

## Recommandations pour la Pratique Clinique

### Prise en charge de la CONSTIPATION 2016

Travail mené par la SNFCP  
(coordonnateur : Pr Véronique Vitton, AMU- APHM Marseille: Dr Henri Damon, HCL,  
Lyon ; Pr Laurent Siproudhis, CHU Rennes)

**VERSION COURTE** (4 pages)

AP= Accord professionnel

#### Règles hygiéno-diététiques

1/ Il est recommandé d'arrêter, dans la mesure du possible, les médicaments pouvant occasionner une constipation secondaire. (AP)

2/ Malgré l'absence d'étude, il est possible de recommander la promotion de la régularité du réflexe gastro-intestinal pour traiter une Constipation Chronique (CC). (AP)

3/ Malgré l'absence d'étude, il est possible de recommander une amélioration de la position défécatoire pour traiter une CC. (AP)

4/ Malgré l'absence d'étude, est possible de recommander une amélioration des conditions environnementales défécatoires pour traiter une CC. (AP)

5/ Il est recommandé d'augmenter l'apport quotidien en fibres par supplémentation diététique ou pharmaceutique de manière progressive sur deux semaines (afin de réduire les effets indésirables à type de ballonnement et d'inconfort digestif) jusqu'à atteindre la dose préconisée d'au moins 25 g/j pour traiter une CC légère à modérée. **(Niveau II, Grade B)**

6/ En l'absence d'étude de bonne méthodologie, aucune recommandation ne peut être proposée quant à la consommation d'autres aliments que les fibres tels que le fromage, le lait, la viande, le riz, les œufs, l'huile d'olive, l'huile d'amande douce, etc. pour le traitement de la CC. (AP)

7/ En l'absence d'étude et du fait des effets indésirables potentiels d'une suralimentation, aucune recommandation ne peut être proposée. Cette recommandation n'est envisageable que chez une population ciblée (femmes jeunes suivant un régime amaigrissant, anorexiques mentaux, personnes âgées en perte d'appétit). (AP)

8/ Il n'y a pas de preuve pour recommander une augmentation des apports hydriques journaliers pour traiter une CC sauf en cas de déshydratation chez les personnes âgées. (AP)

9/ Les eaux riches en minéraux surtout en magnésium ont un effet laxatif significatif et peuvent être recommandées. **(Niveau II, Grade B)**

10/ Il n'y a pas de preuve pour recommander une activité physique régulière pour traiter une CC. **(Niveau III, Grade C)**

### **Laxatifs**

11/ Les laxatifs osmotiques sont recommandés comme traitement médicamenteux de première intention de la constipation pour leur efficacité et leur bonne tolérance après les règles hygiéno-diététiques et/ou en complément de celles-ci. **(Niveau II, Grade B)**

12/ Ils sont d'efficacité supérieure au placebo avec une augmentation de 2 à 3 selles par semaine et un nombre de succès deux fois plus importants ( $\geq 3$  selles par semaine). **(Niveau I, Grade A)**

13/ Le PEG est d'efficacité supérieure à celle du lactulose pour l'amélioration de la fréquence et de la consistance des selles, et pour les douleurs abdominales. **(Niveau I, Grade A)**

14/ Malgré l'absence de données scientifiques il est possible de recommander une association de différentes classes de laxatifs. (AP)

15/ Chez la femme enceinte le PEG peuvent être prescrits en première intention. (AP)

16/ Les laxatifs de lest peuvent être proposés en première intention dans la prise en charge de la constipation chronique. **(Niveau II, Grade B)**

17/ Les laxatifs de lest peuvent être prescrits chez la femme enceinte. (AP)

18/ Les laxatifs lubrifiants peuvent être proposés en deuxième ligne thérapeutique en cas d'échec des laxatifs de lest ou osmotique. **(Niveau III, Grade C)**

19/ Leur utilisation est contre indiquée en cas de troubles de la déglutition et de la motricité oesogastrique, notamment chez le sujet âgé, en raison du risque de pneumopathie lipoïde. (AP)

20/ Les laxatifs stimulants peuvent être proposés en deuxième intention en cas d'échec des laxatifs de lest et des laxatifs osmotiques. **(Niveau II, Grade B)**

21/ Les laxatifs stimulants peuvent être proposés en recours si les patients n'ont pas eu de selles pendant plusieurs jours. **(Niveau III, Grade C)**

22/ Leurs effets indésirables à court terme sont acceptables, dominés par la diarrhée. **(Niveau II, Grade B)**

23/ A long terme, leurs effets secondaires ont été longtemps surestimés et seraient modestes. (AP)

24/ L'efficacité des colokinétiques dans la constipation chronique de l'adulte est bien documentée pour le Prucalopride avec des études pivotales ayant conduit à l'obtention d'AMM chez la femme. (Niveau I, Grade A)

25/ Le Prucalopride est indiqué en 2ème intention après échec des règles hygiéno-diététiques et des laxatifs osmotiques de lest. (Niveau I, Grade A)

26/ Le bénéfice des probiotiques dans la constipation chronique n'est pas bien documenté. Leur utilisation ne peut être recommandée dans le traitement de la constipation chronique de l'adulte. (AP)

27/ Les suppositoires d'Eductyl® peuvent être recommandés en première intention dans la constipation distale. (Niveau I, Grade A)

28/ L'association suppositoires d'Eductyl® et biofeedback est recommandée en raison de son effet synergique et durable. (Niveau I, Grade A)

29/ L'Irrigation trans-anale dans la constipation terminale est recommandée en 2ème intention en cas de constipation chez les patients neurologiques. (Niveau I, Grade A)

30/ Malgré l'absence d'études de niveau de preuve suffisant, l'irrigation trans-anale peut être proposée dans le traitement de la constipation chronique de l'adulte en l'absence de pathologie neurologique. (AP)

### **Toxine Botulinique**

31/ L'injection de toxine botulinique peut être proposée dans la constipation distale. (Niveau II, Grade B)

32/ Les modalités de l'injection de toxine botulinique ne sont pas définies à l'heure actuelle. (AP)

34/ Les effets indésirables de l'injection de toxine botulinique sont mineurs. (AP)

### **Rééducation ano-rectale**

35/ La rééducation périnéale par biofeedback est recommandée pour le traitement de la constipation avec asynchronisme abdomino-pelvien. (Niveau I, Grade A)

36/ Les facteurs prédictifs de bonne réponse à la rééducation sont : la présence de selles dures, une pression de repos élevée, un temps d'expulsion du ballonnet long et la motivation du patient. (AP)

37/ L'existence de désordres psychologiques (troubles alimentaires, dépression, anxiété) associés aux troubles ano-rectaux rendrait plus difficile la prise en charge par la rééducation. (AP)

### **Techniques de stimulation**

38/ En raison de résultats contradictoires et de son coût, la Neuromodulation des Racines Sacrées (NMS) ne peut pas être recommandée à l'heure actuelle dans le traitement de la constipation chronique de l'adulte. (Niveau II, Grade B)

39/ Néanmoins, dans certains cas particuliers et après avis auprès de centres experts, un test de NMS peut être éventuellement être proposé au cas par cas. (AP)

40/ En l'absence de données suffisantes dans la littérature, l'utilisation du courant interférentiel ne peut être recommandée à l'heure actuelle. (AP)

### **Thérapies alternatives et complémentaires**

41/ Les thérapies non conventionnelles dites alternatives sont toutes basées sur des essais de niveau de preuve faible avec de nombreux biais méthodologiques. Leur recours peut cependant être recommandé chez des patients en échec des traitements conventionnels (ou les refusant) en fonction du contexte ou de leur « sensibilité » et « confiance » en telle ou telle approche. (Niveau II, Grade B)

### **Prise en charge chirurgicale**

42/ Sous réserve d'une imagerie radiologiquement significative et en rapport avec la symptomatologie du patient, la correction d'un trouble de la statique rectale peut être un facteur d'amélioration de la constipation terminale. (AP)

43/ Les 2 approches abdominale et transanale ont montré leur efficacité dans cette indication (Niveau de preuve III pour la rectopexie ; Niveau de preuve I pour l'intervention de STARR). En fonction des constatations anatomiques, l'une ou l'autre approche peuvent être proposées. (Niveau II, Grade B)

44/ Les irrigations antérogrades sont une alternative à proposer aux patients souffrant de constipation de transit. Il est recommandé dans ce cas que l'information et le suivi des patients se fassent conjointement avec une équipe paramédicale habituée (stomathérapeutes).

Il n'est pas possible de recommander une approche endoscopique plus que chirurgicale aux vues des résultats publiés. (AP)

45/ Lorsqu'une approche opératoire se discute pour un patient présentant une constipation de transit, la colectomie totale est l'intervention de référence recommandée. On ne peut pas recommander la colectomie segmentaire comme traitement chirurgical de référence pour la constipation de transit par insuffisance de résultats dans la littérature. Compte tenu d'un bénéfice à long terme non prouvé et des séries rapportant des cas sélectionnés, il est recommandé que l'indication soit posée dans un centre expert, en dernier recours, après échec des autres alternatives médicales et mini-invasives. (AP)

Remerciements à l'ensemble des auteurs et relecteurs (par ordre alphabétique) :

Laurent Abramowitz, Alban Benezech, Dominique Bouchard, Sarah Brardjanian, Charlène Brochard, Benoit Coffin, Henri Damon, Michel Dapoigny, Emilie Duchalais, Marianne Eleout-Kaplan, Nadia Fathallah, Charlotte Favreau-Weltzer, Aurélien Garros, Thierry Higuero, Pauline Jouet, Anne-Marie Leroi, Laure Luciano, Guillaume Meurette, Vincent de Parades, Thierry Piche, François Pigot, Elise Pomaret, Guillaume Portier, Alain Ropert, Pauline Roumeguère, Jean-Marc Sabate, Laurent Siproudhis, Thomas Uguen, Aurélien Vénara, Béatrice Vinson-Bonnet, Thimothée Wallenhorst, Camille Zallot, Frank Zerbib.