

**Outils pour la pratique** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente plus de 4 000 médecins de famille en Alberta. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

**Révision : 20 novembre 2019**

**Mise à jour des données probantes : Deux revues systématiques et un essai randomisé**

**Conclusion : Aucune modification; ajout de données sur une plus longue durée**  
**Première publication : 4 avril 2011**

## **Polyétherglycol (PEG) pour la constipation chronique chez les enfants et les adultes**

**Question clinique : Jusqu'à quel point le polyétherglycol (PEG) est-il efficace pour traiter la constipation chronique chez les enfants et les adultes?**

**Conclusion : Chez les patients adultes et pédiatriques aux prises avec la constipation chronique, le PEG est aussi efficace ou plus efficace que les autres agents. Comparativement au placebo, il soulage la constipation chez un patient sur deux ou trois et ajoute une à trois selles par semaine. Un traitement d'entretien de jusqu'à 24 semaines semble être efficace et sans danger chez les patients pédiatriques.**

### **Données probantes**

- Au moins dix revues systématiques sur le traitement de la constipation par le PEG par rapport à d'autres laxatifs et/ou à un placebo (de 5 à 25 essais, de 594 à 2 310 participants, durée de 2 à 52 semaines)<sup>1-10</sup> :
  - Résultats statistiquement significatifs chez les adultes :
    - PEG par rapport au placebo<sup>1,2,3,4</sup> :
      - Soulagement de la constipation : nombre de sujets à traiter (NST) = 2-3.
      - Augmentation de la fréquence des selles : deux à trois selles de plus par semaine.
    - PEG par rapport au lactulose<sup>3,5</sup> :
      - Augmentation de la fréquence des selles : une à deux selles de plus par semaine; réduction du besoin d'interventions supplémentaires.
  - Résultats statistiquement significatifs chez les enfants :
    - PEG par rapport au placebo<sup>6,7</sup> :
      - Augmentation de la fréquence des selles : 1,5 à 3 selles de plus par semaine.
    - PEG par rapport au lactulose<sup>5,6,7</sup> :
      - Augmentation de la fréquence des selles : 0,7 à 1,5 selle de plus par semaine.
      - Probabilité accrue de désimpaction réussie : NST = 5.
    - PEG par rapport au lait de magnésie<sup>7</sup> :

- Augmentation de la fréquence des selles : 0,7 selle de plus par semaine.
- Une amélioration de plusieurs résultats a été constatée, comme la disparition de la constipation, l'atténuation de la douleur abdominale et la réduction du besoin de réaliser des interventions supplémentaires<sup>5,7</sup>.
- Une étude n'a constaté aucune différence entre le PEG et d'autres laxatifs, mais elle a exclu des études pertinentes<sup>8</sup>.
- D'autres revues ont fait des constatations semblables<sup>9,10</sup>.
- Des ECR récents ont constaté que le PEG avait une efficacité semblable à celle du prucalopride<sup>11</sup>, une efficacité supérieure à celle du lactulose<sup>12</sup> et une efficacité en présence du syndrome du côlon irritable<sup>13</sup>.
- Un ECR récent réalisé auprès de patients pédiatriques (n = 115) a comparé le traitement d'entretien avec le PEG par rapport à un placebo<sup>13</sup> : réussite du traitement : 67 % par rapport à 32 % (placebo), NST = 3 sur 24 semaines; aucun événement indésirable significatif.

## **Contexte**

- La constipation chronique influe sur la qualité de vie d'une façon semblable au diabète et à la colite ulcéreuse stable<sup>15</sup>.
- Comparativement au lactulose, le PEG pourrait être mieux toléré<sup>2</sup> et est efficace sur le plan des coûts<sup>16</sup>, coûtant environ 1 \$ par jour (pour 17 g par jour).
- Les types de PEG varient selon les essais, mais cela semble avoir peu d'effet sur le succès<sup>5,6</sup>.
- Les lignes directrices actuelles recommandent le PEG comme agent de première intention pour traiter la constipation chez les enfants<sup>17,18</sup> et les adultes<sup>19</sup>.
- Dans les revues examinant plusieurs agents par rapport au placebo, le PEG est appuyé par de meilleures données probantes (par rapport au senné ou au docusate)<sup>2</sup> ou de meilleurs NST (que le psyllium ou le prucalopride)<sup>1,2</sup>.
- Doses initiales recommandées :
  - Adultes : 17 g par jour<sup>6</sup>.
  - Enfants : 0,6 g par kg par jour (ou 5 à 12 g par jour)<sup>6</sup>.
    - Les doses plus élevées de PEG (0,7 g par kg par jour) augmentent de une à deux par semaine la fréquence des selles par rapport aux doses plus faibles (0,3 g par kg par jour), sans hausse des effets indésirables ou de l'incontinence fécale<sup>5</sup>.
  - Titrer les doses en fonction du soulagement des symptômes et des événements indésirables (diarrhée).

**Auteurs originaux :** G Michael Allan, M.D., CCMF, Michelle Levy, M.D., CCMF, Michael Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc.

**Mise à jour :** Samantha Moe, Pharm. D. (2020), Braiden Hellec, B. Sc. (pharmacie) (2015)

**Révision de la mise à jour :** Michael Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc., G Michael Allan, M.D., CCMF

## **Références**

1. Ford AC, Suares NC. Gut. 2011;60(2):209-218.
2. Ramjumar D, Rao SS. Am J Gastroenterol. 2005;100:936-971.
3. Belsey JD, Geraint M, Dixon TA. Int J Clin Practice. 2010;64(7):944-955.
4. Katelaris P, Naganathan V, Liu K et al. BMC Gastroenterology. 2016;16:42.
5. Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J et al. Cochrane Database Syst Rev.

- 2010;7(7):CD007570.
6. Candy D, Belsey J. Arch Dis Child. 2009;94(2):156-160.
  7. Gordon M, MacDonald JK, Parker CE et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD009118.
  8. Chen SL, Cai SR, Deng L et al. Medicine (Baltimore). 2014;93(16):e65.
  9. Paré P, Fedorak RN. Can J Gastroenterol Hepatol. 2014;28(10):549-557.
  10. Canadian Agency for Drugs and Technology in Health. CADTH Rapid Response Report. Treatments for Constipation: A Review of Systematic Reviews. Ottawa, ON. 2014 Nov. Lien : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263445/>. Consulté le 16 mars 2015.
  11. Treepongkaruna A, Simakachorn N, Pienvichit P et al. BMC Pediatrics. 2014;14:153.
  12. Cinca R, Chera D, Gruss HJ. Aliment Pharmacol Ther. 2013;37(9):876-886.
  13. Chapman RW, Stanghellini V, Geraint M et al. Am J Gasteroenterol. 2013;108(9):1508-1515.
  14. Modin L, Walsted AM, Dalby K et al. Pediatr Gastroent Nutr. 2018;67(6):732-737.
  15. Belsey J, Greenfield S, Candy D et al. Aliment Pharmacol Ther. 2010;31(9):938-949.
  16. Taylor RR, Guest JF. Aliment Pharmacol Ther. 2010;31(2):302-312.
  17. Bardisa-Ezcurra L, Ullman R, Gordon J et al. BMJ. 2010;340:c2585.
  18. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY et al. JPGN. 2014;58:258-274.
  19. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A et al. Gastroenterology. 2013;144(1):211-217.

Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*