de médicaments y afférent peuvent entraîner la constipation<sup>1,2</sup>.

## 5. Les groupes à risque

La constipation touche davantage<sup>3</sup> :

- les femmes que les hommes
- les enfants (< 4 ans) que les adultes
- les personnes âgées (> 65 ans) que les jeunes adultes
- les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer
- les personnes ayant des affections endocriniennes et neuromusculaires
- les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels
- les personnes ayant des symptômes d'anxiété et/ou de dépression.

## 6. Les types de laxatifs

Sur la base de leur mécanisme et de leur vitesse d'action, on distingue 5 classes de laxatifs<sup>8</sup>.

1. Les **laxatifs de lest** sont constitués de fibres ou de mucilages provenant de graines, de gommes ou de certaines algues. En association avec une prise suffisante de liquides, ces produits augmentent le volume des selles et leur teneur en eau. Ce sont les produits de premier choix lorsque les adaptations du mode de vie s'avèrent insatisfaisantes. Leur effet se manifeste dans un délai de 1 à 3 jours.
2. Les **laxatifs osmotiques** sont à base de disaccharides de synthèse (*lactitol, lactulose et sorbitol*), de *macrogol (polyéthylène-glycol ou PEG)* ou de sels (*sels de sodium, de potassium et phosphates*). Aucune différence d'efficacité n'a été démontrée entre les laxatifs de lest et les laxatifs osmotiques à base de disaccharides ou de *macrogol*. Ils présentent aussi une rapidité d'action similaire de 1 à 2 jours.  
  
Il en va autrement des laxatifs à base de sels, dont l'effet tant osmotique que stimulant se manifeste déjà après 5 à 10 heures. Avec pour inconvénient, davantage d'effets indésirables (cf. laxatifs de contact et 2.3).
3. Les **laxatifs lubrifiants** consistent en *paraffine* administrée par voie orale. En ramollissant les selles, la paraffine favorise leur expulsion. Leur délai d'action est de 6 à 8 heures. Une utilisation prolongée est déconseillée parce qu'elle réduit l'absorption des vitamines liposolubles.
4. Les **laxatifs de contact** sont aussi appelés **laxatifs stimulants** ou **irritants**. Ils contiennent des *anthraquinones d'origine végétale* ou synthétique et des *dérivés du diphénylméthane* comme le *bisacodyl* et le *picosulfate de sodium*. Grâce à leur stimulation directe des muqueuses intestinales, ils entraînent une évacuation rapide (après 5 à 10 heures). Les laxatifs de contact peuvent provoquer de graves effets indésirables (troubles électrolytiques occasionnant des troubles cardiaques), un usage abusif et de la dépendance.
5. Les **laxatifs à usage rectal** peuvent agir selon différents mécanismes : osmose, stimulation ou lubrification. La voie d'administration rectale permet une action rapide (5 à 30 minutes) et n'est utilisée que pendant de courtes périodes.

## II. L'utilisation des laxatifs

### 1. Généralités

#### a. Combien de laxatifs et lesquels ?

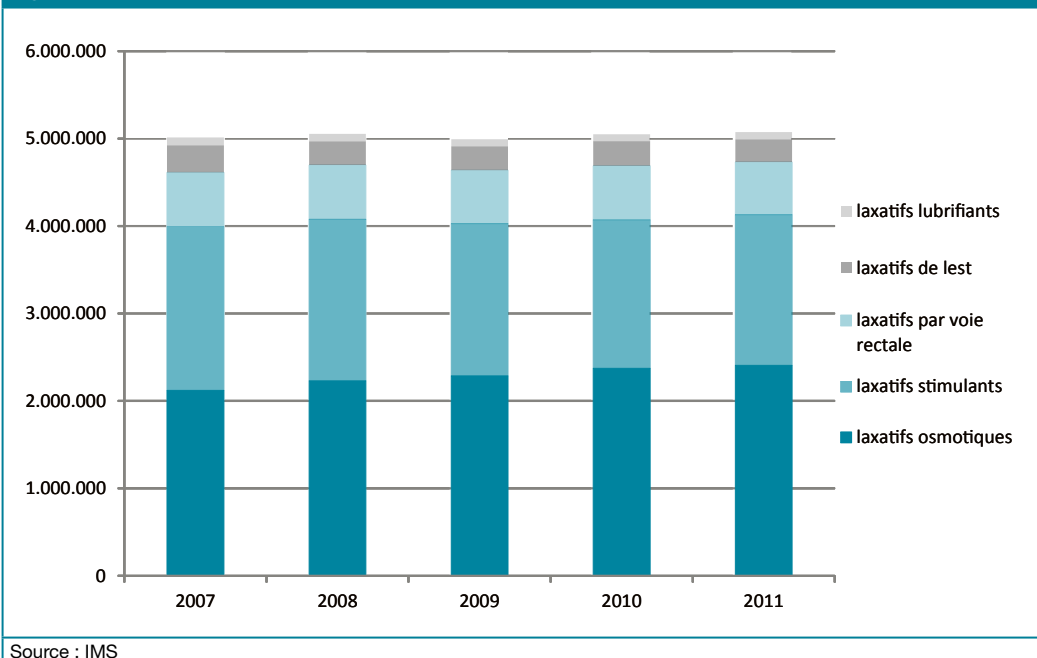
Seule une part très limitée des personnes constipées consultent leur généraliste <sup>7</sup>. Pour cette raison, il existe un grand écart entre le chiffre d'affaires annuel des produits délivrés (47,5 millions d'euros) et celui des laxatifs prescrits (7,5 millions d'euros – données 2011). Les laxatifs peuvent être délivrés sans prescription médicale et ne sont généralement pas remboursés, mais sont quand même prescrits par des médecins dans des situations spécifiques.

Depuis 2011, l'INAMI dispose de chiffres concernant les spécialités non remboursables, comme les laxatifs délivrés sur prescription dans les officines (Pharmanet). Par ailleurs, les chiffres de vente (IMS) englobent toutes les délivrances, quelle qu'en soit la raison.

Une comparaison de ces chiffres montre que la part des conditionnements prescrits représente 13 % du nombre total des conditionnements délivrés en officine.

Les laxatifs osmotiques et de contact sont de loin les laxatifs les plus utilisés en Belgique et représentent une part de marché de respectivement 46 % et 33 % (cf. figure 1).

Figure 1 - Évolution du nombre de conditionnements de laxatifs vendus par année et par type



Les laxatifs de contact sont de loin les laxatifs les meilleur marché par dose journalière (0,26 EUR/dose journalière) alors qu'ils sont moins indiqués en raison de leur action agressive et de leurs effets indésirables. Les laxatifs osmotiques à usage oral les plus utilisés sont les plus chers par dose journalière (cf. tableau 1).

**Tableau 1 - Utilisation en nombre de conditionnements et de doses journalières, nombre de patients et prix par dose journalière par type de laxatif en 2011**

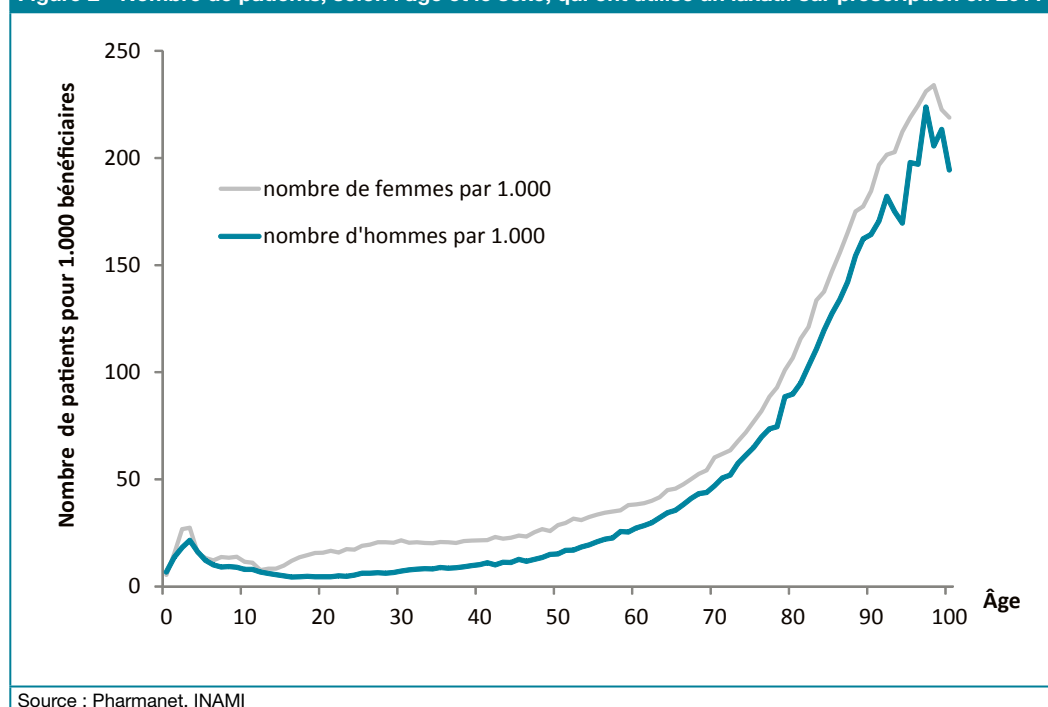
Type laxatif	Nombre de conditionnements prescrits (boîtes)	Nombre de doses journalières prescrites (DDD)	Nombre de patients enregistrés dans Pharmanet	Nombre de conditionnements vendus (boîtes)	Nombre de doses journalières vendues (DDD)	Coût total par an (données IMS en EUR)	Prix/dose journalière (EUR)
Laxatifs osmotiques	437.881	10.279.827	252.748	2.407.755	59.670.545	30.314.312	0,508
Laxatifs stimulants	108.250	2.203.148	63.663	1.721.450	35.514.149	9.230.204	0,260
Laxatifs de lest	28.796	581.250	19.111	259.142	6.135.629	2.746.251	0,448
Laxatifs par voie rectale	67.984	179.057	37.131	603.386	2.169.250	3.074.199	1,417
Laxatifs lubrifiants	10.707	125.593	7.215	83.573	980.311	437.087	0,446
<b>Total</b>	<b>673.805</b>	<b>13.620.005</b>	<b>322.162</b>	<b>5.244.494</b>	<b>107.256.217</b>	<b>47.560.735</b>	

Source : Pharmanet, INAMI et IMS

### b. Qui utilise des laxatifs ?

Le nombre de laxatifs prescrits en 2011 par des médecins, mentionné dans Pharmanet, soit un échantillon de l'utilisation totale de laxatifs, peut donner un aperçu de la population de patients. C'est principalement à partir de 65 ans que la hausse se remarque dans le nombre d'utilisateurs de laxatifs. Les enfants âgés de 2 à 6 ans représentent un pic, petit mais significatif. Par ailleurs, les femmes utilisent plus fréquemment des laxatifs que les hommes. Le principal écart entre les 2 sexes en matière d'utilisation se situe entre 20 et 35 ans, âge auquel les femmes peuvent vivre une grossesse.

**Figure 2 - Nombre de patients, selon l'âge et le sexe, qui ont utilisé un laxatif sur prescription en 2011**



### c. Le remboursement des laxatifs

En Belgique, seuls 2 médicaments contre la constipation sont actuellement remboursables dans une faible mesure. Il s'agit :

- du *lactulose*, laxatif osmotique, qui ne peut être remboursé que s'il est utilisé en cas d'insuffisance hépatique et/ou de cirrhose du foie, cas pour lesquels le traitement laxatif a été initié pendant une hospitalisation
- de la *méthylinaltrexone* chez les patients souffrant d'une constipation provoquée par l'utilisation de dérivés morphiniques pour laquelle un traitement purgatif classique donne des résultats insatisfaisants (cf. plus loin point 5.).

## 2. Les enfants et les laxatifs

Les pics d'incidence de la constipation chez les enfants se situent au début de l'apprentissage de la propreté et de la période scolaire. Ceci explique pourquoi l'usage de laxatifs est le plus important autour des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années de vie. D'après les estimations, jusqu'à 2,5 % des enfants reçoivent au moins une fois un laxatif dans ce groupe d'âge. Ensuite, l'utilisation diminue à mesure que les enfants grandissent, pour atteindre un minimum à l'adolescence<sup>9,10</sup>.

Le plus souvent, la constipation chez les enfants est passagère ; cependant, elle peut aussi évoluer et devenir un problème chronique. Les facteurs de risque de développement de la constipation chez les enfants sont liés en partie aux facteurs généraux comme une alimentation pauvre en fibres, une maladie de longue durée, l'alitement et le manque d'exercice. Toutefois, un **apprentissage trop précoce ou trop sévère de la propreté** et/ou une **défécation pénible, douloureuse** peuvent également provoquer la constipation<sup>9</sup>. Une cause possible du développement et de la persistance de la constipation dans l'enfance est la retenue consciente ou non de la défécation. Ne pas prendre assez de temps pour déféquer et le refus d'utiliser des toilettes inconnues (par exemple à l'école ou chez des étrangers) peuvent créer une **attitude de rétention**<sup>11</sup>.

Il existe peu de faits probants concernant le choix des laxatifs pour les enfants. Ce choix s'appuie surtout sur l'expérience clinique. Il va de soi que la première étape doit être d'adapter si possible les habitudes alimentaires. Dans l'approche médicamenteuse, les laxatifs osmotiques comme le *lactulose* et le *macrogol* constituent les produits de premier choix<sup>8</sup>.

## 3. La grossesse et les laxatifs

La constipation est fréquente pendant la grossesse (11 à 38 %), surtout aux 1<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres<sup>8,12</sup>. Même chez les femmes qui n'ont pas de difficultés pour aller à la selle avant leur grossesse, la constipation peut survenir lors de celle-ci. Cela s'explique par les **changements hormonaux** (*progestérone*) qui ralentissent le transit intestinal et dessèchent les fèces. Mais d'autres facteurs aussi, comme les suppléments à base de fer, moins d'exercice physique, une circulation sanguine modifiée et la pression des organes internes et du bébé sur les intestins, sont autant de facteurs qui favorisent la constipation<sup>8,11</sup>.

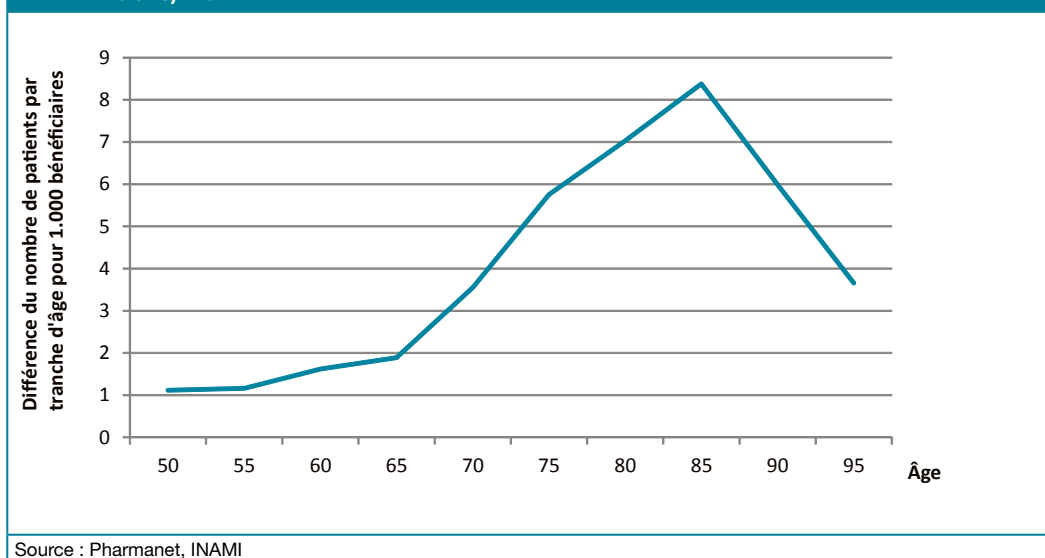
Si un laxatif est nécessaire pendant la grossesse, on optera pour un laxatif de lest ou un laxatif osmotique à base de lactulose, lactitol, macrogol ou sorbitol. Les laxatifs osmotiques à base de sels sont à proscrire parce qu'ils perturbent l'équilibre en sodium. Les laxatifs lubrifiants peuvent réduire l'absorption des vitamines liposolubles<sup>8</sup>.



#### 4. Les personnes âgées et les laxatifs

L'usage de laxatifs se manifeste de façon toujours plus marquante à partir de 50 ans, avec une forte hausse à partir de 65 ans dans le nombre d'utilisateurs (cf. figure 3).

**Figure 3 - Hausse moyenne annuelle par année de vie des utilisateurs de laxatifs (intervalles d'âge de 5 ans) -2011**



Chez les personnes âgées, la constipation est un trouble fréquent et a parfois une forte incidence sur la qualité de vie. **En général, sa prévalence dans cette population est estimée à un bon 20 %.** Chez les personnes âgées vivant en résidence, la fréquence est encore plus élevée. Dans ce groupe de patients, les causes générales de constipation se présentent plus nettement, avec d'autres problèmes typiques.

Les personnes âgées sont généralement **moins mobiles**, souvent en raison de l'arthrose, de problèmes de hanche et de genou, du diabète, de l'hypothyroïdie, des affections pulmonaires chroniques, de la régression psychique (démence) et d'affections chroniques comme la maladie de Parkinson<sup>13</sup>.

Ce groupe d'âge a aussi **moins besoin de boire et de manger**. La sensation de soif diminue avec l'âge ; de ce fait, la production d'urine diminue et la consistance des fèces augmente fortement. Par ailleurs, le mauvais état de la denture ou une prothèse dentaire mal ajustée incite à ingérer des aliments facilement digestibles. Il est gênant de manger des aliments riches en fibres, comme du pain complet, des fruits ou des confitures contenant des grains, lorsque de petites particules viennent se loger entre la prothèse et la muqueuse. Aussi les évite-t-on. Ainsi disparaît un stimulant important pour faciliter les selles : expansion volumique par les liquides et les fibres<sup>3,14</sup>.

En règle générale, les personnes âgées utilisent aussi **plus de médicaments** que les jeunes gens. Les antihypertenseurs, calmants et somnifères, anti-inflammatoires, compléments de fer, antidouleurs morphiniques, diurétiques, anticholinergiques leur sont régulièrement prescrits. L'effet constipant de ces produits est notoire.

L'**élasticité des tissus musculaires et conjonctifs** diminue avec l'âge. L'atonie des muscles du plancher pelvien peut créer des sensations de vidange incomplète, accompagnées d'envies chroniques et fréquentes de déféquer. Les fissures et hémorroïdes douloureuses réduisent souvent la fréquence des selles<sup>3,14</sup>.

## 5. La douleur et les laxatifs

La constipation est l'**effet indésirable le plus fréquent du traitement de la douleur par les opiacés** (*morphine, aflentanil, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, tramadol, péthidine, buprénorphine, pentazocine*) et celui-ci n'est pas de nature passagère. On estime que 40 à 70 % des patients en éprouvent de la gêne. Certaines sources parlent même de 90 %, voire quasiment tous les patients. Les opiacés sont utilisés aussi à d'autres fins avec des effets indésirables semblables comme en cas de toux (*codéine*) et de traitement de substitution pour les usagers d'opiacés (*méthadone*)<sup>2,6</sup>.

Au sens strict, les effets pour le patient ne sont pas dangereux, mais ils sont très gênants. Cela va des selles dures, de la vidange incomplète des intestins jusqu'à la nausée. Le durcissement progressif des selles peut entraîner la formation d'un fécalome dans le rectum ou la partie inférieure du côlon. La constipation accroît également le risque d'hémorroïdes<sup>6</sup>.

Des mesures préventives s'imposent dès qu'un opiacé est administré. Simultanément à l'antidouleur (y compris la *codéine*), les médecins doivent prescrire un laxatif. Ainsi, un effet indésirable déplaisant ne peut en aucun cas entraîner l'atténuation du traitement antidouleur par des diminutions de doses ou des formes d'administration gênantes. Diminuer les doses n'a pas de sens car que l'effet constipant ne dépend pas de la dose. Même la voie d'absorption de l'opiacé n'a pas d'influence sur le degré de constipation. Concernant le choix du laxatif et la posologie recommandée, il existe peu de directives<sup>4,15</sup>. Dans ce contexte, outre les laxatifs osmotiques, les laxatifs de contact méritent bien leur place dans l'arsenal thérapeutique<sup>4</sup>.

Depuis 2009, la *méthylnaltrexone* est disponible comme traitement de la constipation causée par l'utilisation d'opiacés chez des patients palliatifs pour qui les laxatifs habituels ne produisent pas assez d'effet. Toutefois, l'efficacité de ce nouveau produit est limitée<sup>16</sup>.

### III. Références

1. Foxx-Orenstein, A. E., McNally, M. a & Odunsi, S. T. Update on constipation : one treatment does not fit all. *Cleveland Clinic journal of medicine* 75, 813–24 (2008).
2. Lembo, A. & Camilleri, M. Chronic constipation. *The New England journal of medicine* 349, 1360–8 (2003).
3. HUGenève CAPP-INFO 33 : Constipation chez le patient âgé. d, (2004).
4. Genève, H. U. de CAPP-INFO : Constipation et obstruction intestinale chez le patient en soins palliatifs. 1–4 (2004).at <www.hcuge.ch>
5. Verhage, S. & Brabant, N. Gevolgen ziekte last van opioïd-geïnduceerde obstipatie voor patiënten en verzorgers. 1–6 (2008).
6. Red. Constipation de l'adulte. *La Revue Prescrire* 24, 688–97 (2004).
7. AAA Verheij, A. V.-B. NHG Achtergrondtekst - Obstipatie bij volwassenen M94. (2010).
8. Red. Behandeling in de eerste lijn van chronische functionele obstipatie. *Folia Pharmacotherapeutica* 33, 55–58 (2006).
9. Hoffman, I. Obstipatie bij kinderen.
10. Stichting Farmaceutische Kengetallen Laxantiagebruik blijft stijgen. *Pharmaceutisch Weekblad* (2012).
11. JM Diemel, APJM Van den Hurk, JWM Muris, MAM Pijpers, AAA Verheij, M. K. NHG-Standaard M94 Obstipatie. *Huisarts Wet* 53, 484–98 (2010).
12. Vazquez, J. C. Constipation, haemorrhoids and heartburn in pregnancy. *Clinical Evidence* (2008).
13. Red. Obstipatie. RVT Formularium, voir site internet : [www.farmaka.be](http://www.farmaka.be).
14. Schipperijn, A. Obstipatie bij bejaarden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 131, 1258–61 (1987).
15. Red. Obstipatie door opiaten bij terminale patiënten. *Folia Pharmacotherapeutica* 30, 4–6 (2003).
16. BCFI Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium. (2013), voir site internet : [www.bcfi.be](http://www.bcfi.be).

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service des soins de santé de l'INAMI

Design Graphique : Cellule communication INAMI

Photo: Verpics

Date de publication : Mars 2013

Depot légal : D/2013/0401/14