

TRAITEMENTS DE LA CONSTIPATION LAXATIFS

Introduction

La constipation est couramment définie par une diminution de la fréquence des selles (inférieure à 3x/semaine) associée à des difficultés d'exonération (selles dures, difficulté de passage des selles, impression de vidange incomplète).

La constipation est le plus souvent sans conséquence grave, mais est source de plaintes et d'inconfort. Elle peut être favorisée par l'inactivité, une diminution de l'hydratation, une alimentation pauvre en fibres, l'immobilité, les toilettes difficilement accessibles, le manque d'intimité, la dépression ou encore l'âge.

Définition

Le transit intestinal varie largement d'une personne à une autre, en dehors de tout trouble détecté. C'est pourquoi, il est important de différencier la constipation circonstancielle, liée à un changement d'habitudes alimentaires, une immobilisation, un voyage, un changement de condition d'exonération ou une prise de médicament, d'une constipation chronique.

La constipation chronique est définie par les critères Rome (II, III et IV) avec au moins 2 des symptômes suivants depuis au moins 3 mois sur les 6 derniers mois et pour au moins 25% des défécations :

- selles peu fréquentes (< 3 par semaine),
- selles dures
- efforts de poussée
- sensation d'évacuation incomplète
- sensation de blocage ano-rectal,
- manœuvres pour faciliter l'exonération (aide digitale, pression périnéale, etc.)

L'émission de selles liquides n'élimine pas une constipation, surtout si elles précèdent ou suivent une période sans évacuation et/ou sont associées à l'élimination d'un bouchon de selles dures.

Physiopathologie

La progression du bol alimentaire se fait grâce à la motricité digestive constituée d'ondes propulsives partant de l'œsophage jusqu'au rectum. La défécation n'est possible qu'après relâchement du sphincter anal. La composition du bol alimentaire joue un rôle non négligeable dans sa progression tant par l'hydratation que par la présence de fibres alimentaires.

Ainsi, la constipation peut s'expliquer par deux mécanismes pouvant co-exister :

- un ralentissement du transit (trouble de la motilité du côlon qui se manifeste par une diminution de la fréquence des contractions propulsives)
- un trouble de l'évacuation de la zone recto-sigmoïde qui se traduit par une anomalie du processus de vidange.

Les causes peuvent être primaires, soit directement liées au fonctionnement propre de l'intestin (troubles neurologiques, métaboliques, endocriniens, liés à une diète particulière ou à une déshydratation, etc.) ou secondaires, lorsque la constipation est liée à un autre état pathologique (tumeurs ou atteintes médullaire, grossesse), une obstruction (lésion anatomique, masse tumorale, compression) ou à des traitements médicamenteux.

L'origine médicamenteuse peut être liée à l'utilisation de :

- antalgiques opioïdes faibles (tramadol, codéine) ou forts (morphine, fentanyl, hydromorphone, etc.)
- anticholinergiques (antidépresseurs tricycliques, antiparkinsoniens, antispasmodique, antihistaminiques, phénothiazines, atropine, etc.)
- certains médicaments antinéoplasiques
- antagonistes des récepteur 5HT-3 (setrons)
- anticonvulsivants (gabapentine, prégabaline, carbamazépine, oxcarbazépine)
- antihypertenseurs (inhibiteurs calciques, clonidine, diurétiques de l'anse, diurétiques thiazidiques)
- antidiarrhéiques (lopéramide)
- résines (colestyramine)
- agents cationiques (hydroxyde d'aluminium, sucralfate, fer, calcium, sulfate de baryum pour la radiologie)

Chez les personnes âgées, alitées, en fin de vie ou qui ont une maladie sous-jacente, la constipation est plus fréquente et, en lien avec une diminution de la motilité intestinale qui est à l'origine du durcissement progressif des matières fécales, se complique parfois de fécalomes, d'impactions fécales ou d'occlusions intestinales, aussi appelées 'iléus'. La constipation reste un symptôme très fréquent (15 à 35% de la population), handicapant, bien souvent sous-diagnostiqué et de ce fait mal évalué.

Les complications liées à la constipation chronique sont en générales locales (aggravation d'une maladie hémorroïdaire, fissure anales, rectorragies) mais peuvent conduire à un inconfort, une distension ou des douleurs abdominales, des nausées et/ou vomissements, et même jusqu'au fécalome ou à l'obstruction intestinale, principalement chez le patient âgé alité ou traité par morphiniques.

Médicaments de la constipation

La stratégie thérapeutique a pour but de soulager les symptômes en traitant les causes, quand cela est possible, et de prévenir les complications de la constipation chronique.

Les mesures hygiéno-diététiques restent la démarche principale dans la prise en charge de la constipation, mais leur impact réel reste modeste. En cas d'absence de résultat satisfaisant un traitement médicamenteux sera envisagé. Il est important de noter que la durée du traitement doit être adaptée mais, si possible, la plus courte possible (maximum une semaine en cas de constipation occasionnelle) afin d'éviter une dépendance aux molécules.

De manière générale, les laxatifs sont contre-indiqués en cas d'obstruction ou perforation intestinale, de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (p.ex. maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique, diverticulites) ou lors d'affections gastro-intestinales aiguës (p.ex. appendicite).

Les classes de médicaments disponibles sont majoritairement administrées par voie orale, mais il existe aussi des administrations rectales ou injectables. Les médicaments disponibles aux HUG sont **présentés en couleur**.

Laxatifs osmotiques

Les laxatifs osmotiques sont recommandés en première intention dans la prise en charge de la constipation. Ces produits hyperosmotiques attirent les liquides dans la lumière intestinale par effet d'osmose. Leur mécanisme repose donc sur l'augmentation de l'hydratation des selles.

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires	Délai d'action	Effets indésirables	Contre-indication
PEG ou macrogols	Laxipeg®	Il s'agit d'un polymère de polyéthylèneglycol (PEG) de haut poids moléculaire qui n'est pas absorbé et qui ne fait pas l'objet de fermentation. Il augmente le volume des selles, ce qui stimule la motilité du côlon par l'intermédiaire des voies neuromusculaires. La conséquence physiologique est une amélioration du transport propulsif des selles ramollies dans le côlon et le déclenchement de la défécation. Les électrolytes administrés en association avec le macrogol sont échangés contre des électrolytes sériques à travers la muqueuse intestinale et sont éliminés avec l'eau des selles.	1 à 3 jours	• Ballonnements et douleurs abdominales • Météorisme • Irritation colique • Diarrhée avec perte d'électrolytes si surdosage	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, occlusion ou sub-occlusion, syndrome abdominal douloureux d'origine inconnue
PEG ou macrogols avec électrolytes	Movicol® , Transipeg®				
à base de sucres (lactulose ou lactitol)	Duphalac®, Rudolac®, Gatinar®, Importal®	Il s'agit de polysaccharides qui ne sont pas hydrolysés par les enzymes de l'intestin grêle. En conséquence, ils traversent le grêle sans être absorbés et parviennent dans le côlon sous forme inchangée. Ils sont alors métabolisés principalement en acides organiques (acétique, propionique et butyrique) par la flore intestinale, ce qui augmente la pression osmotique dans le côlon et entraîne une entrée accrue de liquide dans la lumière du côlon. Cette fermentation par la flore bactérienne colique peut être responsable de ballonnements et de flatulences.	1 à 2 jours	• Ballonnements et douleurs abdominales • Météorisme • Irritation colique • Diarrhée avec perte d'électrolytes si surdosage	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, occlusion ou sub-occlusion, syndrome abdominal douloureux d'origine inconnue
à base de sucre (sorbitol) avec extrait de figes	Pursana®				
Sulfate de magnésium heptahydraté	Magnésium sulfate poudre orale 15g Hanseler®				

Chez l'enfant, les laxatifs osmotiques sont également à utiliser en première intention ► Consultez le document : [Traitement médicamenteux de la constipation en pédiatrie](#)

Cas particulier de l'encéphalopathie hépatique porto-systémique avec hyperammoniémie

Le lactitol et le lactulose sont également indiqués dans la prise en charge de l'encéphalopathie hépatique porto-systémique avec hyperammoniémie. En effet, à doses élevées, ces sucres acidifient le contenu du côlon. Il en résulte une diminution du pH intraluminal, ce qui inhibe la croissance des bactéries productrices d'ammoniac et favorise la conversion de l'ammoniac NH_3 en ions ammonium NH_4^+ (qui diffusent moins facilement à travers la muqueuse intestinale, alors que la diffusion d'ammoniac du sang vers le côlon est au contraire favorisée). L'abaissement du pH permet également de réduire le nombre de bactéries productrices d'ammoniac. Aussi, La quantité d'ammoniac transportée vers le foie par la veine porte est réduite et la fonction de détoxification assumée par cet organe est ainsi soulagée.

Le tableau ci-dessous résume pour l'**Importal**® les doses recommandées en cas d'encéphalopathie ainsi que les modes de préparation et d'administration possibles :

Voie d'administration	Préparation & administration	Mode d'administration	Dose recommandée
per os		Répartir la dose en 3 prises/jour au moment des repas	0,75 à 1,05 mL/kg/jour Traitement d'attaque en cas de crise aiguë (coma ou pré-coma) : 1 à 2 mL/kg/jour
par SNG par PEG	Préparer une solution à 40% : diluer 300 mL d' Importal ® solution (= 200 g de lactitol) avec 200 mL d'eau (volume final de 500 mL)	Administration par sonde nasogastrique	
voie rectale	Préparer une solution à 20% : diluer 300 mL d' Importal ® solution (= 200 g de lactitol) avec 700 mL d'eau tiède (volume final de 1000 mL) dans une poche d'irrigation rectale à usage unique Kit de lavement Enema ® (anciennement poche Rectobag® code article Plexus-Santé : 503556)	Administrier le lavement par voie rectale et laisser en place 30 à 60 minutes. Si le liquide ressort avant 30 minutes, on peut répéter l'opération ► Voir la procédure de soins : Technique clinique du lavement évacuateur	Le lavement peut être répété toutes les 4 à 6 heures

Laxatifs de lest ou mucilage

Le mécanisme des laxatifs de lest repose sur l'augmentation du volume du bol alimentaire qui, en présence d'eau (d'où la nécessité d'une prise de liquide suffisante, environ 2 L/jour), provoque une dilatation intestinale entraînant un réflexe de défécation.

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires	Délai d'action	Effets indésirables	Contre-indication
Fibres alimentaires	---	Un régime alimentaire riche en fibres végétales (fruits, légumes, céréales) est à conseiller aux patients. Il permet d'améliorer la consistance des selles et de réduire la consommation de laxatifs. Les fibres alimentaires sont les constituants celluloseux et ligneux non absorbés des aliments. Elles augmentent le volume du bol fécal, fixent l'eau et favorisent ainsi les mouvements propulsifs coliques. Il faut privilégier les fibres de céréales ou de légumes secs, qui sont en général bien tolérées.	1 à 3 jours, le temps de constituer le bol alimentaire	---	Fécalome, sténose du tube digestif, occlusion ou sub-occlusion, syndrome abdominal douloureux d'origine inconnue
Mucilages	Metamucil® poudre	Les mucilages sont des polysaccharides organiques non assimilables, classés en 3 catégories : les extraits d'algues → Agar-agar les extraits de gommes → Sterculia-guar les extraits de graines → Psyllium-ispaghul Metamucil® poudre		• Ballonnements et douleurs abdominales • Obstruction ou fécalome • Allergie possible avec psyllium et la sterculia	

Laxatifs lubrifiants

Les composés huileux permettent d'enrober les selles, retardant ainsi leur perte en eau. Ils agissent donc en ramollissant et en lubrifiant le contenu colique pour permettre son évacuation. Ils sont particulièrement utiles en cas de douleurs anales, cependant ils doivent être privilégiés en seconde intention après échec des laxatifs osmotiques ou de lest.

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires	Délai d'action	Effets indésirables	Contre-indication
Paraffine liquide	Paragol N® émulsion, Lansoyl® gel oral	---	6 à 8 heures	• Fuites anales • Malabsorption des vitamines liposolubles (ADEK) • Risque de pneumopathie huileuse d'inhalation	Occlusion ou sub-occlusion, syndrome abdominal douloureux d'origine inconnue, patient ayant des troubles de la déglutition (risque de pneumopathie huileuse d'inhalation)

Laxatifs stimulants ou irritants

Leur mécanisme d'action repose sur la stimulation de la muqueuse recto-sigmoïdienne par une action irritative locale (stimulation du plexus nerveux entérique) qui induit une augmentation du péristaltisme intestinal. Ils facilitent également l'accumulation d'eau et d'électrolytes dans la lumière intestinale. Les selles sont alors ramollies, le temps de transit est réduit et la défécation stimulée.

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires		Délai d'action	Effets indésirables	Contre-indication
Bisacodyl	Prontolax®, Dulcolax®	Le traitement doit être le plus bref possible de manière à éviter l'accoutumance et de dépendance à long terme. Il s'agit d'un traitement symptomatique de courte durée réservé à des constipations réfractaires sous surveillance médicale.	---	6 à 12 heures	• Diarrhées • Sensation de brûlure • Au long cours : lésion de la muqueuse colique et du plexus nerveux conduisant à la dépendance • Troubles électrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, déshydratation) • Coloration anormale des urines (glycosides de séné)	Utilisation prolongée, grossesse, allaitement, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, occlusion ou sub-occlusion, syndrome abdominal douloureux d'origine inconnue
Picosulfate de sodium	Laxoberon® solution orale					
Glycosides de séné (dérivés anthracéniques)	X-Prep® solution orale		Les glucosides de séné sont décomposés dans l'intestin et réduits en dérivés laxatifs. Ils sont éliminés essentiellement par les selles, mais on les retrouve en petites quantités dans l'urine, à laquelle ils confèrent une teinte plus foncée.			

Suppositoires

Leurs mécanismes d'action sont variés. Ils agissent par lubrification, par irritation ou par augmentation du volume des selles. Ils ne doivent être utilisés que sur de courtes périodes, car en cas d'utilisation prolongée, ils risquent d'entraver le réflexe normal d'exonération et de le rendre dépendant de la stimulation médicamenteuse.

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires	Délai d'action	Effets indésirables	Contre-indication
Glycérine	Bulboïd®	Le suppositoire à la glycérine permet de stimuler les mouvements péristaltiques, de diminuer la résorption d'eau et de favoriser ainsi le réflexe de défécation.	5 à 30 minutes	• Risque de blessures anales et saignements • Risque de rectite et de dépendance en cas d'utilisation prolongée	
Bisacodyl	Prontolax®, Dulcolax®	Les suppositoires à base de bisacodyl permettent l'évacuation des selles dans les 15 à 60 minutes après l'introduction en entraînant une contraction rectale. Ils font partie des laxatifs stimulants.	15 à 60 minutes		
Bicarbonate de sodium avec dihydrogénophosphate de sodium	Lecicarbon®	Les suppositoires à base de dioxyde de carbone suppriment la constipation par l'apport de CO ₂ qui se dégage lentement du suppositoire après son introduction dans l'ampoule rectale. Le CO ₂ stimule le péristaltisme par réflexe et déclenche le réflexe de défécation au niveau du rectum	15 à 20 minutes		

Lavements

Ils agissent au niveau rectal, recto-sigmoïdien, voire colique gauche. Leurs mécanismes d'action sont variés. Ils ramollissent les selles et déclenchent une contraction du rectum favorisant l'évacuation. Ils permettent de vider le rectum et/ou une partie du côlon sigmoïde. Ils ne doivent être utilisés que sur de courtes périodes, car en cas d'utilisation prolongée, ils risquent d'entraver le réflexe normal d'exonération et de le rendre dépendant de la stimulation médicamenteuse.

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires	Délai d'action	Effets indésirables	Contre-indication
Microclystère solution unidose de 5 mL (citrate de sodium + laurylsulfoacétate de sodium + sorbitol)	Microlax clyst®	---	5 à 10 minutes	• Risque de blessures anales et saignements • Risque de rectite et de dépendance en cas d'utilisation prolongée	Hémorragies rectales, tumeurs rectales, cardiopathie décompensée avec risque d'arythmie, thrombopénies sévères
Clystère solution unidose de 130 mL (dihydrogénophosphate de sodium)	Freka Clyss®	Il faut tenir compte de l'apport en phosphates et donc du risque d'hyperphosphatémie chez les patients en insuffisance rénale ou cardiaque ainsi que chez les patients hypertendus. En effet, la résorption intestinale du phosphate peut provoquer une hypocalcémie toxique.			
Grand lavement solution de 500 à 1000 mL	---	Glycérine 85%® 50 mL + 950 mL d'eau tiède du robinet dans une poche d'irrigation rectale à usage unique Kit de lavement Enema® (anciennement poche Rectobag® - code article Plexus-Santé : 503556) → mettre la glycérine en premier dans la poche et bien agiter → une fois ouverts, les flacons de Glycérine 85% 150 mL, peuvent être conservés 2 semaines à température ambiante ► Voir la procédure de soins : Technique clinique du lavement évacuateur	5 à 20 minutes		

Préparations coliques pour examen

La coloscopie est actuellement l'examen de référence pour la prévention, le dépistage et le diagnostic des lésions colorectales. Durant cet examen, il est possible de faire une biopsie de la lésion (= prélèvement d'un fragment de tissu pour l'étudier au microscope) ou parfois de la retirer directement (p.ex. polypes, etc.). Le côlon doit être parfaitement propre pour permettre un examen précis et réaliser les gestes thérapeutiques utiles. Pour cela, le patient doit être strictement à jeun le jour de l'examen et doit ingérer un liquide de lavage intestinal (purgé) la veille de l'examen. De plus, un [régime alimentaire sans résidu](#) est recommandé les jours qui précèdent la coloscopie.

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires	Délai d'action	Effets indésirables	Contre-indication
Préparation osmotique (électrolyte + macrogol 4000)	Cololyt®	Les préparations coliques n'ont pas toujours bon goût, il est alors conseillé de les boire froides pour faciliter leur prise. Pour la préparation de ces solutions, il faut se référer à la monographie du produit, car chacune se prépare et s'administre de façon particulière et notamment en ce qui concerne la prise de liquides clairs en parallèle.	Rapide → quelques heures	Se référer à la monographie du produit	Iléus réel ou supposé, obstruction totale du côlon, perforation réelle ou supposée
Préparation stimulante (picosulfate de sodium + oxyde de magnésium + acide citrique)	Picoprep®				

Constipation induite par les opiacés

La constipation est une complication quasi systématique des traitements antalgique opiacés, en particulier chez les patients en situation de soins palliatifs. Ce symptôme vient s'ajouter aux autres et entraîne un inconfort et une gêne pour le patient. Dans ces situations, l'élimination intestinale doit être surveillée de près et ce même si le patient ne s'alimente plus. En effet, l'intestin continue de produire des déchets cellulaires, des sécrétions et du mucus en quantité suffisante pour induire une évacuation régulière.

La fixation des dérivés opioïdes sur les récepteurs delta, kappa et mu, présents sur le système nerveux entérique du tube digestif, entraîne une inhibition des contractions caractéristiques indispensables au maintien de la motricité intestinale, ce qui ralentit par conséquent le transit. On observe également une augmentation du tonus des sphincters, ce qui retarde la progression du bol alimentaire, accroît parallèlement la réabsorption des liquides et conduit à la formation de selles déshydratées. La constipation induite par ces molécules n'est pas corrélée à la dose reçue et n'est pas dépendante de la voie d'administration.

La prescription d'un laxatif osmotique et/ou stimulant est donc recommandée dès l'instauration d'un traitement antalgique par opiacés. Le traitement laxatif doit être pris quotidiennement même en présence d'un transit normal. Il faut par ailleurs, maintenir une hydratation suffisante.

Les laxatifs lubrifiants sont déconseillés chez ces patients alités en raison d'un risque de pneumopathie d'inhalation. De même, les laxatifs de lest ne sont pas recommandés, car ils pourraient induire une occlusion intestinale.

Aussi lorsque, malgré l'application de ces recommandations, la constipation persiste, une démarche curative doit être envisagée (augmentation des doses de laxatifs, prescription de suppositoires ou de lavements petits et/ou grands, autres traitements, etc.).

Antagonistes des récepteurs aux opioïdes

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires
Naloxégol	Moventig®	Le naloxégol est un antagoniste des récepteurs mu aux opioïdes, d'action périphérique ayant un passage limité dans le système nerveux central. Il est indiqué pour le traitement de la constipation induite par les opioïdes utilisés dans le traitement de douleurs non cancéreuses, chez les patients adultes qui ont présenté une réponse insuffisante aux autres laxatifs. Les comprimés de Moventig® doivent être pris le matin à jeun au moins 30 minutes avant le premier repas ou 2 heures après, pour le confort du patient, afin d'éviter d'aller à la selle au milieu de la nuit.
Méthylbuprénorphine	Relistor®	La méthylbuprénorphine est un antagoniste sélectif des récepteurs périphériques mu aux opioïdes, elle agit au niveau du tractus gastro-intestinal sans franchir la barrière hématoencéphalique et sans modifier les effets analgésiques des opioïdes sur le système nerveux central. Elle est indiquée pour le traitement de la constipation liée aux opioïdes chez les patients relevant de soins palliatifs lorsque l'effet des traitements laxatifs habituels est insuffisant. Le Relistor® s'administre par voie sous-cutanée à raison d'une injection de 8 mg (= 0,4 mL) pour les patients de 38 à 61 kg ou de 12 mg (0,6 mL) pour les patients de plus de 62 kg, 1 fois par période de 48 heures au maximum. Pour les patients dont le poids est < 38 kg la dose recommandée est de 0.115 mg/kg. Les sites d'injections recommandés sont : les cuisses, l'abdomen et le haut des bras.
Naloxone	Narcan®, Naloxone®	Quelques fois, en cas d'échec du Relistor® et dans un contexte off-label, il est possible d'administrer de la Naloxone® par voie orale ou via une sonde gastrique (SNG ou PEG). En effet, la biodisponibilité de la naloxone par voie orale est très faible (1 à 2 %) en raison d'un important effet de premier passage hépatique qui transforme la naloxone en métabolites inactifs. Le pH de la naloxone est relativement acide (3-4), il serait donc recommandé de diluer la dose avec de l'eau pour une prise per os afin d'éviter une brûlure au niveau buccal et/ou de l'œsophage. La dose de naloxone nécessaire à déclencher une exonération est dépendante de la dose journalière de morphine reçue par le patient. Les études sur le sujet sont hétérogènes et rendent délicat le choix de la dose minimale efficace, mais celle-ci semble osciller entre 20 et 50% de la dose de morphine reçue. Compte tenu de la courte durée de vie de la naloxone, le rythme d'administration principalement retrouvé dans la littérature est d'une prise toutes les quatre heures. L'effet essentiellement redouté lors de la mise en route de ce traitement reste la survenue d'un syndrome de sevrage et la réapparition des douleurs. Pour certains auteurs, l'augmentation des doses de morphine après mise en route de la naloxone est souvent nécessaire.

Des nouvelles molécules, aux principes actifs totalement différents, sont venues augmenter l'arsenal thérapeutique ces dernières années :

Antagonistes des récepteurs de la sérotonine 5-HT₄

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires
Prucalopride	Resolor®	Le prucalopride est un stimulateur de la motilité intestinale (entérokinétique) par une action agoniste sélective sur les récepteurs sérotoninergiques de type 5-HT₄. Il stimule la motilité du côlon proximal, favorise la motilité gastroduodénale et accélère la vidange gastrique retardée. Il est indiqué pour le traitement de la constipation chronique chez les patients pour lesquels la prise de laxatifs classique et les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas eu les effets escomptés. Les comprimés de Resolor® peuvent être pris indépendamment des repas, à n'importe quel moment de la journée.

Antagonistes des récepteurs de la guanylate-cyclase de type C (GCC)

Classe ou DCI	Nom commercial	Mode d'action et informations supplémentaires
Linaclotide	Constella®	Le linaclotide augmente les sécrétions digestives, intestinales et/ou coliques, ce qui augmente le volume d'eau dans l'intestin et facilite l'évacuation des selles. Plus précisément, le linaclotide est un agoniste du récepteur de la guanylate cyclase de type C (située sur les cellules intestinales) dont l'activation déclenche une série de réactions en cascade, aboutissant à la sécrétion de chlore et de bicarbonate dans la lumière intestinale, et à un effet analgésique par inhibition des fibres nociceptives au niveau viscéral. Le linaclotide est indiqué dans le symptôme du syndrome de l'intestin irritable associé à une constipation chez l'adulte. Les capsules de Constella® devraient être prise 1 fois par jours au moins 30 minutes avant un repas. Les patients doivent être avisés de la survenue fréquente de diarrhées (20%) avec ce traitement.

Effets indésirables des laxatifs et prévention

De manière générale, l'utilisation de laxatifs doit se faire sur la période la plus courte possible. En effet, l'utilisation prolongée des laxatifs stimulant ou des laxatifs par voie rectale expose au risque d'accoutumance ou de 'maladie des laxatifs'. Il est ainsi primordial d'utiliser ces traitements de manière symptomatique et pour une durée la plus brève possible.

La 'maladie des laxatifs' correspond à une affection digestive due à l'usage prolongé et intensif de laxatifs, survenant en général dans un contexte de phobie de la constipation ou dans le but de maigrir. Elle se traduit par un état de maigreur chronique, des troubles électrolytiques (pertes de sodium et potassium), un état de déshydratation et une faiblesse musculaire pouvant aller jusqu'à des arythmies cardiaques. La prise de laxatifs est souvent niée et le traitement vise à corriger les troubles électrolytiques et digestifs liés et s'accompagne d'une prise en charge psychologique.

Cette pathologie entraîne le patient dans un cercle vicieux, car l'arrêt des laxatifs provoque irrémédiablement une constipation, et peut aller jusqu'au détournement des produits de préparations coliques.

Les effets indésirables des laxatifs sont d'autant plus importants que le délai d'action est court.

Le tableau ci-après résume les effets indésirables liés à la prise de laxatifs, répartis par classes de médicaments :

Classe de laxatifs	Effets indésirables possibles
Laxatifs osmotiques	• Ballonnements et douleurs abdominales • Météorisme • Irritation colique • Diarrhée avec perte d'électrolytes si surdosage
Laxatifs de lest	• Ballonnements et douleurs abdominales • Obstruction ou fécalome • Allergie possible avec le psyllium et la sterculia
Laxatifs lubrifiants	• Fuites anales • Malabsorption des vitamines liposolubles (ADEK) • Risque de pneumopathie huileuse d'inhalation
Laxatifs stimulants	• Diarrhées • Sensation de brûlure • Au long cours : lésion de la muqueuse colique et du plexus nerveux conduisant à la dépendance • Troubles électrolytiques : hypo-natrémie/kaliémie, déshydratation • Coloration anormale des urines (glycosides de séné)
Laxatifs par voie rectale	• Risque de blessures anales et saignements • Risque de rectite en cas d'utilisation prolongée • Risque de dépendance en cas d'utilisation prolongée

Cas particulier de la grossesse

La constipation est fréquente chez la femme enceinte (10 à 50% des cas). Son origine est multifactorielle (rôle de la progestérone qui diminue la contraction des fibres musculaires lisses, le volume de l'utérus qui compresse l'appareil digestif, les vomissements qui entraînent une déshydratation, la baisse de l'activité physique, les apports de fer et l'arrêt du tabac).

Le traitement de première intention doit rester les mesures hygiéno-diététiques, car l'innocuité doit être privilégiée. En cas d'échec de ces mesures, le choix du laxatif de première ligne n'est pas tranché. Il s'agira soit d'un laxatif osmotique, soit d'un mucilage, tous deux étant sans risque et bien tolérés chez la femme enceinte.

Les laxatifs lubrifiants sont déconseillés en raison de l'absorption moindre en vitamines liposolubles (notamment la vitamine K avec un risque de saignement néonatal). Les laxatifs stimulants sont également déconseillés en raison d'un risque de contractions utérines réflexes.

Références

consultées en août 2026

- Traitement de la constipation, chapitre 16, Pharmacie Clinique et Thérapeutique, 5^{ème} édition, Elsevier Masson
- Constipation, chapitre 7, Médecine palliative en un coup d'œil, un manuel à l'attention du corps médical, Ligue Suisse contre le cancer, 2000
- Des médicaments qui causent ou aggravent une constipation, chapitre 4.3, Petit manuel des troubles d'origine médicamenteuse, édition 2018
- American Hospital Formulary Services (AHFS), Drug Information, édition 2012
- Monographie des médicaments online : [Swissmedic Info](#)
- [Banque de données sur les médicaments Thériaque online](#)
- UpToDate online : [Hepatic encephalopathy in adults: Treatment](#)
- M.-C. Jacques, [Constipation du sujet âgé : quelles spécificités ?](#), Revue Médicale Suisse, 449, 2014, 10: 2097-2100
- [Médicaments de la constipation](#), Pharmacomédicale.org - Site du Collège National de Pharmacologie Médicale
- [La constipation : évaluation et traitement](#), Palliative FLASH, soins palliatifs au quotidien, numéro 12, septembre 2008
- Chapitre constipation, [Soins Palliatifs, Aide-mémoire destiné aux soignants](#), Hôpitaux Universitaires de Genève, 24-25
- [Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation](#), SNFGE – Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
- [Laxatifs - Généralités](#), Flash-info médicaments, PHEL - Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique, 2024
- [Constipation et obstruction intestinale chez le patient en soins palliatifs - Évaluation et traitements](#), CAPP-INFO 29, Service de Pharmacologie et toxicologie clinique, Hôpitaux Universitaires de Genève, mai 2004
- [Constipation chez le patient âgé - Évaluation et traitements](#), CAPP-INFO 33, Service de Pharmacologie et toxicologie clinique, Hôpitaux Universitaires de Genève, décembre 2004
- [Informations médicales avant la réalisation d'une coloscopie](#), site web Hôpitaux Universitaires de Genève, 2019
- Karam P. Asmaro et al, [The Safety of Per Os Naloxone and its Efficacy in Resolving Postoperative Ileus in Patients Undergoing Spine Surgery](#), CNS - Clinical Neuro Surgery, Oral presentations, 66 (1), 2019
- H. Chekroud et al, [Naloxone per os in the treatment of opioid-induced constipation: case report of a patient resistant to conventional therapeutic](#), Journal de Pharmacie Clinique, 21 (2), 2002