

ITEM 300

Constipation de l'adulte (avec le traitement)

Objectifs pédagogiques

Devant une constipation chez l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Définition

La constipation est un symptôme qui correspond à une insatisfaction du malade lors de la défécation, due soit à des selles peu fréquentes (moins de 3 selles hebdomadaires), soit à une difficulté pour exonérer, soit aux deux.

Les difficultés pour exonérer peuvent se traduire par des efforts de poussée, une sensation de gêne au passage des selles ou d'évacuation incomplète, l'émission de selles dures, un temps d'exonération anormalement prolongé ou la nécessité de manœuvres digitales pour obtenir une vacuité rectale.

Cette définition clinique est imprécise, car elle repose sur une association symptomatique et sur la perception subjective des malades, mais elle est plus pratique qu'une définition physiopathologique fondée sur une réduction du poids quotidien des selles, inapplicable en pratique clinique.

Selon les critères internationaux (appelés critères de Rome), le caractère chronique de la constipation est défini par une durée d'évolution des symptômes supérieure à 6 mois.

L'émission de selles liquides n'élimine pas une constipation, surtout si ces selles liquides précèdent ou suivent une période sans évacuation et/ou sont associées à l'élimination initiale d'un bouchon de selles dures (fausse diarrhée).

Épidémiologie

Dans les pays occidentaux, la prévalence de la constipation se situe entre 15 et 20 %. En France, une enquête réalisée dans la population générale et fondée uniquement sur les plaintes des sujets a permis de trouver une constipation chez 35 % des sujets, et une sensation d'évacuation incomplète des selles chez 19 %.

La prédominance féminine de la constipation est trouvée dans toutes les études épidémiologiques. Le rôle des hormones sexuelles, en particulier de la progestérone, est mis

en avant pour expliquer cette plus grande prévalence. À côté de ce facteur hormonal, des éléments socio-éducatifs pourraient aussi intervenir pour expliquer la fréquence de la constipation féminine.

Physiopathologie

Constipation occasionnelle

La constipation occasionnelle est une entité à part. Le malade se plaint d'une constipation apparue assez brutalement dans des circonstances particulières telles que les derniers mois de la grossesse, un alitement, un voyage.

Constipations secondaires

Parmi les autres causes de constipation, on oppose les constipations qui sont secondaires à une cause organique (constipation « symptôme ») aux constipations idiopathiques (constipation « maladie »).

La recherche d'une cause organique, avant tout une sténose colique, s'impose devant toute constipation récente ou récemment aggravée (tableau 300.1).

Tableau 300.I. Principales causes organiques de constipation

Obstruction mécanique
Cancer colorectal Compression extrinsèque (tumorale bénigne ou maligne, adhérences post-chirurgicales) Sténose colique non tumorale (diverticulaire, ischémique, en rapport avec une maladie inflammatoire intestinale) Sténose anale
Maladies métaboliques et générales
Diabète Hypothyroïdie Hypercalcémie Hypomagnésémie Amylose Sclérodermie
Maladies neurologiques
Maladie de Parkinson Tumeur médullaire Traumatisme médullaire Accident vasculaire cérébral Sclérose en plaques Syndrome de Shy-Drager

Une cause médicamenteuse ou toxique doit être cherchée systématiquement chez des malades se plaignant de constipation récente (tableau 300.1I).

Tableau 300.II. Principaux médicaments pouvant favoriser une constipation

Analgésiques (opiacés, dextropropoxyphène)
Anticholinergiques (chlordiazépoxyde)
Antidépresseurs (amitriptyline)
Anticonvulsivants (carbamazépine)
Vincristine
Furosémide
Colestyramine
Fer

Chez les toxicomanes et notamment les morphinomanes, la constipation est quasi constante.

Constipation idiopathique

D'un point de vue physiopathologique, la constipation idiopathique, fonctionnelle (ou constipation maladie), est une constipation chronique qui peut être due soit à un ralentissement du transit, soit à une obstruction distale contrariant l'évacuation rectale, soit aux deux mécanismes à la fois. En cas d'obstruction distale sans ralentissement du transit, le nombre de selles hebdomadaires peut être normal.

Ralentissement du transit colique

Les troubles de la progression au niveau du côlon sont liés soit à une réduction de l'activité motrice soit, paradoxalement, à une hyperactivité motrice.

L'hypomotricité avec côlon atone se caractérise par une diminution de l'amplitude et de la fréquence des contractions coliques, surtout celles de grande amplitude qui se propagent le long du cadre colique en provoquant les mouvements de masse (*cf.* figure 300.1, p. 7). Au maximum, une inertie colique existe caractérisée par une quasi-absence de motricité, la disparition des contractions coliques propagées de grande amplitude et la suppression de la réponse motrice colique à l'alimentation.

L'hyperactivité correspond à une augmentation des contractions segmentaires coliques, notamment dans la région sigmoïdienne, qui freinent la progression des matières le long du cadre colique. Ce type de constipation est souvent marqué par l'existence de douleurs abdominales (syndrome de l'intestin irritable avec constipation : voir chap. 20).

Le manque d'activité physique, le déficit en fibres alimentaires et une ration hydrique insuffisante jouent un rôle dans le ralentissement du transit. L'intervention de facteurs psychologiques est aussi déterminante.

Troubles de l'évacuation rectale (dyschésie)

Une dyschésie peut être la conséquence d'un dysfonctionnement des sphincters de l'anus entraînant un défaut d'ouverture du canal anal lors de la poussée exonératrice (dyssynergie anorectale), de troubles de la statique pelvienne postérieure, d'une altération de la sensation de besoin exonérateur due à une hyposensibilité rectale ou un mégarectum.

Plusieurs troubles de la statique pelvienne postérieure peuvent provoquer une dyschésie.

- Il peut s'agir d'une rectocèle, qui est une hernie à travers la partie basse de la cloison rectovaginale, qui s'observe essentiellement chez la femme et qui la conduit à réaliser des manœuvres digitales endovaginales lors de l'effort de poussée pour faciliter l'exonération.
- Il peut s'agir d'une procidence rectale interne, encore appelée intussusception ou prolapsus rectal interne, qui est une invagination de la paroi rectale dans le canal anal lors de l'effort de poussée.
- Le syndrome du périnée descendant est une troisième cause de dyschésie. Il se définit comme une descente anormale de l'angle anorectal au-dessous de la ligne pubococcygienne. La descente périnéale rend moins efficace la poussée exonératrice. Il n'est pas toujours facile de savoir si cette descente périnéale est la cause ou la conséquence des efforts de poussée.
- **Enfin une dyschésie peut traduire une hyposensibilité rectale** qui atténue ou supprime la sensation de besoin exonérateur. Cette hyposensibilité peut être secondaire à une maladie neurologique telle que la séquelle d'un syndrome de la queue-de-cheval. Elle peut s'expliquer également par un mégarectum. Il s'agit d'une cause fréquente de constipation chez le sujet âgé.

Diagnostic

Examen clinique

Interrogatoire

L'interrogatoire d'un malade constipé permet :

- de confirmer le diagnostic de constipation et son caractère chronique ;
- d'apprécier son retentissement sur la qualité de vie ;
- d'éliminer une cause organique évidente ;
- de chercher des facteurs de risque (sédentarité, régime pauvre en fibres...) ;
- de chercher des éléments en faveur d'une cause organique ou médicamenteuse.

L'interrogatoire peut donner des éléments orientant soit vers une constipation de transit (moins de 3 selles par semaine, selles dures) soit vers une constipation distale d'évacuation (efforts de poussée, sensation d'une gêne au passage des selles ou d'évacuation incomplète, temps d'exonération anormalement prolongé, nécessité de manœuvres digitales pour obtenir une vacuité rectale, absence de besoin exonérateur).

Examen physique

Il peut permettre d'identifier une cause organique et de déterminer un ou des mécanismes à l'origine de la constipation.

Il est recommandé d'effectuer un examen proctologique au repos et lors d'efforts de poussée, en position gynécologique. L'examen du périnée postérieur cherche une fissure, une béance anale, un prolapsus rectal, une colpocèle, une rectocèle, des souillures anales.

Un examen neurologique peut être effectué si une cause neurologique est suspectée, incluant l'étude du réflexe anal (contraction sphinctérienne lors de l'effleurement de la région périanale ou des efforts de toux) et la recherche d'un déficit sensitif périnéal.

Le toucher rectal doit être effectué. Son intérêt et son déroulement doivent être expliqués clairement au malade. Le toucher rectal apprécie la présence et la consistance des selles dans l'ampoule rectale (fausse diarrhée associée au fécalome), l'existence de sang sur le doigtier, d'une tumeur palpable ou d'une douleur localisée, le tonus sphinctérien et la relaxation des muscles du plancher pelvien lors des efforts de poussée.

Explorations complémentaires

Explorations biologiques

Il n'est pas justifié d'effectuer des examens biologiques de manière systématique chez un constipé chronique qui consulte pour la première fois.

Des examens biologiques sont recommandés quand la constipation persiste, ne répond pas à un traitement adapté, quand une affection organique est pressentie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique ou qu'il existe d'emblée des signes d'alarme.

Lorsqu'un bilan biologique est décidé, les dosages suivants sont recommandés :

- glycémie ;
- calcémie ;
- créatinine ;
- TSH ;
- numération-formule sanguine ;
- protéine C réactive.

Explorations morphologiques coliques

Elles ont pour but de chercher une cause organique de constipation, avant tout une lésion sténosante colique.

- **La coloscopie totale** est l'examen essentiel. Elle n'est pas nécessaire en première intention chez tous les malades qui consultent pour une constipation chronique.

La coloscopie est recommandée :

si les symptômes sont apparus après 50 ans,
quand l'interrogatoire et l'examen clinique suggèrent l'existence d'une cause organique,
en cas de signes d'alarme (émissions glaireuses ou sanglantes, altération de l'état général, signes d'anémie...),

dans les situations recommandées dans le cadre du dépistage systématique du cancer du côlon dans la population générale (exemple : antécédent familial au premier degré de cancer colique).

- **Le lavement avec produit de contraste** (baryte ou hydrosoluble) doit être réservé aux contre-indications de la coloscopie ou aux coloscopies incomplètes.
- **Le coloscanner** est une technique d'imagerie colique qui s'impose de plus en plus comme une alternative au lavement baryté quand la coloscopie ne peut être réalisée.

Explorations visant à comprendre le mécanisme d'une constipation idiopathique

Lorsque les malades ne sont pas améliorés par les fibres et/ou les laxatifs et en l'absence de cause identifiable, certains examens complémentaires sont indiqués pour essayer de préciser le mécanisme de cette constipation.

Temps de transit colique des marqueurs radio-opaques

La mesure du temps de transit colique est une technique simple fondée sur la réalisation d'une radiographie sans préparation de l'abdomen après avoir fait ingérer pendant plusieurs jours consécutifs des marqueurs radio-opaques (habituellement 10 ou 12 par jour pendant 6 jours consécutifs). Le nombre de marqueurs résiduels sur le cliché d'abdomen sans préparation permet le calcul du temps de transit total et segmentaire (côlon droit, côlon gauche, rectosigmoïde) (figure 300.1). Ainsi peuvent être authentifiées des constipations dites de progression, au cours desquelles les marqueurs stagnent surtout dans le côlon, des constipations distales, où la stase se produit avant tout au niveau du rectosigmoïde, et des constipations associant les deux types de ralentissement (figure 300.2). Le temps de transit global normal est en moyenne de 67 h.



Fig. 300.1. Temps de transit des marqueurs radio-opaques objectivant une constipation de transit : les marqueurs résiduels sont répartis sur le cadre colique



Fig. 300.2. Temps de transit des marqueurs radio-opaques objectivant une constipation terminale : les marqueurs résiduels sont accumulés dans le pelvis

Manométrie anorectale

La manométrie anorectale (fig. 300.3) est réalisée avec une sonde qui permet d'enregistrer la pression dans l'ampoule rectale et aux parties haute et basse du canal anal. Ces mesures se font au repos, lors de distension rectale par un ballonnet et lors d'un effort de poussée exonératrice.

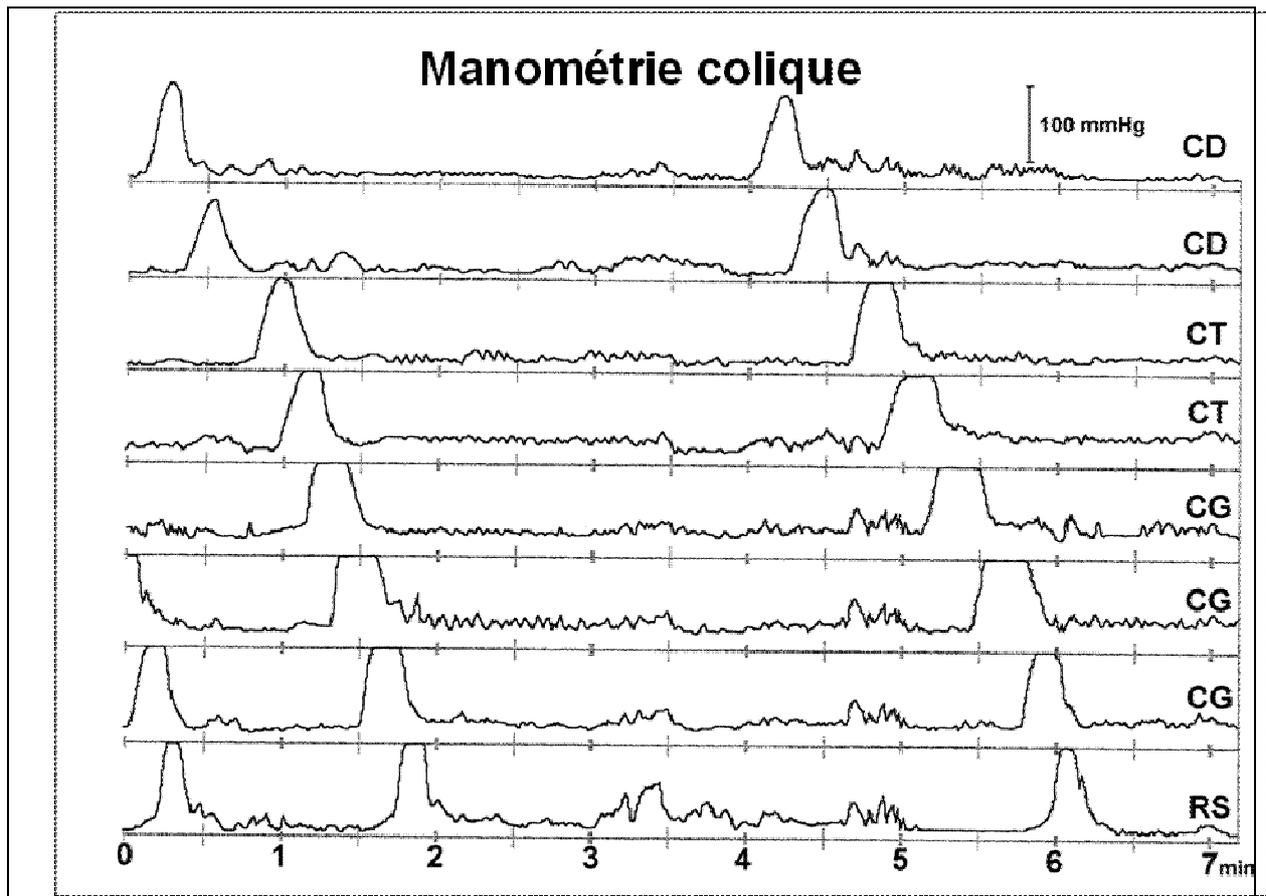


Fig. 300.3. Manométrie anorectale

Rectographie dynamique (défécographie)

La rectographie dynamique a pour but d'étudier et de visualiser les mouvements et les positions du rectum pendant la défécation pour détecter des anomalies et des troubles de la statique pouvant contrarier l'évacuation rectale. Cet examen peut être intégré dans le cadre d'une exploration plus large : colpo-cysto-défécographie, avec opacification simultanée du grêle.

La technique radiologique classique repose sur une opacification barytée du rectum. Elle peut être remplacée par une **IRM pelvienne dynamique** qui permet de visualiser non seulement les déplacements des viscères mais aussi les contractions des muscles pelviens.

Manométrie colique

Elle permet d'enregistrer, à l'aide d'une sonde de manométrie mise en place lors d'une coloscopie, la motricité colique, habituellement pendant 24 h. Elle est indiquée lors de la suspicion d'une inertie colique.

Résultats des examens complémentaires

La constipation de transit se définit par un temps de transit colique ralenti et une manométrie anorectale normale.

La constipation distale est caractérisée par des troubles de l'évacuation rectale (dyschésie) avec ralentissement segmentaire rectosigmoïdien. La manométrie anorectale, la rectographie dynamique et une rectoscopie avec effort de poussée pour chercher une procidence rectale intra-anale sont alors utiles.

Lorsque le temps de transit est normal, deux hypothèses doivent être discutées :

- des troubles de la motricité anorectale et/ou de la statique rectale n'ayant pas encore retenti sur le transit colique. La manométrie anorectale et la défécographie sont alors très utiles ;
- une fausse constipation qui n'existe que dans l'esprit du malade et qui doit alors être abordée par le versant psychologique.

Traitement

Recommandations de pratique clinique de la SNFGE 2007.

Constipation organique

Dans les constipations révélant une affection organique, le traitement est d'abord celui de la cause.

Constipation idiopathique

Dans la constipation chronique, le traitement est initié dans la majorité des cas sur les seules données de la clinique en l'absence de signe évident d'alarme ou de la justification rapide d'examen complémentaires. Ce traitement de première intention est similaire chez la majorité des malades. Il est fondé sur un recours aux laxatifs et la correction d'un éventuel déficit de la ration alimentaire en fibres.

Dans la constipation distale, la suppression des efforts de poussée est un point essentiel pour éviter l'apparition d'un syndrome du périnée descendant qui, par étirement des nerfs pudendaux, expose à terme à l'apparition d'une incontinence fécale.

Règles hygiéno-diététiques

Les fibres alimentaires augmentent la fréquence des selles, améliorent leur consistance et diminuent la consommation de laxatifs. Leurs effets sont moins prononcés en cas de constipation distale et leur délai d'action est plus long que celui des laxatifs. L'augmentation de la quantité de fibres alimentaires doit être progressive, étalée sur 8 à 10 jours en deux prises quotidiennes afin d'éviter les ballonnements, pour atteindre une dose de 15 à 40 g/j.

L'augmentation de la ration hydrique quotidienne ne modifie pas significativement la fréquence et la consistance des selles.

Le bénéfice de l'activité physique sur la constipation n'est pas démontré.

Les laxatifs

Il existe différents types de laxatifs (tableau 300.II).

Tableau 300.III. Différents types de laxatifs

Type	Mécanisme d'action
Laxatifs osmotiques	
Hydratant (macrogol)	Effet osmotique par fixation de molécules d'eau
Hydroxyde de magnésium	Effet osmotique et effet stimulant sur la motricité
Sucres non absorbables (lactulose, lactitol, mannitol, sorbitol, pentaérythritol)	Effet osmotique qui dépend de leurs concentrations dans l'intestin grêle et le côlon. Leur effet laxatif est accru par la production intracolique d'acides gras volatiles qu'ils provoquent
Laxatifs de lest	
Mucilages	Formation d'un ballast qui retient l'eau dans la lumière intestinale
Laxatifs émoullissants	
Huile de paraffine	Lubrification du bol fécal
Laxatifs stimulants*	
Anthracéniques, bisacodyl, docusate et picosulfate de sodium, huile de ricin	Stimulation de la motricité colique
Laxatifs par voie rectale	
Suppositoires, lavements	Déclenchement d'un besoin exonérateur par stimulation de la muqueuse rectale ou dégagement intrarectal de CO ₂

* Les laxatifs stimulants ont des effets secondaires à long terme et doivent être prescrits et utilisés avec parcimonie

Modalités pratiques du traitement

Traitement de première intention

Avec les conseils hygiéno-diététiques, les laxatifs osmotiques (*cf.* tableau 300.III) sont recommandés en première intention pour leur efficacité et leur bonne tolérance. Dans cette classe, les sels de magnésium ont des effets qui les rapprochent de la classe des laxatifs stimulants et ils modifient les échanges hydroélectrolytiques. Les sucres non absorbables favorisent la survenue d'un ballonnement abdominal.

Attitude en cas d'échec thérapeutique initial

L'échec de ces premières mesures amène à une adaptation thérapeutique qui peut être guidée par les données d'un temps de transit des marqueurs.

En cas de constipation de transit, le traitement laxatif est adapté. Il est recommandé de réserver l'usage des laxatifs stimulants à des situations particulières (sujet âgé, constipation réfractaire aux autres traitements), sur de courtes périodes et sous surveillance médicale.

En cas de constipation distale, les laxatifs par voie rectale sont recommandés. Une rééducation périnéale (biofeedback) peut être proposée, notamment en cas de dyssynergie anorectale. Le nombre de séances varie entre 3 et 10 et l'efficacité à long terme peut être renforcée par des séances d'entretien et la pratique régulière des exercices par le malade à son domicile.

Prise en charge psychologique

Elle est recommandée quand des troubles psychiatriques ou une notion de maltraitance physique ou d'abus sexuels sont associés à la constipation.

Traitement chirurgical

Les indications sont exceptionnelles.

Le traitement chirurgical d'une rectocèle ou d'un prolapsus rectal associé à la constipation peut être indiqué après échec des traitements médicaux et du biofeedback chez des malades sélectionnés.

La colectomie subtotalaire avec anastomose iléorectale ou des irrigations antérogrades par le biais d'une mini-stomie confectionnée sur le côlon proximal sont exceptionnellement indiquées en cas d'inertie colique résistant à tous les traitements médicaux bien conduits.

Points clés

- La constipation est un symptôme qui correspond à une insatisfaction du malade lors de la défécation, due soit à des selles peu fréquentes (moins de 3 selles hebdomadaires), soit à une difficulté pour exonérer, soit aux deux.
- Une constipation récente ou l'aggravation brutale d'une constipation chronique doit faire chercher une cause organique, avant tout une sténose colique.
- Certaines constipations sont d'origine médicamenteuse (opiacés, antidépresseurs).
- Une constipation idiopathique peut être liée à un ralentissement du transit, à une perturbation de l'évacuation rectale (dyschésie) ou aux deux mécanismes à la fois.
- Une dyschésie peut être secondaire à un dysfonctionnement des sphincters de l'anus, à des troubles de la statique pelvienne postérieure, à une altération de la sensation de besoin exonérateur.
- La mesure du temps de transit colique segmentaire et global de marqueurs radio-opaques est indiquée devant une constipation apparemment banale, résistant à un traitement médical bien conduit.
- L'apport quotidien de fibres doit être supérieur à 15 g/j.
- Les laxatifs osmotiques sont le traitement de première intention.