

PARTIE 1 : ADULTE

Généralités

Définition subjective de la constipation = clinique ++

- **Insatisfaction du malade vis-à-vis de la défécation :**
 - selles peu fréquentes : < 3 selles par semaine
 - selles difficiles à évacuer :
 - efforts de poussées
 - sensation de gêne de passage des selles ou d'évacuation incomplète
 - émission de selles dures
 - temps d'exonération anormalement prolongé
 - manœuvres digitales (endovaginale, endo-anale, massage périnéal)
 - deux précédents

Définition académique de la constipation = +++

- **Diminution** : fréquence des selles et/ou difficultés à la défécation ou, les deux !
- **Fréquence** : < 3 selles par semaine
- **Constipation** = chronique si > 6 mois (!! ≠ diarrhée : 4 semaines) d'après critères de Rome III

- **Critères = classification de Rome III**
 - absence de substrat organique (inflammation, cancer, métabolique, anatomique)
 - absence de syndrome de l'intestin irritable
 - début > 6 mois et durée > 3 mois
 - présence d'au moins 2 critères/6 dans ≥ 1/4 des défécations
 - < 3 défécations / semaine
 - efforts de poussées
 - selles dures
 - sensation d'évacuation incomplète
 - sensation d'obstruction ou de blocage anorectal
 - utilisation de manœuvres manuelles

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

- **Prévalence** : 15-20%
- **Sex ratio** : 3 FEMMES pour 1 homme car rôle des hormones sexuelles (progestérone ++)
- **Fonctionnelle** en général, mais peut révéler une pathologie grave (CCR ++)

Facteurs de risque de constipation = rien n'est réellement prouvé à part les fibres

- Sexe féminin, âge élevé, race noire
- Régime sans résidu, ration calorique journalière faible
- Prise médicamenteuses multiples
- Inactivité physique, alitement, faible niveau socio-économique
- Syndrome anxio-dépressif, maltraitance physique ou abus sexuel

L'alimentation, les facteurs psychologiques et l'activité sportive jouent une part importante dans la constipation

Etiologies

Constipations secondaires : constipations « symptômes » = cause organique

- **Étiologies iatrogènes**
 - **analgésiques** : opiacés (morphine ++, codéine), tramadol
 - **anticholinergiques** : chlordiazépoxyde
 - **antidépresseurs** : amitriptyline, IRS, antipsychotiques
 - **anticonvulsivants** : carbamazépine
 - **autres** : furosémide, vincristine, cholestyramine, fer
- **Étiologies obstructives**
 - **étiologies tumorales** : colorectal ++, anal, compression extrinsèque (ovarien)
 - **étiologies non tumorales** :
 - **sténoses coliques** :
 - MICI = maladie de Crohn ou RCH
 - colite ischémique
 - colite diverticulaire
 - **sténose anale**
 - **adhérences post-chirurgicales**
- **Étiologies neurologiques**
 - **maladie de Parkinson (+ lévodopa)**
 - **tumeur ou traumatisme médullaire**
 - **AVC**
 - **SEP**
 - **syndrome de Shy Drager**
 - **neuropathie végétative (dysautonomie)** : diabète
- **Étiologies métaboliques et générales**
 - **hypothyroïdie**
 - **troubles ioniques** : hypercalcémie, hypomagnésémie, *hypokaliémie*
 - **amylose**
 - **sclérodémie**
 - **mucoviscidose**

toujours penser au CCR devant des modifications du transit

Constipation occasionnelle +++ = entité à part

- **Circonstances particulières** : derniers mois de grossesse, alitement prolongé, voyage

Constipation idiopathique +++ = constipation « maladie »

- **Ralentissement du transit colique = constipation de transit**
 - **Facteurs de risque** :
 - **manque d'activité physique**
 - **déficit en fibres alimentaires +++**
 - **facteurs psychologiques** : abus sexuel ou physique
 - **mécanismes**
 - **hypomotricité (côlon atone)** :
 - **physiopathologie** : ↘ amplitude et fréquence des contractions de grande amplitude
 - **conséquence** : provoque des mouvements de masse
 - **hyperactivité (paradoxalement)** :
 - **physiopathologie** : ↗ contractions segment_R (région sigmoïdienne) = freinent progression matières
 - **clinique** : souvent douleurs abdominales +++ (syndrome de l'intestin irritable avec constipation)
 - **clinique = éléments orientant** :
 - nombre de selles < 3/semaine
 - selles dures
- **Troubles de l'évacuation rectale = dyschésie = constipation distale d'évacuation**
 - **!! PAS** de ralentissement du transit = nb de selles hebdomadaires peut être normal
 - **mécanismes** :

- **dysfonctionnement des sphincters anus** : défaut d'ouverture du canal anal = dyssynergie ano-rectale
- **troubles de la statique pelvienne postérieur (+++)** :
 - **rectocèle** :
 - . **définition** : hernie à travers la partie basse de la cloison recto-vaginale
 - . **conséquence** : réaliser des manœuvres digitales endo-vaginales pour faciliter l'exonération
 - **procidence rectale interne = intussusception rectale interne = prolapsus rectal interne** :
 - . **définition** : invagination de la paroi rectale dans le canal anal lors de l'effort de poussée
 - **syndrome du périnée descendant** :
 - . **définition** : descente anormale de l'angle anorectal au-dessous de la ligne pubo-coccygienne
 - . **conséquence** : poussée exonératrice moins efficace
- **troubles de la sensibilité rectale** :
 - **conséquence** : atténue la sensation du besoin exonérateur
 - **terrain** : sujet âgé ++
 - **mécanismes** : soit maladie neurologique type syndrome de queue de cheval, soit méga-rectum
- **méga-rectum idiopathique**
 - **diamètre du rectum** > 6.5 cm
 - **clinique** : constipation terminale intense avec fécalome
 - *peut aussi jouer un rôle dans les troubles de la sensibilité rectale*
- **clinique = éléments orientant** :
 - **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**

Orientation diagnostique

Examen clinique

- Interrogatoire

5 objectifs essentiels :

1. **confirmer le diagnostic de constipation et son caractère**
2. **apprécier la forme et la consistance selon l'échelle de Bristol (selles Bristol 1 ou 2)**
3. **apprécier le retentissement sur la qualité de vie**
4. **chercher des facteurs de risque** (sédentarité, régime pauvre en fibres)
5. **dépister des signes en faveur d'une cause organique ou médicamenteuse :**
 - *rectorragies*
 - *anémie*
 - *perte de poids ou AEG*
 - *constipation sévère, persistante, ne répondant pas aux traitements*
 - *aggravation récente d'une constipation ancienne, sans cause évidente, surtout après 50 ans*
 - *douleurs abdominales significatives*
 - *ATCD familiaux de CCR ou de MICI*



- **terrain** : ATCD de diabète, dysthyroïdie, CCR (dont familiaux) ; MICI
- **prises de substances** : médicaments ++, alimentation (fibre/eau)
- **anamnèse** : ancienneté (enfance ++)/ calendrier des selles / retentissement ++
- **signes fonctionnels**
 - **caractériser la constipation**
 - constipation fonctionnelle (= critères de Rome)
 - constipation de transit
 - constipation distale d'évacuation
 - **rechercher des signes associés**
 - **signes d'alarme** : voir ci-dessus
 - **syndrome rectal** : épreinte, ténésme / faux-besoins

- **Examen physique**
 - **prise des constantes** : poids ++, PA-FC, FR-SpO₂ / T°C
 - **examen digestif**
 - TR avec examen de la marge anale : fissure, fécalome, CCR
 - examen du tonus anal, tonus abdominal, prolapsus, orifices herniaires
 - **orientation étiologique**
 - **neurologique ++** : recherche déficit sensitivomoteur / syndrome parkinsonien
 - **CCR** : recherche ADP (Troisier), masse, rectorragie
 - **hypothyroïdie** : goitre, signes d'hypométabolisme
 - **signes de gravité à toujours rechercher**
 - rectorragies ou anémie, sang dans les selles ou au TR
 - perte de poids ou AEG / ATCD perso de cancer gynécologiques
 - évolution : constipation persistante / résistante / aggravation

Toujours rechercher des rectorragies si troubles digestifs !!

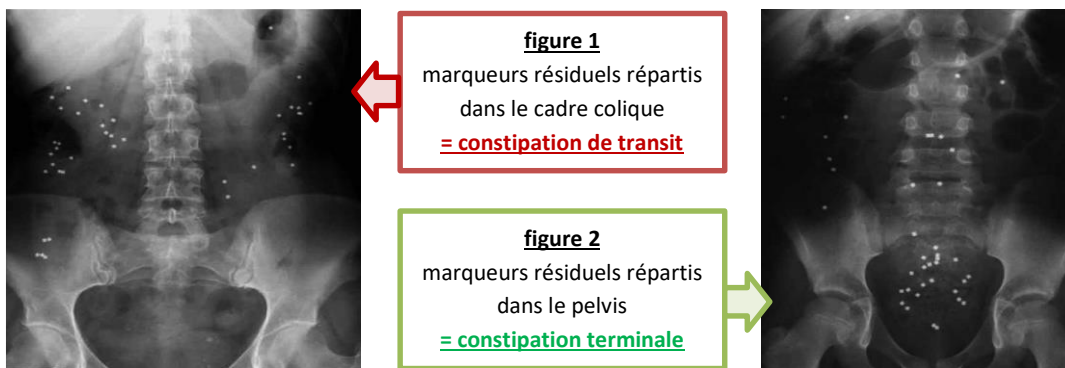
Examens complémentaires = indiqué en fonction de l'interrogatoire

- en règle générale, AUCUN examen complémentaire dans constipation sauf :
- **Bilan étiologique de 1^{ère} intention = recherche constipation secondaire**
 - **bilan biologique** :
 - **indications** :
 - présence de signe d'alarme : rectorragie, AEG
 - orientation clinique vers une constipation secondaire
 - constipation persistante malgré TTT adapté (MHD ± laxatifs pendant 6 mois)
 - **bilan à réaliser (6) ++**
 - NFS : anémie ferriprive (CCR)
 - CRP : syndrome inflammatoire
 - glycémie : diabète
 - TSH ++ : hypothyroïdie (TSH > 5 µg/L)
 - créatininémie : IR
 - calcémie : hypercalcémie
 - **coloscopie totale avec biopsies**
 - **indications** :
 - symptômes apparus > 50 ans
 - suspicion de cause organique
 - signes d'alarme : AEG, émissions glaireuses ou sanglantes, signes d'anémie
 - cadre du dépistage systématique du cancer du côlon = ATCD familial 1^{er} degré de cancer colique
 - **recherche d'étiologie obstructive** : CCR ++, maladie de Crohn, colite
 - **si contre-indication ou coloscopie incomplète** :
 - coloscanner ++
 - lavement avec produit de contraste (baryté ou hydrosoluble)
- **Bilan étiologique de 2^{ème} intention = rechercher mécanisme constipation primitive**
 - **indication** : PAS d'amélioration par : fibres et/ou laxatifs sur ≥ 6 mois + absence de cause identifiable
 - **suspicion de dysfonction pelvienne** :
 - **manométrie anorectale (MAR)** :
 - **technique** : sonde permettant mesure pression ampoule + parties haute et basse du canal anal
 - **modalités** :
 - . mesure de pression au repos / aux efforts de poussée / à la distension par ballonnet
 - . mesure seuil de perception rectale (ballon gonflé dans rectum)
 - . réflexe recto-anal : relaxation du sphincter si ballon dans le rectum
 - . épreuve d'expulsion colique : anormale si temps > 2 min
 - **recherche** :
 - . si hypertonie au repos : rechercher fissure anale, anisme
 - . si seuil de perception ↑ = trouble de la sensibilité rectale
 - . si absence de réflexe recto-anal : maladie de Hirschprung, étiologie neurologique

manométrie anorectale (à droite : haute résolution normale)

B. tracé normal

- **rectographie (ou défécographie) dynamique** ou **IRM pelvienne dynamique**
 - **technique** :
 - . visualise mouvements et positions du rectum pendant la défécation
 - . **classique radiologique** : + radiologie pendant défécation avec opacification
 - . **± association à** : colpo-cysto-défécographie avec opacification simultanée
 - . *descente du périnée / vérification de la vacuité rectale post-défécation*
 - **recherche** :
 - . anomalies et troubles de la statique pouvant contrarier l'évacuation rectale
 - . troubles de la statique pelvienne : rectocèle ++, prolapsus
 - **IRM dynamique** : voir déplacements des viscères et contractions des muscles pelviens
- **suspicion de transit lent** :
 - **temps de transit colique des marqueurs radio opaques (TTC)** :
 - **modalités** :
 - . ingestion de marqueurs radio-opaques (pellets) pendant plusieurs jours
 - . habituellement : 10 à 12 par jour contenus dans une capsule, pendant 6 jours
 - . *ASP à +7 jours*
 - . nombre de marqueurs résiduels sur cliché = calcul du temps de transit total et segmentaire
 - **résultats** :
 - . **normaux** = disparition de 100% des marqueurs = temps de transit global de **67 heures**
 - . **inertie colique = constipation de progression** : stagnation surtout colique, diffuse
 - . **constipation terminale = distale** : stagnation rectosigmoïdienne



- **manométrie colique** :
 - **indication** : suspicion d'inertie colique
 - **technique** : sonde mise en place lors d'une coloscopie
 - **mesure** : motricité colique pendant 24h, en cas de suspicion d'inertie colique
- Résultats des examens complémentaires

	ralentissement	manométrie rectale
constipation de transit	colique	normale
constipation distale = dyschésie	segmentaire recto-sigmoïdien ++	dépend de l'étiologie

- **si constipation distale**, compléter par (recherche procidence rectale intra-anales) :
 - **manométrie anorectale**
 - **rectographie dynamique**
 - **rectoscopie avec effort de poussée**
- **si temps de transit normal**, 2 hypothèses doivent être discutées :
 - **troubles motricité anorectale et/ou statique rectale** n'ayant pas encore retenti sur transit colique :
 - **manométrie anorectale**
 - **défécographie**
 - **fausse constipation**, que dans l'esprit du malade et doit être abordée par versant psychologique

Complications

Dues aux efforts de poussée répétés +++

- Fissure anale, hémorroïdes
- Prolapsus rectal / vésical
- Hernie inguinale (indirecte)
- Rectorragies
- !! Incontinence anale : lésions nerveuses secondaires

Fécalome

- **Définition** : masse de selles dures dans le rectum
- **Terrain** : sujet âgé, en institution, constipation chronique, traité par psychotrope
- **Complications** : occlusion intestinale, ulcération rectale, RAU, translocation ± sepsis
- **Traitement** : lavement évacuateur ± PEG

La diarrhée n'élimine pas la présence d'un fécalome

Fausse diarrhée du constipé

- **Définition** : « selles » liquides contenant des scybales (petites selles dures) alternant avec constipation
- **Mécanisme** : constipation → hypersécrétion digestive réactionnelle = émissions liquides

Traitement – constipation organique : TTT de la cause ++

Traitement – constipation idiopathique

Traitement non médicamenteux = mesures hygiéno-diététiques = 1^{ère} intention

- **Régime riche en fibres**
 - **avantages** : ↗ fréquence des selles, ↘ consommation de laxatifs, améliore consistance
 - **effets** : moins prononcés si constipation distale
 - **délai d'action** : plus long que celui des laxatifs
 - **modalités** : ↗ progressive, étalée sur 8-10 jours en 2 prises quotidiennes (évite ballonnement)
 - **dose à atteinte** : 15-30 g/j
 - **aliments** : céréales, 5 fruits et légumes
- **Apports hydriques > 1,5 l/j** inutile, ne modifie pas significativement consistance ou fréquence
- **Activité physique régulière** : bénéfique non démontré

Traitement médicamenteux = laxatifs

- **Laxatifs osmotiques** = 1^{ère} intention
 - **sels magnésium** : effets qui les rapprochent des laxatifs stimulants, modifient échanges hydroélectrolytiques
 - **sucres non absorbables** : favorisent la survenue d'un ballonnement abdominal
- **Laxatifs de lest** = plutôt 2^{ème} intention
 - **mécanisme** : agissent en attirant l'eau dans la lumière colique par formation d'un ballast
 - **effets secondaires** : ballonnement ou formation de bouchons de selles dures
 - **contre-indications** : sténose digestive ++
- **Laxatifs moins prescrits** : réserver à des situations particulières
 - **laxatifs émoullissants (= laxatifs lubrifiants)** :
 - **mécanisme** : agissent en ramollissant les selles
 - **effets indésirables** : suintement anal, malabsorption, PNP "lipodique" si haut risque de fausse route
 - **laxatifs stimulants** :
 - **indications** : sujet âgé, constipation réfractaire aux autres traitements
 - **utilisation** : courtes périodes et sous surveillance médicale
 - **effets indésirables** : troubles HE, ostéo-arthropathies, colite hémorragique, IC (usage prolongé)
 - **laxatifs par voie rectale** :
 - **indication** : constipation distale
 - **utilisation** : très efficaces mais difficulté d'acceptabilité

Nouveaux traitements pharmacologiques = si inefficacité des laxatifs

- **Agoniste des récepteurs 5-HT4 = colokinétique**
 - **molécule** : prucalopride
 - **indication** : échec des laxatifs prescrits en 1^{ère} intention
 - **remarque** : la sérotonine joue un rôle majeur dans la sensibilité, la motricité et la sécrétion intestinale
 - **mécanisme** : sécrétion accrue d'acétylcholine entraîne contraction musculaire = péristaltisme

Le prucalopride n'est pas indiqué dans la constipation terminale

- **Antagonistes opioïdes**
 - **molécules** : méthylnaltrexone (SC) ou naloxéol (PO)
 - **indication** : constipation chez patients sous opiacés au long cours
 - **objectif** : diminution de l'effet des opiacés (qui stimulent les récepteurs mu au niveau du tube digestif)

Rééducation = biofeedback

- **Technique de rééducation** : coordination du relâchement pelvien et poussée
- **Objectif** : correction de mouvements anormaux
- **Indication** : dyssynergie anorectale ++
- **Modalités** : 3 à 10 séances puis séances d'entretien et pratique régulière par le patient à son domicile

Prise en charge psychologique

- **Indications** : troubles psychiatriques ou notion de maltraitance psychique ou d'abus sexuels associés

Traitement chirurgical

- **Rectocèle ou prolapsus rectal après échec des TTT médicaux et du biofeedback chez malades sélectionnés**
- **Inertie colique résistante à tous les TTT médicaux bien conduits** = colectomie subtotale avec :
 - **anastomose iléo-rectale**
 - **ou irrigations antérogrades par le biais d'une mini-stomie confectionnée sur le côlon proximal**