



## 3. Système gastro-intestinal

- 3.1. Pathologie gastrique et duodénale
- 3.2. Spasmodiques
- 3.3. Pathologie du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas
- 3.4. Antiémétiques
- 3.5. Laxatifs
- 3.6. Antidiarrhéiques
- 3.7. Affections inflammatoires de l'intestin
- 3.8. Pathologie anale

### 3.1. Pathologie gastrique et duodénale

#### Positionnement

- L'association de symptômes digestifs hauts et d'au moins un des signes suivants impose une investigation, en particulier chez les personnes de plus de 55 ans : perte de poids involontaire, hématurie, méléna, anémie, vomissements persistants, difficulté ou douleur à la déglutition, douleurs rétrosternales persistantes.<sup>1,2</sup>
- En cas de symptômes de reflux peu sévères ou de dyspepsie, les antiacides ont une place documentée.<sup>3</sup>
- Les inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique sont les traitements les mieux documentés dans l'ulcère gastro-duodéal et l'œsophagite de reflux.<sup>4,5</sup>
- En cas d'utilisation d'inhibiteur de la pompe à protons (IPP), il faut informer le patient du risque important de rebond d'acidité à l'arrêt du traitement. Pour diminuer les symptômes de rebond, un schéma dégressif ou l'usage d'un antiacide ou d'un IPP à la demande peuvent être d'emblée discutés avec le patient.<sup>5</sup>
- Ulcère gastro-duodéal et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (*voir 9.1.*)<sup>6</sup>
  - Les AINS sont souvent à l'origine d'un ulcère gastrique<sup>7</sup>, surtout chez les personnes âgées.<sup>8</sup>
  - Des études indiquent que l'ajout, à un AINS, d'un IPP ou du misoprostol pourrait permettre de réduire la toxicité gastro-intestinale des AINS en diminuant la survenue d'ulcères et de complications ulcéreuses telles que perforation ou hémorragie.<sup>8,9,10</sup> L'effet sur la dyspepsie semble limité.<sup>9</sup> Cette protection gastrique est à envisager chez les patients à risque qui initient un traitement par AINS: personnes > 65 ans ou avec une comorbidité importante, antécédents d'ulcère gastro-duodéal ou d'ulcère avec complications (hémorragie, perforation). Le risque augmente en cas de traitement concomitant avec un corticostéroïde, de l'acide acétylsalicylique ou un autre antiagrégant, un anticoagulant, un ISRS [*voir Folia d'avril 2024*], de la duloxétine, de la venlafaxine ou de la vortioxétine.<sup>11</sup> En cas d'association à l'acide acétylsalicylique, le bénéfice gastro-intestinal des AINS COX-2 sélectifs diminue en grande partie et une protection gastrique est également à envisager.<sup>12,13</sup>
- Ulcère gastro-duodéal et traitements antithrombotiques
  - En cas de doses élevées d'acide acétylsalicylique, le risque de problèmes gastriques est le même qu'en cas d'utilisation d'AINS. Dans ce cas, les IPP ont également un effet protecteur.<sup>14,15</sup>
  - En cas de faibles doses d'acide acétylsalicylique dans le cadre d'un risque cardiovasculaire accru (*voir 2.1.1.1.*), une protection gastrique peut être envisagée chez les personnes âgées de plus de 80 ans ou avec une comorbidité importante, antécédents d'ulcère gastro-duodéal ou d'ulcère avec complications (hémorragie, perforation), pour autant que les effets indésirables de la prise d'IPP à long terme n'excèdent pas les bénéfices gastro-intestinaux escomptés.<sup>10</sup>
  - Chez les patients à risque élevé d'hémorragie gastro-intestinale (*voir calculateur de risque*) sous traitement par un anticoagulant oral direct (AOD) ou un antagoniste de la vitamine K, des études



observationnelles ont montré une diminution du risque de saignements digestifs en cas de prise d'IPP.<sup>16,6</sup> Cette indication n'est pas reprise dans les RCP.

- Ulcère gastro-duodéal et infection à *H. pylori*
  - Chez de nombreux patients atteints d'un ulcère gastrique ou duodéal, un *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est mis en évidence.<sup>7</sup> Chez ces patients, son éradication permet de prévenir les récurrences, et d'éviter ainsi l'instauration d'un traitement d'entretien par des inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique.<sup>17 18 19</sup>
  - L'éradication de *H. pylori* peut se faire grâce à un traitement associant un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) avec des antibactériens. Après l'éradication de *H. pylori*, le recours à un traitement d'entretien par des inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique dans le but de prévenir les récurrences n'est pas basé sur des études.
  - Le schéma thérapeutique suivant (quadrithérapie) est recommandé par la *BAPCOC 2022*.
    - Deux fois par jour pendant 10 jours en quadrithérapie:
      - un IPP (ésoméprazole 20 mg, lansoprazole 30 mg, oméprazole 20 mg, pantoprazole 40 mg ou rabéprazole 20 mg)
      - + amoxicilline 1 g
      - + métronidazole 500 mg
      - + clarithromycine 500 mg.
    - Alternative proposée par la *BAPCOC 2022*, par exemple en cas d'allergie aux pénicillines: quadrithérapie pendant 10 jours avec un IPP (40 mg en 2 prises par jour) + bismuth (1 680 mg en 4 prises par jour) + tétracycline (1 500 mg en 4 prises par jour) + métronidazole (1 500 mg en 4 prises par jour).
    - Un traitement séquentiel est parfois proposé comme suit: un IPP pendant 10 jours, en association avec de l'amoxicilline pendant 5 jours, puis, pendant les 5 jours suivants, avec de la clarithromycine + du métronidazole deux fois par jour. Il ne semble pas y avoir de différence d'efficacité pour l'éradication de *H. Pylori* entre une quadrithérapie et un schéma séquentiel.<sup>20</sup>
    - En raison de l'augmentation rapide de la résistance, les quinolones risquent de ne pas être efficaces pour l'éradication de *H. pylori*.
    - Le sevrage tabagique augmente les chances de succès de l'éradication.<sup>21</sup>
    - *BAPCOC* considère qu'il est important de contrôler l'éradication de *H. pylori* (par un test respiratoire à l'urée ou par la détection d'antigènes dans les selles) au moins 4 semaines après l'arrêt du traitement combiné antibactérien + IPP. Si la prise d'IPP est prolongée, elle doit être interrompue au moins 2 semaines avant la vérification.
    - La durée du traitement par IPP après l'éradication de *H. pylori* ne dépasse généralement pas 8 semaines dans l'ulcère gastrique, et ne dépasse pas 4 semaines dans l'ulcère duodéal.<sup>4</sup>
    - Chez les patients avec un risque accru d'ulcère qui doivent recevoir un AINS ou de faibles doses d'acide acétylsalicylique, certaines études suggèrent que l'éradication préalable de *H. pylori* diminue le risque d'ulcère.<sup>22</sup>
  - Symptômes de reflux gastro-œsophagien et œsophagite de reflux.
    - Il n'y a pas de lien causal démontré entre la présence d'*H.pylori* et l'œsophagite de reflux. La question du testing systématique de *H. pylori* dans le reflux et l'œsophagite avant d'instaurer un IPP est controversée. Certains guidelines le recommandent, d'autres pas.<sup>1 23</sup>
    - Les mesures non médicamenteuses suivantes, peu étayées, sont recommandées dans des guidelines: perte de poids, sevrage tabagique, éviter de manger avant le coucher, surélever la tête du lit, dormir sur le côté gauche.<sup>24</sup>
    - La prise en charge médicamenteuse du reflux varie en fonction de la gravité des symptômes, et, si une endoscopie a été effectuée, en fonction des lésions observées à l'endoscopie.<sup>24 25</sup>
    - En présence de symptômes de reflux peu sévères, l'administration d'antiacides à la demande en fonction des symptômes peut suffire.<sup>3</sup>
    - En présence de symptômes plus importants, différentes approches peuvent être proposées: la



méthode *step-up* (antiacides; ensuite, si pas d'amélioration, un IPP d'abord à demi-dose, puis à dose complète), la méthode *step-down* (commencer par un IPP à dose complète suivi, en cas d'amélioration, d'une demi dose) ou la méthode *step-in* (à la demande un IPP par intermittence). Il n'existe pas d'études cliniques comparatives entre ces différentes méthodes. Le traitement dure de 4 à 8 semaines. L'IPP est ensuite arrêté ou diminué progressivement pour limiter le risque de rebond d'acidité. En cas de symptômes récidivants, la prise d'IPP à la demande est une option. En cas d'échec, on recherchera la plus faible dose d'entretien efficace possible.<sup>5</sup>

- En présence de symptômes de reflux sévères ou de lésions à l'endoscopie, un traitement par IPP à dose standard pendant 4 à 8 semaines est instauré.<sup>5 3 25</sup>
- L'efficacité des gastroprokinétiques dans le reflux n'est pas démontrée.<sup>26</sup>
- Après guérison de l'œsophagite, la place d'un traitement continu par des IPP à la dose la plus faible possible en fonction des symptômes est une stratégie proposée par différents guidelines.<sup>3 27</sup> Pour les formes non-érosives, une tentative d'arrêt progressif peut être envisagée.
- Certains guidelines conseillent un traitement continu par IPP en cas d'œsophage de Barrett.<sup>28</sup> L'impact sur la prévention des cancers gastriques n'est pas clairement établi.<sup>29 28 30 31 25</sup>
- Il est utile d'informer le patient du risque de rebond d'acidité lors de l'arrêt ou la diminution du traitement.
- Dyspepsie fonctionnelle
  - On parle de dyspepsie fonctionnelle en cas de symptômes digestifs hauts sans lésions endoscopiques (ou en l'absence d'examen endoscopique chez des personnes de moins de 50 ans sans symptômes d'alarme): douleur épigastrique, sensation de satiété précoce, plénitude postprandiale, éructations, nausées ou gêne abdominale haute.<sup>32 33 1</sup>
  - Certains médicaments peuvent causer de la dyspepsie, en particulier les suivants : AINS, acide acétylsalicylique, bisphosphonates, dérivés nitrés, théophylline, antibiotiques (surtout macrolides), antagonistes du calcium, médicaments utilisés dans la dysfonction érectile (inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5), fer, antidépresseurs,  $\beta$ -bloquants.<sup>32</sup>
  - Selon plusieurs guidelines, les symptômes de dyspepsie fonctionnelle peuvent être traités de la façon suivante:
    - Eradication de l'*H.pylori* en cas de test positif, bien que la plus-value de l'éradication en cas de dyspepsie fonctionnelle soit limitée.<sup>3 25 32 33</sup> Des données indiquent un effet protecteur possible sur la survenue d'ulcère ou de cancer gastrique.<sup>33 3</sup>
    - En cas de test négatif ou de non réponse au traitement, suppression de l'acidité gastrique soit par palier (antiacides puis un IPP), soit par un traitement par IPP pendant 4 semaines.<sup>3 25</sup>
    - En cas de récurrence, chercher la plus faible dose efficace d'IPP ou traitement à la demande.<sup>3 25</sup>
  - Les preuves d'efficacité des gastroprokinétiques sont très limitées.<sup>3 33</sup>
  - En cas d'échec de traitement, certains guidelines proposent un traitement d'essai par antidépresseur tricyclique (amitriptyline ou nortriptyline, usage *off-label*).<sup>3 33</sup>
- Reflux du nourrisson
  - Le reflux est une plainte fréquente chez les nourrissons.
  - Chez les enfants qui présentent un reflux léger à modéré (régurgitations) sans symptôme d'alarme tel qu'évolution pondérale anormale, un traitement médicamenteux n'est pas indiqué et les parents peuvent être rassurés.<sup>34 35</sup>
  - Certains IPP ont l'indication reflux du nourrisson dans le RCP. Pour les enfants présentant une maladie de reflux associée à des symptômes inquiétants (p.ex. évolution pondérale anormale) ou à des complications (p.ex. œsophagite), certains guidelines proposent un traitement de 2 à 4 semaines. Les données d'efficacité concernant les antiacides et les IPP sont limitées.<sup>36 35</sup>
- Reflux gastro-œsophagien pendant la grossesse<sup>27</sup> [voir *Folia d'avril 2017*]
  - En présence de symptômes peu sévères, des mesures hygiéno-diététiques constituent le traitement initial.
  - En présence de plaintes plus sévères, les antiacides sont les médicaments les plus sûrs.



- Pour la plupart des IPP, les données d'utilisation pendant la grossesse sont rassurantes.
- Les gastroprocinétiques n'ont pas de place.

## Grossesse et allaitement

- Grossesse. Pour la plupart des IPP, les données d'utilisation pendant la grossesse sont rassurantes. L'oméprazole, l'ésoméprazole et le lansoprazole sont les mieux documentés [voir *Folia d'avril 2017*].
- Allaitement. Pour la plupart des IPP, les données d'utilisation pendant l'allaitement sont rassurantes. L'(és)oméprazole et le pantoprazole sont les mieux documentés. Les antiacides peuvent être utilisés pendant l'allaitement. Une utilisation prolongée d'antiacides contenant de l'aluminium peut entraîner un excès d'apport en aluminium chez le nourrisson.

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des ulcères gastro-duodénaux, du reflux gastro-duodéal et de la dyspepsie fonctionnelle est globalement la même que chez les patients plus jeunes (voir rubrique "*Positionnement*").
- Les AINS sont souvent à l'origine d'un ulcère gastrique, surtout chez les personnes âgées. Leur usage est à éviter autant que possible dans cette tranche d'âge.
- Pour la prévention des ulcères gastriques et duodénaux l'ajout d'un IPP:
  - est recommandé chez les personnes de plus de 65 ans sous traitement AINS.
  - peut être envisagé chez les personnes à risque et les personnes > 80 ans sous faibles doses d'acide acétylsalicylique, pour autant que les effets indésirables de la prise d'IPP à long terme n'excèdent pas les bénéfices gastro-intestinaux escomptés.
- Dans la dyspepsie fonctionnelle, une origine médicamenteuse n'est pas rare chez les personnes âgées (voir rubrique "*Positionnement*").
- Concernant le dépistage et l'éradication de *H.pylori* dans la dyspepsie, le rapport bénéfice/risque est encore plus incertain que chez les personnes plus jeunes. On manque d'études chez les personnes âgées, elles sont plus vulnérables aux effets indésirables, et le risque d'interactions médicamenteuses est plus important vu la fréquence de la polymédication.
- Le sigle "80+" à côté de certains médicaments indique qu'ils font partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

### 3.1.1. Inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique

#### 3.1.1.1. Antihistaminiques H<sub>2</sub>

Il n'existe plus d'antihistaminiques H<sub>2</sub> sur le marché belge depuis 2019 [voir *Folia de novembre 2019 et Folia de novembre 2020*]. La cimétidine peut être réalisée en préparation magistrale (non remboursée). La famotidine et la cimétidine sont disponibles dans les pays limitrophes.

#### Positionnement

- Voir 3.1.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Ulcère gastro-duodéal.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien.
- Prévention des ulcères de stress après certaines interventions chirurgicales et dans certaines maladies graves.
- Prévention d'ulcères en cas d'administration d'AINS chez les patients à risque.
- Dyspepsie, gastrite et symptômes de reflux sans étiologie connue.



## Effets indésirables

- Diarrhée et autres troubles gastro-intestinaux, rash, fatigue.
- Rebond d'acidité gastrique après arrêt brutal du traitement (dure moins longtemps que pour les IPP).
- Rare: réactions d'hypersensibilité, confusion (surtout chez les personnes âgées), néphrite interstitielle, perturbation des tests hépatiques et hépatite.
- Aussi bradycardie et hypotension en cas d'administration intraveineuse.

## Interactions

- Modification de l'absorption d'autres médicaments par modification du pH gastrique (p.ex. diminution de l'absorption d'itraconazole, de fer, de certains inhibiteurs de protéase et d'inhibiteurs de protéines kinases).

## Précautions particulières

- En cas d'utilisation chronique d'inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique, il convient de rester attentif aux symptômes d'alarme tels que dysphagie, amaigrissement ou saignements pouvant être le signe d'une affection maligne.

### 3.1.1.2. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

#### Positionnement

- Voir 3.1.
- Les études ne rapportent pas de différence d'efficacité ni de sécurité d'emploi entre les IPPs. Le risque d'interactions peut varier (voir rubrique "*Interactions*").<sup>23 2 25</sup>

#### Indications (synthèse du RCP)

- Ulcère gastro-duodéal.
- En association à des antibiotiques, éradication de *H.pylori* en cas d'ulcère gastro-duodéal.
- Prévention des ulcères chez les patients à risque qui prennent des AINS (voir 3.1.).
- Symptômes de reflux et œsophagite de reflux. La dyspepsie sans lien avec le reflux n'est pas une indication.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.

#### Contre-indications

- Sur le site Web [genesmiddelenbijlevercirrose.nl](http://genesmiddelenbijlevercirrose.nl), le lansoprazole, l'oméprazole, le pantoprazole et le rabéprazole sont considérés comme "à éviter" en cas de cirrhose hépatique.

#### Effets indésirables

- Nausées, diarrhée, céphalées, rash, polypes bénins des glandes fundiques.
- Rebond d'acidité gastrique après arrêt du traitement.
- Rare: infections gastro-intestinales (p.ex. par *Clostridium difficile*) et risque accru de diarrhée du voyageur, affections cutanées (parfois sévères), néphrite interstitielle, hyponatrémie (en début de traitement).
- En cas d'usage prolongé, insuffisance rénale [voir *Folia de mai 2022*], ostéoporose avec risque accru de fractures, déficience en vitamine B<sub>12</sub> et hypomagnésémie [voir *Folia de novembre 2016*].<sup>37</sup>
- En cas d'utilisation prolongée d'IPP, certaines publications évoquent, sans preuve formelle d'un lien de causalité, un risque de décès, d'événements cardiovasculaires<sup>38</sup>, de cancer gastrique, de diabète, de démence<sup>39 40 41 42 43</sup> et de colonisation intestinale par des germes multi-résistants [voir *Folia de mai 2022*].
- Des données observationnelles chez les enfants suggèrent un risque de fracture, d'asthme et d'infections, y compris des infections graves [voir *Folia de mai 2022* et *Folia de septembre 2024*].



## Interactions

- L'absorption de certains IPP peut être ralentie en cas de prise avec des aliments. Une prise à jeun est généralement recommandée, bien qu'un effet positif sur les symptômes et la muqueuse ne soit pas clair [voir *Folia de décembre 2023*].
- Modification de l'absorption d'autres médicaments par modification du pH gastrique (p.ex. diminution de l'absorption de l'itraconazole, du fer, de la lévothyroxine, de la rilpivirine, de certains inhibiteurs de protéase et d'inhibiteurs de protéines kinases). Dans ces cas, il peut être envisagé d'arrêter temporairement l'IPP.
- Risque d'augmentation de la toxicité du méthotrexate (en particulier s'il est pris à hautes doses). En cas de prise concomitante de méthotrexate à hautes doses, il est préférable d'interrompre temporairement l'IPP.
- Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des substrats du CYP2C19. L'oméprazole et l'ésoméprazole (l'isomère S de l'oméprazole) sont de plus des inhibiteurs du CYP2C19 (voir *Tableau 1c. dans Intro.6.3.*). Le lansoprazole est de plus un substrat du CYP3A4 (voir *Tableau 1c. dans Intro.6.3.*). L'oméprazole et l'ésoméprazole (et dans une moindre mesure le lansoprazole) peuvent freiner la transformation du clopidogrel en son métabolite actif, avec diminution de l'effet antiagrégant et risque accru d'événements cardiovasculaires. Si la prise simultanée de clopidogrel et d'un IPP s'avère essentielle, il semble plus prudent d'éviter l'oméprazole et l'ésoméprazole.

## Grossesse et allaitement

- Pour la plupart des IPP, les données d'utilisation pendant la grossesse sont rassurantes. L'oméprazole, l'ésoméprazole et le lansoprazole sont les mieux documentés.
- Pour la plupart des IPP, les données d'utilisation pendant l'allaitement sont rassurantes. L'(és)oméprazole et le pantoprazole sont les mieux documentés.

## Patients âgés

- Voir 3.1.
- Il convient de rester attentif aux symptômes d'alarme tels que dysphagie, amaigrissement ou saignements pouvant être le signe d'une affection maligne.
- Les patients âgés sont particulièrement vulnérables aux risques engendrés par une utilisation prolongée d'IPP et aux risques liés à la polymédication : par exemple, augmentation de risque de néphrite interstitielle aiguë (IPP + AINS ou  $\beta$ -lactames...), augmentation du risque d'hyponatrémie (IPP + diurétiques, SSRI, SNRI...).
- Le sigle "80+" à côté du pantoprazole indique qu'il fait partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Précautions particulières

- En cas d'utilisation prolongée d'inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique, il convient de rester attentif aux symptômes d'alarme tels que dysphagie, amaigrissement ou saignements pouvant être le signe d'une affection maligne.
- En cas d'instauration de traitement prolongé par IPP chez un patient sous lévothyroxine, il est conseillé de suivre la TSH.
- Les IPP peuvent aggraver une insuffisance hépatique et entraîner une surmortalité en cas d'insuffisance hépatique (voir aussi rubrique "*Contre-indications*").

### 3.1.1.3. Misoprostol

Le misoprostol, un analogue synthétique de la prostaglandine E<sub>1</sub>, inhibe la sécrétion d'acide gastrique et protège la muqueuse gastro-intestinale.



## Positionnement

- Le misoprostol a pour indication selon le RCP la prévention des ulcères dus aux AINS chez les personnes à risque et le traitement des ulcères gastro-duodénaux.
- Le misoprostol sous forme orale est également disponible comme association avec le diclofénac (*voir 9.1.1.6.*).
- En raison de son effet stimulant sur l'utérus, le misoprostol est aussi utilisé en cas d'hémorragie du post-partum<sup>44</sup>, pour provoquer un avortement<sup>45 46 47</sup> ou induire le travail.<sup>48</sup> Ces indications ne figurent pas dans le RCP du Cytotec®. Pour l'induction du travail, une forme orale de misoprostol est disponible à un dosage moindre (*voir 6.4.1.*).

## Indications (synthèse du RCP)

- Prévention des ulcères en cas d'administration d'AINS chez les patients à risque (*voir 9.1.*).
- Traitement des ulcères gastro-duodénaux.

## Contre-indications

- **Grossesse.**

## Effets indésirables

- Diarrhée et autres troubles gastro-intestinaux, céphalées, rash, vertiges.

## Grossesse et allaitement

- **Le misoprostol est contre-indiqué pendant toute la durée de la grossesse, en raison du risque d'avortement et de la suspicion d'une tératogénicité (anomalies des membres et des nerfs crâniens).**
- En cas de traitement par le misoprostol en période d'allaitement, de la diarrhée peut survenir chez le nourrisson.

## Précautions particulières

- En cas d'utilisation prolongée d'inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique, il convient de rester attentif aux symptômes d'alarme tels que dysphagie, amaigrissement ou saignements pouvant être le signe d'une affection maligne.

## 3.1.2. Antiacides

### Positionnement

- *Voir 3.1.*
- Les antiacides, aux doses habituelles, apportent un soulagement de la douleur en cas de symptômes de reflux gastro-œsophagien ou d'œsophagite de reflux.<sup>49</sup>
- Les antiacides ne sont pas des traitements de l'ulcère gastro-duodéal.<sup>2</sup>
- Ils peuvent aussi être utilisés dans le cadre d'une stratégie *step up, step down*, ou en appoint lors de l'arrêt des IPP après un traitement pour des ulcérations de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, mais probablement sans accélérer la vitesse de guérison (*Voir aussi 3.1.*).
- L'intérêt des associations d'antiacides n'est pas prouvé.
- Il n'est pas prouvé que l'ajout d'alginates apporte une plus-value par rapport à un antiacide seul.<sup>23</sup>

### Indications (synthèse du RCP)

- Dyspepsie, gastrite.
- Pyrosis, symptômes de reflux mineurs ou peu fréquents.
- Magaldrate: ulcère (mais voir rubrique "*Positionnement*")



## Contre-indications

- Association de carbonate de calcium et de carbonate de magnésium: hypercalcémie, néphrolithiase, hypophosphatémie.
- Pour la plupart des antiacides, l'insuffisance rénale sévère est mentionnée dans la rubrique "Contre-indications" du RCP.

## Effets indésirables

- Hydrogénocarbonate de sodium: hypokaliémie, alcalose, rétention hydrosodée et œdème, distension gastrique et flatulence par formation de CO<sub>2</sub>.
- Carbonate de calcium: constipation, alcalose et hypercalcémie.
- Hydroxyde de magnésium: diarrhée, rétention de magnésium surtout en cas d'insuffisance rénale.
- Algeldrate (hydroxyde d'aluminium): constipation et formation dans l'intestin de phosphate d'aluminium insoluble, avec risque d'ostéomalacie. Malgré sa faible absorption, une accumulation de l'aluminium est toutefois possible en cas d'insuffisance rénale, avec encéphalopathie, ostéodystrophie et anémie.
- Composés à base d'aluminium : hypophosphatémie.

## Grossesse et allaitement

- Aucun effet indésirable n'est à prévoir en cas d'utilisation à dose normale pendant une période brève. L'utilisation pendant une période prolongée ou à haute dose est déconseillée, en raison du risque d'augmentation des concentrations sériques du calcium, du magnésium ou de l'aluminium.

## Patients âgés

- Voir rubrique "*Patients âgés*" en 3.1..
- Les préparations contenant de l'hydrogénocarbonate de sodium sont à éviter chez les personnes âgées qui présentent une hypertension artérielle et doivent suivre un régime pauvre en sel strict.
- Le sigle "80+" à côté de l'association carbonate de calcium + carbonate de magnésium indique qu'elle fait partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accédez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Interactions

- Modification de l'absorption d'autres médicaments par modification du pH gastrique (p.ex. diminution de l'absorption de l'itraconazole, de certains inhibiteurs de protéase et d'inhibiteurs de protéines kinases) ou par formation de complexes non absorbables (p.ex. diminution de l'absorption du fer, des hormones thyroïdiennes, des tétracyclines et des quinolones). Un intervalle de quelques heures entre les prises est indiqué.
- Hydrogénocarbonate de sodium: modification de l'excrétion urinaire d'autres médicaments et risque accru de lithiase rénale par alcalinisation des urines.
- Composés à base d'aluminium: encéphalopathie chez les patients atteints d'insuffisance rénale en cas d'association au citrate (présent dans de nombreux comprimés effervescents) ou à l'acide ascorbique.

## Précautions particulières

- La plupart des RCP conseillent de prendre l'antiacide 1h après le repas étant donné l'augmentation progressive de l'acidité gastrique après celui-ci.
- En cas d'utilisation prolongée d'antiacides, il convient de rester attentif aux symptômes d'alarme tels que dysphagie, amaigrissement ou saignements pouvant être le signe d'une affection maligne.
- La teneur en sodium des spécialités à base d'hydrogénocarbonate de sodium peut poser des problèmes chez les patients suivant un régime hyposodé strict. Une étude observationnelle publiée en 2022 montre une augmentation des maladies cardiovasculaires et de la mortalité en cas d'utilisation chronique de médicaments à haute teneur en sodium [voir *Folia de mai 2023*].



- Spécialités contenant du calcium, du phosphate ou du magnésium: en cas d'utilisation prolongée, surtout chez les personnes avec une fonction rénale diminuée, la concentration plasmatique de calcium, de phosphate et de magnésium doit être contrôlée régulièrement.
- Spécialités contenant du calcium: en cas d'utilisation concomitante de diurétiques thiazidiques, le calcium sérique doit être contrôlé régulièrement puisque les diurétiques thiazidiques réduisent l'excrétion urinaire du calcium.

### 3.1.3. Bismuth + métronidazole + tétracycline

#### Positionnement

- L'association de bismuth + métronidazole + tétracycline a pour indication dans le RCP l'éradication de l'*H. pylori* en association avec l'oméprazole dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal, p.ex. en cas d'allergie aux pénicillines (positionnement et posologie voir 3.1).

#### Indications (synthèse du RCP)

- Eradication de l'*H. pylori*.
- Prévention des récurrences d'ulcère chez les patients avec un ulcère ou des antécédents d'ulcère associé à *H.pylori*.

#### Contre-indications

- **Grossesse.**
- Insuffisance hépatique, insuffisance rénale (RCP).

#### Effets indésirables

- Voir aussi métronidazole (voir 11.3.3); tétracycline (voir 11.1.3).
- Troubles digestifs (nausées, diarrhée, douleurs abdominales), dysgueusie (goût métallique), céphalées, vertiges, somnolence, candidose, réactions d'hypersensibilité.
- Bismuth (coloration noire des selles, décoloration de la langue, stomatite).

#### Grossesse et allaitement

- **Cette association est contre-indiquée pendant toute la durée de la grossesse en raison de la présence de tétracycline (voir 11.1.3).**
- Allaitement: un usage à très court terme est probablement sûr mais déconseillé pour une période prolongée.

#### Interactions

- Effet de type disulfirame en cas d'association avec l'alcool. La consommation d'alcool est à éviter, par principe de précaution, pendant le traitement avec du métronidazole et, a minima, le jour suivant l'arrêt du traitement.
- Augmentation de l'effet des antagonistes de la vitamine K.

## 3.2. Spasmolytiques

Les spasmolytiques proposés pour le traitement des troubles de la fonction vésicale sont repris en 7.1.

Les spasmolytiques agissent directement sur la fibre musculaire lisse, avec peu d'effets anticholinergiques, à l'exception du butylhyoscine (syn. butylscopolamine) qui est un anticholinergique.

L'alvérine n'est plus commercialisée depuis novembre 2025.

#### Positionnement

- Syndrome de l'intestin irritable



- Dans le syndrome de l'intestin irritable, les guidelines proposent comme première approche des mesures hygiéno-diététiques et en particulier la nécessité d'avoir une alimentation saine.<sup>50</sup>
- Les préparations orales ont comme indication dans le RCP le traitement symptomatique du syndrome de l'intestin irritable. En raison d'un manque d'études randomisées de bonne qualité concernant leur efficacité et leur sécurité, la place de ces produits n'est pas claire.<sup>50</sup>
- L'huile de menthe poivrée a comme indication dans le RCP le traitement symptomatique des spasmes du syndrome de l'intestin irritable si les mesures hygiéno-diététiques sont insuffisantes. Les résultats sur des critères cliniques ne sont pas univoques [voir *Folia de janvier 2019* et *Folia de janvier 2021*].<sup>51</sup>
- En cas de manque d'efficacité des mesures hygiéno-diététiques et des antispasmodiques, une étude a montré une légère efficacité de l'amitriptyline à faible dose (usage *off-label*, voir *Folia de juin 2025*).
- La prise en charge de la constipation et/ou de la diarrhée liées au syndrome de l'intestin irritable est symptomatique (voir 3.5. et 3.6.).<sup>52, 50</sup>
- L'association menthe poivrée et carvi a comme indication dans le RCP le traitement des troubles gastro-intestinaux légers (ballonnements, spasmes). Quelques études cliniques ont montré des résultats positifs [voir *Folia de janvier 2021*].<sup>50, 53</sup>
- Les spasmolytiques ne sont pas utiles dans la colique néphrétique.<sup>54</sup>

## Indications (synthèse du RCP)

- Douleurs spastiques, comme dans le syndrome de l'intestin irritable.

## Contre-indications

- Alvérine: iléus paralytique et occlusion intestinale.
- Butylhyoscine: celles des anticholinergiques (voir *Intro.6.2.3*).
- Huile de menthe poivrée: maladies hépatiques, affections biliaires, achlorhydrie.
- Papavérine: maladies cardio-vasculaires graves, insuffisance hépatique (RCP).

## Effets indésirables

- Alvérine: réactions allergiques telles qu'un exanthème ou un urticaire, affections hépatiques.
- Alvérine + siméticone: cytolyse hépatique (rare).
- Butylhyoscine: effets indésirables anticholinergiques classiques, surtout chez les jeunes enfants et les personnes âgées (voir *Intro.6.2.3*).
- Huile de menthe poivrée: céphalées, sensation de brûlure périanale, pyrosis; rarement allergie.
- Papavérine: hépatotoxicité, arythmies cardiaques en cas d'injection intraveineuse trop rapide.

## Grossesse et allaitement

- Grossesse: il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de ces préparations pendant la grossesse (données insuffisantes).
- Allaitement:
  - Butylhyoscine: peut être utilisée pendant une courte période en cas de nécessité.
  - Pour les autres préparations, il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi pendant l'allaitement (données insuffisantes).

## Patients âgés

- La prudence s'impose chez les patients âgés qui présentent pour la première fois des symptômes typiques du syndrome de l'intestin irritable. Une colonoscopie est conseillée pour exclure une affection organique.
- Les antispasmodiques anticholinergiques ont un rapport bénéfice/risque défavorable en raison d'une efficacité limitée et des effets indésirables anticholinergiques auxquels les patients âgés sont plus sensibles.
- Le sigle "80+" à côté la menthe poivrée indique qu'elle fait partie des sélections du *Formulaire de soins*



aux personnes âgées. En cliquant sur ce sigle, vous accédez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Interactions

- Butylhyoscine: diminution de l'effet des gastroprokinétiques.
- Huile de menthe poivrée: la prise simultanée de médicaments inhibant l'acidité gastrique est à éviter.

## 3.3. Pathologie du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas

Les sujets suivants sont discutés dans d'autres chapitres.

- Intoxication par le paracétamol avec risque de nécrose hépatique: l'administration intraveineuse d'acétylcystéine est nécessaire (voir 20.1.1.7).
- Intoxication par l'*Amanite phalloïde*: silibiline (voir 20.1.2.3).
- Prévention de l'hépatite A (voir 12.1.1.6) et de l'hépatite B (12.1.1.7)
- Hépatite B et hépatite C chroniques: divers immunomodulateurs, antirétroviraux, antiviraux spécifiques (voir 11.4.4. et 11.4.5.).

### 3.3.1. Acide ursodéoxycholique

L'acide ursodéoxycholique, un acide biliaire, modifie la composition de la bile, entre autres en diminuant la concentration en cholestérol.

#### Positionnement

- Lithiase cholestérolique: la place de l'acide ursodéoxycholique est controversée.<sup>56 57</sup> Il a pour indication dans le RCP le traitement des microlithiases transparentes en cas de vésicule biliaire fonctionnelle quand une intervention chirurgicale est contre-indiquée.<sup>56</sup> Il est utilisé *off-label* en prévention des lithiases chez des patients souffrant d'obésité en cas de perte rapide de poids, par exemple après chirurgie bariatrique.<sup>57</sup>
- Cholangite biliaire primitive: l'acide ursodéoxycholique constitue le traitement<sup>58</sup> le mieux étayé et améliore les paramètres biochimiques et histologiques lorsque le traitement est débuté à un stade précoce de la maladie.<sup>59</sup> L'effet sur la fatigue et le prurit est variable. L'influence sur la survie n'est pas claire.<sup>60</sup> L'élafibranor, un double agoniste des récepteurs activés par les proliférateurs de peroxyosomes (PPAR) $\alpha/\delta$  est aussi utilisé dans certains cas de cholangite biliaire primitive, voir 20.2..
- Cholangite sclérosante primitive (indication non mentionnée dans le RCP): les données sur base desquelles l'acide ursodéoxycholique est utilisé ne sont pas univoques.<sup>61 62</sup>
- Cholestase intrahépatique de la grossesse (indication non mentionnée dans le RCP): l'acide ursodéoxycholique diminue les démangeaisons et améliore les tests hépatiques, mais il ne semble pas diminuer la morbidité ou la mortalité fœtale.<sup>63</sup>

#### Indications (synthèse du RCP)

- Microlithiase biliaire.
- Cholangite biliaire primitive.

#### Contre-indications

- Calculs biliaires radio-opaques, vésicule biliaire non fonctionnelle, coliques biliaires récurrentes.
- Inflammation aiguë de la vésicule biliaire, de l'intestin grêle, du côlon ou du foie interférant avec le cycle entérohépatique des sels biliaires.
- Affections hépatiques aiguës, insuffisance hépatique (RCP).

#### Effets indésirables

- Diarrhée et autres troubles gastro-intestinaux.



## Grossesse et allaitement

- **Grossesse:**
  - 1<sup>er</sup> trimestre: il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi pendant la grossesse (données insuffisantes).
  - 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre: les données d'utilisation pendant la grossesse sont rassurantes (pas de signal de malformations congénitales ou d'autres effets indésirables chez l'enfant selon nos sources).
- **Allaitement:** les données d'utilisation sont rassurantes.

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des lithiases cholestéroliques est la même que chez les personnes plus jeunes (voir rubrique "Positionnement").
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, leur rapport bénéfice/risque n'étant pas suffisamment documenté, en particulier chez la personne âgée.

### 3.3.2. Cholagogues, cholérétiques et hépatotropes

#### Positionnement

- L'efficacité de ces produits n'est pas suffisamment prouvée. L'utilisation de chardon marie (*Silybum marianum*) repose sur "l'usage traditionnel" [voir *Folia d'avril 2011*].<sup>64</sup>

#### Indications (synthèse du RCP)

- Cholagogue et cholérétique (hors pathologie sévère).

#### Contre-indications

- Angiocholite, calculose du cholédoque, cancer du foie ou des voies biliaires.

#### Effets indésirables

- Excédent de sécrétions biliaires, diarrhée, effet laxatif.

## Grossesse et allaitement

- Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de ces préparations pendant la grossesse et l'allaitement (données insuffisantes).

## Patients âgés

- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, leur rapport bénéfice/risque n'étant pas suffisamment documenté, en particulier chez la personne âgée.

### 3.3.3. Ferments digestifs

La pancréatine contient différentes enzymes dont des amylases, des lipases et des protéases. Ces enzymes sont inactivées dans l'estomac, et un enrobage entérique est indispensable.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Insuffisance pancréatique exocrine.

#### Effets indésirables

- Troubles gastro-intestinaux, irritation buccale et péri-anales, réactions allergiques.
- Sténose du cæcum et du côlon ascendant (*fibrosing colonopathy*) chez les enfants atteints de mucoviscidose qui ont été traités pendant une période prolongée par des doses élevées d'enzymes pancréatiques.



## Grossesse et allaitement

- **Grossesse:** les données d'utilisation pendant la grossesse et l'allaitement sont rassurantes (pas de signal de malformations congénitales ou d'autres effets indésirables chez l'enfant selon nos sources).
- **Allaitement:** l'utilisation de pancréatine est probablement compatible avec l'allaitement.

## Précautions particulières

- Un inhibiteur de la pompe à protons peut être administré au préalable pour protéger l'enrobage.

## Posologie

- Selon les besoins, et selon l'avis du spécialiste, maximum 10.000 U/kg/jour de lipase (unités définies par la Pharmacopée européenne).

## 3.4. Antiémétiques

### Positionnement

- Le traitement symptomatique des nausées et des vomissements demande au préalable la recherche d'une étiologie possible.
- Les nausées et vomissements sont des effets indésirables fréquemment rapportés pour beaucoup de médicaments. Le médicament responsable sera interrompu dans la mesure du possible.
- Les vomissements survenant après un excès alimentaire ou éthylique ne requièrent que rarement un traitement particulier. Nous ne disposons pas d'études incluant ces patients.
- Vomissements dans le contexte d'une gastro-entérite:
  - Les vomissements sont en général spontanément résolutifs dans les 12 à 48h.<sup>65</sup>
  - Selon les guidelines, la mesure la plus importante consiste à prévenir une éventuelle déshydratation, en particulier chez les jeunes enfants et les personnes âgées.<sup>66 67</sup>
  - Les données concernant le métoprolol sont très limitées et inexistantes pour la dompéridone.<sup>68</sup> Etant donné le risque d'effets indésirables, leur rapport bénéfice/risque est négatif, surtout chez les enfants de moins de 12 ans.<sup>66 69</sup> Des mesures non-médicamenteuses sont à préférer (boissons et nourriture en petites quantités).
  - En milieu hospitalier, l'ondansétron (surtout par voie IV) est parfois administré en dose unique *off-label* chez des enfants présentant des vomissements sévères sur gastro-entérite et à risque de déshydratation. Cette pratique est étayée dans des études cliniques de bonne qualité.<sup>66 69 70</sup>
- En prévention du mal des transports (mal du voyage), une prise en charge médicamenteuse peut être envisagée.
  - Concernant les antihistaminiques H<sub>1</sub> sédatifs avec effet antiémétique, voir 17.2.3. et 12.4.1..
  - La cinnarizine a également l'indication mal des transports (voir 17.2.3. et 1.10.).
  - La dompéridone et le métoprolol ne sont pas efficaces [voir Folia de mai 2023].
- Nausées et vomissements pendant la grossesse: voir la rubrique "Grossesse et allaitement".
- Prévention des nausées et vomissements postopératoires: des antagonistes 5HT<sub>3</sub>, de la dexaméthasone, du métoprolol ou de faibles doses de dropridol peuvent être administrés en association ou non.<sup>71 72</sup>
- Nausées et vomissements en oncologie: certains cytostatiques et la radiothérapie provoquent des nausées et des vomissements, ce qui peut nécessiter l'administration (préventive) d'antiémétiques.<sup>73</sup> En fonction du type de chimiothérapie et de son pouvoir émétogène (élevé, intermédiaire ou faible), des antagonistes 5HT<sub>3</sub>, des antagonistes NK<sub>1</sub>, l'alizapride ou le métoprolol peuvent être administrés. En cas de vomissements persistants après une chimiothérapie, des corticostéroïdes sont utilisés en association à des antiémétiques classiques, sur base de l'expérience clinique.<sup>74</sup>
- Stimulation de la lactation: usage *off-label* pour la dompéridone et le métoprolol (voir rubrique "Grossesse et Allaitement").



## Grossesse et allaitement

- Nausées et vomissements pendant la grossesse [voir Folia d'août 2025]
  - Les nausées et vomissements en début de grossesse régressent généralement spontanément ou grâce à des mesures diététiques. En cas de plaintes sévères, un antiémétique s'avérera nécessaire. **La prudence s'impose particulièrement ici, ces symptômes survenant à un moment critique de l'organogénèse.**
  - Le gingembre peut réduire modestement les nausées, bien que les preuves scientifiques restent limitées. Il est considéré comme sûr pendant toute la grossesse.
  - Pour aucun antiémétique, l'absence de tératogénicité n'a été clairement prouvée.
  - La doxylamine (voir 12.4.1.3.2.) et la méclozine (voir 12.4.1.2.) ont le meilleur rapport bénéfice/risque.
  - L'usage du métoclopramide et de la dompéridone doit être très limité dans le temps.
    - Métoclopramide: en fin de grossesse, il existe un risque de troubles extrapyramidaux, troubles de la régulation thermique ou troubles cardiaques chez le nouveau-né.
    - Dompéridone: risque d'allongement de l'intervalle QT chez la femme enceinte, surtout à des doses élevées et en cas de troubles électrolytiques. Le risque d'allongement du QT chez le fœtus n'est pas connu.
  - Dans les formes sévères d'*hyperemesis gravidarum*, l'ondansétron est parfois utilisé "off-label". Son usage pendant le premier trimestre de la grossesse est déconseillé, des données controversées suggérant un risque de malformations oro-faciales et cardiaques [voir Folia de février 2020].
  - Itopride: les données d'utilisation pendant la grossesse et l'allaitement sont très limitées. Selon le RCP, il pourrait être utilisé pendant la grossesse. Il est déconseillé pendant l'allaitement.
  - Alizapride: il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité de l'alizapride pendant la grossesse et l'allaitement (peu ou pas d'informations).
- Allaitement: la dompéridone et le métoclopramide sont parfois utilisés pour stimuler la lactation (indication non mentionnée dans les RCP).<sup>75</sup>
  - Dompéridone: chez les mères d'enfants prématurés hospitalisés uniquement, quelques données montrent un bénéfice limité de la dompéridone utilisée à court terme. Dans les autres situations, le rapport bénéfice/risque est très douteux. Il existe de nombreuses incertitudes et il faut être conscient du risque d'allongement de l'intervalle QT par la dompéridone, tant chez la mère que chez le nourrisson, et du risque de symptômes de sevrage psychiatriques en cas d'arrêt après une utilisation prolongée chez la mère [voir Folia de janvier 2026].
  - Le métoclopramide a un rapport bénéfice/risque défavorable dans cette indication [voir Folia de novembre 2017].

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des nausées et vomissements est globalement la même que chez les personnes plus jeunes. Une attention particulière doit être accordée au risque de déshydratation (voir rubrique "Positionnement").
- Les patients âgés sont particulièrement sensibles aux effets indésirables des gastroprokinétiques (voir 3.4.1.).
- Le sigle "80+" à côté de certains médicaments indique qu'ils font partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

### 3.4.1. Gastroprokinétiques

L'alizapride, la dompéridone, le métoclopramide et l'itopride sont des substances chimiquement apparentées aux antipsychotiques. Elles augmentent le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage et le péristaltisme coordonné antroduodénal, avec pour conséquence l'accélération de la vidange gastrique.



## Positionnement

- Voir 3.4.
- L'efficacité de l'itopride dans la dyspepsie fonctionnelle n'est pas établie [voir *Folia d'octobre 2023*].

## Indications (synthèse du RCP)

- Alizapride: nausées et vomissements post-opératoires ou induits par une chimiothérapie ou radiothérapie chez l'adulte.
- Dompéridone: nausées et vomissements à partir de 12 ans.
- Itopride: dyspepsie fonctionnelle chez l'adulte.
- Métoplopramide
  - Adulte: nausées et vomissements
  - Enfant à partir de 1 an: nausées et vomissements post-opératoires ou provoqués par une chimiothérapie.

## Contre-indications

- Situations où la motricité gastrique ne peut pas être accélérée (p.ex. hémorragie gastro-intestinale, obstruction ou perforation digestive).
- Alizapride et métoplopramide: aussi antécédents de dyskinésie tardive suite à un traitement par des antipsychotiques, maladie de Parkinson, phéochromocytome.
- Métoplopramide: aussi contre-indiqué chez les enfants de moins d'un an et déconseillé chez les enfants et les adolescents [voir *Folia d'octobre 2013*], épilepsie.
- Dompéridone: aussi enfants de moins de 12 ans et adolescents pesant moins de 35 kg, prolactinome; facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT (voir *Intro.6.2.2.*) (voir rubrique "Effets indésirables"), phéochromocytome. Insuffisance hépatique (RCP); sur le site Web *genesmiddelenbijlevercirrose.nl*, la dompéridone est considérée comme "à éviter" en cas de cirrhose hépatique.

## Effets indésirables

- Hyperprolactinémie, responsable dans de rares cas de galactorrhée, d'irrégularité menstruelle ou d'impuissance.
- Effets centraux: somnolence et, surtout chez les enfants et les adolescents, troubles extrapyramidaux (entre autres spasmes musculaires); dyskinésies tardives en cas d'utilisation prolongée, surtout chez les personnes âgées.<sup>76</sup>
- Crampes abdominales ou diarrhée.
- Une étude observationnelle suggère une association entre la prise récente d'antiémétiques anti-dopaminergiques (métoplopramide et dompéridone) et la survenue d'accidents vasculaires cérébraux [voir *Folia de janvier 2023*].
- Métoplopramide
  - Aussi hypotension, dépression.
  - En intraveineux: aussi risque de bradycardie sévère.
- Dompéridone
  - Aussi **allongement de l'intervalle QT** et risque de torsades de pointes en cas de doses élevées (> 30 mg/jour) et chez les personnes âgées de plus de 60 ans.<sup>77 78</sup> Les données quant à un risque de torsades de pointes et de mort subite sont limitées [voir *Folia d'avril 2014*]. Selon le RCP, des études épidémiologiques ont montré un risque accru d'arythmies ventriculaires graves et de mort subite; pour les facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT, voir *Intro.6.2.2.*
  - Aussi bouche sèche.
- Itopride: les données de sécurité sont limitées. Le RCP ne mentionne pas d'effets indésirables extrapyramidaux ni d'allongement de l'intervalle QT.



## Grossesse et allaitement

- Voir 3.4.

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des nausées et vomissements est la même que chez les personnes plus jeunes. Une attention particulière doit être accordée au risque de déshydratation (voir 3.4. rubrique "Positionnement").
- Le traitement instauré doit être aussi bref que possible et à une dose aussi faible que possible, les patients âgés étant particulièrement sensibles aux effets indésirables des gastroprokinétiques et souvent polymédiqués (voir 3.4.1. rubrique "Précaution particulières").
- La prudence s'impose avec la dompéridone chez les personnes âgées présentant d'autres facteurs de risques d'allongement de l'intervalle QT (sexe féminin, cardiopathies, troubles électrolytiques).
- Les patients âgés sont plus à risque de dyskinésies tardives en cas d'usage prolongé de gastroprokinétiques.
- Le sigle "80+" à côté de la dompéridone indique qu'elle fait partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Interactions

- Accélération de la vidange gastrique, avec ralentissement de la vitesse d'absorption de certains médicaments (p.ex. la digoxine) et accélération de l'absorption d'autres médicaments (p.ex. l'acide acétylsalicylique, la ciclosporine, le paracétamol).
- Diminution de l'effet des gastroprokinétiques en cas d'association à des médicaments ayant des propriétés anticholinergiques.
- Renforcement des effets indésirables des antipsychotiques.
- Métoclopramide et alizapride: diminution de l'effet de la lévodopa et des agonistes dopaminergiques, sédation exagérée en association à d'autres médicaments avec un effet sédatif ou à l'alcool.
- Le métoclopramide est un substrat du CYP2D6 (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3.).
- Dompéridone: risque accru de torsades de pointes en cas d'association à d'autres médicaments augmentant le risque d'allongement de l'intervalle QT (voir Intro.6.2.2.).
- La dompéridone est un substrat du CYP3A4 et de la P-gp (voir Tableau Ic. dans Intro.6.3. et Tableau Id. dans Intro.6.3.). L'utilisation concomitante avec d'autres médicaments allongeant l'intervalle QT et avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4 est contre-indiquée.

## Précautions particulières

- Dompéridone: vu le risque d'allongement de l'intervalle QT, la prudence s'impose chez les personnes âgées et les patients présentant des troubles électrolytiques ou une cardiopathie sous-jacente (voir rubrique "Effets indésirables").
- Métoclopramide: il est préférable de ne pas utiliser le métoclopramide chez les enfants et les adolescents en raison du risque accru de troubles extrapyramidaux dans ces tranches d'âge.
- Itopride: la dose doit être réduite en cas d'apparition d'effets indésirables chez des patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale.

### 3.4.2. Antagonistes 5HT<sub>3</sub>

#### Positionnement

- Voir nausées et vomissements en oncologie (voir 3.4.).
- En milieu hospitalier, l'ondansétron (surtout par voie IV) est parfois administré en dose unique *off-label* chez des enfants présentant des vomissements sévères sur gastro-entérite et à risque de déshydratation.



Cette pratique est étayée dans des études cliniques de bonne qualité.<sup>66 69 70</sup>

## Indications (synthèse du RCP)

- Prévention et traitement des nausées et vomissements postopératoires ou induits par la chimiothérapie ou la radiothérapie.

## Contre-indications

- Facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT (*voir Intro.6.2.2.*), en particulier avec l'ondansétron à dose élevée par voie intraveineuse.

## Effets indésirables

- Céphalées, bouffées de chaleur.
- Constipation, hoquet, augmentation transitoire des transaminases.
- Allongement de l'intervalle QT, avec risque de torsades de pointes, en particulier avec l'ondansétron à dose élevée par voie intraveineuse (pour les facteurs de risque des torsades de pointes en général, *voir Intro.6.2.2.*).

## Grossesse et allaitement

- *Voir 3.4.*
- **Grossesse**
  - Dans les formes sévères d'*hyperemesis gravidarum*, l'ondansétron est parfois utilisé "off-label". **L'usage de l'ondansétron pendant le premier trimestre de la grossesse est déconseillé, des données suggérant un risque de malformations oro-faciales.** Un risque de malformation cardiaque n'est pas exclu [*voir Folia de février 2020*].
  - Granisétron et palonosétron: il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de ces préparations pendant la grossesse (pas ou peu d'informations).
- **Allaitement:** il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de ces préparations pendant l'allaitement (pas ou peu d'informations).

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des nausées et vomissements est la même que chez les personnes plus jeunes. Une attention particulière doit être accordée au risque de déshydratation (*voir 3.4. rubrique "Positionnement"*).
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, parce qu'ils concernent une prise en charge qui n'est pas courante en première ligne de soins.

## Interactions

- Risque accru de torsades de pointes en cas d'association à d'autres médicaments augmentant le risque d'allongement de l'intervalle QT (*voir Intro.6.2.2.*), en particulier avec l'ondansétron à dose élevée par voie intraveineuse.
- Le granisétron est un substrat du CYP3A4, l'ondansétron un substrat du CYP1A2 et de la P-gp, et le palonosétron un substrat du CYP2D6 (*voir Tableau Ic. dans Intro.6.3. et Tableau Id. dans Intro.6.3.*).

### 3.4.3. Antagonistes NK<sub>1</sub>

L'aprépitant et le nétupitant (disponible uniquement en association, *voir 3.4.4.*) sont des antagonistes de la substance P au niveau des récepteurs de la neurokinine-1 (NK<sub>1</sub>). Le fosaprépitant est une prodrogue qui est rapidement transformée en apnépitant.

## Positionnement

- Voir nausées et vomissements en oncologie (*voir 3.4.*).



## Indications (synthèse du RCP)

- Nausées et vomissements induits par certaines chimiothérapies hautement émétisantes, en association à un antagoniste 5HT<sub>3</sub> et à un corticostéroïde.

## Effets indésirables

- Céphalées, asthénie, hoquet, constipation, diarrhée, élévation des transaminases.
- Fosaprépitant: aussi réactions au site d'injection.

## Grossesse et allaitement

- Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de ces préparations pendant la grossesse et l'allaitement (données insuffisantes).

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des nausées et vomissements est la même que chez les personnes plus jeunes. Une attention particulière doit être accordée au risque de déshydratation (voir 3.4. rubrique "Positionnement").
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, parce qu'ils concernent une prise en charge qui n'est pas courante en première ligne de soins.

## Interactions

- Laprépitant et le fosaprépitant sont des substrats et des inhibiteurs du CYP3A4, et des inducteurs du CYP2C9 (voir Tableau 1c. dans Intro.6.3.) avec, par induction du CYP2C9, diminution de l'effet des antagonistes de la vitamine K. Voir aussi *Folia de novembre 2021* (incluant des recommandations) pour les interactions liées à la contraception hormonale.

## 3.4.4. Associations d'antiémétiques

### Positionnement

- Voir nausées et vomissements en oncologie (voir 3.4.).
- Le palonosétron est un antagoniste 5HT<sub>3</sub> (voir 3.4.2.).
- Le nétupitant est un antagoniste NK<sub>1</sub> qui n'est actuellement disponible qu'en association.

### Indications (synthèse du RCP)

- Nausées et vomissements induits par certaines chimiothérapies hautement ou modérément émétisantes.

### Contre-indications

- Ceux de chaque substance (voir 3.4.2. et 3.4.3.).
- **Nétupitant: grossesse.**

### Effets indésirables

- Ceux de chaque substance (voir 3.4.2. et 3.4.3.).

### Grossesse et allaitement

- Voir 3.4.2.
- Nétupitant: contre-indiqué pendant la grossesse. Les femmes en âge de procréer doivent prendre une contraception jusqu'à un mois après l'arrêt du traitement.

### Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des nausées et vomissements est la même que chez les personnes plus jeunes. Une attention particulière doit être accordée au risque de déshydratation (voir 3.4.



rubrique "Positionnement").

- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, parce qu'ils concernent une prise en charge qui n'est pas courante en première ligne de soins.

## Interactions

- Le nétupitant est un substrat et un inhibiteur du CYP3A4 (voir *Tableau Ic. dans Intro.6.3.*).

## Précautions particulières

- Celles de chaque substance (voir 3.4.2. et 3.4.3.).

## 3.5. Laxatifs

### Positionnement

- L'association de constipation et d'au moins un des signes suivants impose une investigation, en particulier chez les personnes de plus de 50 ans: saignements rectaux, modification des habitudes de défécation.<sup>79</sup>
- La cause éventuelle doit être recherchée et si possible traitée.<sup>80</sup> Certains médicaments peuvent causer de la constipation, notamment les opioïdes, les anti-inflammatoires (y compris l'acide acétylsalicylique), le fer, les antipsychotiques, de nombreux antidépresseurs, les préparations à base de calcium, les antagonistes du calcium ainsi que les médicaments avec propriétés anticholinergiques (voir *Intro.6.2.3.*).<sup>81</sup>  
<sup>82</sup> L'arrêt du médicament responsable est, si possible, la première mesure à appliquer.
- L'utilisation prolongée de laxatifs est rarement nécessaire, sauf parfois chez les personnes atteintes d'une affection neurologique.<sup>83</sup>
- Lors de l'usage chronique d'opioïdes puissants, par exemple chez des patients en soins palliatifs, il est préférable d'administrer préventivement des laxatifs<sup>84</sup>; la méthylnaltrexone, la naldéméline (voir 8.4.) ou l'association d'oxycodone + naloxone (voir 8.3.3.) ont aussi cette indication dans le RCP, sans preuve de supériorité par rapport aux laxatifs.
- Les laxatifs sont également utilisés préalablement à une intervention chirurgicale, une endoscopie ou une imagerie.
- Constipation idiopathique et constipation liée au syndrome de l'intestin irritable
  - La prise en charge de la constipation idiopathique et de la constipation liée au syndrome de l'intestin irritable sont les mêmes.
  - La prise en charge de base suivante est efficace, en particulier si les mesures sont combinées: adopter des mesures diététiques adéquates (p.ex. augmentation de la consommation de fibres), hydratation et activité physique suffisantes, ne pas ignorer le besoin de défécation et prendre le temps nécessaire aux toilettes.<sup>85</sup>
  - La place exacte de bon nombre de produits mentionnés ici n'est pas claire. Les laxatifs osmotiques et les laxatifs de lest sont généralement proposés comme premiers choix par les guidelines.<sup>83 82</sup>
  - L'usage chronique de laxatifs irritant l'intestin, tels que les laxatifs de contact, peut être responsable de troubles électrolytiques et d'une perturbation de la fonction rénale, en particulier chez les personnes âgées<sup>86</sup> ou en cas d'insuffisance rénale.
  - Le prucalopride a pour indication selon le RCP la constipation chronique réfractaire aux laxatifs chez l'adulte. Des données comparatives semblent indiquer une plus grande efficacité que les autres laxatifs mais les effets indésirables sont fréquents.<sup>80</sup>
  - Le linaclotide a pour indication selon le RCP la constipation liée au syndrome de l'intestin irritable. On manque de données comparatives avec les autres laxatifs [voir *Folia de janvier 2017*].<sup>80</sup>
- En cas de fécalome, la paraffine, le macrogol avec des électrolytes et les laxatifs à usage rectal peuvent être utilisés.<sup>83</sup> Cette indication n'est pas reprise dans le RCP de la paraffine et des laxatifs à usage rectal.



## Grossesse et allaitement

- Voir *Folia de juillet 2018*.
- Grossesse
  - L'effet des laxatifs de lest, du lactulose, du lactitol, du sorbitol et des macrogols sur la constipation pendant la grossesse est bien démontré. Les données d'utilisation pendant la grossesse sont rassurantes (pas de signal de malformations congénitales ou d'autres effets indésirables chez l'enfant selon nos sources).
  - En cas de constipation sévère et d'échec des laxatifs de lest ou osmotiques, on peut utiliser la paraffine liquide ou le bisacodyl pendant une très courte période.
  - Les laxatifs à base de sels minéraux et la plupart des laxatifs de contact sont déconseillés pendant la grossesse.
- Allaitement
  - Les laxatifs à base de sels minéraux et la plupart des laxatifs de contact sont déconseillés pendant la période d'allaitement.

## Patients âgés

- La constipation est très fréquente chez la personne âgée.
- La prise en charge de la constipation est la même que chez les personnes plus jeunes (voir rubrique "*Positionnement*"). Les laxatifs de lest exposent à un risque d'occlusion, en particulier chez les personnes âgées.
- La prise en charge du fécalome est la même que chez les personnes plus jeunes (voir rubrique "*Positionnement*"). L'administration orale de paraffine liquide dans cette indication (usage *off-label*) a un rapport bénéfice/risque défavorable en raison d'un risque de pneumonie graisseuse d'inhalation, particulièrement en cas de troubles de la déglutition. Un lavement avec de l'eau de distribution tiède (1,5 l) en cas d'élimination difficile ou de fausses diarrhées et d'incontinence fécale est une alternative utilisée dans la pratique.
- Le sigle "80+" à côté de certains médicaments indique qu'ils font partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Interactions

- Risque de diminution de l'absorption de divers médicaments, mais ceci pose peu de problèmes en pratique. En cas de diarrhée aqueuse sévère due au laxatif, l'absorption des contraceptifs oraux et des contraceptifs d'urgence au lévonorgestrel ou à l'ulipristal peut être réduite [voir *Folia de novembre 2021*, incluant des recommandations pour éviter l'interaction].

### 3.5.1. Laxatifs de lest

L'augmentation du volume du bol fécal stimule l'activité motrice du côlon; cette augmentation peut être obtenue soit par une alimentation plus riche en fibres, soit par la prise de polysaccharides non digestibles, et ce en présence d'un apport hydrique suffisant.

## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Constipation.
- Certaines spécialités ont aussi l'indication syndrome de l'intestin irritable.



## Contre-indications

- Obstruction ou perforation intestinale, mégacôlon toxique.

## Effets indésirables

- Flatulence, crampes abdominales.
- Déshydratation et troubles électrolytiques.
- Obstruction œsophagienne et intestinale, le plus souvent en cas d'apport hydrique insuffisant, surtout chez les personnes âgées ou atteintes de lésions sténosantes.

## Grossesse et allaitement

- Voir 3.5.

## Patients âgés

- Voir 3.5.
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées* en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable. Les laxatifs de lest exposent à un risque d'occlusion œsophagienne et intestinale chez les patients âgés.

## Interactions

- Voir 3.5.

## Précautions particulières

- En cas d'impaction fécale, les laxatifs de lest ne sont pas indiqués.
- La teneur en sodium des préparations effervescentes (comprimés, poudres, granulés) peut poser des problèmes chez les patients devant suivre un régime pauvre en sel strict. Une étude observationnelle publiée en 2022 montre une augmentation des maladies cardiovasculaires et de la mortalité en cas d'utilisation chronique de médicaments à haute teneur en sodium [voir *Folia de mai 2023*].
- Selon les RCP, le médicament doit être pris au moins 1h avant le coucher avec suffisamment d'eau pour limiter le risque d'obstruction digestive.

### 3.5.2. Paraffine liquide

La paraffine ramollit et lubrifie les selles.

## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Constipation.

## Contre-indications

- Occlusion intestinale.
- Douleurs abdominales d'origine inconnue.
- Difficultés de déglutition et reflux gastro-œsophagien en raison du risque de pneumonie graisseuse.

## Effets indésirables

- Flatulence, crampes abdominales.
- Déshydratation et troubles électrolytiques.
- Pneumonie graisseuse, surtout chez les personnes avec des troubles de la déglutition et chez les très jeunes enfants.



## Grossesse et allaitement

- Voir 3.5.

## Patients âgés

- Voir 3.5.
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées* en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable. L'administration orale de paraffine liquide pour le traitement des fécalomes (usage *off-label*) expose à un risque de pneumonie graisseuse d'inhalation, particulièrement en cas de troubles de la déglutition chez les patients âgés.

## Interactions

- Voir 3.5.

### 3.5.3. Laxatifs osmotiques

#### 3.5.3.1. Lactulose et sorbitol

Le lactulose est un disaccharide synthétique qui est peu absorbé par l'intestin grêle. Les bactéries du côlon le scindent en monosaccharides tels le galactose, le fructose et le sorbitol qui sont surtout laxatifs par leurs propriétés osmotiques. L'administration de lactulose abaisse le pH par formation d'acides organiques, avec diminution de la résorption de l'ammoniac, ce qui explique son utilisation dans l'encéphalopathie hépatique. Le sorbitol n'est plus disponible comme médicament mais comme complément alimentaire.

## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Constipation.
- Lactulose: aussi encéphalopathie hépatique.

## Contre-indications

- Obstruction ou perforation intestinale, mégacôlon toxique.
- Lactulose: aussi galactosémie.
- Sorbitol: aussi intolérance au fructose, obstruction des voies biliaires, insuffisance hépatique (RCP).

## Effets indésirables

- Troubles gastro-intestinaux.
- Déshydratation et troubles électrolytiques.

## Grossesse et allaitement

- Voir 3.5.

## Patients âgés

- Voir 3.5.
- Le sigle "80+" à côté de certains produits indique qu'ils font partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Interactions

- Voir 3.5.



## Précautions particulières

- En cas d'impaction fécale, le lactulose et le sorbitol ne sont pas indiqués.

### 3.5.3.2. Macrogol

Le macrogol augmente le volume des liquides intestinaux. Grâce à cet effet osmotique, le volume fécal augmente et les selles deviennent plus molles. Une distinction est faite ci-dessous entre les préparations pour le lavage intestinal et celles pour le traitement de la constipation (avec ou sans électrolytes).

Le macrogol 3350 n'est plus commercialisé depuis août 2025.

## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Constipation (préparations faiblement dosées).
- Constipation avec fécalome.
- Lavage intestinal en préparation à une coloscopie, un lavement baryté ou une chirurgie abdominale (le plus souvent préparations hautement dosées).

## Contre-indications

- Obstruction ou perforation intestinale, mégacôlon toxique.

## Effets indésirables

- Flatulence, crampes abdominales.
- Déshydratation et troubles électrolytiques.

## Grossesse et allaitement

- Voir 3.5.

## Patients âgés

- Voir 3.5.
- Le sigle "80+" à côté de certains produits indique qu'ils font partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Interactions

- Voir 3.5.

## Précautions particulières

- Préparations hautement dosées: les produits doivent être dissous et pris avec une grande quantité d'eau. La prudence s'impose chez les patients souffrant de troubles électrolytiques, d'insuffisance rénale, de déshydratation ou d'insuffisance cardiaque.
- La teneur en sodium de certaines préparations peut poser des problèmes chez les patients devant suivre un régime pauvre en sel strict. Une étude observationnelle publiée en 2022 montre une augmentation des maladies cardiovasculaires et de la mortalité en cas d'utilisation chronique de médicaments à haute teneur en sodium [voir *Folia de mai 2023*].

### 3.5.3.3. Laxatifs à base de sels minéraux

Les laxatifs à base de phosphates ou de sulfates augmentent le volume fécal par un effet osmotique, et rendent les selles plus molles.



## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Préparation à une coloscopie, un lavement baryté ou une chirurgie abdominale.
- Laxatifs à base de phosphates: aussi constipation sévère.

## Contre-indications

- Obstruction ou perforation intestinale, mégacôlon toxique.
- Ascite.
- Insuffisance cardiaque.
- Déshydratation ou troubles électrolytiques, insuffisance rénale sévère (RCP).

## Effets indésirables

- Flatulence, crampes abdominales.
- Déshydratation et troubles électrolytiques.
- Laxatifs à base de phosphate: néphropathie aiguë, avec parfois une insuffisance rénale chronique irréversible [voir *Folia d'août 2006*].
- Laxatifs à base de sulfates: élévation temporaire de l'uricémie.

## Grossesse et allaitement

- Voir 3.5.

## Interactions

- Voir 3.5.

## Précautions particulières

- En cas d'impaction fécale, les laxatifs à base de sels minéraux ne sont pas indiqués, en raison d'un risque de troubles électrolytiques.
- Les produits doivent être dissous et pris avec une grande quantité d'eau.
- La prudence s'impose en cas de risque accru de déshydratation ou de troubles électrolytiques.
- La teneur en sodium peut poser des problèmes chez les patients devant suivre un régime hyposodé strict. Une étude observationnelle publiée en 2022 montre une augmentation des maladies cardiovasculaires et de la mortalité en cas d'utilisation chronique de médicaments à haute teneur en sodium [voir *Folia de mai 2023*].

### 3.5.4. Laxatifs de contact

Les laxatifs de contact stimulent la motilité et la sécrétion intestinales. Ce groupe comprend les dérivés anthraquinoniques naturels et synthétiques, ainsi que les dérivés du diphénylméthane.

## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Constipation.
- Bisacodyl: aussi préparation à un examen ou à une intervention au niveau de l'intestin.

## Contre-indications

- Obstruction ou perforation intestinale, mégacôlon toxique.



- Affections abdominales aiguës.
- Maladies inflammatoires intestinales.
- Déshydratation sévère.

### **Effets indésirables**

- Crampes intestinales, diarrhée avec risque de déshydratation, surtout chez les personnes âgées.
- Détérioration de la fonction rénale, troubles électrolytiques, surtout hypokaliémie, avec faiblesse musculaire et perte de poids en cas d'utilisation chronique.

### **Grossesse et allaitement**

- Voir 3.5.

### **Patients âgés**

- Voir 3.5.
- L'usage chronique de laxatifs de contact peut être responsable de troubles électrolytiques et d'une détérioration de la fonction rénale en particulier chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance rénale.
- En cas de canicule, les laxatifs de contact peuvent aggraver les effets d'un coup de chaleur. Le risque de déshydratation est accru chez les personnes âgées.
- Le sigle "80+" à côté du bisacodyl indique qu'il fait partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accédez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse. Il doit être utilisé avec prudence (voir rubrique "Précautions particulières").

### **Interactions**

- Voir 3.5.

### **Précautions particulières**

- En cas d'impaction fécale, les laxatifs de contact ne sont pas indiqués, en raison d'un risque de troubles électrolytiques.
- Attention en cas d'utilisation concomitante de diurétiques vu le risque de troubles électrolytiques.
- L'usage chronique de laxatifs de contact est à déconseiller.

#### **3.5.4.1. Dérivés du diphénylméthane**

#### **3.5.5. Prucalopride**

Le prucalopride, un agoniste sélectif des récepteurs de la sérotonine (5-HT<sub>4</sub>) dans le côlon, chimiquement apparenté au cisapride, stimule la motricité colique.

### **Positionnement**

- Voir 3.5.

### **Indications (synthèse du RCP)**

- Constipation chronique résistante au traitement chez l'adulte.

### **Contre-indications**

- Obstruction ou perforation intestinale, mégacôlon toxique.

### **Effets indésirables**

- Très fréquents: céphalées, douleurs abdominales, nausées, diarrhée.



## Grossesse et allaitement

- La prise de prucalopride est déconseillée pendant la grossesse en raison de cas d'avortement spontané observés au cours d'essais cliniques; aucun lien de causalité n'est prouvé.
- Le prucalopride n'est pas recommandé pendant l'allaitement par manque de données concernant l'innocuité chez l'enfant.

## Patients âgés

- Voir 3.5.
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, leur rapport bénéfice/risque n'étant pas suffisamment documenté chez la personne âgée.

## Précautions particulières

- Prudence en cas d'arythmie ou de maladie cardiovasculaire ischémique.
- Un lien avec des idées suicidaires a été évoqué.

### 3.5.6. Linaclotide

Le linaclotide, structurellement proche de certaines endotoxines bactériennes, exerce un effet laxatif.

## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Syndrome de l'intestin irritable modéré à sévère avec constipation chez l'adulte.

## Contre-indications

- Obstruction ou perforation intestinale.

## Effets indésirables

- Diarrhée parfois sévère (avec risque de diminution de l'absorption d'autres médicaments), nausées, douleurs abdominales, flatulence.

## Grossesse et allaitement

- Grossesse: l'utilisation de linaclotide pendant la grossesse est probablement sûre.
- Allaitement: l'utilisation de linaclotide pendant l'allaitement est probablement sûre.

## Patients âgés

- Voir 3.5.
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, leur rapport bénéfice/risque n'étant pas suffisamment documenté chez la personne âgée.

### 3.5.7. Laxatifs à usage rectal

Les laxatifs à usage rectal agissent localement par un effet osmotique et ramollissant, et provoquent une contraction rectale.

## Positionnement

- Voir 3.5.

## Indications (synthèse du RCP)

- Fécalome.



- Constipation chez les patients alités.
- Avant un examen endoscopique ou radiographique du côlon distal.
- Avant un accouchement ou une intervention chirurgicale.

### **Contre-indications**

- Obstruction ou perforation intestinale, mégacôlon toxique.
- Rectocolite hémorragique.
- Hémorroïdes, fissure anale.
- Déshydratation.
- Sorbitol: intolérance au fructose.
- Pour certaines de ces spécialités, l'insuffisance rénale sévère est mentionnée dans la rubrique "Contre-indications" du RCP.

### **Effets indésirables**

- Irritation de la muqueuse rectale, allant jusqu'à l'érosion.
- Lavement à base de phosphate: aussi hypocalcémie chez l'enfant et chez les patients atteints d'insuffisance rénale si le lavement n'est pas évacué immédiatement.

### **Grossesse et allaitement**

- Les laxatifs à usage rectal sont à utiliser seulement occasionnellement en cas de constipation distale [voir *Folia de juillet 2018*].

### **Patients âgés**

- Voir 3.5.
- L'emploi chronique est à éviter.
- Le sigle "80+" à côté du glycérol + docusate sodique indique qu'il fait partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## **3.5.8. Associations de laxatifs**

### **Positionnement**

- Voir 3.5.

### **Indications (synthèse du RCP)**

- Lavage intestinal en préparation à un examen de l'intestin ou une chirurgie intestinale.

### **Contre-indications**

- Celles de chaque substance.
- Pour certaines de ces spécialités, l'insuffisance rénale sévère est mentionnée dans la rubrique "Contre-indications" du RCP.

### **Effets indésirables**

- Ceux de chaque substance.

### **Grossesse et allaitement**

- Voir 3.5.

### **Patients âgés**

- Voir 3.5.



- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, leur rapport bénéfice/risque n'étant pas suffisamment documenté chez la personne âgée.

## Interactions

- Voir 3.5.

## Précautions particulières

- Celles de chaque substance.

## 3.6. Antidiarrhéiques

### Positionnement

- Diarrhée aiguë (gastro-entérite aiguë)
  - La prise en charge de la gastro-entérite aiguë consiste surtout à prévenir et traiter la déshydratation. Les catégories suivantes sont particulièrement à risque: nourrissons, jeunes enfants, personnes âgées ou atteintes d'une affection chronique telle que le diabète.<sup>67 66</sup>
  - Des règles strictes d'hygiène sont à respecter, en particulier en cas de situation épidémique.
  - Si les pertes liquidiennes par vomissement ou défécation liquide sont légères, en particulier chez les groupes à faible risque de déshydratation, l'ingestion de liquides tels que eau, bouillons, jus, boissons pour sportifs en petites quantités fréquentes peut suffire.<sup>67</sup>
  - Réhydratation orale: les solutions de réhydratation orale (ORS) peuvent être préparées à partir de sachets de poudre disponibles en pharmacie. Ils contiennent un mélange d'hydrates de carbone et de sels, qui doit être ajouté à une quantité déterminée d'eau.
    - Prévention de la déshydratation
      - Chez les enfants de moins de 10 kg, il est conseillé de donner 60 à 120 ml d'ORS par épisode de défécation liquide ou de vomissement.<sup>66</sup>
      - Chez les enfants de plus de 10 kg, on peut donner de 120 à 240 ml par épisode.<sup>66</sup>
    - Traitement de la déshydratation modérée (perte de 5 à 10% du poids corporel en eau)
      - Adultes et enfants: on peut donner de l'ORS 15 à 25 ml/kg par heure durant 4h.<sup>87</sup>
  - Réhydratation parentérale
    - En cas de déshydratation sévère (perte > 10% du poids corporel en eau, ou en cas d'échec de la réhydratation orale), une réhydratation parentérale peut être nécessaire<sup>66</sup>, ce qui est plus souvent le cas chez les nourrissons.
  - Antidiarrhéiques
    - Les freinateurs du transit intestinal ont un effet documenté dans le traitement symptomatique de la diarrhée.<sup>66 87</sup>
    - En cas de rectocolite hémorragique, les freinateurs du transit intestinal peuvent être utilisés mais exposent à un risque de mégacôlon toxique en cas de colite sévère.<sup>88</sup>
  - Traitement anti-infectieux
    - La diarrhée aiguë est très souvent d'origine infectieuse. Dans la plupart des cas, il s'agit de gastro-entérites virales.
    - Certains virus, p.ex. les rotavirus, sont parfois responsables d'épidémies, surtout chez les jeunes enfants.<sup>66</sup> Il n'y a pas de médicaments actifs contre ces virus et la seule mesure possible consiste à compenser les pertes liquidiennes et à instaurer éventuellement un traitement symptomatique. Des vaccins contre le rotavirus sont disponibles (*voir 12.1.1.11*).
    - L'administration d'antibiotiques dans certaines entérites aiguës, par exemple à salmonella, a peu d'effet démontré et, peut accroître le nombre de porteurs chroniques de ces germes, contribuant ainsi à leur dissémination.<sup>87</sup>
    - Selon la BAPCOC 2022



- Une antibiothérapie est à réserver aux patients avec syndrome dysentérique ou à risque (notamment immunosuppression).
- Si un traitement antibiotique est envisagé, une coproculture doit toujours être réalisée au préalable en vue d'une adaptation en fonction de la culture et de l'antibiogramme.
- En Belgique, le *Campylobacter* est de plus en plus souvent le germe responsable du syndrome dysentérique, raison pour laquelle l'azithromycine est sélectionnée en premier choix empirique en attendant le résultat de la coproculture.
- Diarrhée du voyageur: chez la plupart des voyageurs, l'usage d'antibiotiques n'est pas nécessaire. Le bénéfice très limité (réduction de la durée des symptômes des 1 à 2 jours) ne compense le risque de devenir porteur et de propager des germes multirésistants, les effets indésirables potentiels et le coût. Selon le Groupe d'Etude Belge de la Médecine des Voyages, seuls quelques groupes spécifiques de patients peuvent encore recevoir une prescription d'antibiotiques pour l'autotraitement de la diarrhée du voyageur [voir *Folia de mai 2026* et *Wanda pour les médecins > Treatment of traveller's diarrhoea*]. Dans les quelques situations où un autotraitement est encore prescrit, l'azithromycine est le premier choix (voir chapitre 11.1.2.2).
- Pour le traitement de la diarrhée aiguë due à des parasites, le plus souvent des amibes ou giardia, on utilise surtout les dérivés de l'imidazole (voir 11.3.3).
- Diarrhée chronique
  - Une diarrhée chronique demande une recherche étiologique. Les causes les plus fréquentes sont le syndrome de l'intestin irritable ou une maladie inflammatoire intestinale (voir 3.7).<sup>89</sup>
  - Dans le syndrome de l'intestin irritable avec diarrhée, quelques petites études ont montré une efficacité du loperamide.<sup>52</sup> Certains guidelines le recommandent, d'autres pas.<sup>50</sup>
- Traitement du syndrome carcinoïde
  - Dans le syndrome carcinoïde, la sécrétion de sérotonine est augmentée et stimule la motilité, la sécrétion et l'inflammation du tractus gastro-intestinal.
  - L'éthyle de télotristat, en association avec un analogue de la somatostatine, diminue la sécrétion de sérotonine et le nombre de selles chez les patients atteints de syndrome carcinoïde.<sup>90</sup>

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge de la diarrhée est la même que chez les personnes plus jeunes (voir rubrique "Positionnement").
- Les patients âgés sont plus à risque de déshydratation et de complications telles que troubles électrolytiques, hypotension, insuffisance rénale aiguë. Les facteurs de risque sont entre autres : la diminution de la sensation de soif, la démence (refus de s'hydrater), la polymédication (AINS, diurétiques...).
- Il faut toujours garder à l'esprit la possibilité d'une fausse diarrhée liée à la présence d'un fécalome.
- Le sigle "80+" à côté de certains médicaments indique qu'ils font partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

### 3.6.1. Charbon activé

#### Positionnement

- Le charbon activé est utilisé dans certaines intoxications (voir *Intro.7.1*).
- Certains guidelines déconseillent son usage dans les diarrhées.<sup>87</sup>

#### Indications (synthèse du RCP)

- Adjuvant au lavage gastrique en cas d'intoxication.
- Adjuvant en cas de diarrhée sévère nécessitant une réhydratation (mais voir rubrique "Positionnement").



## Grossesse et allaitement

- Le charbon activé peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge de la diarrhée est la même que chez les personnes plus jeunes (voir 3.6.).
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, leur rapport bénéfice/risque n'étant pas suffisamment documenté, en particulier chez la personne âgée.

## Interactions

- Le charbon actif (même utilisé à faible dose) est susceptible de diminuer l'absorption des contraceptifs oraux et des contraceptifs d'urgence au lévonorgestrel ou à l'ulipristal [voir *Folia de novembre 2021*].

## 3.6.2. Probiotiques et postbiotiques

### Positionnement

- Voir 3.6.
- L'efficacité des probiotiques et postbiotiques dans toutes sortes d'affections n'est pas clairement établie.<sup>91</sup>
- Pour certaines préparations, il existe quelques preuves d'un intérêt dans la prévention des infections à *Clostridium difficile* [voir *Folia de février 2016*] et dans la diarrhée induite par les antibiotiques.<sup>91</sup>
- De nombreux probiotiques et postbiotiques ne sont pas enregistrés comme médicaments et sont disponibles comme compléments alimentaires.

### Indications (synthèse du RCP)

- Prévention de la diarrhée liée à l'antibiothérapie à large spectre en cas de facteurs de risque de diarrhée à *Clostridium difficile*.
- Traitement de la diarrhée aiguë (en complément de la réhydratation).

### Contre-indications

- *Saccharomyces boulardii*: les malades dans un état critique et les patients immunodéprimés (en raison de cas d'infection systémique par *S. boulardii* chez ces patients).

## Grossesse et allaitement

- Selon le RCP, l'utilisation pendant la grossesse et l'allaitement est déconseillée (données insuffisantes).

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge de la diarrhée est la même que chez les personnes plus jeunes (voir 3.6.).
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, en raison d'un manque de données.

## 3.6.3. Freinateurs du transit intestinal

Le lopéramide, un dérivé des opioïdes augmente le tonus de l'intestin grêle et du côlon. Il diminue aussi le péristaltisme intestinal ainsi que la perte d'eau et d'électrolytes.

### Positionnement

- Voir 3.6.
- Dans la prise en charge de la diarrhée aiguë, les mesures de réhydratation restent le traitement de base, en particulier chez les jeunes enfants et les personnes âgées.<sup>66 67</sup>



- Dans le syndrome de l'intestin irritable avec diarrhée, quelques petites études ont montré une efficacité du lopéramide.<sup>52</sup> Certains guidelines le recommandent, d'autres pas.<sup>52 50</sup>

## Indications (synthèse du RCP)

- Traitement symptomatique de la diarrhée aiguë et de la diarrhée chronique.
- Diarrhée du voyageur sans tableau clinique de dysenterie (diarrhée sanglante avec fièvre et altération de l'état général).

## Contre-indications

- Enfants de moins de 2 ans; déconseillé chez les enfants de moins de 6 ans.
- Selles glaireuses ou sanguinolentes avec fièvre (dysenterie aiguë).
- Rectocolite hémorragique active.
- Entérocolite bactérienne à germes invasifs.
- Colite pseudomembraneuse liée à l'utilisation d'antibiotiques à large spectre.

## Effets indésirables

- Les enfants sont plus sensibles aux effets indésirables des freinateurs du transit intestinal.
- Constipation, ballonnements, nausées.
- Effet dépresseur central (p.ex. dépression respiratoire), céphalées, vertiges, troubles de la conscience et de la coordination.
- Rare: rétention urinaire, iléus paralytique, mégacôlon toxique, pancréatite, réaction d'hypersensibilité et éruption cutanée sévères, augmentation du tonus musculaire.
- En cas de surdosage, on peut utiliser la naloxone, un antagoniste des opioïdes (voir 8.4).

## Grossesse et allaitement

- Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi pendant la grossesse (données insuffisantes).
- Les données pour une utilisation brève pendant l'allaitement sont rassurantes.

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge de la diarrhée est la même que chez les personnes plus jeunes (voir 3.6).
- Le sigle "80+" à côté du lopéramide indique qu'il fait partie des sélections du *Formulaire de soins aux personnes âgées*. En cliquant sur ce sigle, vous accédez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.

## Interactions

- Le lopéramide est un substrat du CYP2C8, CYP3A4 et de la P-gp (voir Tableau 1c. dans Intro.6.3. et Tableau 1d. dans Intro.6.3.).

## Précautions particulières

- La prudence est conseillée en cas d'insuffisance hépatique (RCP).
- Des cas d'allongement de l'intervalle QT (y compris des torsades de pointes et décès) ont été rapportés en cas d'abus.

### 3.6.4. Antisécrétoires

Le racécadotril, un inhibiteur des enképhalinases (enzymes responsables de la dégradation de certains opioïdes endogènes), principalement au niveau de la muqueuse intestinale, diminue l'hypersécrétion intestinale.

## Positionnement

- Voir 3.6.



- Dans la prise en charge de la diarrhée aiguë, les mesures de réhydratation restent le traitement de base, en particulier chez les jeunes enfants et les personnes âgées. La place des antisécrotoires est très limitée [voir *Folia janvier 2018*].<sup>92 93</sup>
- Le racécadotril peut diminuer le nombre de selles mais son impact sur la nécessité d'une réhydratation n'est pas établi.<sup>92 94</sup>

### **Indications (synthèse du RCP)**

- Traitement symptomatique de la diarrhée aiguë chez l'adulte et, uniquement en association avec une réhydratation orale, chez l'enfant.

### **Contre-indications**

- Selles glaireuses ou sanguinolentes avec fièvre (dysenterie aiguë).

### **Effets indésirables**

- Céphalées, rash, angioœdème.

### **Grossesse et allaitement**

- Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi pendant la grossesse (données insuffisantes).
- Les données concernant une utilisation brève pendant l'allaitement sont rassurantes.

### **Patients âgés**

- Chez les patients âgés, la prise en charge de la diarrhée est la même que chez les personnes plus jeunes (voir 3.6.).
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, leur rapport bénéfice/risque n'étant pas suffisamment documenté, en particulier chez la personne âgée.

### **Interactions**

- L'usage concomitant avec un IECA est à déconseiller en raison du risque accru d'angioœdème [voir *Folia de janvier 2018*].

### **3.6.5. Inhibiteurs de la sécrétion de sérotonine**

L'éthyle de télotristat inhibe la sécrétion de sérotonine qui est responsable des troubles gastro-intestinaux du syndrome carcinoïde (augmentation de la fréquence des selles et diarrhées).

### **Positionnement**

- Dans le syndrome carcinoïde, la sécrétion de sérotonine est augmentée et stimule la motilité, la sécrétion et l'inflammation du tractus gastro-intestinal.
- Des études cliniques ont montré une diminution de la sécrétion de sérotonine et du nombre de selles chez des patients atteints de syndrome carcinoïde, en association avec un analogue de la somatostatine.<sup>90</sup>

### **Indications (synthèse du RCP)**

- Traitement de la diarrhée du syndrome carcinoïde de l'adulte, en association avec un analogue de la somatostatine (ASS), en cas de contrôle insuffisant avec un ASS.

### **Effets indésirables**

- Douleurs abdominales, nausées, flatulences, diminution d'appétit, céphalées, œdèmes périphériques, fièvre, fatigue et élévation des  $\gamma$ GT.

### **Grossesse et allaitement**

- Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi pendant la grossesse et l'allaitement



(données insuffisantes).

### **Patients âgés**

- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, parce qu'ils concernent une prise en charge qui n'est pas courante en première ligne de soins.

### **3.6.6. Papaver somniferum**

Le Papaver somniferum est de la teinture d'opium brut. Ses propriétés sont celles de la morphine.

#### **Positionnement**

- Voir 3.6.
- La constipation est un effet indésirable connu de la morphine. Le papaver somniferum a comme indication dans le RCP le traitement de la diarrhée sévère et réfractaire de l'adulte. Il n'y a pas d'étude spécifique étayant cette indication. Son utilisation expose aux effets indésirables des opioïdes, en particulier le risque d'addiction, favorisé par la forme liquide du médicament. La teinture est soumise à la réglementation des "stupéfiants". Le traitement doit être initié sous la supervision d'un spécialiste [voir *Folia d'octobre 2023*].

#### **Indications (synthèse du RCP)**

- Diarrhée sévère de l'adulte, après échec d'autres traitements.

#### **Contre-indications**

- Voir 8.3.
- Le Dropizole® gouttes contient de l'éthanol. Le RCP déconseille l'utilisation concomitante avec le disulfirame ou le métronidazole (risque d'effet disulfirame).

#### **Effets indésirables**

- Voir 8.3.

#### **Grossesse et allaitement**

- Voir 8.3.

### **Patients âgés**

- Les patients âgés sont très sensibles aux effets indésirables des opioïdes (voir rubrique "*Positionnement*" et 8.3.).
- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable.

#### **Interactions**

- Voir 8.3.

#### **Précautions particulières**

- Voir 8.3.

## **3.7. Affections inflammatoires du tube digestif**

#### **Positionnement**

- Rectocolite hémorragique
  - En cas d'atteinte légère, les 5-aminosalicylates (par voie orale ou rectale) sont utilisés sur base



- d'études cliniques. Ils peuvent être poursuivis comme traitement d'entretien.<sup>95</sup>
- En cas d'atteinte sévère, des corticostéroïdes sont temporairement instaurés<sup>96</sup> et diminués progressivement dans un délai de 3 mois.<sup>97</sup>
  - Un traitement d'entretien peut être instauré pour prévenir les récurrences, avec des 5-aminosalicylates, un immunosuppresseur (azathioprine), ou un agent biologique tel qu'un inhibiteur du TNF (adalimumab, infliximab, golimumab, voir 12.3.2.1.), ou le védolizumab (voir 12.3.2.7.9).<sup>96</sup>
  - Le filgotinib, le tofacitinib, l'upadacitinib (voir 12.3.2.5.), le guselkumab, le mirikizumab, l'ustékinumab et le risankizumab (voir 12.3.2.2.) et l'ozanimod (voir 12.3.2.4.7), l'étrasimod (voir 12.3.2.7.6.) peuvent être utilisés chez les patients insuffisamment contrôlés ou qui présentent une intolérance ou une contre-indication aux autres traitements.<sup>96 98</sup>
  - Maladie de Crohn<sup>99</sup>
    - Lors d'une exacerbation aiguë de la maladie de Crohn, les corticostéroïdes sont administrés par voie orale, rectale ou intraveineuse.<sup>100</sup>
    - Chez les enfants, le traitement pour induire une rémission est l'alimentation entérale exclusive (apport de nutriments sous forme liquide par sonde naso-gastrique ou gastrostomie).<sup>101</sup>
    - Les corticostéroïdes sont instaurés en même temps qu'un traitement d'entretien<sup>102</sup>, qui consiste en un immunosuppresseur (la mercaptopurine ou l'azathioprine), du méthotrexate à faibles doses ou des agents biologiques tels que les inhibiteurs du TNF (adalimumab, infliximab, voir 12.3.2.1.) et les anticorps monoclonaux humanisés upadacitinib (voir 12.3.2.5.), guselkumab, mirikizumab, ustékinumab (voir 12.3.2.2.5.), risankizumab (voir 12.3.2.2.8.) et védolizumab (voir 12.3.2.7.9).<sup>100 103</sup>
    - Chez les patients atteints de la maladie de Crohn, les 5-aminosalicylates n'ont pas démontré leur efficacité, même si l'indication est reprise dans le RCP.<sup>100</sup>
  - Oesophagite à éosinophiles
    - Le budésonide orodispersible et le dupilumab (voir 12.3.2.2.2.) ont cette indication dans le RCP.<sup>104</sup>

### Précautions particulières

- Chez les patients atteints d'une affection inflammatoire de l'intestin, il convient d'utiliser les AINS avec prudence étant donné que ces médicaments peuvent aggraver l'affection.

### 3.7.1. Corticostéroïdes

#### Positionnement

- Voir 3.7.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Béclométhasone: rectocolite hémorragique, thérapie adjuvante pendant la phase active.
- Budésonide:
  - Maladie de Crohn de l'iléon et du colon ascendant : traitement d'induction et d'entretien
  - Colite microscopique
  - Hépatite auto-immune non cirrhotique de l'adulte
  - Formes rectales: rectocolite hémorragique (du rectum au colon descendant).
- Budésonide orodispersible: oesophagite à éosinophiles de l'adulte.

#### Contre-indications

- Voir 5.5.
- Sur le site Web [genesmiddelenbijlevercirrose.nl](http://genesmiddelenbijlevercirrose.nl), le budésonide est considéré comme "à éviter" en cas de cirrhose hépatique.

#### Effets indésirables

- Voir 5.5.



- L'absorption rectale des corticostéroïdes est limitée mais des effets indésirables systémiques ne peuvent être exclus en cas d'utilisation prolongée et/ou de doses élevées.

## Grossesse et allaitement

- Voir 5.5.

## Patients âgés

- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, parce qu'ils concernent une prise en charge qui n'est pas courante en première ligne de soins.

## Interactions

- Voir 5.5.

## Précautions particulières

- Voir 5.5.

### 3.7.2. Sulfasalazine

La sulfasalazine est un composé azoïque de la mésalazine (acide aminosalicylique) et de la sulfapyridine. La mésalazine, responsable de l'effet sur la muqueuse intestinale, est libérée dans le côlon à partir de la sulfasalazine sous l'influence de la flore intestinale.

## Positionnement

- Voir 3.7.

## Indications (synthèse du RCP)

- Rectocolite hémorragique.
- Maladie de Crohn (mentionnée dans le RCP, mais voir 3.7).
- Arthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante (voir 9.2).

## Contre-indications

- Allergie aux sulfamidés ou à l'acide acétylsalicylique.
- Enfants de moins de 2 ans.

## Effets indésirables

- Nausées, vomissements, rash et parfois réactions cutanées sévères (p.ex. syndrome de Stevens-Johnson), DRESS syndrome.
- Troubles hématologiques tels que thrombopénie et leucopénie.
- Oligospermie réversible.
- Rare: néphrotoxicité.

## Grossesse et allaitement

- Les données d'utilisation pendant la grossesse et l'allaitement sont rassurantes.
- Selon nos sources standard, bien que la sulfasalazine soit un antagoniste de l'acide folique, l'utilisation d'une dose plus élevée d'acide folique pendant la grossesse chez les femmes prenant de la sulfasalazine n'est plus recommandée (voir 14.2.2.6.).

## Patients âgés

- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, parce qu'ils concernent une prise en charge qui n'est pas courante en première ligne de soins.



## Précautions particulières

- Un contrôle régulier de la formule sanguine et des fonctions hépatiques et rénales est indiqué, surtout lors de traitements prolongés.
- Risque d'anémie hémolytique en cas de déficit en G6PD.

### 3.7.3. Mésalazine

La mésalazine (acide aminosalicylique), le métabolite actif de la sulfasalazine, est responsable de l'effet sur la muqueuse intestinale.

#### Positionnement

- Voir 3.7.

#### Indications (synthèse du RCP)

- Rectocolite hémorragique.
- Maladie de Crohn.

#### Contre-indications

- Allergie à l'acide acétylsalicylique.
- Insuffisance rénale sévère; insuffisance hépatique sévère (RCP).

#### Effets indésirables

- Les effets indésirables sont ceux de la sulfasalazine (voir 3.7.2.), mais certains sont moins fréquents (entre autres, moins d'influence sur la qualité du sperme).
- Lithiases urinaires.

#### Grossesse et allaitement

- Les données d'utilisation pendant la grossesse et l'allaitement sont rassurantes.

#### Patients âgés

- Aucun médicament de ce groupe ne figure dans le *Formulaire de soins aux personnes âgées*, parce qu'ils concernent une prise en charge qui n'est pas courante en première ligne de soins.

#### Précautions particulières

- Un contrôle régulier de la formule sanguine et des fonctions hépatiques et rénales est indiqué, surtout lors de traitements prolongés.
- Selon le RCP, les patients doivent être informés des signes et symptômes d'hypertension intracrânienne: céphalées sévères ou récurrentes, troubles visuels, acouphènes.

## 3.8. Pathologie anale

### 3.8.1. Médicaments contre les hémorroïdes

#### Positionnement

- Il y a un lien entre la constipation, retarder le moment d'aller aux toilettes ou les efforts de poussée et l'apparition d'hémorroïdes.<sup>79</sup>
- Les médicaments n'occupent qu'une place limitée dans le traitement des hémorroïdes. Il est très important de prévenir la constipation et la diarrhée. En cas de plaintes persistantes, on aura recours à la sclérose, la coagulation par infrarouge, la ligature ou à une intervention chirurgicale.<sup>105</sup>
- Les préparations à usage local reprises ci-dessous contiennent un anesthésique et un corticostéroïde.



Leur intérêt thérapeutique n'est pas établi et elles ne sont pas exemptes d'effets indésirables (entre autres des réactions d'hypersensibilité).<sup>105 79</sup>

- Les corticostéroïdes peuvent provoquer une atrophie muco-cutanée en cas d'utilisation prolongée. La résorption du corticostéroïde ne peut être exclue, ce qui est surtout important en cas d'utilisation prolongée et pendant la grossesse.
- Un certain nombre de médicaments à usage systémique ont aussi l'indication traitement symptomatique des hémorroïdes dans le RCP et sont repris au point 1.11.. Des données de faible qualité méthodologique indiquent un effet possible sur le prurit et les saignements.<sup>106</sup>

### Indications (synthèse du RCP)

- Traitement symptomatique des hémorroïdes.
- Eczéma et prurit anal.

### Contre-indications

- Corticostéroïdes: voir 15.2., anesthésie locale: voir 18.2.

### Effets indésirables

- Corticostéroïdes: voir 15.2., anesthésie locale: voir 18.2.

### Grossesse et allaitement

- Corticostéroïdes: voir 15.2., anesthésie locale: voir 18.2.

### Patients âgés

- Chez les patients âgés, la prise en charge des hémorroïdes est la même que chez les patients plus jeunes (voir rubrique "Positionnement").
- Tout saignement rectal récent chez la personne âgée doit être considéré comme un signal d'alarme.
- Pour le traitement de la douleur liée aux hémorroïdes, les médicaments suivants, disponibles uniquement en préparations magistrales, sont sélectionnés par *Formulaire de soins aux personnes âgées*, **En cliquant sur le lien, vous accédez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.**
  - Crème lipophile à base de lidocaïne 3%
  - Crème lipophile à base de lidocaïne 3% et oxyde de zinc 5%

### Interactions

- Corticostéroïdes: voir 15.2., anesthésie locale: voir 18.2.

### Précautions particulières

- Corticostéroïdes: voir 15.2., anesthésie locale: voir 18.2.

## 3.8.2. Médicaments contre les fissures anales

### Positionnement

- Il y a un lien entre la fréquence de défécation et l'apparition de fissures anales. Tant la constipation que la diarrhée peuvent être des causes.<sup>107 79</sup> L'utilisation prolongée de produits locaux tels que lingettes, pommades, peut provoquer de l'eczéma ou du prurit qui sont aussi liés à l'apparition de fissures ou d'hémorroïdes.<sup>79</sup>
- Pour la prise en charge de la constipation et de la diarrhée, voir 3.5. et 3.6..
- Le traitement de la constipation par l'augmentation de l'apport en fibres est efficace pour prévenir l'apparition de fissures.<sup>79</sup>
- Les mesures non-médicamenteuses suivantes sont habituellement proposées, sans preuve d'efficacité: bains de siège, évitement du café, des boissons gazeuses, de l'alcool, des épices.<sup>79 107</sup>



- Les dérivés nitrés et le diltiazem par voie locale ont montré une efficacité sur la douleur et la guérison. Le diltiazem expose à moins de céphalées que la nitroglycérine.<sup>107 79</sup>
- Les traitements locaux suivants sont proposés dans les guidelines.<sup>107 79</sup>
  - Anesthésiques locaux: lidocaïne 5% (*voir 18.2.*) ou sous forme de préparation magistrale (FTM: lidocaïne 3% ou lidocaïne 3% - oxyde de zinc 5%).
  - La nitroglycérine sous forme de pommade à usage anal.
  - Le diltiazem (préparation magistrale à 2%, *voir Fiche diltiazem local*).
- Une prise en charge chirurgicale peut être nécessaire en cas de fissures réfractaires.<sup>107</sup>

## Indications (synthèse du RCP)

- Traitement symptomatique des douleurs liées aux fissures anales.

## Contre-indications

- Nitroglycérine
  - Hypotension, problème circulatoire cérébral ou cardiaque.
  - Migraine, anémie sévère, glaucome.

## Effets indésirables

- Nitroglycérine
  - Fréquents: céphalées, vertiges, nausées.
  - Hypotension (*voir 1.2.1.*).
- Diltiazem
  - Fréquent: prurit.

## Grossesse et allaitement

- Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de la nitroglycérine et du diltiazem par voie rectale pendant la grossesse et l'allaitement (données insuffisantes).

## Patients âgés

- Chez les patients âgés, les mesures de prévention et hygiéno-diététiques pour la prise en charge des fissures anales sont les mêmes que chez les personnes plus jeunes (*voir rubrique "Positionnement"*).
- Les médicaments suivants, disponibles uniquement en préparations magistrales, sont sélectionnés par le *Formulaire de soins aux personnes âgées*. **En cliquant sur le lien, vous accédez aux détails expliquant ce choix dans la fiche médicamenteuse.**
  - *Crème lipophile à base de lidocaïne 3%*
  - *Crème lipophile à base de lidocaïne 3% et oxyde de zinc 5%*
  - *Crème à base de diltiazem 2%*

## Interactions

- Nitroglycérine
  - Risque d'hypotension en cas d'association avec d'autres vasodilatateurs. En particulier, hypotension sévère en cas d'association à des inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5, d'autres dérivés nitrés ou de riociguat.

## Précautions particulières

- Nitroglycérine
  - Prudence en cas d'insuffisance hépatique ou rénale sévère.
  - Prudence en cas de facteurs de risque d'hypotension ou de troubles cardiaques



## Liste des références

1. **Hooymans C.**, *Maagklachten (M36)*, NHG, 2025
2. **error : authors is missing**, *Peptic ulcer disease*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/80> (consulté le 2025-07-30)
3. **NHG**, *NHG-Standaard Maagklachten*, <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/maagklachten#volledige-tekst> (consulté le 2021-09-01)
4. **BMJ Best Practice**, *Peptic ulcer disease>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000205/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-04)
5. **BMJ Best Practice**, *Gastro-oesophageal reflux disease>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/82/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-04)
6. **Almadi Majid A. ; Lu Yidan ; Alali Ali A. ; Barkun Alan N.**, *Peptic ulcer disease*, *The Lancet*, 2024, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00155-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00155-7)
7. **BMJ Best Practice**, *Peptic ulcer disease>Theory*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000205/aetiology> (consulté le 2024-06-04)
8. **BMJ Best Practice**, *Peptic ulcer disease>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000205/prevention> (consulté le 2024-06-04)
9. **Garegnani L. ; Oltra G. ; Burgos M. A. ; Ivaldi D. ; Varela L. B. ; Díaz Menai S. ; Puga-Tejada M. ; Escobar Liquitay C. M. ; Franco J. V. A.**, *Proton pump inhibitors for the prevention of non-steroidal anti-inflammatory drug-induced ulcers and dyspepsia*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014585.pub2>
10. **De Jongh E. ; De Wit N.J. ; Numans M. E. ; Et al.**, *Preventie van maagcomplicaties door medicijngebruik*, NHG, 2021
11. **Dynamed**, *Peptic Ulcer Disease>Epidemiology>Risk Factors*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/peptic-ulcer-disease#RISK\\_FACTORS](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/peptic-ulcer-disease#RISK_FACTORS) (consulté le 2024-06-04)
12. **Dynamed**, *Prevention of NSAID-induced Gastrointestinal Toxicity*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/prevention/prevention-of-nsaid-induced-gastrointestinal-toxicity> (consulté le 2024-03-18)
13. **Yuan JQ**, *Systematic Review With Meta-Analysis: The Gastrointestinal Benefits of COX-2 Selective Inhibitors With Concomitant Use of Low-Dose Aspirin.*, *Aliment Pharmacol Ther*, 2016
14. **Dynamed**, *Prevention of NSAID-induced Gastrointestinal Toxicity>Risk Factors*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/prevention/prevention-of-nsaid-induced-gastrointestinal-toxicity#GUID-95B001FB-1E8C-4A81-9406-79D1FE6A2DCE> (consulté le 2024-06-04)
15. **Dynamed**, *Prevention of NSAID-induced Gastrointestinal Toxicity>Prevention of NSAID-induced Upper Gastrointestinal Damage>Proton pump inhibitor coadministration*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/prevention/prevention-of-nsaid-induced-gastrointestinal-toxicity#PROTON\\_PUMP\\_INHIBITOR\\_COADMINISTRATION](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/prevention/prevention-of-nsaid-induced-gastrointestinal-toxicity#PROTON_PUMP_INHIBITOR_COADMINISTRATION) (consulté le 2024-06-04)
16. **Komen Joris ; Pottegård Anton ; Hjerdahl Paul ; Mantel-Teeuwisse Aukje K ; Wettermark Björn ; Hellfritsch Maja ; Hallas J ; Herings Ron ; Smits Lisa ; Forslund Thomas ; Klungel Olaf**, *Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants, proton pump inhibitors and gastrointestinal bleeds.*, *Heart*, 2022, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34340993>
17. **BMJ Best Practice**, *Peptic ulcer disease>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000205/management-recommendations> (consulté le 2024-06-04)
18. **BMJ Best Practice**, *Peptic ulcer disease>resources*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000205/evidence> (consulté le 2024-06-04)
19. **Dynamed**, *Helicobacter pylori Infection>Management>Management Overview*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/helicobacter-pylori-infection-16#TREATMENT\\_OVERVIEW](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/helicobacter-pylori-infection-16#TREATMENT_OVERVIEW) (consulté le 2024-06-04)



20. **Dynamed**, *Helicobacter pylori Infection>Management>Efficacy of Medication Regimens>Sequential Therapy*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/helicobacter-pylori-infection-16#SEQUENTIAL\\_THERAPY](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/helicobacter-pylori-infection-16#SEQUENTIAL_THERAPY) (consulté le 2024-06-04)
21. **Dynamed**, *Helicobacter pylori Infection>History and Physical>History>Past Medical History (PMH)*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/helicobacter-pylori-infection-16#PAST\\_MEDICAL\\_HISTORY\\_\\_PMH](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/helicobacter-pylori-infection-16#PAST_MEDICAL_HISTORY__PMH) (consulté le 2024-06-04)
22. **Hawkey Chris ; Avery Anthony ; Coupland Carol A. C. ; Crooks Colin ; Dumbleton Jennifer ; Hobbs F. D. Richard ; Kendrick Denise ; Moore Michael ; Morris Clive ; Rubin Gregory ; Smith Murray ; Stevenson Diane ; Mant David C. A. ; Ford Alexander C. ; Macdonald Thomas M. ; Bradburn Mike ; Klauza Claire A. ; Shone Angela ; Logan Richard F. A. ; Deeks Jonathan J. ; McColl Kenneth E. L. ; Goddard Andrew F. ; Stevens Richard ; Sami Sarned ; Haughney John ; Cupples Margaret E. ; Morar Monique ; O'Brien Wendy**, *Helicobacter pylori eradication for primary prevention of peptic ulcer bleeding in older patients prescribed aspirin in primary care (HEAT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial*, *The Lancet*, 2022, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01843-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01843-8)
23. **error : authors is missing**, *Gastro-oesophageal reflux disease*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/82> (consulté le 2025-01-28)
24. **BMJ Best Practice**, *Gastro-oesophageal reflux disease>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/82/treatment-algorithm?q=Gastro-oesophageal%20reflux%20disease&c=suggested> (consulté le 2024-06-04)
25. **NICE**, *Nice Guideline>Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management*, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg184/chapter/Recommendations#interventions-for-gord> (consulté le 2019-10-18)
26. **Dynamed**, *Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)>Management>Other medications>Antacids*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/gastroesophageal-reflux-disease-gerd#PROMOTILITY\\_AGENTS](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/gastroesophageal-reflux-disease-gerd#PROMOTILITY_AGENTS) (consulté le 2024-06-05)
27. **BMJ Best Practice**, *BMJ Best Practice>Gastro-oesophageal reflux disease>Management>Approach*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/82/management-approach> (consulté le 2024-12-09)
28. **BMJ Best Practice**, *Barrett's oesophagus>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/466/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-04)
29. **Sharma Prateek**, *Barrett Esophagus: A Review*, *JAMA*, 2022, <https://doi.org/10.1001/jama.2022.13298>  
[https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2795263/jama\\_sharma\\_2022\\_rv\\_220013\\_1660585212.14221.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2795263/jama_sharma_2022_rv_220013_1660585212.14221.pdf)
30. **Dynamed**, *Barrett Esophagus>Management*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/barrett-esophagus#GUID-9D7F1E6A-9B20-4B80-AB1A-85591F06B8EF> (consulté le 2024-07-03)
31. **NICE**, *Barrett's oesophagus and stage 1 oesophageal adenocarcinoma: monitoring and management*, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng231> (consulté le 2023-02-08)
32. **BMJ Best Practice**, *Assessment of dyspepsia*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/769?q=Assessment%20of%20dyspepsia&c=suggested> (consulté le 2024-07-11)
33. **Moayyedi Paul ; Lacy Brian E ; Andrews Christopher N ; Enns Robert A ; Howden Colin W ; Vakil Nimish**, *ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia.*, *Am J Gastroenterol*, 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28631728>
34. **BMJ Best Practice**, *Disorders of infant feeding>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/883/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-05)
35. **Prescrire Rédaction**, *Reflux gastro-œsophagien chez un nourrisson : des recommandations bienvenues pour éviter une surmédicalisation*, *La Revue Prescrire*, 2025
36. **Tighe M. P. ; Andrews E. ; Liddicoat I. ; Afzal N. A. ; Hayen A. ; Beattie R. M.**, *Pharmacological treatment of gastro-oesophageal reflux in children*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37635269>
37. **Worst Pills Best Pills**, *Long-Term Risks with the Use of Proton Pump Inhibitors*, *Worst Pills Best Pills*, 2024
38. **Soliman Ahmed I. ; Wactawski-Wende Jean ; Millen Amy E. ; Gray Shelly L. ; Eaton Charles B. ; Hovey**



- Kathleen M. ; Andrews Chris A. ; Shadyab Aladdin H. ; Haring Bernhard ; Saquib Nazmus ; Johnson Karen C. ; Allison Matthew ; Manson JoAnn E. ; LaMonte Michael J.,** *Proton Pump Inhibitor Use and Incident Cardiovascular Disease in Older Postmenopausal Women*, J Am Geriatr Soc, 2024, <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.19326>
39. **Molano J. R. V.,** *Proton-Pump Inhibitors and Dementia Risk*, NEJM J Watch, 2023
40. **Northuis Carin A ; Bell Elizabeth J ; Lutsey Pamela L ; George Kristen M ; Gottesman Rebecca F ; Mosley Tom H ; Whitsel Eric A ; Lakshminarayan Kamakshi,** *Cumulative Use of Proton Pump Inhibitors and Risk of Dementia: The Atherosclerosis Risk in Communities Study.*, Neurology, 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37558503>
41. **Pourhadi Nelsan ; Janbek Janet ; Jensen-Dahm Christina ; Gasse Christiane ; Laursen Thomas Munk ; Waldemar Gunhild,** *Proton pump inhibitors and dementia: A nationwide population-based study.*, Alzheimers Dement, 2024, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37795826>
42. **Rédaction Prescrire,** *Surprescription d'IPP : mortalité et morbidité accrues*, La Revue Prescrire, 2025
43. **Prescrire Rédaction,** *IPP au long cours : surcroît de cancers gastriques et de récidives*, La Revue Prescrire, 2025
44. **DynaMed,** *Postpartum Hemorrhage>Overview and Recommendations>Management*, <https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/postpartum-hemorrhage> (consulté le 2024-11-08)
45. **DynaMed,** *Induced Abortion*, <https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/procedure/induced-abortion#GUID-E9FA26E0-3169-4E2D-875C-E149E47B68A5> (consulté le 2024-11-27)
46. **DynaMed,** *First Trimester Pregnancy Loss*, 2024, <https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/first-trimester-pregnancy-loss>
47. **BMJ Best Practice,** *Miscarriage>Management>Approach*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/666/management-approach> (consulté le 2024-12-09)
48. **Dynamed,** *Labor Induction*, <https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/management/labor-induction> (consulté le 2023-11-11)
49. **Dynamed,** *Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)>Management>Other medications>Antacids*, <https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/gastroesophageal-reflux-disease-gerd#ANTACIDS> (consulté le 2024-06-05)
50. **BMJ Best Practice,** *Irritable bowel syndrome*, BMJ Best Practice, 2025, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/122?q=Irritable%20bowel%20syndrome&c=>
51. **Weerts Zsa Zsa R. M.,** *Efficacy and Safety of Peppermint Oil in a Randomized, Double-Blind Trial of Patients With Irritable Bowel Syndrome*, Gastroenterology, 2020
52. **NHG-Werkgroep,** *NHG-Standaard- Prikkelbaredarmsyndroom*, NHG-Standaard, 2022
53. **Madisch Ahmed,** *Menthacarin, a Proprietary Peppermint Oil and Caraway Oil Combination, Improves Multiple Complaints in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Dig Dis, 2022
54. **BMJ Best Practice,** *Nephrolithiasis>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000101/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-05)
55. **Dynamed,** *Abdominal Bloating and Excessive Gas - Approach to the Patient>Management>Management Overview*, [https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/approach-to/abdominal-bloating-and-excessive-gas-approach-to-the-patient#TOPIC\\_QQS\\_3WV\\_LSB](https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/approach-to/abdominal-bloating-and-excessive-gas-approach-to-the-patient#TOPIC_QQS_3WV_LSB) (consulté le 2024-06-05)
56. **DynaMed,** *Gallstones>Overview and Recommendations>Management*, [https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/gallstones#OVERVIEW\\_MANAGEMENT](https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/gallstones#OVERVIEW_MANAGEMENT) (consulté le 2024-03-12)
57. **BMJ Best Practice,** *Cholelithiasis (gallstones)>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000206/prevention> (consulté le 2024-06-05)
58. **BMJ Best Practice,** *Primary biliary cholangitis>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/344/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-05)
59. **DynaMed,** *Primary Biliary Cholangitis (PBC)>Management>Medications>Ursodeoxycholic Acid (UDCA, Ursodiol)*, [https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/primary-biliary-cholangitis-pbc#URSOEXOXYCHOLIC\\_ACID\\_UDCA\\_URSODIOL\\_](https://www.dynamed-com.gateway2.cdhlh.be/condition/primary-biliary-cholangitis-pbc#URSOEXOXYCHOLIC_ACID_UDCA_URSODIOL_) (consulté le 2024-10-08)
60. **Dynamed,** *Primary Biliary Cholangitis (PBC)>Management>Conservative Management*, <https://www.dynamed-com>



- com.gateway2.cdhl.be/condition/primary-biliary-cholangitis-pbc#URSOXOXYCHOLIC\_ACID\_UDCA\_URSODIOL (consulté le 2024-06-05)
61. **BMJ Best Practice**, *Primary Sclerosing Cholangitis>Management>Approach*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/847/management-approach> (consulté le 2024-12-09)
  62. **Saffioti Francesca ; Gurusamy Kurinchi Selvan ; Hawkins Neil ; Toon Clare D ; Tsochatzis Emmanuel ; Davidson Brian R ; Thorburn Douglas**, *Pharmacological interventions for primary sclerosing cholangitis: an attempted network meta-analysis.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28417463>
  63. **BMJ Best Practice**, *Intrahepatic cholestasis of pregnancy>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/800/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-06)
  64. **EMA**, *Silybi mariani fructus - herbal medicinal product*, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/silybi-mariani-fructus> (consulté le 2024-12-09)
  65. **DynaMed**, *Nausea and Vomiting in Adults>Overview and Recommendations>Evaluation*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/nausea-and-vomiting-in-adults> (consulté le 2024-01-05)
  66. **BMJ Best Practice**, *Viral gastroenteritis in children*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/794/treatment-algorithm> (consulté le 2024-02-22)
  67. **BMJ Best Practice**, *Viral gastroenteritis in adults*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000126/treatment-algorithm> (consulté le 2022-05-09)
  68. **Fedorowicz Zbys ; Jagannath Vanitha A ; Carter Ben**, *Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901699>
  69. **BMJ Best Practice**, *Viral gastroenteritis in adults>Management>Recommendations*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000126/management-recommendations> (consulté le 2024-12-09)
  70. **DynaMed**, *Rotavirus Gastroenteritis>Management>Medications>Antiemetics*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/rotavirus-gastroenteritis#ANTIEMETICS> (consulté le 2023-10-26)
  71. **Dynamed**, *Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) in Adults>Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting>Recommendations From Professional Organizations*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/postoperative-nausea-and-vomiting-ponv-in-adults#RECOMMENDATIONS> (consulté le 2024-06-06)
  72. **error : authors is missing**, *Postoperatieve pijn*, 2024, [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/postoperatieve\\_pijn/startpagina\\_-\\_postoperatieve\\_pijn.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/postoperatieve_pijn/startpagina_-_postoperatieve_pijn.html)
  73. **Dynamed**, *Nausea and Vomiting in Palliative Care Patients>Management*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/nausea-and-vomiting-in-palliative-care-patients#GUID-F5873975-E7C1-4944-8313-FB753C60B735> (consulté le 2024-06-06)
  74. **Dynamed**, *Oral and Gastrointestinal Toxicities of Chemotherapeutic Agents>Nausea and Vomiting>Management of Nausea and Vomiting>Recommendations for Prophylactic Antiemetics*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/oral-and-gastrointestinal-toxicities-of-chemotherapeutic-agents#RECOMMENDATIONS\\_FOR\\_PROPHYLACTIC\\_ANTIEMETICS](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/oral-and-gastrointestinal-toxicities-of-chemotherapeutic-agents#RECOMMENDATIONS_FOR_PROPHYLACTIC_ANTIEMETICS) (consulté le 2024-06-06)
  75. **Dynamed**, *Breastfeeding>Management of Problems>Low Milk Volume>Effects of Medications and Supplements*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/breastfeeding#LOW\\_MILK\\_VOLUME](https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/breastfeeding#LOW_MILK_VOLUME) (consulté le 2024-06-06)
  76. **Rédaction Prescrire**, *Dompéridone, métoclopramide et autres neuroleptiques à visée antiémétique : syndromes parkinsoniens*, *La Revue Prescrire*, 2024
  77. **DynaMed**, *Domperidone>Toxicology>Clinical Effects*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdhl.be/condition/domperidone#GUID-2FE127B7-F4DE-4592-93D9-785F8D6C382C> (consulté le 2024-12-16)
  78. **Martindale**, *Domperidone*, <https://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.DoIntegratedSearch?navitem=topHome&isToolPage=true#close> (consulté le 2024-12-16)
  79. **NHG-Werkgroep**, *NHG-Standaard- Rectaal bloedverlies*, <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/rectaal->



- bloedverlies (consulté le 2024-05-01)
80. **BMJ Best Practice**, *Constipation>Management>Approach*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/154/management-approach> (consulté le 2024-12-09)
  81. **Every-Palmer S. ; Newton-Howes G. ; Clarke M. J.**, *Pharmacological treatment for antipsychotic-related constipation*, Cochrane Database Syst Rev, 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28116777>
  82. **NHG-Werkgroep**, *NHG-Standaard-Obstipatie*, NHG-Standaard, 2010
  83. **BMJ Best Practice**, *Constipation*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/154/management-approach> (consulté le 2025-07-08)
  84. **BMJ Best Practice**, *Palliative care>Details*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1020/details> (consulté le 2025-10-23)
  85. **BMJ Best Practice**, *Constipation>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/154/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-06)
  86. **Dynamed**, *Management of Constipation in Older Adults>Recommendations From Professional Organizations*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/management/management-of-constipation-in-older-adults#GUID-11F5DB83-4D46-445D-A112-AA37EB3229EA> (consulté le 2024-06-10)
  87. **error : authors is missing**, *NHG-Standaard-Acute diarrhea* (consulté le 2024-05-01)
  88. **BMJ Best Practice**, *Toxic colitis and toxic megacolon>Theory*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/879/aetiology> (consulté le 2024-06-10)
  89. **BMJ Best Practice**, *Assessment of chronic diarrhoea*, BMJ Best Practice, 2023
  90. **BMJ Best Practice**, *Carcinoid syndrome>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/296/management-approach> (consulté le 2024-06-10)
  91. **Dynamed**, *Probiotics*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/drug-review/probiotics> (consulté le 2024-06-10)
  92. **Dynamed**, *Acute diarrhea in adults> Acute Diarrhea in Adults>Management>Antidiarrheal Medications>Racecadotril*, *Acute diarrhea in adults*&gt; *Acute Diarrhea in Adults*&gt; *Management*&gt; *Antidiarrheal Medications*&gt; *Racecadotril* (consulté le 2024-06-10)
  93. **Dynamed**, *Management of Acute Diarrhea in Children>Adjunctive Medications*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/management/management-of-acute-diarrhea-in-children#RACECADOTRIL> (consulté le 2024-06-10)
  94. **Liang Yi ; Zhang Lingli ; Zeng Linan ; Gordon Morris ; Wen Jin**, *Racecadotril for acute diarrhoea in children.*, Cochrane Database Syst Rev, 2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31858591>
  95. **BMJ Best practice**, *Ulcerative colitis>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/43/management-approach> (consulté le 2024-06-10)
  96. **BMJ Best Practice**, *Ulcerative colitis>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/43/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-10)
  97. **DynaMed**, *Ulcerative Colitis in Adults>Overview and Recommendations>Management*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/ulcerative-colitis-in-adults#MANAGEMENT\\_RECOMMENDATIONS](https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/ulcerative-colitis-in-adults#MANAGEMENT_RECOMMENDATIONS) (consulté le 2024-09-30)
  98. **BMJ Best Practice**, *Ulcerative colitis>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/43/emergingtxs> (consulté le 2024-06-10)
  99. **Dolinger Michael ; Torres Joana ; Vermeire Severine**, *Crohn's disease*, The Lancet, 2024, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02586-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02586-2)<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673623025862?via%3Dihub>
  100. **BMJ Best practice**, *Crohn's disease>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/42/treatment-algorithm?q=Crohn%27s%20disease&c=suggested> (consulté le 2024-06-10)
  101. **Dynamed**, *Crohn Disease in Children>Overview and Recommendations>Management*, [https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/crohn-disease-in-children#OVERVIEW\\_MANAGEMENT](https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/crohn-disease-in-children#OVERVIEW_MANAGEMENT) (consulté le 2024-06-10)
  102. **DynaMed**, *Crohn Disease in Adults>Management>Induction of Remission for Crohn Disease*, <https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/crohn-disease-in-adults#GUID-32FA9C2D-9A35-4D95-8FCD->



- 06B67C71C7C9 (consulté le 2024-03-25)
103. **BMJ Best Practice**, *Crohn's disease>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/42/emergingtxs> (consulté le 2024-06-10)
  104. **BMJ Best Practice**, *Eosinophilic oesophagitis>Management*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1304/treatment-algorithm> (consulté le 2024-06-10)
  105. **BMJ Best Practice**, *Haemorrhoids*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/181/management-approach> (consulté le 2024-09-27)
  106. **Perera Nirmal ; Liolitsa Danae ; Iype Satheesh ; Croxford Anna ; Yassin Muhammed ; Lang Peter ; Ukaegbu Obioha ; van Issum Christopher**, *Phlebotonics for haemorrhoids.*, Cochrane Database Syst Rev, 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895941>
  107. **BMJ Best Practice**, *Anal fissure*, <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/563/treatment-algorithm?q=Anal%20fissure&c=suggested> (consulté le 2023-12-22)