

GRATUIT

Formation continue MVL

PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION CONTINUE



APPROUVÉ POUR
1,5 UFC

Le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie a accordé 1,5 UFC à cette leçon.
Dossier n° 805-1108. Non valide pour UFC après le 11 décembre 2011.

FÉVRIER 2009

Le point sur la prise en charge de la constipation chronique

Auteur : Marisa Battistella, D. Pharm.

L'auteur, les réviseurs experts et Les Éditions Rogers déclarent ne pas être en conflit d'intérêts réel ou potentiel avec le commanditaire de ce cours de formation continue.

INTRODUCTION

La constipation est un problème de santé courant qui affecte jusqu'à 27 % de la population nord-américaine¹. Elle est répandue chez les 65 ans et plus et elle concerne deux fois plus de femmes que d'hommes dans tous les groupes d'âge^{2,3}. Des études ont montré qu'elle nuit à la qualité de vie et qu'elle a de considérables répercussions socioéconomiques à la fois directes (c.-à-d. en matière d'utilisation des ressources de santé) et indirectes (c.-à-d. en matière d'absentéisme au travail)^{4,5,6}. La constipation a de nombreuses causes et constitue souvent un signe de maladies graves non diagnostiquées. Même si la constipation est souvent qualifiée de fonctionnelle ou d'idiopathique, les personnes qui en sont atteintes doivent faire l'objet d'une évaluation approfondie et d'un counselling approprié^{6,7}. Elle peut entraîner de sérieuses complications, telles que la malnutrition, le fécalome, l'incontinence fécale, une dilatation et même une perforation du côlon⁸.

DÉFINITION

La constipation n'a pas la même signification pour les personnes qui en souffrent que pour les médecins. Pour les personnes atteintes, elle peut non seulement se définir objectivement par des selles sporadiques, mais également s'accompagner de divers symptômes subjectifs, comme des efforts importants pour déféquer, une évacuation incomplète, du ballonnement, une

douleur abdominale, des selles dures et fragmentées ou la nécessité d'avoir recours à des manœuvres digitales pour permettre l'expulsion des selles. Dans ses recommandations récemment publiées, le groupe de travail sur la constipation chronique de l'American College of Gastroenterology définit la constipation chronique comme « une défécation insatisfaisante qui résulte de selles sporadiques ou difficiles à expulser, ou des deux à la fois »⁹. Afin de normaliser la définition de constipation chronique aux fins de la recherche, les comités de Rome ont proposé trois formules de définition consensuelle. Les critères de Rome III relatifs aux troubles intestinaux fonctionnels sont utilisés pour la recherche et, dans une moindre mesure, dans la pratique clinique. Comme la définition de la constipation peut être subjective, le comité a recommandé d'utiliser une définition opérationnelle de la constipation fonctionnelle chronique chez les adultes (tableau 1)¹⁰. Ces critères comprennent des signes et des symptômes fréquemment décrits par les patients, comme des efforts importants pour déféquer, des selles fragmentées ou dures, une évacuation incomplète, un blocage ou une obstruction anorectale, le recours à des manœuvres digitales pour faciliter l'évacuation ainsi que des selles sporadiques (c.-à-d. moins de trois fois par semaine).

Selon cette dernière définition, il faudrait exclure la constipation associée au syndrome du côlon irritable

COMMENT RÉPONDRE ?

- A. Pour connaître vos résultats immédiatement, répondez en ligne sur le site www.monportailpharmacie.ca.
- B. Faites-nous parvenir votre carte-réponse par courrier ou télécopieur au 416-764-3937. Votre carte-réponse sera notée et les Éditions Rogers vous enverront vos résultats par la poste dans un délai de six à huit semaines.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Après avoir suivi la présente leçon, les pharmaciens devraient être de mesure de :

1. comprendre l'étiologie et la physiopathologie de la constipation chronique chez les adultes et les enfants;
2. connaître les critères de Rome III définissant la constipation chronique idiopathique;
3. comprendre les différents aspects liés à l'évaluation de la constipation chronique idiopathique;
4. pouvoir expliquer les risques et les avantages des diverses stratégies – à la fois médicamenteuses et non médicamenteuses – de prise en charge de la constipation chronique idiopathique;
5. connaître les principales questions à aborder lors du counselling en ce qui a trait à l'innocuité et à l'efficacité des médicaments en vente libre et des méthodes non médicamenteuses de soulagement de la constipation.

INSTRUCTIONS

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez la réponse que vous croyez correcte. Encerclez la réponse correspondante sur la carte-réponse ci jointe ou répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca
2. La note de passage est de 70 % (soit 14 réponses correctes sur 20). Si vous réussissez cette leçon, vos crédits seront enregistrés auprès de l'Ordre provincial compétent. (Veuillez noter que dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes d'aviser l'Ordre.)

Cette leçon est publiée par Rogers Media Limitée, One Mount Pleasant Rd., Toronto, Ontario M4Y 2Y5. Tél. : 416-764-2000. Télécopieur : 416-764-3931. Ce document ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur. © 2009

LEÇON BÉNÉFICIAIRE D'UNE SUBVENTION À VISÉE ÉDUCATIVE DE :



LE GROUPE PHARMACIE



TABLEAU 1 : Critères diagnostiques de Rome III¹⁰

Atteinte des critères durant les trois derniers mois, avec apparition des symptômes au moins six mois avant le diagnostic et présence d'au moins deux des symptômes suivants :

- Efforts (dyschésie) lors de > 25 % des défécations
- Selles fragmentées ou dures dans > 25 % des défécations
- Sensation d'évacuation incomplète dans > 25 % des défécations
- Sensation d'obstruction ou de blocage anorectal dans > 25 % des défécations
- Manœuvres manuelles pour faciliter > 25 % des défécations
- < 3 défécations par semaine

*Selles molles rares sans utilisation de laxatif
Critères insuffisants pour conclure à un syndrome du côlon irritable*

TABLEAU 2 : Causes secondaires de la constipation¹¹⁻¹⁷

Endocriniennes : hypothyroïdie, diabète
Métaboliques : hypercalcémie, hypokaliémie
Neurologiques : maladie de Parkinson, sclérose en plaques, lésions de la moelle épinière, dystrophies musculaires, accident vasculaire cérébral, neuropathie autonome
Non neurologiques : sclérodémie généralisée, insuffisance rénale chronique
Psychologiques : dépression, démence, troubles alimentaires

TABLEAU 3 : Médicaments associés à la constipation¹¹

Agents cationiques : aluminium, calcium, fer, bismuth, baryum
Analgésiques <ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflammatoires non stéroïdiens • Opiacés et narcotiques apparentés
Anticholinergiques <ul style="list-style-type: none"> • Agents antiparkinsoniens • Agents antipsychotiques et neuroleptiques • Antidépresseurs (p. ex., tricycliques et ISRS)
Anticonvulsivants (p. ex., phénytoïne)
Antihypertenseurs <ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs calciques (vérapamil > diltiazem > dihydropyridines) • Alphabloquants à action centrale • Diurétiques
Agents de chimiothérapie (p. ex., alcaloïdes de la pervenche)
Résines (p. ex., sulfonate de polystyrène de sodium)

(SCI)¹⁰. Dans le monde, environ 10 % à 20 % des adultes et des adolescents décrivent des symptômes correspondant à ceux du SCI, et ce, avec une fréquence plus élevée chez les femmes selon la plupart des études effectuées en Amérique du Nord. Les personnes atteintes de SCI présentent généralement un SCI avec prédominance de diarrhée, un SCI avec prédominance de constipation ou un SCI mixte caractérisé par une alternance d'épisodes de diarrhée et de constipation¹⁰. Selon des spécialistes, les symptômes de la constipation chronique recourent fréquemment ceux du SCI. Le SCI se définit par la présence d'un inconfort abdominal cliniquement important associé à des symptômes apparentés à ceux de la constipation et, par ailleurs, les personnes souffrant

de constipation font souvent état de peu de ballonnement ou d'inconfort, ce qui crée tout un éventail de possibilités entre la constipation chronique et le SCI.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Il est difficile d'évaluer l'incidence de cette affection courante en raison de la grande diversité des traitements en vente libre que l'on peut se procurer. La très grande majorité de gens prennent des médicaments sans ordonnance dès les premiers symptômes, ce qui complique le suivi de ces personnes à partir de l'apparition du problème. Une étude réalisée auprès de Canadiens de 18 ans et plus a permis d'évaluer la prévalence de la constipation fonctionnelle à 14,9 % selon les critères de Rome¹¹. Parmi tous les sujets

présentant une constipation fonctionnelle répondant aux critères de Rome, 26,3 % avaient dit avoir utilisé des médicaments d'ordonnance ou en vente libre pour soulager leur constipation au cours des trois mois précédents¹¹.

FACTEURS DE RISQUE

En général, la prévalence de la constipation augmente progressivement avec l'âge, particulièrement après 65 ans. Les personnes âgées sont susceptibles de souffrir de constipation pour diverses raisons, notamment la baisse du niveau d'activité, le changement de régime alimentaire, la présence de diverses maladies, la prise de médicaments causant de la constipation et un apport liquidien insuffisant.

La prévalence de la constipation chez les personnes atteintes de cancer peut atteindre 78 % en raison de tumeurs intestinales primitives ou métastatiques et de l'utilisation chronique d'opiacés¹².

On estime que jusqu'à 30 % des femmes enceintes souffrent de constipation au troisième trimestre de leur grossesse, principalement en raison des suppléments de fer et de calcium qu'elles prennent, du taux élevé de progestérone circulante et de la poussée de l'utérus gravide sur le côlon¹³.

PATHOGENÈSE

La constipation est un symptôme associé à de nombreuses maladies. Lorsque la constipation est causée par une autre maladie, on la qualifie de constipation secondaire chronique (*tableau 2*)¹⁴⁻²⁰. Certains médicaments peuvent également être à l'origine d'une constipation secondaire chronique (*tableau 3*)¹⁴.

Par contre, en l'absence de maladie sous-jacente connue, la constipation chronique est dite primaire ou idiopathique. Même si la constipation chronique idiopathique peut avoir de nombreuses causes, on la répartit généralement en trois catégories selon les différences physiopathologiques : la constipation à transit normal, la défécation dyssynergique et la constipation à transit lent^{21,22}.

La constipation à transit normal, ou constipation fonctionnelle, est la forme la plus fréquente de constipation chronique idiopathique, sa prévalence étant évaluée à 60 %. Chez les personnes atteintes de constipation à transit normal, les selles passent dans le côlon à une vitesse normale et la fréquence de la défécation est normale; cependant, elles ont de la difficulté à expulser les selles, qui sont généralement dures²¹.

La constipation dyssynergique concerne environ 25 % des personnes atteintes de constipation idiopathique; elle résulte généralement d'un dysfonctionnement du plancher pelvien ou d'un blocage du sphincter anal externe, qui ne se relâche pas au moment où elles essaient de déféquer²³. Ce type de constipation peut être dû à une douleur anale associée à l'expulsion de selles dures, à une fissure anale, à des hémorroïdes, à

un apprentissage inadéquat de la propreté ou à des troubles psychosexuels²¹.

La constipation à transit lent représente environ 15 % des cas de constipation chronique idiopathique et se caractérise par un retard de la vidange du côlon proximal résultant d'un moins grand nombre de contractions péristaltiques de forte amplitude²¹. Elle peut également être associée à une perte de neurones du système nerveux entérique ou à une obstruction chronique de l'orifice²¹.

Chez la plupart des personnes souffrant de constipation, aucune cause identifiable ne permet d'expliquer les symptômes. Cependant, il importe de distinguer la constipation fonctionnelle des autres troubles pouvant être associés à de mauvaises habitudes d'élimination. Les antécédents médicaux du patient et un examen physique fournissent habituellement la plupart des renseignements diagnostiques nécessaires pour déterminer la cause de la constipation. Il est particulièrement important de faire la distinction entre des changements récents d'habitudes d'élimination (c.-à-d. au cours des trois à six derniers mois) et la constipation chronique, car les premiers sont probablement plus susceptibles de résulter de l'une des causes énumérées aux tableaux 2 et 3.

ÉVALUATION

EXAMEN PHYSIQUE

Dans la plupart des cas de constipation chronique, il n'est pas nécessaire de faire une évaluation approfondie pour établir le diagnostic. Afin de préciser la nature de la constipation ou les facteurs de risque pouvant y être associés, l'évaluation initiale devrait comprendre une revue détaillée des antécédents médicaux du patient ainsi qu'un examen physique. Un changement récent ou persistant des habitudes d'élimination devrait inciter le praticien à pousser davantage son investigation et à rechercher l'une des causes présentées aux tableaux 2 et 3. La constipation peut découler d'un trouble métabolique (p. ex., hypothyroïdie), d'une myopathie (p. ex., amyloïdose), d'une maladie neurologique (p. ex., maladie de Parkinson) ou de la prise de certains médicaments (p. ex., opiacés). Par conséquent, il est recommandé de procéder à diverses épreuves diagnostiques – hémogramme, tests de la fonction thyroïdienne, détermination du calcium sérique ainsi que tests structuraux (voir la rubrique *Études diagnostiques ci-dessous*) – afin d'exclure toute cause de constipation secondaire. Même si ces tests sont recommandés, « il n'existe aucune donnée permettant d'évaluer rigoureusement ou de définir les tests devant être effectués »²⁴.

Une perte de poids supérieure à 5 %, du sang dans les selles, une constipation grave et persistante réfractaire au traitement, de même que l'apparition récente ou l'aggravation de la constipation chez des personnes âgées constituent « des symptômes d'alerte » motivant

une évaluation détaillée. Les personnes qui présentent ces symptômes devraient être adressées à un médecin pour une évaluation complète.

La présence de symptômes urinaires, y compris l'incontinence de stress, peut indiquer une faiblesse du plancher pelvien. Dans un tel cas, il faut toujours procéder à une revue des médicaments et des habitudes alimentaires ainsi que rechercher d'éventuels troubles sociaux ou psychologiques¹⁴.

ÉTUDES DIAGNOSTIQUES

Il convient d'avoir recours à des épreuves de laboratoire et à une imagerie colorectale lorsque la constipation persiste et ne répond pas au traitement classique ou lorsqu'on soupçonne la présence d'un trouble particulier. Une sigmoïdoscopie et une coloscopie au moyen d'un endoscope flexible sont deux examens qui permettent de déterminer la présence de lésions obstructives du côlon. Un examen associant un lavement baryté et une sigmoïdoscopie flexible permet aussi de déterminer la présence de certaines caractéristiques diagnostiques, comme la dilatation ou le rétrécissement du côlon²⁰.

Si les épreuves de laboratoire et l'imagerie du côlon excluent des causes externes et mécaniques de la constipation, il peut être justifié de procéder à un examen physiologique complet, notamment une manométrie anorectale, une défécographie et une évaluation du temps de transit colique.

La manométrie anale a pour but d'évaluer l'état du sphincter anal, du plancher pelvien et des nerfs associés.

La défécographie et l'évaluation du temps de transit colique sont particulièrement utiles chez les personnes souffrant de constipation récalcitrante ou de troubles du plancher pelvien²⁵.

PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION

Le traitement doit viser à soulager la constipation de manière sécuritaire et efficace tout en améliorant la qualité de vie du sujet. De façon générale, l'efficacité du traitement de la constipation repose sur plusieurs stratégies : a) une démarche non médicamenteuse (p. ex., régime alimentaire, exercice et habitudes de défécation); b) une démarche pharmacologique (à l'aide de laxatifs, par exemple); c) la chirurgie dans certaines circonstances (qui ne seront pas abordées ici).

OBJECTIF DU TRAITEMENT

Le traitement de la constipation devrait viser :

- le soulagement des symptômes de la constipation, comme l'effort pour déféquer, la sensation d'évacuation incomplète ou d'obstruction;
- l'amélioration de la consistance des selles (plus molles et non fractionnées);
- l'augmentation de la fréquence des défécations à au moins trois fois par semaine ou plus;
- l'amélioration de la qualité de vie du sujet

Démarches non pharmacologiques

Il existe plusieurs moyens non médicamenteux de traiter la constipation, dont l'enseignement des principes physiologiques de la défécation et sur les habitudes normales d'élimination, le régime alimentaire, l'activité physique et, parallèlement, le traitement d'autres affections pouvant prédisposer le sujet à la constipation (tableau 3).

Le volet éducatif consiste à rassurer la personne et à lui expliquer quelles devraient être les habitudes normales de défécation. Quatre-vingt-quinze pour cent des gens vont à la selle jusqu'à trois fois par jour ou aussi peu que trois fois par semaine^{26,27}. Certaines personnes parviennent à établir une routine, comme aller à la selle à la même heure tous les matins après le petit-déjeuner, quand l'activité du côlon est maximale. D'autres personnes ont des habitudes tout à fait différentes.

Des données ont montré que l'augmentation de l'apport calorique chez les personnes qui suivent un régime hypocalorique améliore le temps de transit colique, mais est sans effet sur le dysfonctionnement du plancher pelvien¹⁴. Les fibres alimentaires sont importantes pour le succès à long terme du traitement de la constipation. Dans une étude effectuée auprès de personnes âgées vivant en centre d'hébergement, il a été démontré qu'un supplément alimentaire de 6 g à 15 g de son par jour entraîne une augmentation du nombre de selles quotidiennes²⁸. Les aliments riches en fibres, comme le son de blé, les fruits (particulièrement les mûres et les framboises) et les légumes (comme les haricots, les lentilles, les petits pois et la courge), retiennent l'eau; par conséquent, les personnes qui ont un régime alimentaire riche en fibres ont des selles plus molles et plus volumineuses²⁹. À cet égard, l'American Dietetic Association recommande aux adultes de consommer de 25 g à 30 g de fibres par jour.

Même si aucune preuve scientifique concluante ne permet d'établir une corrélation entre l'augmentation du degré d'activité physique et le soulagement des symptômes de la constipation, on continue à recommander aux personnes constipées de faire de l'exercice. Les exercices de raffermissement de l'abdomen et du plancher pelvien peuvent fournir les forces additionnelles nécessaires pour favoriser la défécation¹⁴.

Dans la mesure du possible, il faut cesser de prendre les médicaments qui causent de la constipation ou les remplacer par d'autres. Les personnes qui souffrent de douleur chronique devraient continuer à prendre des analgésiques narcotiques à dose suffisante pour maîtriser la douleur; cependant, il est possible que ces personnes doivent prendre des laxatifs stimulants pour prévenir la formation d'un fécalome. Chez les personnes souffrant de constipation provoquée par les narcotiques qui n'ont pas eu de selles depuis plus de trois jours, il faut exclure toute possibilité de fécalome avant de recommander un traitement pharmacologique.

TABLEAU 4: Médicaments recommandés pour la constipation

TYPE	NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL	POSOLOGIE	EFFETS INDÉSIRABLES	DÉLAI D'ACTION	COMMENTAIRES
Fibres	Son		1 tasse par jour	Ballonnement, flatulence, Malabsorption du fer et du calcium	1 à 3 jours	Augmentation du volume des selles, diminution du temps de transit colique, augmentation de la motilité gastro-intestinale. Ne convient pas aux personnes qui doivent suivre un régime restrictif en liquides ni à celles qui présentent une dysphagie, un rétrécissement ou une obstruction partielle de l'œsophage, ou un fécalome. Ne pas prendre moins de deux heures avant ou après d'autres médicaments, car leurs effets pourraient être réduits.
	Psyllium	Metamucil ^{MD} Prodiem ^{MD}	1 c. à soupe 1 à 3 f.p.j.	Ballonnement, flatulence, Malabsorption du fer et du calcium	1 à 3 jours	
Laxatifs hyper-osmotiques	Lactulose	Laxilose ^{MD}	15 à 30 mL de 1 à 3 f.p.j.	Goût sucré, crampes abdominales passagères, flatulence	24 à 48 h	Disaccharides non absorbables métabolisés en acide acétique par les bactéries présentes dans le côlon. Certaines personnes ne supportent pas son goût sucré.
	Polyéthylène glycol	Colyte ^{MD} GoLyte ^{MD}	4 L en 6 à 12 h	Nausées, ballonnement, crampes abdominales et vomissements	0,5 à 1 h	Couramment utilisé avant une coloscopie.
	Suppositoires à la glycérine		1 supp. par jour	Irritation rectale	0,5 à 1 h	Évacuation provoquée par stimulation locale du rectum.
Laxatifs émoullissants (ramollissant les selles)	Docusate de sodium	Colace ^{MD} Soflax ^{MD}	100 mg 2 f.p.j.	Inefficace pour le traitement de la constipation; utilisation préventive	12 à 72 h	Stimulent la sécrétion d'eau par les cellules et de NaCl dans la lumière intestinale. Peu de données probantes à l'appui de l'efficacité des laxatifs émoullissants; plus utiles pour ramollir les selles dures; aucune action laxative documentée.
	Docusate de calcium	Surfak ^{MD}	240 mg 2 f.p.j.			
Laxatifs lubrifiants	Huile minérale		15 à 45 mL par jour	Pneumonie lipidique, malabsorption des vitamines liposolubles, déshydratation, incontinence	6 à 8 h	Lubrification des selles. Non recommandée pour un traitement de plus d'une semaine.
Laxatifs salins	Magnésium	Lait de magnésie ^{MD}	15 à 30 mL de 1 à 3 f.p.j.	Effets toxiques du magnésium, déshydratation, crampes abdominales, incontinence	0,5 à 3 h	Le liquide est attiré dans la lumière de l'intestin grêle par osmose. Non recommandé chez les personnes souffrant d'une maladie cardiaque ou rénale.
	Phosphate de sodium en solution orale	Fleet Phospho-Soda ^{MD}	5 à 15 mL par jour; 45 mL pour un lavage	Hyperphosphatémie		Non recommandé chez les personnes qui suivent un régime restrictif en sodium. Souvent utilisé comme cathartique avant une chirurgie ou une intervention gastro-intestinale (45 mL).
	Citrate de magnésium	Citro-Mag ^{MD}	300 mL pour un lavage	Hypermagnésémie		Souvent utilisé comme cathartique avant une chirurgie ou une intervention gastro-intestinale.
Laxatifs stimulants	Bisacodyle	Dulcolax ^{MD}	5 à 10 mg par voie orale 1 f.p.j. ou	Incontinence, hypokaliémie, crampes abdominales	6 à 12 h	L'augmentation de la quantité de liquides dans la lumière intestinale entraîne une modification du transport des électrolytes; stimulation du plexus myentérique; augmentation de la motilité.
			10 mg en suppositoire, 1 f.p.j. (max. 3 fois par semaine)	Sensation de brûlure rectale	0,5 à 1 h	Ne pas prendre une heure avant ou après un antiacide.
	Anthraquinones (séné, cascara)	Senokot ^{MD}	2 à 4 comprimés par voie orale 1 ou 2 f.p.j.	Malabsorption, crampes abdominales, déshydratation Mélanose du côlon	6 à 12 h	Peut décolorer l'urine (rose rouge ou brun noir).
Lavements	Huile minérale (lavement à rétention)	Lavement Fleet ^{MD} à l'huile minérale	100 à 250 mL par le rectum	Incontinence, traumatisme mécanique	5 à 15 min.	Ramollissement et lubrification des selles.
	Eau du robinet		500 mL par le rectum	Traumatisme mécanique Surcharge de liquide	5 à 15 min.	Évacuation provoquée par la distension du côlon; lavement mécanique.
	Lavement au phosphate	Fleet ^{MD}	1 flacon par le rectum	Lésions cumulatives de la muqueuse rectale, hyperphosphatémie, traumatisme mécanique	5 à 15 min.	À éviter chez les personnes présentant une maladie cardiaque, une atteinte rénale ou des anomalies électrolytiques préexistantes.
	Lavement à l'eau savonneuse		1,5 L par le rectum	Irritation de la muqueuse, surcharge de liquide	2 à 15 min.	
Antagonistes des récepteurs μ -opioïdes	Méthyl-naltrexone	Relistor ^{MD}	Dose en fonction du poids : 38 à < 62 kg : 8 mg tous les deux jours 62 à 114 kg : 12 mg tous les deux jours Tous les autres (c.-à-d. < 38 kg ou > 114 kg) : 0,15 mg/kg tous les deux jours	Douleurs abdominales, flatulence, nausées	30 min.	Envisager de cesser le traitement en cas de non-réponse après quatre doses (une semaine). Chez les personnes présentant une atteinte rénale grave (clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min), il faut réduire la dose de moitié.

Démarche pharmacologique

Dans de nombreux cas, il peut être nécessaire d'instaurer un traitement laxatif régulier. Cependant, il faut agir avec prudence, car l'usage à long terme de laxatifs peut entraîner divers effets indésirables, comme la malabsorption, la déshydratation, un déséquilibre des électrolytes et l'incontinence fécale.

Il y a cinq grandes classes de laxatifs : les laxatifs de lest, osmotiques, salins, émoullissants/lubrifiants et stimulants (tableau 4). Peu d'études ont comparé l'efficacité des différents types de laxatifs; cependant, les données dont nous disposons ne montrent aucune différence statistiquement significative entre les différents types de laxatifs³⁰. Par conséquent, une bonne évaluation des signes et des symptômes permettra au pharmacien de déterminer le laxatif qui conviendra le mieux à chaque cas.

LAXATIFS DE LEST

On trouve plusieurs suppléments de fibres en vente libre (ou laxatifs de lest) sur le marché. Le psyllium, le polycarboxyle et la méthylcellulose augmentent tous le contenu en eau et le volume des selles afin de diminuer le temps de transit colique, d'augmenter le poids des selles et d'en améliorer la consistance. Pour prévenir la formation d'un fécalome ou l'obstruction œsophagienne, chacune des doses d'un laxatif de lest doit être administrée avec au moins 250 mL d'eau ou de jus. Ces agents ne conviennent donc pas au traitement de la constipation chez les personnes qui doivent suivre un régime restrictif en liquides ou qui présentent une dysphagie ou un rétrécissement de l'œsophage. Ces suppléments sont généralement bien tolérés, mais ils peuvent causer des flatulences et du ballonnement au début du traitement. Pour limiter ces effets indésirables, il est recommandé de commencer le traitement à faible dose et de l'augmenter graduellement³¹. Par ailleurs, il est important de prendre ces agents deux heures avant ou après d'autres médicaments afin de ne pas réduire leurs effets. Les laxatifs de lest conviennent préférentiellement aux personnes dont le temps de transit intestinal est normal ou lent. Les suppléments de fibres commencent à faire effet un à trois jours après les avoir pris. Le tableau 4 présente les doses usuelles généralement recommandées.

LAXATIFS HYPEROSMOTIQUES

Les laxatifs osmotiques comprennent des monosaccharides et des disaccharides non absorbés, comme le lactulose et le sorbitol. Ces deux sucres sont faiblement absorbés et sont hydrolysés par les bactéries coliformes en acides organiques à faible poids moléculaire. Ces acides organiques attirent les liquides dans la lumière intestinale et stimulent le péristaltisme^{30,31}. Ces agents produisent généralement des selles molles et bien formées en moins de 24 à 48 heures, mais ils peuvent également entraîner des crampes abdominales, du ballonnement et des flatulences^{32,33}.

Les suppositoires à la glycérine peuvent aussi avoir un effet osmotique. Leur délai d'action est beaucoup plus court, car ils agissent en moins de 30 à 60 minutes. Leur utilisation chronique peut toutefois causer une irritation rectale.

D'autres agents hyperosmotiques, comme le polyéthylène glycol (PEG), sont couramment utilisés avant une coloscopie, car, dans la plupart des cas, ils provoquent une vidange complète du côlon. En tant qu'agent de lavage gastro-intestinal, le PEG se présente généralement en poudre (à reconstituer avec de l'eau) ou en solution dans un contenant de quatre litres. La dose recommandée est de 240 mL toutes les 10 minutes et 3 à 4 litres suffisent généralement pour faire un lavage complet. Ces agents peuvent cependant provoquer des crampes abdominales et du ballonnement.

Cinq essais contrôlés à répartition aléatoire ont comparé le PEG (à plus faible dose) à un placebo dans le traitement de la constipation chronique. Une solution de PEG (17,5 g dans 250 mL) a été administrée une ou deux fois par jour, ce qui a augmenté la fréquence des selles. Bien que ces essais aient été bien menés, le nombre de sujets était faible et la fréquence de la diarrhée s'est située entre 2 % et 40 %⁹. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une indication posologique homologuée pour le PEG, il pourrait être utile pour traiter les cas les plus problématiques de constipation.

LAXATIFS SALINS

Les produits à base de magnésium sont les laxatifs salins les plus couramment utilisés. Les sels de magnésium attirent les liquides par osmose dans la lumière de l'intestin grêle et du côlon, provoquant ainsi des contractions des parois intestinales³⁴. On pense également que les ions magnésium favorisent la libération de cholécystokinine, une hormone qui stimule la sécrétion intestinale, et de prostaglandines, des modulateurs de la motilité intestinale³⁴. Ces agents agissent généralement entre 0,5 et 3 heures après avoir été absorbés. Le citrate de magnésium est généralement réservé au lavage intestinal avant une intervention diagnostique ou chirurgicale. La dose de citrate de magnésium à utiliser pour le traitement de la constipation correspond au quart ou à la moitié de la dose utilisée pour la vidange intestinale. Il est important de savoir que ces laxatifs peuvent entraîner un déséquilibre électrolytique et qu'ils doivent être évités chez les personnes présentant une atteinte rénale ou cardiaque.

LAXATIFS ÉMOUILLISANTS OU LUBRIFIANTS

Les laxatifs émoullissants ramollissent les selles en réduisant la tension de surface, ce qui permet la pénétration des liquides intestinaux dans le bol fécal. Aucune étude n'a prouvé que le docosate de sodium et le docosate de calcium soient efficaces, mais ils pourraient s'avérer utiles pour empêcher la formation de selles dures¹⁴.

Le délai d'action de ces agents est 12 à 72 heures. Ils sont particulièrement indiqués chez les personnes qui ne doivent pas faire d'efforts pour déféquer, comme celles qui souffrent d'angine instable ou celles qui viennent de subir une intervention chirurgicale. Ces agents n'ont aucun effet laxatif documenté et devraient être réservés aux cas de constipation légère.

L'huile minérale, prise par voie orale, lubrifie les selles. Toutefois, si elle est aspirée dans les poumons, elle risque de causer une pneumonie lipidique qui peut être fatale³⁵. De plus, l'utilisation d'huile minérale à long terme est associée à une malabsorption des vitamines liposolubles. Il est généralement recommandé d'éviter d'utiliser cet agent.

LAXATIFS STIMULANTS

On trouve plusieurs laxatifs stimulants parmi les préparations en vente libre courantes, notamment les dérivés du diphénylméthane, comme le bisacodyle, et les dérivés de l'antraquinone, comme la cascara et le séné. Tous ces agents agissent en modifiant le transport des électrolytes dans le côlon, en augmentant la quantité de liquide dans la lumière intestinale et en ayant un effet propulsif³³. Afin d'éviter l'incontinence nocturne, il est préférable d'administrer ces agents au coucher, car ils agissent en 6 à 12 heures. Les effets indésirables les plus fréquemment associés à ces médicaments sont les crampes, les douleurs abdominales et l'hypokaliémie. L'utilisation de suppositoires de bisacodyle peut causer une irritation ou une sensation de brûlure dans le rectum. On pense que les laxatifs stimulants peuvent provoquer une colopathie des laxatifs qui risque d'entraîner une dépendance³⁶. La physiopathologie de ce phénomène n'est pas prouvée et demeure mal comprise. L'utilisation répétée de laxatifs stimulants peut entraîner une dépendance, car des doses de plus en plus élevées sont nécessaires pour provoquer la défécation^{36,37}. Administré conjointement avec des antiacides (comme les antagonistes des récepteurs H₂ ou le carbonate de calcium), le bisacodyle peut perdre de son efficacité. On pense que l'augmentation du pH du tube digestif peut altérer le revêtement gastrorésistant des comprimés de bisacodyle³⁸. Il s'agit ici d'une interaction mineure, mais qui doit être prise en considération chez les personnes prenant régulièrement des antiacides et ne répondant pas au bisacodyle.

LAVEMENTS

Les lavements sont indiqués dans les cas de constipation aiguë, particulièrement en présence d'un fécalome. Un lavement bien administré permet de vidanger le côlon distal en moins d'une heure. Les lavements sont utilisés pour le nettoyage du côlon avant un examen rectal, de même qu'avant et après une opération pour éliminer un fécalome. Il est préférable d'utiliser de l'eau du robinet ou une solution saline plutôt qu'une eau savonneuse, car celle-ci risque d'irriter la muqueuse du côlon. Les lavements hypertoniques aux phos-

phates sont les plus efficaces, mais ils peuvent aussi causer de l'irritation. Par ailleurs, l'utilisation répétée de lavements aux phosphates peut entraîner un déséquilibre électrolytique, car les ions phosphates peuvent être absorbés par le rectum et d'autres ions peuvent être perdus au cours de l'évacuation provoquée par le lavement. Les lavements à l'huile minérale devraient être utilisés chez les personnes présentant une atteinte rénale, car les lavements aux phosphates (sans huile minérale) peuvent causer une hyperphosphatémie qui peut être grave, voire fatale.

SUPPOSITOIRES

Les suppositoires rectaux sont moins efficaces que les lavements, mais ils sont plus facilement acceptés par la plupart des utilisateurs. Ils peuvent être utilisés pour vidanger le côlon distal, mais ils sont inefficaces si les selles sont sèches et dures.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

ENFANTS ET NOURRISSONS

L'huile minérale, les laxatifs stimulants et les lavements ne sont pas recommandés chez les nourrissons. On peut avoir recours aux suppositoires à la glycérine pour éliminer les selles accumulées dans le rectum et au lactulose pour ramollir les selles. Selon la North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition, l'hydroxyde de magnésium, l'huile minérale et le lactulose sont sécuritaires et efficaces chez les enfants de plus de un an. Le séné et le bisacodyle peuvent être utilisés comme médicaments de secours en cas d'inefficacité des autres agents. On peut également avoir recours aux lavements pour éliminer les bouchons de selles chez les jeunes enfants³⁹.

Les parents et les personnes qui soignent des enfants devraient toujours bien vérifier la posologie des laxatifs avant de les administrer aux nourrissons et aux enfants.

GROSSESSE

Les suppléments alimentaires et les laxatifs de lest sont les agents à privilégier chez les femmes enceintes. Les laxatifs osmotiques et l'hydroxyde de magnésium sont jugés sécuritaires pour un usage intermittent comme agents de deuxième intention. Les laxatifs stimulants sont réservés aux cas rebelles en cas d'échec des autres agents⁴⁰.

PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

Les laxatifs stimulants sont les agents à privilégier chez les personnes atteintes de cancer, car, dans la plupart des cas, la constipation résulte de la prise d'opiacés. Les laxatifs de lest ne doivent pas être utilisés parce qu'ils peuvent entraîner la formation d'un fécalome. Le pharmacien doit adresser à un médecin toutes les personnes atteintes de cancer qui ne sont pas allées à la selle depuis plus de trois

jours, afin qu'il s'assure qu'un fécalome ne s'est pas formé⁴².

CONSTIPATION PROVOQUÉE PAR LES OPIACÉS

La constipation provoquée par les opiacés est principalement médiée par les récepteurs μ -opioïdes du tube digestif⁴³. La méthylaltréxone appartient à une nouvelle classe de médicaments appelés antagonistes sélectifs des récepteurs μ -opioïdes périphériques. Elle peut contribuer à soulager la constipation provoquée par les opiacés tout en maintenant l'analgésie. Dans une étude récemment publiée⁴⁴, des sujets atteints d'un cancer incurable ou d'autres maladies au stade terminal, qui avaient reçu des analgésiques pendant plus de deux semaines (dose moyenne de morphine de 100 mg), ont été répartis au hasard en deux groupes pour un traitement sous-cutané par la méthylaltréxone ou par un placebo. La méthylaltréxone administrée par voie sous-cutanée a rapidement provoqué une défécation chez les sujets atteints d'une maladie terminale et de constipation provoquée par les opiacés. Le traitement n'a pas semblé nuire à l'analgésie ni précipiter un sevrage aux opiacés. Les effets indésirables les plus fréquemment observés ont été des douleurs abdominales (28 %), de la flatulence (13 %) et des nausées (11 %)⁴⁴. La méthylaltréxone est actuellement indiquée pour le traitement de la constipation provoquée par les opiacés chez les personnes atteintes d'une maladie terminale qui reçoivent des soins palliatifs. Lorsque la réponse aux laxatifs est insuffisante, il est recommandé d'utiliser la méthylaltréxone comme traitement d'appoint afin de provoquer la défécation⁴⁵. La méthylaltréxone ne modifie pas les propriétés pharmacocinétiques des médicaments métabolisés par les isoenzymes du cytochrome P450 (CYP). La dose de méthylaltréxone recommandée est de 8 mg chez les personnes pesant entre 38 kg et 62 kg, et de 12 mg chez les personnes pesant entre 62 kg et 114 kg; elle sera administrée par voie sous-cutanée tous les deux jours au besoin. En dehors de ces plages de poids, on dosera à raison de 0,15 mg/kg/dose. Il faut envisager de cesser le traitement dans les cas où aucun résultat n'a été obtenu après quatre doses (une semaine de traitement) de méthylaltréxone⁴⁵.

USAGE À LONG TERME DES LAXATIFS

Il a longtemps été déconseillé d'utiliser des laxatifs stimulants pendant une longue période sur la base des résultats de tests ayant établi un lien entre l'usage à long terme de ces agents et une atteinte du système nerveux entérique associé au plexus myentérique et aux muscles lisses du côlon. Même s'il se produit une atteinte neurologique, rien n'indique qu'elle est attribuable à l'usage des laxatifs; on pense plutôt qu'elle pourrait résulter de la constipation elle-même. De nombreux spécialistes sont d'avis qu'on a surestimé les risques de la prise à long terme de laxatifs stimu-

lants et qu'ils sont sécuritaires et efficaces si on les utilise moins de trois fois par semaine^{14,46}.

COMPLICATIONS DE LA CONSTIPATION

Les complications résultant d'une constipation chronique non traitée sont la formation d'un fécalome, les fissures anales, les hémorroïdes et le mégacolon. D'autres complications, plus rares, peuvent également survenir – perforation intestinale, volvulus, rectorragies et ulcération stercorale (nécrose par compression de la muqueuse rectale ou sigmoïde causée par une masse fécale)¹⁴.

DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE

Il est important de faire l'historique de tous les médicaments pris par le client, y compris les laxatifs déjà utilisés, la fréquence et la durée de l'utilisation ainsi que l'efficacité des agents utilisés. Cela peut faciliter le choix du traitement, de même que l'éducation et le suivi du client. Les fibres, associées à une hydratation appropriée, sont la pierre angulaire du traitement prophylactique de la constipation. Elles sont également essentielles au succès de la prise en charge à long terme de la constipation chez les personnes capables de boire une quantité suffisante de liquides et de marcher régulièrement, et qui ne présentent pas de symptômes d'obstruction ni d'antécédents de mégacolon, de volvulus ou de fécalome récurrent. Il faut toutefois éviter les fibres chez les sujets qui suivent un régime restrictif en liquides, tels que les personnes sous dialyse et celles qui souffrent d'insuffisance cardiaque congestive.

On recommande aux personnes souffrant de constipation fonctionnelle chronique de commencer le traitement par la prise d'un supplément de fibres et la pratique d'une activité physique après les repas, conjointement avec la prise d'un laxatif comme le lactulose, dont la dose est augmentée graduellement tous les trois à cinq jours. Si la réponse est inadéquate après deux à quatre semaines, il faut cesser ce traitement pour passer aux agents à base de magnésium. Si ce nouveau traitement n'est toujours pas efficace, il est recommandé d'administrer un lavement, un suppositoire (p. ex., à la glycérine) ou un laxatif stimulant³². Dans certains cas, il peut être nécessaire d'administrer à la fois un laxatif stimulant et un laxatif osmotique pour prévenir et traiter la constipation. Il faut exclure la présence d'un fécalome avant d'utiliser un laxatif, particulièrement chez les personnes présentant une distension abdominale, dont la santé est fragile ou qui sont immobilisées.

RÔLE DU PHARMACIEN

Les pharmaciens jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge de la constipation, car la plupart des personnes constipées demandent généralement des conseils à leur pharmacien communautaire avant de consulter un médecin. Par conséquent, l'éducation sur

les principes physiologiques de la défécation et sur les habitudes normales d'élimination, de même que l'évaluation du régime alimentaire et du mode de vie constituent les premières étapes du processus visant à répondre aux préoccupations des clients à l'égard de la constipation. Il est important que le pharmacien évalue correctement les signes et les symptômes de la constipation afin d'aider ses clients à choisir le traitement qui leur convient le mieux. Les personnes qui prennent des médicaments doivent recevoir les conseils appropriés quant à la prise du laxatif, au délai d'action auquel elles doivent s'attendre ainsi qu'aux effets indésirables potentiels.

CONCLUSION

La constipation est un problème courant qui présente parfois des symptômes incapacitants. Bien qu'elle soit généralement bénigne, la constipation peut avoir des effets très désagréables sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. La prise en charge de la constipation varie énormément d'une personne à l'autre; elle doit reposer sur les causes et sur l'état général du sujet. En tant que pourvoyeurs de soins, intervenants et éducateurs, les pharmaciens jouent un rôle très important auprès des personnes qui se procurent des laxatifs en pharmacie. Ils devraient donc chercher à les renseigner sur les habitudes normales de défécation, qui sont très variables, sur les bienfaits des fibres et sur les effets délétères potentiels qui sont associés à l'utilisation prolongée des laxatifs.

RÉFÉRENCES

- Higgins PDR, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol*, 2004;99:750-9.
- Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci*, 1989;34:606-11.
- Schaefer DC, Cheskin LJ. Constipation in the elderly. *Am Fam Physician*, 1998;58:907-14.
- Tedesco FJ, Dipiro JT. American College of Gastroenterology Committee on FDA-related Matters. Laxative use in constipation. *Am J Gastroenterol*, 1985;80:303-9.
- Meza JP, Pegas JF, O'Brien JM. Constipation in the elderly patient. *J Fam Pract*, 1984;18:695:698-9;702-3.
- Talley NJ, Fleming KC, Evans JM et coll. Constipation in an elderly community; a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol*, 1996;91:19-25.
- Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR et coll. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population based study. *Gastroenterology*, 1992;102:895-901.
- Wald A. Constipation in elderly patients: pathogenesis and management. *Drugs and Aging*, 1993;3:220-31.
- American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol*, 2005;100 (suppl 1):S1-S4.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD et coll. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 2006;130:1480-91.
- Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG et coll. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of Health Care Seeking. *Am J Gastroenterol*, 2001;96:3130-7.
- Bisanz A. Managing bowel elimination problems in patients with cancer. *ONF*, 1997;24(4):679-86.
- Greenhall JO. Laxatives in the treatment of constipation in pregnant and breastfeeding mothers. *Practitioner*, 1973;210:259-65.
- Wald A. Constipation. *Adv Gastroenterol*, 2000;84(5):1231-46.
- Shafer RB, Prentiss RA, Bond JH. Gastrointestinal transit in thyroid disease. *Gastroenterol*, 1984;86(5 Pt 1):852-5.
- Battle WM, Snape WJ Jr, Alavi A et coll. Colonic dysfunction in diabetes mellitus. *Gastroenterol*, 1980;79:1217-21.
- Singaram C, Ashraf W, Gaumnitz EA et coll. Dopaminergic defect of enteric nervous system in Parkinson's disease patients with chronic constipation. *Lancet*, 1995;346:861-4.
- Weber J, Grise P, Roquebert M et coll. Radiopaque markers transit and anorectal manometry in 16 patients with multiple sclerosis and urinary bladder dysfunction. *Dis Colon Rectum*, 1987;30:95-100.
- Nowak TV, Ionasescu B, Anuras S. Gastrointestinal manifestations of muscular dystrophies. *Gastroenterol*, 1982;82:800-10.
- Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L et coll. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology*, 1997;112:594-642.
- Lembo A, Camilleri M. Chronic Constipation. *N Engl J Med*, 2003;349:1360-8.
- Mertz H, Nailboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol*, 1999;94:609-15.

- Rao SS. Constipation: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am*, 2003;32:659-83.
- Locke GR, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. *Gastroenterol*, 2000;119:1161-78.
- Arce DA, Ercocilla Ca, Costa H. Evaluation of Constipation. *Am Fam Physician*, 2002;65:2283-90.
- Towers AL, Burgio KL, Locher JL et coll. Constipation in the elderly: influence of dietary, psychological and physiological factors. *J Am Geriatr Soc*, 1994;42:701-6.
- Connell AM, Hilton C, Irvine G et coll. Variation of bowel habit in two population samples. *BMJ*, 1965;2:1095-9.
- Hull C, Greco RS, Brooks DL. Alleviation of constipation in the elderly by dietary fiber supplementation. *J Am Geriatr Soc*, 1980;28:410-4.
- Goldstein MK, Brown EM, Holt P et coll. Fecal Incontinence in an elderly man. *J Am Geriatr Soc*, 1989;37:991-1002.
- Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD et coll. The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. *J Gen Intern Med*, 1997;12:15-24.
- Taylor R. Management of constipation. 1. High fiber diets work. *BMJ*, 1990;300:1063-4.
- Bass P, Dennis S. The laxative effect of lactulose in normal and constipated subjects. *J Clin Gastroenterol*, 1981;3(suppl):23-8.
- Wessaluis-DeCasparis A, Braadbaart S, Bergh-Bohekin GW et coll. Treatment of chronic constipation with lactulose syrup: Results of a double-blind study. *Gut*, 1969;9:84-6.
- Kinnunen O, Salokannel J. The carry-over effect on the bowel habit in elderly long-term patients of long-term bowel bulk-forming products containing stimulant laxative. A systematic review. *J Gen Intern Med*, 1997;12:15-24.
- Soderman WA, Stuart BM. Lipoid pneumonia in adults. *Ann Intern Med*, 1946;24:241-53.
- Mascolo N, Meli R, Autore G et coll. Senna still causes laxation in rats maintained on a diet deficient in essential fatty acids. *J Pharm Pharmacol*, 1988;40:882-4.
- Harari D, Gurwitz JH, Minaker KL. Constipation in the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1993;41:1130-40.
- Dulcolax product monograph. Compendium of Self-Care Products, 2003.
- Baker S, Liptak GS, Coletti RB. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Ped Gastroenterol Nutr*, 1999;29:612-26.
- Bonapace ES, Fisher RS. Constipation and diarrhea in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*, 1998;27(1):197-211.
- Hagemann TM. Gastrointestinal medications and breastfeeding. *J Hum Lact*, 1998;14(3):259-62.
- Hveld JL. Cancer care; preventing and treating constipation. *Nursing*, 1995;25(3):26-7.
- Yuan CS, Foss JF. Methylnaloxone investigation of clinical applications. *Drug Dev Res*, 2000;50:133-41.
- Thomas J, Karver S, Cooney GA et coll. Methylnaloxone for opioid-induced constipation in advanced illness. *N Engl J Med*, 2008;358:2332-43.
- e-PCS. Ottawa, Ontario: Canadian Pharmacists Association. (consulté en ligne le 24 octobre 2008).
- Xing JH. Adverse effects of laxatives. *Dis Colon Rectum*, 2001;44:1201-9.

QUESTIONS

Répondez par courrier, par télécopieur ou en ligne dans la section « FC en ligne » du site www.monportailpharmacie.ca

1. La constipation est une affection courante qui, d'après les estimations, concerne environ ___ % des Canadiens.

- 10 %
- 15 %
- 25 %
- 35 %

2. Des études indiquent que la constipation est associée à :

- une diminution de la qualité de vie liée à la santé.
- une augmentation de l'utilisation des ressources de santé.
- l'absentéisme au travail.
- Toutes les réponses précédentes.

3. Lequel des symptômes suivants n'est pas considéré comme caractéristique de la constipation chronique ?

- Efforts lors de la défécation
- Dysphagie
- Ballonnement
- Dyschésie

4. La prévalence de la constipation fonctionnelle chez les personnes atteintes de constipation idiopathique est de ___ %

- 9 %
- 29 %
- 60 %
- 75 %

5. Les plus récents guides alimentaires recommandent aux adultes de consommer de ___ de fibres par jour.

- 20 à 25 g
- 25 à 30 g

- 30 à 45 g
- 45 à 50 g

6. Quel est le délai d'action des laxatifs hyperosmotiques oraux ?

- 2 à 3 heures
- 4 à 8 heures
- 12 à 24 heures
- 1 à 2 jours

7. Lequel des laxatifs suivants peut-on recommander aux personnes atteintes d'une maladie rénale chronique ?

- Séné
- Lavement Fleet^{MD}
- Citrate de magnésium
- Phosphate de sodium

Suite à la page suivante

QUESTIONS suite...

Répondez par courrier, par télécopieur ou en ligne dans la section « FC en ligne » du site www.monportailpharmacie.ca

8. Lequel des signes suivants est considéré comme un symptôme d'alerte avertissant le pharmacien de recommander au client de consulter un médecin ?

- a. Constipation grave et persistante réfractaire au traitement
- b. Vomissements et perte de poids (supérieure à 5 %)
- c. Sang dans les selles
- d. Apparition récente ou aggravation de la constipation chez les sujets âgés
- e. Toutes les réponses précédentes

9. Lequel des laxatifs suivants peut décolorer l'urine (rose rouge ou brun noir) ?

- a. Séné
- b. Docusate de sodium
- c. Huile minérale
- d. Lait de magnésie

10. Lequel des agents suivants ne doit pas être pris moins d'une heure avant ou après un antiacide ?

- a. Docusate de calcium
- b. Séné
- c. Comprimés de bisacodyle
- d. Lait de magnésie

11. J. B. suit des traitements d'hémodialyse à l'hôpital local. Il est diabétique et prend de l'insuline. Il souffre également d'hypertension, mais celle-ci est bien maîtrisée (il prend un bêtabloquant, un inhibiteur de l'ECA et un inhibiteur calcique). Il se plaint de constipation – selles difficiles à évacuer, moins de selles – depuis une semaine. Laquelle des options suivantes pourrait-on lui recommander comme traitement de première intention ?

- a. Augmentation de l'apport liquidien et consommation de son
- b. Lactulose
- c. Lavement Fleet^{MD}
- d. Lait de magnésie

12. Laquelle des affections suivantes n'est pas considérée comme une cause secondaire de constipation ?

- a. Diabète
- b. Maladie de Parkinson
- c. Dépression
- d. Insuffisance rénale chronique
- e. Aucune des réponses précédentes

13. Parmi les médicaments suivants, lequel ou lesquels cause(nt) de la constipation ?

- a. Opiacés
- b. ISRS
- c. Inhibiteurs de l'ECA
- d. a et b
- e. Toutes les réponses précédentes

14. La constipation est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ?

- a. Vrai
- b. Faux

15. Quels types de conseils devez-vous donner à l'égard de la constipation ?

- a. Une discussion sur les variations normales dans l'évacuation des selles.
- b. Les méthodes non pharmacologiques de traitement et de prévention de la constipation.
- c. Le délai d'action des laxatifs auquel il faut s'attendre.
- d. Les effets secondaires courants des médicaments.
- e. Toutes les réponses précédentes.

16. R. B. est une femme de 58 ans qui s'était présentée à votre pharmacie deux semaines plus tôt pour demander des conseils à propos de la constipation. Vous lui avez suggéré de modifier son alimentation et son mode de vie. À cette occasion, elle s'est procuré un flacon de psyllium. Elle revient vous voir en se plaignant de constipation grave (aucune selle depuis plus de trois jours). Elle a essayé de

modifier son alimentation et son mode de vie, mais cela n'a rien donné. Elle a également essayé de consommer plus de liquides et de prendre du psyllium. Que lui recommandez-vous ?

- a. Lavement Fleet^{MD}
- b. Lactulose
- c. Citrate de magnésium
- d. Consultation d'un médecin
- e. Phosphate de sodium

17. Quels sont les laxatifs les plus efficaces ?

- a. Les laxatifs de lest
- b. Les laxatifs salins
- c. Les laxatifs osmotiques
- d. Les laxatifs stimulants
- e. Cela dépend des symptômes du client
- f. Toutes les réponses précédentes

18. Les suppositoires rectaux sont plus efficaces que les lavements ?

- a. Vrai
- b. Faux

19. Un lavement correctement administré nettoie le côlon distal en moins de _____.

- a. 5 à 6 heures
- b. 3 à 4 heures
- c. 2 heures
- d. 1 heure

20. Les laxatifs stimulants sont couramment utilisés pour soulager la constipation. Quel est le meilleur moment pour prendre ces médicaments ?

- a. Le matin
- b. À midi
- c. Au souper
- d. Au coucher
- e. À tout moment

COMITÉ DE RÉDACTION : Le point sur la prise en charge de la constipation chronique

AUTEURS

Marisa Battistella Diplômée de la faculté de pharmacie de l'Université de Toronto en 1998, Marisa a terminé sa résidence en pharmacie au Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre en 1999. Depuis, elle travaille au University Health Network, où elle a occupé diverses fonctions au fil des ans, entre autres aux départements de cardiologie et de médecine interne. En 2002, Marisa a obtenu son doctorat en pharmacie de l'Idaho State University. Depuis, elle occupe le poste de pharmacienne clinicienne au service d'hémodialyse du University Health Network. Au cours des six dernières années, elle

a publié plusieurs articles et fait de nombreux exposés sur la pharmacothérapie dans le domaine de la néphrologie. De plus, elle enseigne régulièrement à l'Université de Toronto comme chargée de cours à la faculté de pharmacie. Elle est actuellement présidente du Réseau de pharmaciens en néphrologie, un organisme national qui regroupe des pharmaciens intéressés par la néphrologie.

RÉVISEURS

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu

conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

COORDONNATRICE DE LA FC

Sheila McGovern, Toronto (Ontario)

Pour connaître les barèmes de la FC, communiquez avec Mayra Ramos au 416-764-3879, par télécopie au 416-764-3937 ou par courriel à mayra.ramos@rci.rogers.com. Le contenu de cette leçon ne peut être reproduit, en totalité ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur. ©2009

