

Constipation et laxatifs

Dans l'automédication, la constipation fait partie des thèmes pour lesquels on émet depuis longtemps de nombreuses demi-vérités qui ne résistaient pas à un examen scientifique. Les drogueries ont donc un rôle à jouer en matière de conseil.

Jusqu'à 20 % des adultes souffrent de constipation ou de paresse intestinale sous nos latitudes. Les gens ont donc souvent besoin de conseils compétents.

La motilité de l'intestin grêle

Les mouvements de l'intestin grêle mélangent de manière intensive le bol alimentaire (chyme) et les sucs digestifs. On peut y distinguer différentes formes de mouvements:

→ **ondes péristaltiques**: se propagent uniquement sur de courts tronçons (péristaltisme non propulsif);

→ **contractions segmentaires rythmiques**: la segmentation rythmique se fait par la contraction de la couche musculaire circulaire;

→ **mouvements oscillatoires et pendulaires**: se produisent par des contractions segmentaires de la musculature longitudinale;

→ **mouvement des villosités intestinales**: Le mouvement des villosités intestinales stimule finalement le mélange du bol alimentaire dans la zone de la paroi intestinale.

A tous ces mouvements se greffent des *ondes péristaltiques propulsives*, qui transportent le bol alimentaire en 6 à 10 heures à travers tout l'intestin grêle.

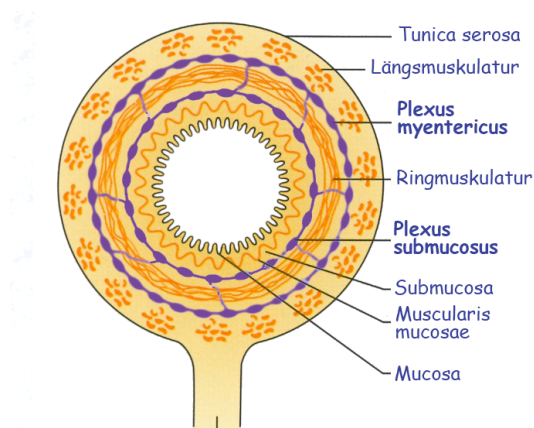


Illustration 1: Coupe schématique de l'intestin grêle¹.

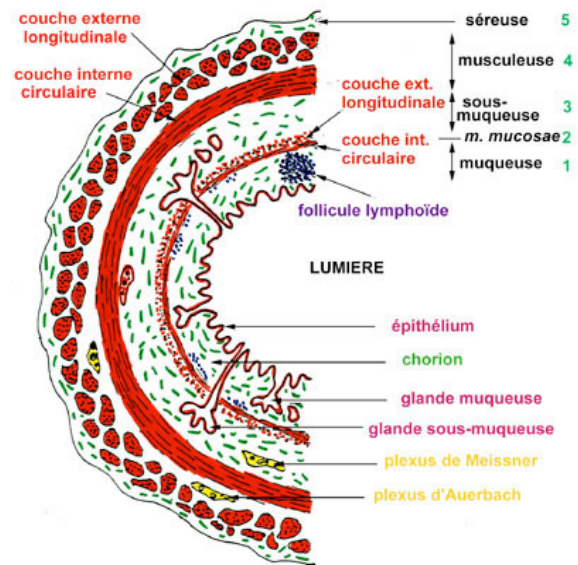


Illustration 2: coupe schématique de l'intestin grêle (N. Vacheret, UCB Lyon – site: <http://www.ann.jussieu.fr/~thiriet/csas/Glosr/Bio/TubDigest/index.html>)

La motricité de l'intestin grêle est déclenchée par l'étirement de la paroi intestinale et est soumise au contrôle nerveux par le système nerveux de la paroi intestinale (*plexus myentérique*). Les systèmes nerveux parasympathique et sympathique n'influencent que modérément la motilité de l'intestin grêle. Les mouvements des villosités sont contrôlés par le *plexus sous-muqueux*. Un facteur chimique formé lors du contact entre le bol alimentaire acide et la muqueuse du duodénum peut toutefois renforcer les mouvements des villosités comme l'activation du *nerf vague* (ou X).

¹ Thews G., Mutschler E., Vaupel P.: Anatomie, Physiologie Pathophysiologie des Menschen, 6. Aufl., Wiss.Verlagsgesellschaft WVG, 2007 (Seite 378, leicht modifiziert).

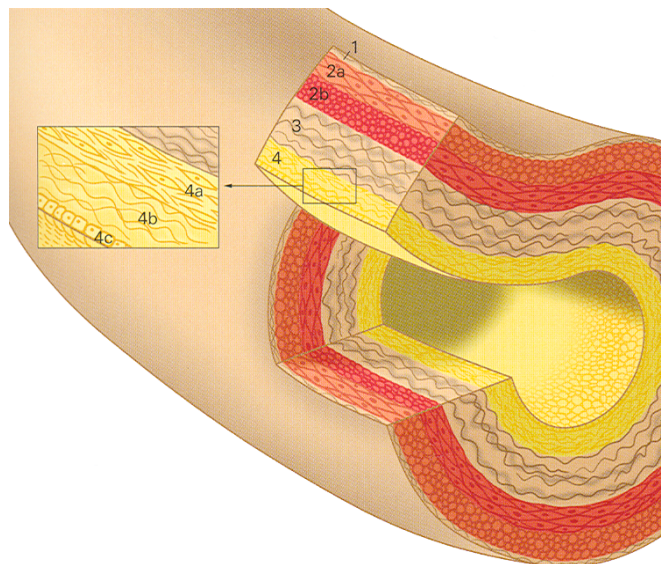


Illustration 2: coupe de la paroi du tube digestif.²

1: Tissu conjonctif externe; 2: Musculature sur deux couche (a= fibres musculaires longitudinales ; b= fibres musculaires circulaires); 3: Tissu conjonctif interne; 4: Muqueuse sur trois couches (a= musculature; b= tissu conjonctif; c: épithélium).

La motilité du gros intestin

Les mouvements de la paroi du gros intestin occasionnent un malaxage du contenu de l'intestin et permettent ainsi l'élimination du liquide présent. De lentes ondes péristaltiques de la musculature striée se propagent sur de courts tronçons de l'intestin et forment alors des *hausstrations*. A ces mouvements se greffent deux à trois fois par jour des *grandes ondes péristaltiques*, qui partent du caecum et vont jusqu'au côlon sigmoïde. Elles apparaissent en particulier après l'absorption de nourriture et déplacent le contenu de l'intestin vers le rectum. Le déroulement de tous ces mouvements est contrôlé par le plexus nerveux intramural, le système parasympathique exerçant une influence stimulante et le système sympathique une influence inhibitrice.

En plus des acides gras à chaîne courte, des gaz comme le gaz carbonique, le méthane et l'hydrogène se forment dans le côlon dans le cadre de la fermentation bactérienne. La formation de gaz provoque un étirement de la paroi intestinale ce qui active à nouveau la motilité intestinale.

Physiologie du transport intestinal

On prête à la flore intestinale différentes fonctions physiologiques comme:

→ Fonction de barrière contre la colonisation de germes pathogènes;

→ Activation du péristaltisme du côlon par des produits issus de la fermentation comme les acides ou les gaz;

→ Propriétés stimulantes sur le système immunitaire;

→ Stimulation du fonctionnement métabolique par la muqueuse intestinale;

→ Propriétés favorables pour l'équilibre des vitamines dans l'organisme hôte.

La fonction principale du tube digestif se trouve dans l'absorption de l'eau, des électrolytes et des nutriments. La surface de l'intestin grêle fortement agrandie par les plis, les villosités et les microvillosités offre de bonnes conditions pour cela. L'absorption intervient surtout dans le duodénum et le jéjunum. Il existe deux chemins pour le transport de l'eau et des éléments dissous à travers l'épithélium de la muqueuse intestinale:

- transport par les entérocytes (transcellulaire);
- transport par les espaces intercellulaires (paracellulaire).

L'intestin grêle transporte les matières énergétiques, l'eau, l'électrolyte, les acides biliaires et les vitamines. Le gros intestin en revanche joue un rôle important dans la régulation finale de la résorption intestinale du liquide et de l'eau, en plus de la fonction de stockage des selles.

Chaque jour, environ 9 l de liquide parviennent dans l'intestin grêle humain. Alors que 2 l proviennent de la nourriture, 7 l sont issus des sécrétions intestinales. Seuls 100 ml de ces 9 l, soit environ 1 % du liquide, sont éliminés par les selles. 8 l sont résorbés dans l'intestin grêle et 1 l dans le gros intestin (côlon). Mais la capacité d'absorption du gros intestin est beaucoup plus grande, elle est d'environ 5 l/24 h. Grâce à cette réserve de capacité, le gros intestin peut compenser les troubles du fonctionnement de l'intestin grêle dans certaines circonstances. En revanche, le côlon ne dispose d'aucun mécanisme de compensation. C'est pour cela que les troubles du gros intestin provoquent plus rapidement des diarrhées que des troubles similaires dans l'intestin grêle. Ainsi, le gros intestin a une importance capitale pour la régulation des quantités d'élimination en tant que partie distale de l'appareil digestif. Si du liquide en excès arrive du haut au point de submerger la capacité de résorption du gros intestin, il peut y avoir diarrhée (on parle alors de diarrhée liquide).

Absorption de l'eau dans l'intestin

Le transport de l'eau dans l'intestin est un phénomène passif qui suit des gradients osmotiques ou hydrostatiques. La force de poussée pour l'absorption de l'eau est le gradient Na^+ qui est développé par le transport actif de Na^+ . Le Na^+ est transporté de l'intérieur des cellules dans l'espace extracellulaire par la $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATPase}$, localisée dans la membrane basolatérale des entérocytes, en échange de K^+ .

² Bütikofer, M. et al.: Humanbiologie I, 1. Aufl., Compendio Bildungsmedien, 2004

Deux ions de K^+ sont pompés dans les cellules pour trois ions de Na^+ éliminés.

La plus forte résorption d'eau se fait normalement dans le haut de l'intestin grêle. Il s'agit en fait d'un processus de transport passif qui se fait en raison des gradients osmotiques pour les électrolytes et les non-électrolytes. Là, l'eau circule jusqu'au rétablissement de l'équilibre osmotique. Comme les déplacements osmotiques de l'eau à travers la muqueuse intestinale sont généralement possibles dans les deux directions, le contenu de l'intestin grêle et d'une grande partie du gros intestin est isotonique vers le plasma sanguin. Tant que l'osmolarité du bol alimentaire diverge de celle du sang, il y a une compensation en quelques minutes dans le duodénum:

→ Si le contenu de l'intestin est *hyperosmolaire*, l'eau s'écoule dans la lumière de l'intestin;

→ Si le contenu de l'intestin est *hypoosmolaire*, l'eau est résorbée dans la lumière de l'intestin.

Quand est-on constipé?

On donne généralement comme définition de la constipation moins de trois selles par semaine, un besoin de pousser très fort lors de la selle, des selles dures, un volume de selles de moins de 30 g et un besoin de laxatifs. On parle dans ces cas de constipation fonctionnelle. Il y a constipation chronique si la fréquence des selles sur un minimum de 12 semaines est de moins de deux fois par semaine et/ou si les selles sont dures et compactes.

L'idée largement répandue selon laquelle on «devrait» aller à la selle au moins une fois par jour n'est plus valable aujourd'hui. La norme de la fréquence des selles peut varier entre trois fois par jour et trois fois par semaine. Des idées fausses ou une crainte inexprimée de s'intoxiquer s'il n'y a pas élimination quotidienne des selles (appelée «horror autotoxicus») peuvent aussi provoquer une constipation apparente.

Et l'idée selon laquelle un allongement anormal du gros intestin (dolichocôlon) pourrait être la cause d'une constipation est aussi du domaine de la croyance; cette théorie n'a jamais pu être prouvée scientifiquement depuis le début du siècle dernier.

Aujourd'hui, on ne considère plus les **fibres alimentaires** comme la panacée universelle en cas de constipation. Elles font certes partie d'une alimentation équilibrée pour les individus sains et permettent un volume de selles suffisamment important. Mais on a pu constater qu'en fait peu de patients qui souffrent d'un manque relatif de fibres alimentaires tirent profit d'un traitement avec des fibres. Il est même contre-productif de recommander des fibres alimentaires aux patients qui souffrent de forte constipation ou de paresse intestinale.

Nous distinguons les causes suivantes³:

Constipation primaire: due au style de vie et aux habitudes, une alimentation trop peu variée, le stress, des dispositions psychiques comme la dépression ou l'anorexie, des causes psychiatriques.

Constipation secondaire: d'origine organique liée à des tumeurs, des fissures anales, des diverticules, des troubles neurologiques, ainsi que de réels troubles métaboliques.

Constipation due aux médicaments: opiacés, diurétiques, remèdes contre la maladie de Parkinson, préparations à base de fer, neuroleptiques, laxatifs oraux (!), sirops contre la toux avec de la codéine ou produits contenant de la codéine.

La constipation pendant la grossesse et chez les enfants sont des cas particuliers et doivent être suivis avec une attention particulière.

Laxatifs

L'utilisation de laxatifs vise à ramollir des selles trop sèches et trop dures et à accroître le volume des selles. Cela provoque des réflexes péristaltiques qui stimulent l'expulsion des selles (besoin de déféquer). Les différentes stratégies en cas de traitement d'une constipation peuvent se résumer ainsi:

→ laxatifs augmentant le volume des selles, par ex. fibres alimentaires, graines de plantain psyllium;

→ laxatifs osmotiques comme par ex. le lactulose, le macrogole, le sulfate de sodium (sel de Glauber) et le sulfate de magnésium (sel amer);

→ substances antirésorptives et hydragogues, par exemple bisacodyl, picosulfate de sodium et laxatifs anthranoides;

→ lubrifiants comme la glycérine et le docusate de sodium

Fibres alimentaires

Par fibres alimentaires, on entend des composantes des membranes cellulaires végétales structurées comme la cellulose, la lignine et l'hémicellulose, ainsi que des polysaccharides non structurés comme la pectine, les gommes végétales, les mucilages, les polysaccharides d'algues et les autres polysaccharides hors type amidon.

Les fibres alimentaires n'ont qu'une importance moindre pour le fonctionnement du haut de l'appareil digestif. Elles peuvent retarder la vidange de l'estomac ce qui permet aux éléments nutritifs de parvenir plus lentement et plus régulièrement dans l'intestin grêle. On ne sait pas à quel point les fibres alimentaires peuvent directement influencer l'absorption des protéines, des hydrates de carbone, des graisses et des sels minéraux.

Des études épidémiologiques estiment qu'une part importante de fibres dans l'alimentation augmente le

³ Lautenbacher, L.-M.: Verstopfung? Wirkprinzipien im Vergleich, Therapiereport aktuell (Broschüre ohne weiteren Angaben)

volume des selles et raccourcit le temps de transit chez une population saine. Par exemple, si le temps total de passage se monte à 60 à 90 heures avec une alimentation pauvre en fibres, il atteint en comparaison 30 heures dans la population rurale africaine. Cela signifie que la durée du transit intestinal est plus longue chez les personnes qui ont de faibles volumes de selles que chez celles qui ont des volumes plus importants.

Laxatifs osmotiques

Les laxatifs osmotiques sont des sels ou des substances qui se résorbent difficilement et qui exercent en même temps une importante pression osmotique. Cela provoque une rétention hydrique intraluminaire et un ramollissement des selles.

Parmi les laxatifs osmotiques, on trouve des produits à base de sel, des alcools polyvalents, des monosaccharides difficilement résorbables et quelques disaccharides que l'organisme humain ne peut décomposer. Les laxatifs à base de sel les plus utilisés sont le sulfate de sodium et le sulfate de magnésium qui sont disponibles dans des solutions isotoniques proposant un dosage de 10 à 20 g et qui n'ont pas d'effets secondaires pris sur une courte période. Pris sur une plus longue période, les laxatifs contenant des ions de sodium peuvent occasionner de la rétention d'eau et de l'hypertonie. Après la prise de laxatifs contenant des ions de magnésium, il faut compter, en cas d'insuffisance rénale due à une élimination insuffisante des ions de magnésium, avec une faiblesse musculaire, diminution des réflexes et baisse de la pression sanguine. Le carbonate d'hydrogène de sodium, le phosphate d'hydrogène de sodium et le phosphate de monohydrogène de sodium sont utilisés en lavement de manière rectale. Chez les nourrissons et les petits enfants, on utilise des suppositoires contenant du glycérol ou du sorbitol.

Sulfate de magnésium (sel amer)

Le sulfate de magnésium doit ses propriétés laxatives à sa capacité à lier et à stimuler l'écoulement de l'eau dans la lumière intestinale. L'augmentation du volume stimule le péristaltisme intestinal; le passage à selles intervient huit à dix heures après la prise.

Parmi les contre-indications, on trouve un fonctionnement limité des reins (risque d'hypermagnésiémie), les maladies hépatiques inflammatoires aiguës et chroniques, les troubles de l'équilibre hydrique et électrolytique, les maladies inflammatoires de l'appareil digestif, l'occlusion intestinale (iléus) et les douleurs abdominales d'origine inconnue. Un usage sur une longue période renforce la paresse intestinale (cercle vicieux!).

Attention: le sulfate de magnésium peut former des complexes avec les tétracyclines; c'est une interaction classique qu'il faut prendre en compte lors de la prise simultanée.

Sulfate de sodium (sel de Glauber)

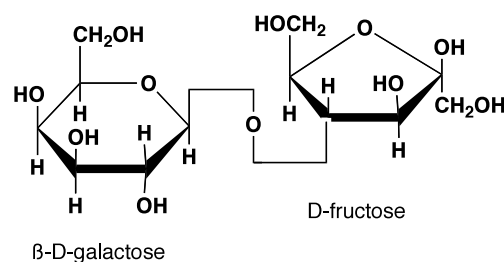
L'effet laxatif se base sur le même principe que celui le sel amer. La médecine complémentaire utilise volontiers le sulfate de sodium en «cure de printemps», pour détoxiner l'organisme. La pharmacopée européenne contient deux monographies: le décahydrate de sulfate de sodium et le sulfate de sodium sans eau.

Les contre-indications sont les mêmes que pour le sel amer. En raison de sa teneur en sodium, le sel de Glauber est déconseillé en cas d'hypertonie, d'insuffisance cardiaque et d'œdèmes.

Lactulose

L'efficacité du lactulose pour réguler l'intestin est connue depuis plus de 40 ans. Le lactulose est un disaccharide de synthèse (fructose et galactose), qui est décomposé dans le gros intestin par les bactéries sous la formation d'acides à chaîne courte et qui est efficace par osmose comme les monosaccharides. Dans l'estomac et dans l'intestin grêle, le lactulose ne peut pas être divisé en ses deux monosaccharides en raison de l'absence de l'enzyme nécessaire; ainsi il n'est pas résorbé et passe pratiquement intact dans l'appareil gastro-intestinal jusqu'au côlon.

LACTULOSUM



La métabolisation bactérienne du lactulose en acides organiques (essentiellement de l'acide lactique et de l'acide acétique) avec un poids moléculaire peu élevé provoque une série de modifications physiologiques dans le côlon qui sont importantes au point de vue thérapeutique. Les métabolites des acides gras à chaînes courtes provoquent une diminution du pH dans le côlon et stimulent le péristaltisme. Parallèlement, la pression osmotique augmente dans la lumière intestinale et la rétention d'eau ainsi provoquée augmente le volume des selles. Le péristaltisme intestinal ainsi stimulé, le transit dans le gros intestin est accéléré.

La prise à long terme de lactulose peut augmenter le nombre de bactéries digérant le lactulose dans le gros intestin et augmenter l'évacuation du lactulose ce qui diminue l'efficacité laxative. Il peut alors être nécessaire d'augmenter le dosage.

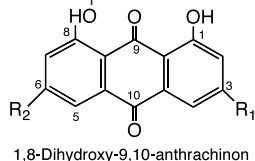
Le dosage du lactulose doit généralement être adapté aux besoins du patient. Pour les adultes et les enfants dès 14 ans, la dose initiale se monte à 12–

24 g par jour durant 2 à 3 jours. La dose de maintien est de 7–10 g par jour.

Comme le lactulose est métabolisé par des bactéries dans le côlon entre autres en produits formant des gaz, de nombreux utilisateurs souffrent de météorisme, de lourdeurs d'estomac et de douleurs abdominales.

Substances antirésorptives et hydragogues Laxatifs anthranoïdes

Les anthranoïdes forment un groupe partiel des dérivés végétaux de l'anthracène dont les caractéristiques structurales, le 1,8-dihydroxy de l'anthracène avec des échantillons de substitution spécifiques, sont responsables de l'effet laxatif⁴.



Dantron (laxatif de synthèse)
 R_1 : H; R_2 : H
 Emodine rhubarbe (bourdaine)
 R_1 : CH_3 ; R_2 : OH
 Emodine aloë
 R_1 : CH_2OH ; R_2 : H
 Rhubarbe (*Rheum palmatum*)
 R_1 : COOH; R_2 : H

Illustration 2: structure de quelques dérivés de 1,8-dihydroxy d'anthracène, émodine.

Les drogues suivantes contiennent des anthranoïdes et sont utilisés comme laxatifs:

- aloë (*A. barbadensis*, *A. capensis*, *A. vera*)
- écorce de cascara (*Rhamnus purshiana*)
- écorce de bourdaine (*Rhamnus frangula*)
- baies de nerprun purgatif (*Rhamnus catharticus*)
- rhubarbe (*Rheum officinale*; *R. palmatum*)
- feuilles et fruits du séné (*Cassia angustifolia*, *C. senna*)

Le terme anthranoïde est aujourd'hui utilisé pour parler des substances naturelles ayant un effet laxatif à structure d'anthracène utilisables en général et indépendamment du degré d'oxydation et du type de lien.

Les anthranoïdes sont des substances antiabsorbantes et hydragogues. Elles ont une action antiabsorbantes parce qu'elles freinent le passage des ions d'eau et de sodium de la lumière intestinale dans le flux sanguin dans la région du gros intestin par l'inactivation de l'ATP-ase/potassium/sodium membranaire (une enzyme responsable de l'absorption du sodium et de l'eau hors de l'intestin). Elles ont une action hydragogue par leur capacité à provoquer l'écoulement de l'eau et de certains électrolytes (en particulier K^+) dans la lumière intestinale.

Les aglycones sont libérés dans le gros intestin et transformés de manière microbienne en anthrones/anthranols.

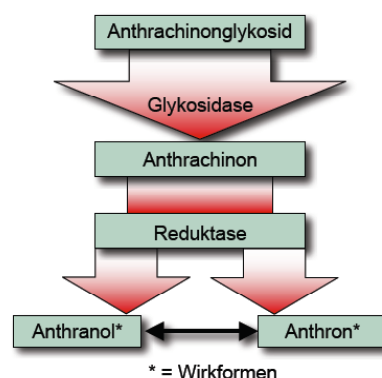


Illustration 3: métabolisme des glycosides d'anthraquinone

Les aglycones sont libérés dans le gros intestin et transformés de manière microbienne en anthrones/anthranols (voir Illustration 3).

Les anthranoïdes sont des prodrogues, qui ne sont pas résorbés dans l'intestin grêle mais seulement réduits en anthrones qui constituent des produits de décomposition dans le côlon. Ceux-ci stimulent le péristaltisme et l'accumulation de liquide dans la lumière intestinale.

Les aglycones sont aussi à peine résorbés. Donc il n'y a pas lieu de craindre des effets des médicaments non désirés, systémiques et spécifiques aux substances des anthrones et des anthranols.

L'effet des anthrones peut être résumé ainsi:

- plus ou moins grand effet de stimulation sur la paroi intestinale;
- ralentissement de l'absorption de l'eau et des électrolytes;
- augmentation du volume de liquide arrivant dans l'intestin
- le remplissage du gros intestin et l'extension ainsi produite de la paroi du côlon produisent des signaux qui arrivent sur des récepteurs physiologiques et sont alors transformés en impulsions nerveuses.

En conséquence, le contenu et la consistance du contenu de l'intestin sont modifiés et une pression de remplissage régule la motricité intestinale.

La quantité d'anthranoïdes pour les spécialités pharmaceutiques de l'automédication est limitée à une dose quotidienne de 30 mg de dérivés d'hydroxyanthracène, calculé comme sennosides B.

Les maladies aiguës ou inflammatoires de l'appareil digestif, iléus, perturbation de l'équilibre hydrique et électrolytique, l'utilisation chez des enfants de moins de 12 ans sont des contre-indications claires au recours à des laxatifs anthranoïdes.

Bisacodylum et picosulfate de sodium

Le bisacodyl est une substance qui est métabolisée comme prodrogue seulement dans le corps en son propre principe actif BHpM (bis-[p-hydroxyphényl]-pyridyl-2-méthane). L'estomac et l'intestin grêle sont traversés sans modification par certaines préparations galéniques comme par ex. les dragées Dulco-

⁴ Hänsel R., Sticher O.: Pharmakognosie – Phytopharmazie, 7. Aufl., Springer, 2004

lax[®]. Le bisacodyl atteint le gros intestin où il est hydrolysé. Car c'est là qu'il doit produire un effet laxatif. De nouvelles études ont montré que l'effet du bisacodyl, respectivement ses métabolites efficaces, repose sur le contact direct du principe actif avec la muqueuse du côlon. Le bisacodyl provoque une stimulation physiologique de la musculature du gros intestin ce qui provoque une avancée du contenu de l'intestin comme en cas de péristaltisme intestinal normal.

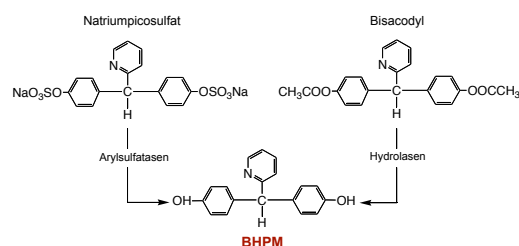


Illustration 4: le picosulfate de sodium et le bisacodyl conduisent après métabolisation des différents enzymes au même principe actif.

Lors d'administration orale, les premiers effets apparaissent au plus tôt six heures après la prise. Par conséquent, on conseille plutôt de prendre le laxatif le soir afin que les effets se produisent le lendemain matin. Pour les suppositoires, l'apparition des effets est déterminée par le laps de temps nécessaire pour la formation des BHPM à partir du bisacodyl. Cela se fait normalement en 15 à 30 minutes. Mais cela peut parfois dans certains cas durer jusqu'à 60 minutes.

Le bisacodyl présente dans une moindre importance également une action antirésorptive et hydragogue. Cela signifie que d'une part la résorption de l'eau à partir de la lumière intestinale est freinée et d'autre part, la sécrétion d'eau et d'électrolytes dans la lumière intestinale augmente. La motilité du côlon est encore stimulée par le grossissement du volume du contenu de l'intestin.

Le bisacodyl comme d'ailleurs la plupart des laxatifs, ne doit pas être utilisé chez des patients qui ont une hypersensibilité au principe actif (bisacodyl) ou à un des composants. L'usage est contre-indiqué pour les patients qui souffrent d'iléus, d'obstruction intestinale, de maladies abdominales aiguës comme des appendicites ou des entérites aiguës, ainsi qu'en cas de fortes douleurs abdominales combinées avec des nausées et des vomissements qui sont le signe d'une maladie grave.

Le bisacodyl ne présente aucun effet non désirable sur la fonction hépatique. Il n'exerce pas non plus d'effet sur le fonctionnement d'autres organes. On n'a ainsi jamais observé de modifications des analyses sanguines, du fonctionnement des reins ou des paramètres du métabolisme.

En cas d'utilisation à long terme ou à fort dosage, on peut constater des pertes hydriques ou électrolytiques (avant tout du potassium).

Comme le bisacodyl, le **picosulfate de sodium** (voir Illustration 4) est un laxatif de contact. Si, à la place des groupes acétyles, on introduit dans la molécule de bisacodyl des restes d'acide sulfurique, avec lequel des groupes d'OH peuvent encore former un sel Na, il se forme alors un picosulfate de sodium extrêmement soluble et donc inapproprié à la résorption. Il ne doit donc pas être dragéifié.

C'est seulement dans le gros intestin que les enzymes contenues dans les bactéries intestinales (arylsulfatases) dissocient les restes d'acides sulfuriques afin que le picosulfate de sodium ait la même forme d'action que le bisacodyl (BHPM). On n'a retrouvé ni la substance appliquée ni un métabolite de cette substance dans le lait maternel des parturientes traitées avec du picosulfate de sodium avec une procédure de dépistage sensible. La préparation en gouttes (par ex. dans laxoberon[®], gouttes) permet un dosage individuel pour obtenir des selles molles et ainsi éviter les pertes excessives d'électrolytes provoquées par des selles trop liquides. L'absence de circulation entérohépatique contribue également à un effet électrolytique neutre.

Les différentes formes de galénique du bisacodyl et du picosulfate de sodium présentent toutes des avantages spécifiques. Le bisacodyl peut être utilisé sous la forme de dragées particulièrement faciles et confortables à prendre ou de suppositoires qui agissent rapidement. Le picosulfate de sodium est commercialisé sous la forme de gouttes à doser individuellement (exception: comprimés Fructines[®]).

Tant le bisacodyl que le picosulfate de sodium peuvent augmenter le manque de potassium dû à d'autres médicaments (diurétiques, corticostéroïdes) et accroître la sensibilité aux préparations à base de digitaline (glycosides cardiaques).

Lubrifiants

Les lubrifiants comme l'huile de paraffine ou la glycérine doivent directement améliorer la consistance des selles et donc faciliter leur transport. Comme l'huile de paraffine peut éliminer les vitamines liposolubles (A, D, E, K), ce qui produit une hypovitaminose, elle ne s'utilise plus guère dans la pratique. La glycérine (Glycerolum) est en revanche bien acceptée et est utilisée en suppositoire ou en lavement (par ex. Suppositoires Bulboid[®]; clystère Practomil[®]) par voie rectale.

Docusatum natrium (docusat de sodium)

Le détergent anionique docusate de sodium produit par la diminution des tensions superficielles une augmentation de la teneur en eau de la masse fécale et conduit ainsi à son ramollissement (microlavement Norgalax[®]). Par ailleurs, le docusate de sodium stimule la sécrétion d'eau et d'électrolytes. Il produit ses effets 5 à 20 minutes après l'administration.

Quand consulter?

Il faut consulter le médecin si la constipation:

- dure longtemps;
- s'accompagne de nausées, de vomissements, de fièvre et de douleurs
- s'accompagne de saignements ou de mucosités dans les selles
- se fait en alternance avec des diarrhées
- repose sur l'impression d'avoir des «hémorroïdes» qui n'ont pas fait l'objet d'un examen médical

Les questions

Lors de l'entretien conseil, il est très important d'interroger le client sur son état de santé. Voici quelques exemples de question que vous pouvez poser à vos clients:

- De quand date votre dernier passage à selle et comment étaient vos selles?
- Depuis quand souffrez-vous de ces troubles?
- Qu'avez-vous entrepris jusqu'à présent?
- La constipation s'accompagne-t-elle d'autres troubles?
- Souffrez-vous de maladies chroniques?
- Prenez-vous d'autres médicaments? Si oui, lesquels et depuis quand?
- Prenez-vous des fortifiants ou des compléments alimentaires?

Dr. sc. nat. Rolando Geiser, responsable du service scientifique / trad: mh/cs

Glossaire

Aglycone	Partie non-glucidique d'un hétéroside
Basolatéral	En bas, sur le côté
Distal	Partie éloignée du tronc
Haustration	Formation en forme de sac dans la zone du côlon
Iléus	Occulsion intestinale. Blocage des matières contenues dans l'intestin dû à une paralysie ou une occlusion de l'intestin. Diverses formes.
Intraluminaire	A l'intérieur de la lumière (intestinale)
Intramural	Dans la paroi d'un organe. Sont considérés comme des systèmes intramuraux les cellules nerveuses parasymphatiques et les ganglions dans les parois du canal digestif, du cœur, de l'utérus, du vagin et de la vessie
Lumière	Cavité centrale d'un corps ou organe creux de section circulaire
Plexus	Réseau de nerfs