

N°300 - Constipation – diagnostic et traitement).

RJian

Objectifs

- 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.

Ponts importants

- La constipation se définit par l'émission de moins de 3 selles par semaine ou de selles difficiles à évacuer (dyschésie).
- Le plus souvent la constipation est idiopathique, mais il ne faut pas méconnaître une cause curable, en particulier, une cause iatrogène, une hypothyroïdie et surtout un cancer colorectal. Une coloscopie est donc requise en cas de constipation récente ou récemment aggravée, en présence de signes d'alarme associés (rectorragies, syndrome rectal, amaigrissement), ou systématiquement après 45 ans.
- Au sein des constipations idiopathiques, on oppose les constipations terminales (trouble de la défécation) aux constipations de progression (trouble de la motricité colique) mais des tests fonctionnels visant à explorer ces mécanismes (temps de transit colique, manométrie ano-rectale) ne sont requis qu'en l'absence de réponse à un traitement symptomatique.
- La première étape du traitement de la constipation consiste à prescrire du son ou des mucilages. Il convient d'indiquer au malade l'absence de conséquences néfastes de selles peu fréquentes.
- Les laxatifs « stimulants », souvent consommés en auto-médication et sous formes de préparations en apparence « naturelles » doivent être évités.

1 DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

En théorie, la constipation est définie comme des selles de trop faible abondance (<100 g/jour). En pratique clinique, il n'est pas possible de mesurer le *poids des selles*.

En pratique, le diagnostic de constipation est donc porté sur une fréquence des selles est inférieure à 3 émissions par semaine ou sur une difficulté d'émission des selles (dyschésie).

La constipation ainsi définie affecte près de 30 % de la population générale, de façon occasionnelle ou permanente. Seule une partie de ces individus (environ 30 %) consulte pour ce symptôme en raison sa sévérité ou de facteurs psychologiques ou culturels

La constipation est 3 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et sa prévalence augmente régulièrement avec l'âge. Dans la grande majorité des cas, la constipation est idiopathique mais il convient d'écarter soigneusement toutes les causes potentielles. avant d'envisager un traitement symptomatique. Dans les formes sévères, des explorations fonctionnelles sont parfois utiles.

2 PHYSIOPATHOLOGIE

Le mécanisme des *constipations secondaires* est évident, qu'il s'agisse d'obstructions mécaniques ou d'une atteinte de la commande nerveuse ou du muscle lisse du côlon. La physiopathologie des *constipations idiopathiques* est plus complexe et souvent multifactorielle. On peut cependant opposer schématiquement deux types de constipations idiopathiques.

2.1 Constipation terminale

Elle correspond à un trouble de l'exonération et se manifeste typiquement par un syndrome dyschésique (voir plus bas). L'**anism**e en est la cause principale. Il s'agit d'une contraction paradoxale du sphincter externe de l'anus et du muscle pubo-rectal (qui ferme l'angle ano-rectal) lors de la défécation. Du fait des efforts de défécation répétés qu'il entraîne, l'anisme peut avoir pour conséquence un affaissement progressif du périnée qui génère des lésions des nerfs assurant la commande du sphincter anal, et peut ainsi aboutir à une incontinence fécale.

2.2 Constipation de transit

Elle correspond à un ralentissement du transit colique et se manifeste par des selles trop rares et une diminution de la sensation de besoin. Les formes modérées, de loin les plus fréquentes, sont corrigées par un régime enrichi en fibres ou une meilleure hydratation du contenu colique. Certaines formes sévères se caractérisent par l'absence de selles spontanées et une résistance plus ou moins complète à ces mesures thérapeutiques. Au maximum et exceptionnellement, il s'agit d'une **inertie colique**, véritable paralysie du côlon.

3 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Elle a pour objet de préciser la nature réelle des symptômes et de rechercher des éléments permettant de suspecter ou d'écarter une constipation secondaire.

3.1 Préciser les symptômes de la constipation

- Chez certains malades, c'est la *rareté des selles* qui est le motif de consultation. Ces patients se plaignent alors d'une gêne et parfois d'une sensation de ballonnement abdominal soulagés par l'évacuation de selles. Celles-ci sont souvent anormalement dures. L'inconfort abdominal attribué à l'absence de selle est cependant vécu de façon très variable d'un individu à l'autre. Certains sujets ressentent peu de symptômes malgré l'absence de selles pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines. À l'opposé, évacuer quotidiennement, si possible à heure fixe, une selle « normale » en volume et consistance fait partie des préoccupations de nombreux consultants, soucieux d'éventuels effets délétères de la rétention intracolique des matières. Pour aboutir à cet « idéal », souvent inculqué dès l'enfance, certains se plient à toutes sortes de régimes alimentaires, médicaments ou pratiques fantaisistes.

- Chez d'autres malades, c'est la *difficulté d'évacuer les selles (dyschésie)* qui amène à consulter, alors que la fréquence des selles est souvent normale et la sensation de besoin présente. Ces patients se plaignent de devoir faire des efforts prolongés pour évacuer les selles. La défécation est souvent fractionnée, et laisse persister une sensation d'évacuation incomplète. Dans certains cas, le malade doit s'aider de manœuvres digitales, de suppositoires ou de microlavements pour évacuer des selles.
- Certains patients consultent pour une « diarrhée », mais l'interrogatoire retrouve la succession d'un épisode de constipation, puis de l'émission d'un bouchon de selles dures, suivi de plusieurs selles liquides, impérieuses, fonctionnellement plus gênantes que la constipation causale (*fausse diarrhée du constipé*).
- La constipation peut être la seule plainte digestive ou s'associer à d'autres symptômes fonctionnels digestifs du **syndrome de l'intestin irritable** : douleurs abdominales, alternance avec des périodes diarrhéiques, flatulences (cf. chapitre xx).

3.2 Recherche étiologique

3.2.1 Constipation secondaire

Les causes de constipation et les éléments du diagnostic sont indiqués sur le tableau 1.

L'interrogatoire et l'examen clinique, au besoin aidé de quelques examens biologiques simples, permettent de porter la plupart de ces diagnostics.

En pratique, *l'essentiel est d'écarter un obstacle organique (cancer colo-rectal surtout) et de porter l'indication d'une coloscopie*. Cet examen doit être préféré au lavement baryté qui est moins sensible (risque de faux négatifs) et n'est réservé qu'aux échecs de la coloscopie complète. Schématiquement, la coloscopie est indiquée : (a) après 45 ans, de façon systématique, en l'absence de coloscopie complète au cours des 5 dernières années ; (b) en cas de constipation d'apparition récente, ou récemment aggravée ; (c) en cas d'association à d'autres signes tels des rectorragies, un syndrome rectal ou un amaigrissement. A l'inverse, cet examen est superflu, en première intention, chez un sujet jeune, dont la constipation est ancienne, isolée, et soulagée par un traitement symptomatique.

Lorsque la constipation a débuté dans l'enfance, il faut penser à rechercher une *maladie de Hirschsprung* (dont le diagnostic est exceptionnel chez l'adulte). Cette maladie rare est due à une agénésie des plexus nerveux sur un segment plus ou moins étendu du rectum et parfois du côlon. Le diagnostic est porté par le lavement baryté (dilatation du côlon au-dessus de la zone d'agénésie), la manométrie (absence de réflexe recto-anal inhibiteur) et la biopsie rectale profonde avec colorations spéciales des plexus nerveux (agénésie ganglionnaire). Cette maladie doit être distinguée du *mégarectum idiopathique* qui débute aussi le plus souvent dans l'enfance et se caractérise par une dilatation majeure du rectum, avec une perte de la sensation de besoin ; le réflexe recto-anal inhibiteur est présent et la biopsie rectale normale.

Tableau 1 – Étiologie des constipations

CAUSES	ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC
1. OBSTACLES COLO-RECTAUX • <i>Sténoses tumorales</i> – cancer colo-rectal – cancer anal – volumineuses tumeurs bénignes (rare) – tumeur extrinsèque (ovaire, utérus, prostate) – carcinose péritonéale • <i>Sténoses non tumorales</i> – sigmoïdite diverticulaire – sténose ischémique, radique, crohnienne	Examen abdominal (tumeur, hépatomégalie, ascite) Toucher rectal Anuscopie, rectoscopie Coloscopie et biopsies Échographie pelvienne et scanner
2. CAUSES MÉDICAMENTEUSES – anti-dépresseurs, neuroleptiques – anti-cholinergiques – opiacés – gel d'alumine, sucralfate – cholestyramine	Interrogatoire, ordonnances
3. CAUSES MÉTABOLIQUES – hypothyroïdie – hypercalcémie, hypokaliémie – diabète	Dosage de TSH calcémie, kaliémie, glycémie
4. CAUSES NEUROLOGIQUES • <i>Maladies neurologiques</i> – accidents vasculaires cérébraux – paraplégie – maladie de Parkinson • <i>Atteintes exclusive des plexus digestifs</i> – maladie de Hirschsprung	Examen neurologique Manométrie ano-rectale, lavement baryté, biopsie rectale profonde
5. AUTRES CAUSES – Pathologie ano-rectale : fissure anale, rectite – Mégarectum idiopathique	Examen proctologique lavement baryté, manométrie

4 COMPLICATIONS DE LA CONSTIPATION

Les complications de la constipation sont exceptionnelles.

- Lorsque les selles sont très rares, une véritable « impaction » rectale peut se produire. Chez l'enfant, ce phénomène est souvent responsable d'*oncoprésie* (accidents d'incontinence dus à des évacuations « par regorgement »). Parfois se constitue un *fécalome* caractérisé par la présence de matières dures dans l'ampoule rectale ne pouvant plus être expulsées. Il est fréquent chez le vieillard et le sujet alité. Le tableau associe des faux besoins, des douleurs pelviennes et l'émission de petites selles liquides. Parfois, un véritable tableau occlusif se constitue. Le diagnostic repose sur le toucher rectal (ou exceptionnellement, la radiographie d'abdomen sans préparation lorsque les matières sont très haut situées dans l'ampoule rectale. Le traitement repose sur son évacuation par lavements et/ou extraction manuelle. Une dyschésie peut plus rarement se compliquer d'un *prolapsus rectal* ou de rectorragies.
- La constipation est fréquemment traitée par *auto-médication*. Les malades utilisent alors

souvent des médicaments ou des préparations dites « naturelles » (tisanes) qui contiennent en réalité des laxatifs « stimulants » (*tableau 2*). La prise de ces laxatifs qui stimulent la sécrétion intestinale est à l'origine d'alternance de phases de constipation et de débâcles diarrhéiques, et peut engendrer une hypokaliémie ou une insuffisance rénale. L'utilisation chronique de ces laxatifs est aussi rendue responsable de lésions des plexus nerveux coliques à l'origine d'une véritable inertie colique d'origine iatrogène.

- *La maladie des laxatifs* représente une forme extrême, rare, due à l'abus massif de ces laxatifs, en raison d'une personnalité pathologique. Cette maladie psychiatrique fait courir un risque vital en raison de la possibilité de survenue de troubles du rythme secondaires à l'hypokaliémie. Le diagnostic peut en être difficile car ces patients consultent volontiers pour une diarrhée et la prise de laxatifs est souvent niée. La découverte d'une mélanose colique en coloscopie (qui signe la prise prolongée d'anthraquinones) et de la recherche des laxatifs dans les selles et dans les urines sont alors utiles pour le diagnostic.

5 EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

Elles ne sont pas demandées en première intention, mais sont dans les formes sévères et/ou qui résistent à un traitement symptomatique bien conduit.

5.1 Temps de transit colique des pastilles radio-opaques (CF. CHAPITRE I.6)

Cet examen a pour but d'objectiver et de quantifier le ralentissement du transit. Des pastilles radio-opaques sont ingérées 6 jours consécutifs puis leur présence est comptée sur un cliché radiologique de l'abdomen (figure 1). Une stase anormale des pastilles dans le côlon droit ou transverse témoigne d'une constipation de transit, une stase dans le côlon gauche et le sigmoïde plutôt d'un trouble de l'exonération. Assez souvent le transit des pastilles est normale ce qui confirme que la constipation ne se résume pas à un ralentissement du transit colique.



5.2 Manométrie anorectale

Cet examen mesure la pression et la relaxation des sphincters de l'anus. Elle permet de vérifier la présence du réflexe recto-anal (relaxation du sphincter interne en réponse à la distension du rectum), ce qui élimine une maladie de Hirschsprung. et de rechercher un **anisme** (absence de relaxation du sphincter externe lors de l'expulsion d'un ballonnet).



6 TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

Les différents classes de laxatifs et leur mécanismes d'action sont rapportés dans le tableau 2.

Il convient en premier lieu de bien expliquer au patient la grande variabilité du rythme défécatoire normal et l'absence de conséquence délétère de selles peu fréquentes.

Il faut ensuite conseiller un *enrichissement progressif du régime en fibres*. Le traitement le plus simple et le moins onéreux consiste à prescrire du *son*, jusqu'à la dose efficace, habituellement comprise entre 20 et 30 g par jour. Il est préférable d'utiliser du son brut, ou certaines préparations diététiques très riches en son, plutôt que des pains ou galettes au son, qui doivent être ingérées en grandes quantités pour être efficaces et constituent ainsi une source calorique souvent redoutée par les malades. En cas de mauvaise tolérance (ballonnements, gaz), on peut aussi utiliser des *mucilages*, dont l'efficacité est comparable pour un volume ingéré plus faible (10 à 20 g/j), mais dont le coût est aussi plus élevé.

Si ce traitement s'avère insuffisant, on prescrit des *laxatifs osmotiques*, en conseillant une utilisation occasionnelle, lors des périodes de forte constipation. S'il existe un syndrome dyschésique, il faut conseiller l'utilisation de *suppositoires ou micro-lavements* qui jouent le rôle de « starter » de la défécation. Une *rééducation ano-rectale* peut également être tentée en cas d'anisme.

L'utilisation de laxatifs dits « stimulants » ou « irritants » (*tableau 2*) doit être évitée en raison des risques de troubles hydro-électrolytiques et, en cas d'utilisation prolongée, d'aggravation de la constipation. Il est cependant difficile d'éviter leur usage en auto-médication et dans les constipations très sévères.

Tableau 2 – Classification des médicaments laxatifs

TYPE DE LAXATIF*	PRINCIPE D'ACTION	SPECIALITES (exemples)	INDICATION ET TOLÉRANCE
<i>Laxatifs « de lest »</i> – Fibres alimentaires – Son – Mucilages (ispaghule, gomme sterculia, psyllium...)	Augmentation des résidus et de l'eau fécale	Infibran Kellog's All bran Spagulax, Normacol	• Traitement de fond de toute constipation • Bonne tolérance sauf parfois ballonnement, flatulence
<i>Laxatifs osmotiques</i> – sucres (lactulose, lactitol, sorbitol) – ions (sulfates de soude, de Mg) – Polyéthylène-glycol (PEG 3350 ou 4000)	Augmentation de l'eau fécale	Lactulose, Duphalac Sulfate de magnésium Transipeg, Movicol, Forlax	• Traitement occasionnel des constipations sévères • Risque de ballonnement, flatulence avec les sucres, ou de diarrhée si dose excessive
<i>Laxatifs « stimulants »</i> – anthraquinones (séné, bourdaine, dantrone, tamarine, cascara...) – phénolphthaleine – bisacodyl – Docusate de Na	• Sécrétion d'eau et électrolytes dans le grêle et le côlon • Effet stimulant sur la motricité colique	Tamarine, Sénokot Purganol Contalac Jamyène	Risque d'effets secondaires contre-indiquant leur utilisation : – hypokaliémie – déshydratation – lésions des plexus nerveux coliques
<i>Laxatifs émollients</i> – huile de paraffine – huile de vaseline	Effet « lubrifiant »		• Traitement adjuvant dans les constipations bénignes • Risque de suintement anal gênant
<i>Laxatifs rectaux</i> - Sorbitol – glycérine – CO2	Effet de « starter » pour la défécation	Micolax Suppo glycérine Suppo Eductyl	Utile en cas de dyschésie

* Il existe de nombreuses préparations comportant une association de plusieurs types de laxatifs.